

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES  
CARRERA DE SOCIOLOGÍA

**Tesis De Grado:**

LA MEDICALIZACIÓN DEL CUERPO FEMENINO.  
DEBATES ÉTICOS Y POLÍTICOS.

**El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia  
de Mendoza**

Alumna: Rosana Rodríguez  
Directora: Dra. Alejandra Ciriza

Mendoza, noviembre de 2004

## INTRODUCCIÓN

El tema de investigación que nos ocupa en esta tesis es el de la medicalización del cuerpo femenino en un momento singular de la historia de nuestro país, a partir de la recuperación de la democracia, cuando la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos ciudadanos se coloca como un asunto relevante en el debate público.

En este trabajo se toma el caso particular de la ligadura de trompas, un asunto que instala en el espacio público una amplia discusión de orden ético y político, a partir de las demandas de las mujeres al sistema sanitario estatal. En 1999 se produce en nuestra provincia el primer pedido de amparo para la autorización legal de ligadura Tubaria, acontecimiento a partir del cual se sitúa esta problemática como parte del debate por los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres. Desde el año 2000 existe en Mendoza una Resolución Ministerial (N 2492) que autoriza la ligadura de trompas en los hospitales públicos.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos anudan una serie sumamente compleja de cuestiones. Por una parte surgen como una demanda de los movimientos feministas y de mujeres para lograr el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre sí mismas y sobre su fecundidad. Por la otra forman parte de un complejo proceso de demanda y conquista de derechos de las mujeres en el nivel internacional, cuyo instrumento legal es la CEDAW (Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer) suscripta por la Argentina a partir de 1985. Desde 1994, con la reforma de la Constitución de Santa Fe, la CEDAW adquiere jerarquía constitucional. Finalmente, en tercer lugar, las modificaciones legales indudablemente, implican la instalación de políticas hacia las mujeres desde el aparato del Estado.

Sin embargo, al instalarse como políticas públicas, los derechos sexuales y reproductivos (en esta investigación el caso particular de la Ligadura Tubaria) producen conflictos tanto en el aparato del Estado como entre quienes, por razones profesionales, se ven involucrados en estas transformaciones: es el caso de los efectores de salud. En

este trabajo se ha hecho énfasis en uno de los nudos conflictivos relativos al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: por una parte han adquirido un nuevo estatuto, pues han ingresado en el campo de los derechos ciudadanos, vinculándose de este modo a debates éticos y políticos que involucran cuestiones como las de la autonomía de los sujetos y sus derechos personalísimos, los valores asignados a la vida, la sexualidad, la maternidad, por la otra vienen a conmovir una idea ampliamente aceptada respecto del lugar del saber médico respecto de los cuerpos de los sujetos, en particular de las mujeres.

En este trabajo se ha tomado la categoría de género como punto de vista analítico que permite visualizar que las diferencias entre los sexos son un *elemento constitutivo de las relaciones sociales* y, como bien ha señalado Joan Scott, una *“manera primaria de significar las relaciones de poder”* (SCOTT, Joan 1993:35-36). Esta perspectiva nos ha permitido, por una parte, realizar un recorrido en torno de las significaciones sociales en torno de la feminidad, y por la otra revisar las concepciones sobre salud reproductiva.

Un punto central en el andamiaje conceptual de nuestro proyecto es la noción de medicalización del cuerpo de las mujeres. El discurso médico, desde su enfoque positivista y sus recursos tecnológicos, inscribe el cuerpo de las mujeres dentro de una perspectiva basada en la fisiología y la patología de la reproducción, no considerando la dimensión psíquica e inconsciente que conlleva la sexuación, así como los aspectos ligados a los procesos culturales.

La apropiación de los eventos reproductivos por parte de los ginecólogos-obstetras está signada por las características del modelo médico en el cual se medicaliza todo el proceso reproductivo a partir de un saber-médico inscripto en la necesidad de control social del cuerpo y la sexualidad femenina. Se ha aceptado como “natural” reducir la sexualidad de las mujeres a los aspectos reproductivos y por lo tanto a la maternidad. Esta manera de ver la sexualidad de las mujeres como una función supeditada a la reproducción, determina que les sea negado a menudo el derecho al erotismo y al placer. A las mujeres se les reserva el “sagrado” placer de ser madres y de cuidar a sus hijos/as.

Existen abundantes estudios sobre la medicalización del cuerpo femenino y sobre el debate ético y político en torno al caso particular de ligaduras de trompas de Falopio. Estos trabajos forman parte del sustento conceptual de esta investigación que, además, apunta a la realización de un análisis teórico y empírico basado en la recolección de datos primarios a través de técnicas cualitativas. El punto de vista teórico adoptado, supone una mirada posicionada que permite producir una crítica tanto a los valores arraigados en la sociedad, como al discurso médico y jurídico sobre las mujeres.

La salud sexual y reproductiva es una de esas zonas limítrofes entre el saber médico y los derechos de sujetos y sujetas a disponer de su cuerpo, su sexualidad y sus capacidades reproductivas. De allí la relevancia de trabajar sobre las prácticas médicas, la relación médico-paciente, las asimetrías entre varones y mujeres, la situación de las mujeres de sectores subalternos en el sistema de salud, de tomar los puntos críticos donde se pone en tensión el poder asignado al saber médico y profesional y los derechos de los/ las sujetos a decidir sobre su cuerpo y sus capacidades reproductivas. Incorporar la perspectiva de género como herramienta analítica, vinculada tanto al proceso de construcción de los datos, como al análisis de los mismos, es fundamental para detectar los hábitos, prácticas y discursos que mantienen a las mujeres subordinadas a mandatos de maternidad obligatoria. Con este fin nos hemos planteado los siguientes objetivos:

♀ Describir, desde una mirada sociológica, el proceso de apropiación del cuerpo de las mujeres por la medicina, y sus resistencias, realizando un aporte desde la perspectiva de género.

Con el fin de descubrir el proceso de apropiación del cuerpo de las mujeres por parte de la medicina hemos realizado un recorrido histórico que nos ha permitido visualizar los cambios y transformaciones que condujeron de la administración mujeril de partos, embarazos, puerperios, al parto administrado desde el ámbito “científico”, manejado durante mucho tiempo en forma exclusiva por varones.

De este objetivo se desprendieron otros objetivos específicos:

♀ Describir los rasgos y características que tiene el discurso médico y detectar sus implicancias éticas y políticas para las mujeres.

♀ Descubrir las prácticas y las posiciones éticas y políticas que ponen en cuestión el modelo médico dominante.

Para ello en este trabajo nos centramos en la experiencia realizada en Hospital Luis Lagomaggiore, donde funciona el centro ginecológico-obstétrico más importante de la provincia de Mendoza, para evaluar la ética del modelo médico hegemónico en el manejo y administración del cuerpo de las mujeres, explorar la relación concreta entre medicina y cuerpo femenino a partir del análisis de las posiciones políticas, éticas y morales en torno al caso particular de la ligadura tubaria, e interpretar cómo funcionan los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y de justicia en la atención pública y en las prácticas de salud sexual y reproductivas, en especial en las intervenciones de ligadura.

Dada la orientación de este trabajo lo más adecuado fue el estudio de casos a través de una metodología cualitativa, basada en testimonios personales de los/as profesionales de la salud que se desempeñan en los servicios de maternidad, ginecología, obstetricia y tocoginecología del Hospital Lagomaggiore, mediante entrevistas semiestructuradas. Los/las sujetos de investigación fueron seleccionados mediante un muestreo teórico intencional. La utilización de esta técnica se debe a que es una de las más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los/ las entrevistados/as. La información fue enriquecida mediante una entrevista colectiva al Comité de Bioética del Hospital Lagomaggiore.

Para el análisis del debate público instalado en la provincia respecto del proyecto de ligadura de trompas tuvimos en cuenta la información periodística proporcionada por los diarios principales de Mendoza. Del mismo modo se consideró el análisis de las leyes vigentes sobre contracepción quirúrgica o ligadura de trompas en el país.

A partir de la información recopilada con las entrevistas se procedió al análisis, este se organizó sobre la base de una serie de categorías bipolares que permitieron clasificar la información con el objeto de corroborar las hipótesis.

Los supuestos adoptados en esta investigación son los siguientes:

**Hipótesis Principal:** Las prácticas médicas sobre los cuerpos de las mujeres tienen implicancias ético-políticas. El modelo médico hegemónico tiene supuestos éticos y políticos acerca de las funciones del cuerpo femenino vinculados a la idealización de la maternidad. Esos ideales condicionan las conductas y las practicas de los /las agentes de salud.

Hipótesis específicas:

♀ El modelo (obstétrico y ginecológico) médico hegemónico de carácter curativo-asistencial-excluyente refuerza la naturalización de la función materna como mandato y destino, mientras que otros modelos no hegemónicos se sostienen sobre la base del respeto por el derecho a decidir y la autonomía de los/as sujetos/as.

♀ Las restricciones legales del caso de ligadura tubaria en hospitales públicos no responden a razones médicas, sino a argumentos morales, que conllevan un avasallamiento ético y jurídico de la autonomía personal de sujetas y sujetos.

♀ El modelo médico asistencial actual se basa en consideraciones predominantemente biológicas. Ellas se reflejan en la práctica concreta de la indicación de ligadura tubaria, que reafirma un concepto de salud de las mujeres asociada solo a lo biológico.

Este trabajo se organizó en siete capítulos, de los cuales el primero consiste en la exposición del marco teórico-conceptual sobre la problemática abordada; el segundo señala las legislaciones Nacionales e Internacionales vigentes sobre Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos ciudadanos en el marco de los derechos Humanos; en el Capítulo III se realiza un recorrido histórico tanto acerca del proceso de medicalización del cuerpo de las mujeres, como sobre las transformaciones de la profesión médica ocurridas en las últimas décadas. En el Capítulo IV se abordan los aspectos ligados a los aspectos demográficos del comportamiento reproductivo de la población en Argentina y se hace referencia a lo que se ha llamado los nudos conflictivos respecto a salud sexual y reproductiva. En el Capítulo V, se presenta la problemática específica de ligadura de trompas, mientras que en el VI, de carácter conceptual, se analizan y delimitan las posiciones filosóficas y las teorías éticas dominantes y sus principios y se señalan las contribuciones de una ética feminista para el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las mujeres. Finalmente en el capítulo VII se procede al análisis de las entrevistas realizadas a los/ las profesionales de la salud, en función de las hipótesis expuestas y mediante los procedimientos señalados.

En el Capítulo I nos centramos en la teoría de género que constituye el marco teórico sobre el cual se desarrolla toda la investigación, se señalan brevemente cómo surgen los estudios de género, las variaciones sufridas en el último tiempo y se rescata la categoría como una herramienta teórica y política de análisis que nos permite descubrir en los discursos médicos relaciones de saber-poder sobre los cuerpos de las mujeres, así como las representaciones históricas que prevalecen en sus enunciados y justifican sus acciones.

En el capítulo II se analizan los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos ciudadanos, atendiendo en particular al proceso de instalación del debate en el espacio público y señalando los hitos fundamentales en la legislación nacional en torno a la salud sexual y reproductiva así como también su incorporación en la legislación Internacional de Derechos Humanos.

En el Capítulo III, se realiza una reconstrucción de la historia de la medicalización del cuerpo femenino, describiendo las distintas representaciones que los discursos médicos a lo largo de los siglos han realizado sobre el cuerpo de las mujeres. Se rescata además la historia periférica de las mujeres como sanadoras y curadoras y se analizan las transformaciones experimentadas por el modelo médico hegemónico durante las últimas décadas, a partir del impacto de las políticas neoliberales sobre el sistema de salud y de los procesos de feminización de la medicina.

En el Capítulo IV se hace una reseña de los comportamientos reproductivos en la Argentina. Se señalan algunos nudos conflictivos en salud sexual y reproductiva, y se presentan algunos indicadores sobre mortalidad materna, aborto, anticoncepción, embarazos adolescentes, y HIV - SIDA. Respecto del parto se describe el proceso de medicalización y se señalan algunas prácticas innecesarias y dañinas que todavía se mantienen vigentes.

En el Capítulo V se realiza un breve recorrido histórico sobre las prácticas de ligadura de trompas, un análisis de las leyes de contracepción quirúrgica en el país, se reseña la historia de la práctica de ligadura de trompas en Mendoza, antes y después de la resolución, el nacimiento del Consultorio Interdisciplinario de ligadura de trompas en el Hospital Lagomaggiore, respecto del cual se analizan ventajas y desventajas de su conformación. Se describe además el circuito que deben transitar las mujeres que

deciden ligarse las trompas y por último se analiza el Proyecto de Ley de Contracepción Quirúrgica de la provincia y el debate político desatado en torno al mismo. El debate se reconstruye mediante el análisis de fuentes periodísticas.

En el Capítulo VI, se presentan los debates en el campo de la Bioética, se definen las diferentes teorías éticas y sus postulados, se plantea una aproximación a una ética feminista que reconoce a las mujeres como agentes morales, condición que la mayoría de las teorías éticas no ha considerado. Se señala el papel de la bioética en la crisis del modelo médico hegemónico y por último se analiza esterilización quirúrgica electiva desde el campo de la bioética.

En el Capítulo VII, finalmente, se realiza un análisis de entrevistas a informantes clave (médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, tanto comprometidos como opositores a la práctica de la ligadura tubaria), a fin de localizar los supuestos éticos y políticos que subyacen al discurso y a las prácticas médicas. Se analizan los modelos médicos de intervención, indagando tanto sobre sus fundamentos éticos, y los modos de funcionamiento de los principios de beneficencia y autonomía, como en las formas bajo las cuales inciden los valores morales de los sujetos en sus prácticas profesionales.

Uno de los puntos nodales de nuestro análisis está dado por los conflictos ligados al valor que los /las profesionales asignan a la decisión de las mujeres, para lo cual hemos recurrido al par categorial heteronomía y autonomía. Se ha considerado también la noción de salud y el peso asignado a los factores biológicos, psicológicos y sociales en la decisión médica de realizar una ligadura Tubaria. El capítulo contiene consideraciones sobre las perspectivas de los/las entrevistados/as sobre los aspectos legales, tanto en lo que se refiere a la Resolución Ministerial como a las leyes que regulan el ejercicio profesional. El último punto del capítulo hace referencia a las valoraciones que, sobre la maternidad, cada profesional tiene y cómo influyen éstas en los principios éticos que se ponen en juego en las intervenciones relativas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La realización de este trabajo y la adopción de la perspectiva de género como punto de vista analítico, nos ha permitido advertir que sobre un real, el cuerpo, se organizan sistemas de significaciones y ordenamientos políticos y culturales así como también geografías imaginarias. La consideración de las mujeres como “lo otro” en una



cultura donde diferente ha sido (y es) a menudo equivalente a inferior ha desembocado en la producción de relaciones asimétricas de poder que resultan particularmente significativas cuando del cuerpo de las mujeres se trata. En esta suerte de microfísica del poder que cruza las prácticas médicas y las relaciones de poder entre los géneros cuando de decisiones relativas a los cuerpos de las mujeres se refiere muchos médicos y médicas, psicólogos y psicólogas, obstetras y demás profesionales de la salud no se detienen a pensar acerca de cuáles son las significaciones que, esa otra, aquella cuyo cuerpo es el que está en cuestión, produce.

Indudablemente, más que de un asunto técnico de lo que se trata es de un debate ético y político en el cual lo que se halla en cuestión es el modo como los derechos de los sujetos a decidir afectan el papel profesional de Médicos y médicas, psicólogos y psicólogas, trabajadores/as sociales, cómo, ante un tema como el de la ligadura lo que se juega no es tanto el saber y la pericia técnica como los supuestos de índole ética y política, las creencias religiosas y representaciones imaginarias vinculadas tanto con su función profesional como con la maternidad y la sexualidad de los /las sujetos.

# CAPÍTULO I

## IDENTIDADES Y GÉNERO

*“Y, en verdad, basta transitar con los ojos abiertos para comprobar que la humanidad se divide en dos categorías de individuos, cuyas ropas, rostros, cuerpos, sonrisas, aire, intereses y ocupaciones son manifiestamente distintos, tal vez se trate de diferencias superficiales; tal vez estén llamadas a desaparecer. Lo cierto es que por ahora, existen con categórica evidencia”*  
Simone de Beauvoir

El tema de investigación que abordaremos en esta tesis es el de la medicalización del cuerpo de las mujeres, en especial el debate que surge con relación a la apropiación del cuerpo femenino por un tipo de saber, el “saber médico”, que aún cuando se presente como técnico y neutral tiende a asumir posiciones morales y políticas. Nos centraremos en la problemática de ligadura de trompas, que ha instalado en la provincia de Mendoza un amplio debate desde que tomó estado público en 1999 el primer pedido de amparo para la autorización legal de ligadura tubaria, (pedido realizado dentro de la obra social de los/ las empleados/as públicos). Desde el 2000 existe una Resolución Ministerial (N° 2492) que autoriza la ligadura de trompas en los hospitales públicos. Por ello las mujeres pueden tomar la decisión de operarse para no tener hijos/as, siempre que cumplan con algunas condiciones, pero sin necesidad de recurrir a una autorización judicial. Es a través de esta práctica médica, que buscamos dilucidar relaciones de saber/poder que contienen una serie de enunciados y regulaciones respecto de los cuerpos de las mujeres.

El debate por la ligadura tubaria no es sin embargo un debate aislado: se desarrolla dentro de un debate mayor, el de los derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres.

El tema de los derechos sexuales y reproductivos surge en el marco de los procesos de transnacionalización de derechos de las mujeres. Históricamente las mujeres han sido privadas del control de sus cuerpos por la existencia de una serie de

factores de orden diverso: a causa de una socialización desigual, de falta de información y de una educación sexual adecuada, de las fallas de los métodos anticonceptivos o de usos inadecuados de los métodos existentes.

Existe además una fuerte presión social, las mujeres cargan con el peso de una tradición cultural que asimila la condición de mujer a la condición de madre. Esta idea de *mujer = madre*, organiza todo el conjunto de prescripciones que legalizan las diferentes acciones en el concebir, parir y criar la descendencia, como los proyectos de vida posibles de las mujeres concretas y también los discursos sobre “la mujer”. A la costumbre hay que sumar el aumento de la pobreza y la persistencia de la violencia sexual como parte del horizonte de vida de miles de mujeres (FERNANDEZ, Ana María, 1993: 161).

En razón de lo antedicho (las fallas en los métodos anticonceptivos, las imágenes sociales dominantes acerca de la feminidad y su carácter prescriptivo, la desigual posibilidad de acceso a los métodos anticonceptivos existentes) es claro que para muchas mujeres es problemático controlar las condiciones bajo las cuales quedan embarazadas. La mayor parte de las veces, como lo muestran los datos sobre fertilidad, las desigualdades sociales, económicas y educativas se traducen en maternidades forzadas para las más pobres y las más jóvenes.

La investigación será abordada desde una perspectiva de género. Los estudios de género permiten advertir los efectos sociales y políticos de las diferencias sexuales. Desde la perspectiva sostenida desde hace tres décadas por diversos estudiosos/as cada sociedad organiza, sobre las diferencias del sexo biológico, sistemas de atribución de características y roles culturales. Esos sistemas tienen tanto un sentido descriptivo como prescriptivo. A menudo esas prescripciones se transforman en estereotipos que son naturalizados, y asignan valores jerárquicos según el sexo, reconociendo lo masculino como superior y lo femenino como inferior o suplementario.

Una mirada de género sobre la salud sexual y reproductiva es crucial para reconocer las desigualdades e inequidades entre mujeres y varones en la calidad de la atención como en el servicio prestado, principalmente en el campo de las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Como así mismo permiten advertir

como se organiza todo un entramado de significaciones y ordenamientos políticos y culturales en torno al cuerpo de las mujeres.

A fin de comprender las regulaciones de saber/poder que guían las prácticas médicas, sobre los cuerpos de las mujeres, y poder develar los fundamentos éticos y políticos sobre los que se amparan dichas prácticas, en especial en el caso de la ligadura de trompas, y poder traslucir del discurso médico argumentos, experiencias, actos que imponen el disciplinamiento de los cuerpos y de la vida de las mujeres, se hace necesario desarrollar brevemente el recorrido realizado desde los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género, los aspectos que esta perspectiva permite vislumbrar en torno al cuerpo de las mujeres como así también la lucha por los derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos, tarea que nos instala en un campo de poder en el que se ponen en juego la sexualidad y las relaciones sociales de reproducción.

### ***1.1. DE LOS ESTUDIOS DE LA MUJER A LOS ESTUDIOS DE GÉNERO***

En la década del 60 del siglo pasado, en los Estados Unidos, se caracterizó por el despegue del movimiento feminista, cuyas militantes traen consigo experiencias anteriores diversas, en el que coexisten el “feminismo de la Diferencia”, el “feminismo Radical” que tiene su base en el populismo, el anarquismo y el socialismo utópico, y el “feminismo de la Igualdad” de raíz socialista-marxista o de procedencia liberal reformista, estas diferentes posiciones se reflejan en torno a las estrategias que debe formular el movimiento en su conjunto en vía de la emancipación. Esta llamada “segunda ola” producirá importantes transformaciones en el campo intelectual, mediante la *“construcción de organizaciones autónomas, grupos de concientización, elaboración de boletines, revistas, panfletos, hojas sueltas, periódicos, entre otras tantas manifestaciones culturales”* (CALVERA, Leonor, 1982: 74). Al mismo tiempo en forma paralela y por influencia de este trabajo se despliegan en la universidad cursos y estudios sobre la mujer que dará lugar al desarrollo y existencia de una teoría feminista.

Los Estudios de la Mujer y posteriormente los Estudios de Género irán tomando forma a través de tres dimensiones fundamentales, que permitirá pensar a las mujeres como sujetos sociales, por un lado la transformación de la vida cotidiana de miles de mujeres por la incorporación masiva al mercado laboral, el acceso a la educación secundaria y terciaria, y otras transformaciones en las relaciones de pareja, como así también en las conductas sexuales; por otro lado la práctica política de los movimientos de mujeres, su lucha por transformar las leyes laborales y legales y la lucha de las mujeres académicas por incorporar la perspectiva de género en la universidad en la década del 80. Sobre la base de estos tres ejes: vida cotidiana, política y académica, se estructuró un movimiento que pretendía poner en evidencia todo el entramado de discriminación hacia las mujeres, provocando una serie de transformaciones tanto en el espacio público como privado, desnaturalizando las prácticas que legitiman y refuerzan la desigualdad y la injusticia entre varones y mujeres. (FERNÁNDEZ, Ana María, 1992: 11-23).

Entre las feministas se debatía el problema de la construcción de una teoría y una metodología capaz de quebrar el orden existente desde las experiencias de las mujeres. Ante este reto surgieron diversas y variadas respuestas. Una de las propuestas identificó la subordinación femenina como producto del ordenamiento patriarcal, su representante más reconocida es Kate Millet, quién decía que el patriarcado se mantenía sobre la base de dos principios fundamentales: *“el macho ha de dominar a la hembra y el macho de más edad ha de dominar al más joven”* además sostenía que *“la institución del patriarcado es una constante social tan hondamente arraigada que se manifiesta en todas las formas políticas, sociales y económicas(...) muestra una notable diversidad, tanto histórica como geográfica”*, es decir que advierte de las diferentes formas, variaciones y manifestaciones en las relaciones sociales, como en la reproducción y la sexualidad, se expresa la dominación masculina de las mujeres, a lo largo del tiempo, según las épocas como en diferentes países y culturas.(MILLET, Kate, 1995: 70-71).

Pero al mismo tiempo este concepto, presenta una gran variedad de significados según los puntos de vista o corrientes del feminismo a que se adscriba.

Otro concepto de importancia fue el de sexismo definido por Victoria Sau como *“el conjunto de todos y cada uno de los métodos empleados en el seno del patriarcado*

*para poder mantener en situación de inferioridad, subordinación y explotación al sexo dominado: el femenino. El sexismo abarca todos los ámbitos de la vida y las relaciones humanas, de modo que es imposible hacer una relación exhaustiva ni tan siquiera aproximada de sus formas de expresión y puntos de incidencia”* (BELLUCCI, 1992: 41). El sexismo abarca e incluye al androcentrismo, porque este concepto se limita al ámbito específico de la ciencia y la cultura.

La ciencia y el saber representa una forma de conocimiento construido por el poder masculino hegemónico y que se presenta así mismo como universal, es decir incluyente de la otredad, pero el mundo que reproduce es un mundo dividido jerárquicamente en polos opuestos, en el que la diferencia no tiene lugar o si lo tiene es el de un lugar subordinado.

Un grupo de mujeres académicas se propusieron generar conocimientos sobre las condiciones de vida de las mujeres, rescatando del pasado y del presente los aportes de las mujeres a la sociedad y a la cultura, hacerlas visible en la historia, en la creación y en la vida cotidiana. Así surge los llamados “Estudios de la Mujer” o “Woman’s Studies”, a finales de los años 60, con el objeto de poder participar en la producción de conocimientos como sujeto y objeto de estudios, promoviendo espacios de democratización; desarrollo teórico que se llevó a cabo no sin resistencias y reacciones por parte de las estructuras académicas tradicionales y burocráticas. Sus elaboraciones teóricas se caracterizaron por incorporar un enfoque amplio para el abordaje de perspectivas específicas, esta mirada es deudora de la impronta del movimiento feminista como de sus luchas e intervenciones políticas en diferentes ámbitos de la sociedad, ligados fundamentalmente a los movimientos contestatarios (antibelicistas, pacifistas, de izquierda), que no pudieron despegarse fácilmente de visiones reduccionistas o economicistas, que permitieran comprender la subordinación femenina en la especificidad de su problemática y no subsumida en categorías como la de clase social.

Los temas de interés de los ámbitos no académicos, se centraron en problemáticas comunes: las diferencias entre los sexos, los orígenes, la evolución. Se preguntaron por las teorías vigentes y si servían para comprender y explicar este problema o reproducían los estereotipos y prejuicios culturales. Cuestionaron la

parcialidad de la ciencia, y su pretensión de universal. Investigaron sobre la participación de las mujeres en la producción de conocimiento, sus criterios de cientificidad, sus lógicas, sus metodologías. Se pueden distinguir dos posturas diferentes:

1). Una posición puso el acento en las mujeres como el objeto de estudio, preocupadas por generar, acumular y revisar información e hipótesis sobre las condiciones de vida y de trabajo, la creación y la cultura producida por las mujeres. Esta corriente se centró en la producción de conocimientos sobre las mujeres y los determinantes de sus condiciones sociales, predominio de estudio de las relaciones mujer-varón y mujer-mujer.

2). La segunda posición focalizó su análisis en la sociedad como generadora de la subordinación de las mujeres. Sostenían que la subordinación de las mujeres es producto de determinadas formas de organización y funcionamiento de las sociedades y por lo tanto hay que estudiar las sociedades concretas. El objeto es más amplio, requiere analizar todos los niveles, ámbitos y tiempos de las relaciones mujer-varón, mujer-mujer, varón-varón.

Ambas posiciones construyeron sus objetos de estudios a partir de recortes de la realidad empíricamente observables, formulando hipótesis plausibles y teorías de alcance medio, con un asidero más cercano a lo real. (DE BARBIERI, Teresita, 1993:2-4)

Mabel Bellucci sostiene que *“para muchas de sus protagonistas, los Estudios de la Mujer significaron una revolución del conocimiento tanto o más impactante que el fenómeno de ingreso femenino masivo a la educación universitaria que tienen lugar en la segunda mitad de este siglo, en pleno proceso de consolidación del Estado de Bienestar Keynesiano. Se necesitó presencia numerosa y activa de mujeres en las carreras terciarias y en el mundo académico para dar este salto cualitativo”* (BELLUCCI, Mabel, 1992: 31)

Esta revolución tuvo su impronta en las ciencias sociales y humanas, principalmente en disciplinas como historia, antropología, letras, ciencias de la comunicación, sociología, derecho y psicología. Los Estudios de la Mujer se pueden caracterizar como estudios interdisciplinarios o multidisciplinarios, heterogéneo en sus

marcos teóricos, metodológicos e instrumentales. Su trabajo teórico comienza cuestionando el cuerpo de conocimientos acumulado. Intentan resignificar el conocimiento científico con un fuerte compromiso político generando paradigmas alternativos al modelo universal masculino. Analizan críticamente los supuestos básicos de cada cuerpo disciplinario, y construyen nuevas categorías analíticas y marcos teóricos particulares.

Reconocen que la cultura es una construcción androcentrista, que excluye a las mujeres como sujeto histórico. En el sentido de que el saber y la cultura no son neutras ni objetivas, Amparo Moreno define al androcentrismo como la *“adopción de un punto de vista central, que se afirma hegemónicamente relegando a los márgenes de lo no significativo o insignificante, de lo negado, cuanto se considera impertinente para valorar como superior la perspectiva obtenida”* (BELLUCCI, Mabel, 1992: 42). Por ello se propusieron indagar cuáles fueron los sujetos históricos en cada sociedad concreta. Analizan las relaciones de poder, no sólo aquellas que tienen que ver con el sexo sino también las que surgen de la edad, la raza, la clase y la nacionalidad, en la relación saber-poder, etc. El objetivo final de los Estudios de la Mujer consistía en producir conocimiento desde las teorías de las mujeres ampliando las conquistas por parte del colectivo femenino de los espacios públicos. Hacer visible lo que se mostraba invisible para la sociedad. Su trabajo permitió desnaturalizar la división sexual del trabajo, mostrar el lugar subordinado que se les había asignado a las mujeres en la vida privada, como la exclusión y omisión del espacio público, y a nivel epistemológico cuestionar la pretenciosa universalidad de la ciencia, y develar su ideología patriarcal.

Pero con el tiempo, varias de estas asociaciones con un fuerte desarrollo en la Academia Norteamericana tomaron un rumbo corporativista y sectario e impusieron una mirada restringida del género dejando afuera variables provenientes de los colectivos contestatarios que le dieron origen, haciendo abstracción de el tipo de sociedad en el cual se encuentran insertas. Frente al ghetto del “mujerismo” se empezó a perfilar una corriente más abarcadora e incluyente que busca nuevas formas de construcciones de sentido que permitirán avanzar integrando a los resultados obtenidos en la producción de conocimientos y las experiencias acumuladas en los estudios de la Mujer la “dialéctica de los sexos”.



Así surgen los “Estudios de Género” que intenta rescatar la amplitud de criterio inicial de los Estudios de la Mujer, al igual que estos no se llamaron estudios feministas *“para intentar contener todas las tendencias, presupuestos teóricos y visiones múltiples que coexistían dentro del movimiento social de mujeres”* (BELLUCCI, Mabel, 1992:48).

Estos estudios se enfrentaron y cuestionaron los postulados biologists, esencialistas y universalistas que han legitimado y legitiman las desigualdades entre varones y mujeres, criticaron la lógica binaria y jerárquica en que se apoyan sus justificaciones teóricas, pero ante todo presentaron modelos alternativos que permitieron desocultar y explicar los motivos por los cuales las mujeres fueron excluidas, omitidas o silenciadas en los principales cuerpos de las teorías.

Martha Rosenberg señala que el concepto de género, si bien fue construido por la teoría feminista como una herramienta política, su uso puede omitir las condiciones reales de existencia de los sujetos sociales, invisibilizando al sujeto político mujeres, y enmascarando la realidad, al no reconocer a los *“agentes de acciones públicas colectivas”* que ponen en cuestión las relaciones de poder entre los sexos. La perspectiva de género corre el riesgo de por una parte “cristalizar a las mujeres al ocuparse de “sus cosas”, definido por el imaginario masculino” y de diluir la interpretación crítica y la posibilidad de desarrollar actividades autónomas antisexistas. Situaciones que vemos, con cierta asiduidad, cuando cuadros feministas son cooptadas por las estructuras de gobierno y organismos y agencias nacionales e internacionales; ésta condición no invalida una utilización estratégica desde una perspectiva de género. (ROSENBERG, Martha, 1994: 269-270)

La producción teórica del feminismo ha señalado el carácter situado del conocimiento, la parcialidad de todas las afirmaciones, la profunda relación entre saber y poder, trasladando el debate al contexto de la política.

Donna Haraway plantea que *“la objetividad feminista alude a la ubicación limitada y al saber ubicado, no a la trascendencia y separación del sujeto y el objeto. Nos permite respondernos acerca de cómo aprendimos a ver”*, que supone una perspectiva política y ética (HARAWAY, Donna, 1993: 123)

Su propuesta no implica simplemente asumir el punto de vista del subyugado. La posición del subyugado no es una posición inocente, sino que permite el principio de negación, el análisis crítico e interpretativo del conocimiento, a la vez que exige reexámenes críticos permanentes. Para mirar desde abajo se requiere tener cierta capacidad con los cuerpos y el lenguaje, con las mediaciones de la mirada, para lograr relatos adecuados y transformadores del mundo. Es precisamente el problema de la objetividad lo que está puesto en cuestión desde la perspectiva de Haraway. El punto de vista del subyugado supone, precisamente la crisis de la noción científica de objetividad como equivalente a God Trick (el punto de vista de Dios).

Para Haraway el punto de vista de los subyugados es una posición crítica, una mirada que no admite caer en polos dicotómicos, producidos por el pensamiento occidental de donde ha surgido la ciencia, que ha dividido el trabajo intelectual en: ciencia/ creencia, cultura/ naturaleza, razón/ sentimiento, hecho/ valor, público/ privado, mente/ mano; dicotomías en las cuales siempre se ubica a las mujeres en el lugar de menor significado jerárquico. Esta lógica occidental de oposiciones binarias, que transforma el sexo en la materia para la representación de género, construida a partir de la oposición naturaleza / cultura, parece imposible evitar. Por eso los relatos feministas propuestos de la objetividad y la corporización hacen una gran revisión crítica en donde los saberes situados requieren que el objeto de conocimiento sea actor y agente y no una pantalla, un fundamento o una materia. Es el protagonismo de las mujeres el que transforma el proyecto mismo de producción de una teoría feminista, por lo tanto hay que reconocer la acción de los objetos estudiados. Sólo la política y la ética son la base de la objetividad de la ciencia, como conjunto heterogéneo. Las feministas, para la autora, no buscan saberes dominados por una visión parcial y una voz limitada, sino saberes que se interesen por las comunidades. Sin embargo, paradójicamente la manera de buscar una mirada amplia es situándose en un lugar particular. Para el feminismo el problema de la ciencia es el de la objetividad como racionalidad ubicada. Sus miradas son el resultado de la unión de visiones parciales y de las resistencias invisibilizadas, en un sujeto colectivo situado. Esta unión permite ver en la medida posible para una corporización finita permanente. Sus imágenes son el resultado de vivir dentro de los

límites y de las contradicciones de las visiones situadas (HARAWAY, Donna, 1993: 115-144)

La perspectiva de género permite realizar algunas interrogaciones, por ejemplo se pregunta quién está hablando en una teoría, bajo que condiciones sociales económicas y políticas enuncia un discurso, a quién o a quiénes está dirigido, cómo ese conocimiento circula y es usado en el marco de las relaciones asimétricas de poder. Es decir, que busca dar respuestas en torno al proceso de producción y circulación del conocimiento.

Originariamente el género fue definido en contraposición a sexo en el marco de una posición binaria (sexo y género), aludiendo la segunda a los aspectos psicoculturales asignados a varones y mujeres por su medio social y restringiendo el sexo a las características anatomofisiológicas que distinguen al macho y a la hembra de la especie humana. Los análisis de género se concentraron en explicar cómo los sujetos adquieren y actúan los roles e identidades de género, este enfoque suponía la existencia de una identidad personal o de un yo delimitado originario que a través del proceso de socialización en la familia y luego en los distintos aparatos ideológicos adquiriría las capacidades, motivaciones y prescripciones propias de su identidad genérica adaptándola a las expectativas y mandatos culturales. Este aprendizaje, que tiene por finalidad garantizar la reproducción de un orden de género, legitima la desigualdad entre varones y mujeres.

De esta idea se trasluce que la sociedad debe cumplir con un mandato. Pero su sesgo funcionalista y mecanicista fue duramente criticado. Porque no se puede decir que se trate solo de roles, porque podría darse como respuesta que estos son complementarios, lo cual despolitiza la problemática de la desigualdad y oculta las cuestiones de poder y conflicto que atraviesan las relaciones entre mujeres y los varones. Además no puede dar cuenta de las variaciones entre personas pertenecientes al mismo género.

Se destaca, en las primeras producciones en las cuales se utiliza la noción de género, la identificación de la categoría género con la categoría mujer. El género como sustituto de mujeres, es frecuente en publicaciones e investigaciones históricas: se habla de género e historia, cuando en realidad son estudios de historia de mujeres. Esta

focalización en la comprensión y denuncia de la condición subordinada de las mujeres, pierde de vista las relaciones desiguales de poder a que hace referencia el género. En su sentido más completo, género alude a una relación de poder social que involucra tanto a las mujeres y lo femenino como a los varones y lo masculino. Por otra parte la utilización del concepto género parece adaptarse mejor a las producciones académicas, porque suena más “objetiva y neutral” que la de mujeres, marcando un límite con la política del feminismo.

Otro empleo de la categoría género y el concepto de género, es la de muchas/os autoras/es que sustituyen sin más la palabra sexo por género, en especial en los estudios de tipo macrosocial, en la demografía, el mercado de trabajo, la educación, el comportamiento político, etc. a la desagregación por sexo se le llama género pero no se llena de contenido la categoría, ni se explicita a qué hace referencia.

La categoría de género requiere dar espacio a la búsqueda de sentido del comportamiento de varones y mujeres como seres sociales sexuados. Es decir tener en cuenta que hay una serie de determinaciones sobre las mujeres y sobre los varones que se expresan y a la que responden los comportamientos observados.

En la actualidad existe un profundo debate en torno a la categoría de género y su utilidad, si bien se puede afirmar que esta no es una categoría desgastada, lo cierto es que esta siendo revisada a partir de posturas teóricas, como la de Judith Butler, que cuestionan incluso las mismas premisas que le sirvieron de fundamento. Este concepto se ha vuelto mucho más complejo y variable.

## ***1.2. EL GÉNERO, LA VARIABILIDAD DE UN CONCEPTO.***

En las últimas décadas, un concepto nuevo, género, permite hacer una interpretación mucho más rica de los comportamientos de los sexos. La biología no define por sí misma el destino: los roles sociales y las conductas dejan su marca en la sexualidad de cada uno/a. El género tiene que ver con los aspectos culturales con los cuales se interpreta la sexualidad. En realidad, el término género comenzó a ser empleado por la sexología en la observación clínica de casos en que el sexo físico no se correspondía con la identidad socialmente asignada a un sujeto. El feminismo toma este

concepto en los años 70 para producir una crítica a los estereotipos, en lo que respecta a establecer jerarquías entre los sexos y a asignar roles sociales en forma fija.

Fue el sexólogo John Money, quien en los años 50, introdujo el concepto de género para señalar la influencia de la cultura en la identidad sexual.

El concepto de género no es bien comprendido, a veces el género se usa como sinónimo de sexo; también se piensa que los temas de género se refieren sólo a las mujeres. Si bien el hombre debe incorporarse a éste proceso no se debe perder de vista que las mujeres tienen prioridad por estar en una situación de desventaja; por lo tanto es necesario aclarar algunos conceptos.

Sexo es una característica biológica que diferencia mujeres y varones. Se refiere a las características biofísicas de mujeres y varones. La diferenciación sexual en el plano biológico se da a nivel del aparato reproductor y de los caracteres sexuales secundarios.

Género es una definición construida socialmente. Se refiere a las relaciones sociales y a los roles que mujeres y hombres tienen en la sociedad. Género se refiere a las desigualdades de poder entre mujeres y varones y a las desigualdades en todos los ámbitos. Es el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo al sexo. El concepto de género es una construcción social, un producto de la cultura que establece qué es lo propio del varón y de la mujer y que se aprende a través del proceso de socialización.

Joan Scott explica que el *“genero se transforma en una manera de señalar las construcciones culturales, la entera creación social de ideas sobre los roles apropiados de la mujer y del hombre. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas del hombre y la mujer. El Género es, en esta definición, una categoría social que se impone sobre un cuerpo sexuado”* (SCOTT, Joan, 1993:22). Es necesario salir del marco biológico para entender la diferencia entre el sexo y género. Por ejemplo, la mujer se embaraza; esta es una característica biológica inherente al sexo femenino. Pero que la mujer sea quien cuide de los hijos/as, que lave los pañales, etc., es una determinación sociocultural y no biológica. Las mujeres no nacen con características especiales que las haga mejores para las tareas del hogar para

cuidar los hijos/as, para ser más obedientes, o para llorar más fácilmente. De la misma manera, los varones no nacen con las habilidades necesarias para ser líderes, para ocupar altos cargos, para ser duros, o para saber esconder las emociones y los sentimientos.

Ambos sexos van construyendo sus identidades de género incluso antes del nacimiento, ya que desde el embarazo la familia construye expectativas diferentes pensando en un hijo o en una hija. Después del nacimiento, por el solo hecho de la configuración de los genitales, el niño o la niña reciben una enseñanza diferente que incluye formas de caminar, de actuar, de sentir, de pensar, de expresarse, etc. Este proceso de construcción de los papeles de género, es un proceso pedagógico en el cual participan la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, en fin, toda la sociedad. Es un proceso continuo en el cual con frecuencia, se valora lo masculino como superior y lo femenino como inferior o suplementario. Esta construcción de identidad de género, iniciada muy precozmente, crea una desigualdad entre mujeres y varones que los afecta en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la sexualidad y la reproducción.

Para Gayle Rubin *“los sistemas de sexo/género son los conjuntos de símbolos, prácticas, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que otorgan sentido y finalidad a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, a las relaciones interpersonales”*. Afirma que este sistema sirve a otros fines económicos y políticos diferentes de los que originalmente debían satisfacer para la organización de las sociedades, pero también que no es inmutable por cuanto es producto de la actividad humana histórica y, por ello, puede ser modificado mediante la acción política” (RUBIN citado por DE BARBIERI, T, 1993: 5)

El género, por lo dicho anteriormente, permite analizar la contribución de los aspectos productivos y reproductivos en el contexto del trabajo realizado dentro y fuera del hogar. También pone en evidencia y cuestiona la dicotomía público/privado que habitualmente ha sido usada como un mecanismo para desvalorizar el trabajo que las mujeres realizan dentro del hogar en beneficio de la familia.

Podemos decir que es a través de diferentes elementos como sexualidad, reproducción, división sexual del trabajo, entre trabajos productivos y reproductivos, asignación diferencial de roles en el ámbito público como se definen las relaciones sociales y los significados simbólicos de ser mujer o ser hombre.

### **1.2.1. Identidades de Género. La construcción del sistema de género**

Históricamente se ha conceptualizado la diferencia como desigualdad, y toda desigualdad remite a un referente que define la norma, en nuestra cultura representada por el varón blanco de clase media heterosexual. En cambio aceptar la diferencia implica reconocer la mirada del otro/a, su especificidad y estilo de vida sin que esto afecte nuestra propia constitución. Sin embargo lo diferente es vivido como algo amenazador para la unicidad del sujeto/a. El dismorfismo sexual introduce la categoría taxonómica masculino/femenino como universal. Los conceptos de masculinidad y feminidad y las funciones que llevan asociadas varían tanto a través de las culturas como a lo largo del tiempo, determinados por la complejidad de su origen biológico, social y subjetivo.

El recién nacido tiene un sexo pero solo a lo largo de un complejo proceso constituye una identidad de género. Habitualmente se puede determinar el sexo biológico por la anatomía física, pero las experiencias, sentimientos y conductas culturales asociadas por los adultos con esta diferencia biológica le transmitirán un género. Cuando nace un bebé a partir del momento que las técnicas de observación obstétricas lo hacen posible, la constatación del sexo de la criatura la incardina en una doble diferencia, la biológica, constatable anatómicamente y la social, dada en las fantasías de los adultos acerca del pequeño ser, en las que el sexo del bebé ocupa un lugar relevante. Que según este se le inserta en un universo simbólico que aunque se elabora internamente y repercute directamente en el psiquismo, también tiene su origen en el sistema de creencias y estereotipos que lejos de reflejar la realidad, reproducen los valores de las instituciones sociales en una cultura y momento histórico. Esta reproducción incide en todos los órdenes de la vida del sujeto/a y a lo largo de su ciclo vital.

La noción de identidad, como sistema de codificación que autorreferencia al sujeto, es la síntesis de un proceso por el que las criaturas establecen las diferencias

entre el yo y la alteridad o los otros/as individuales, cuestión en que la representación de la diferencia sexual será fundamental. La identidad no es fija es el efecto de de procesos identificatorios que le permiten al sujeto situarse a sí mismo y en relación con los otros en un tiempo y lugar determinado. Para poder comprender el proceso que genera la identidad de género, puede resultar valioso esclarecer algunos conceptos que se suelen utilizar indistintamente o en forma incorrecta. Cuando hablamos de Identidad Sexual nos referimos a la elaboración cognitiva que ambos sexos realizan partiendo de la toma de conciencia de su propia imagen corporal, de su sexo morfológico, lo que implica la autopercepción y cognición de la pertenencia a un sexo determinado y la comprensión de lo que ello supone. En cambio la Tipificación sexual hace referencia al grado en que una persona se adecua por medio de la socialización a los patrones prescritos que incluyen comportamientos tipificados sexualmente y etiquetados culturalmente como masculinidad y o feminidad. Por otra parte la Orientación sexual apela a la tendencia o atracción que siente una persona hacia las del otro sexo (heterosexual), las del mismo sexo (homosexual) o indistintamente hacia varones y mujeres (bisexual).

Otra aclaración que resulta provechosa es la que se establece entre roles y estereotipos sexuales y roles y estereotipos de género.

Los roles sexuales son los papeles sociales asignados en base al sexo biológico, incluye rasgos, cualidades, valores que reflejan la socialización diferencial en función del sexo de los humanos, por lo que dependen más de definiciones sociales que de rasgos o atributos personales. Podemos hablar de roles familiares, roles ocupacionales, y otros. Ejemplo: Las mujeres deben ser maternales y los hombres agresivos, los padres mandan en casa, la responsabilidad de la limpieza familiar recae en las esposas. Mientras que los Estereotipos de rol sexual son creencias sobre diferentes características de las personas que mantienen posiciones específicas asignadas por el sexo. Son pues actividades y modo de ser vinculados a aquellos varones y mujeres que participan de manera desigual en determinados roles sexuales: las esposas son buenas amas de casa, las madres cuidan a sus bebés enfermos, los padres satisfacen las necesidades económicas de la familia.

La Identidad de género es el resultado de un proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual y hace



referencia al sentido psicológico del individuo de ser varón o mujer con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculinos o femeninos. En este proceso la identidad de género, que se adquiere en la primera infancia y tiene un valor de adaptación social, la influencia tanto de los modelos maternos y paternos como de los roles sociales de los adultos próximos es importantísima, de tal forma que el aprendizaje de los roles de género interacciona con las conductas estereotipadas, pues niños y niñas por medio de la observación, acumulan información a partir de los comportamientos que se dan en las relaciones entre los miembros de su familia. La escuela será otro agente socializador importante con el autoconocimiento que cada sujeto/a realiza de su propia categoría de género. Ambas instituciones, familia y escuela, contribuyen a la adquisición, entre otros, de los patrones de valentía y protección en los niños y de atracción y bondad en las niñas.

Aunque este proceso origina esquemas cognitivos que inciden en las génesis de la identidad individual, las diversas formas de interacción entre el aprendizaje de los roles y las conductas estereotipadas explicarán la variabilidad interindividual e intergrupala en este dominio. No se debe confundir la identidad de género con la práctica habitual de comportamiento de rol de género, porque una persona puede no actuar de acuerdo con los estereotipos sexuales pero puede tener perfectamente adquirida su identidad de género.

Por lo tanto los roles de género constituyen un amplio repertorio comportamental y de valores que desde la deshabilitación social, para cada cultura y momento histórico, delimitan el contenido de la masculinidad y la feminidad, siendo adquirido a través de los mecanismos de control que ponen en juego el proceso de socialización. Los roles de género no solo producen desigualdades sino que reproducen el status quo en cada momento histórico, ya que están íntimamente relacionados con la división sexual del trabajo.

Y finalmente los Estereotipos de género son simplificaciones, ideas preestablecidas, que socialmente se gestan y generalizan, adscribiéndose a las personas por el mero hecho de pertenecer a unos de los sexos. Se basan en ideas preconcebidas, enraizadas y transmitidas de generación en generación con las cuales se clasifica “a priori” el comportamiento de un grupo y/o persona. Los estereotipos tienden a inducir

una percepción selectiva. La misma centra la atención en fenómenos que apoyan su existencia, y excluye las evidencias que no lo confirman. En la medida en que transmiten una versión distorsionada de la realidad, se asemejan al prejuicio y constituyen fenómenos de consecuencias negativas. Aunque vivimos en una época de transición y existen opciones para construir estilos de vida alternativos, todavía persisten fuertemente en nuestra cultura concepciones estereotipadas acerca de la feminidad y masculinidad.

Los estereotipos constituyen un proceso cognitivo que es usado cuando se trata de comprender una realidad compleja, reduciendo lo complejo a algo simple que a su vez implica un proceso que crea una distorsión, porque depende de la selección y la categorización que se realice para emitir juicios u opiniones sobre otros grupos.

Los estereotipos no son fijos dado que son expresiones de valores y creencias culturales, por lo cuál cambiarán cuando cambien los valores y las actitudes. Por lo explicado se entiende que a través de los estereotipos se sustentan relaciones de poder, que obstaculizan el desarrollo de las potencialidades individuales y que generan situaciones de discriminación y subordinación de las mujeres, en los distintos ámbitos de la vida privada y pública. Ejemplificando: la sociedad considera que hay oficios y profesiones que están destinados a las mujeres como secretaria, docente, enfermera, empleada de servicio domésticos, etc. Mientras que los varones pueden desempeñarse como albañiles, electricistas, plomeros, pintores, etc. Y si la mujer ejerce estos últimos oficios son mal vistos o se duda de su idoneidad.

Las familias son generadoras permanentes de significados en relación al género, en tanto interpretan y reformulan las propuestas culturales de comportamiento que corresponde a una mujer y a un hombre. Por un lado, están los modelos dominantes y convencionales de la sociedad; por el otro, la práctica cotidiana del grupo familiar que realiza una particular adhesión a los modelos de género. De tal forma, cada familia tiene una vinculación específica con los modelos de género que circulan en el medio social en que está inserta.

Así se pueden definir algunos estereotipos dominantes masculinos y femeninos.

Estereotipos masculinos	Estereotipos femeninos
Los hombres son: Independientes Libres Fuertes Inteligentes Valientes Objetivos Racionales Activos Individualistas Duros Libres sexualmente Libres para el placer El hombre se hace a sí mismo El hombre es el que trabaja el que provee económicamente a la familia. El hombre es la máxima autoridad de la casa. El hombre es el juez en última instancia de todo lo que ocurre en la familia El hombre es el guardián de los valores de la familia El hombre es el encargado de disciplinar y castigar	Las mujeres son: Dependientes Relativas “a” Débiles No inteligentes Temerosas Subjetivas Emocionales Pasivas Altruistas Tiernas Sexualmente reprimidas Reprimidas para el placer Símbolo de belleza La naturaleza hace a la mujer La mujer es la aliada del hombre, en tanto encargada de las responsabilidades domésticas y la crianza de los hijos. La autoridad de la mujer, para tener peso debe estar legitimada por el hombre. La mujer/madre es incondicional a los hijos y al esposo. La mujer es la responsable de la circulación de afectos en la familia La mujer es la dueña de casa.

La finalidad de los estereotipos de género, que inciden –en mayor o menor grado- en cualquier sujeto al margen de su orientación sexual e identidad de género, es exagerar la diferencias reales de los grupos, permitiendo justificar, por medio de racionalizaciones, la distribución de los sexos en roles sociales. Están compuestos por características psicológicas consideradas apropiadas para cada uno de los sexos al margen de su situación personal. Además están dotados de una fuerza simbólica por lo cual se imponen a través de la repetición y la recurrencia de argumentos y símbolos que contribuyen a consolidar las condiciones sociales y económicas que los generan.

Existe una influencia mutua entre la cultura y la identidad sexual y se refuerzan una a otra. El modo dicotómico de pensar la identidad sexual es cultural. La identidad sexual está atravesada por las expectativas sociales sobre el comportamiento admitido y deseable para cada sexo, por el modo en que cada cultura reconoce en el otro o la otra los signos de lo masculino y lo femenino (por ejemplo la vestimenta, el pelo, la actitud corporal, cierto tipo de adornos, los objetos amorosos y conductas permitidas para cada uno/a, etc.). La identidad sexual depende de aspectos subjetivos, pero también de relaciones sociales. Y por supuesto, se parte del imperativo cultural en su alineamiento con la anatomía, con la genitalidad. Pero esa genitalidad,

que aparece como la base "natural" sobre la cual se funda la dicotomía, cuando surgen casos de ambigüedad o hermafroditismo se disciplina quirúrgica y hormonalmente. Se la "corrige". Es decir, la ideología dicotómica produce un mandato sobre la anatomía para que no la desmienta. La identidad sexual también produce a su vez su influencia sobre la cultura, como señala por ejemplo la epistemología feminista, cuando emprendimientos que se presentan como humanos pero en realidad son masculinos (como la ciencia) universalizan el modo de conocimiento correspondiente a la maduración psicosexual masculina para todo sujeto cognoscente. Así, formas de acceso al mundo y al conocimiento correspondientes a otras formas de maduración, vinculadas a los afectos y las emociones, quedan despojadas de valor para el conocimiento. La ciencia toma entonces la forma de una relación de dominio sobre la naturaleza. Y nuevamente, entre las aplicaciones de la ciencia están aquellas en que se procura explicar la sexualidad humana, con lo que el círculo retorna.

Las ideas sobre la familia y sobre la sexualidad parecen muy proclives a ser naturalizadas, nunca cuestionadas. El sexo no se puede naturalizar, esto se aclara cuando aparecen sexualidades diferentes, donde no se da la coincidencia entre el sexo anatómico y el sexo cromosómico, o por la no coincidencia entre lo que pueda ser el sexo anatómico y la subjetividad sexual, el modo en que el sujeto se considera a sí mismo y el reconocimiento de género que un sujeto hace de otro. Cuando, por ejemplo, nace un bebé con sexo anatómicamente ambiguo, inmediatamente se hace un esfuerzo por determinar quirúrgicamente el sexo. Esto obedece a una cuestión de disciplinamiento que no admite la ambigüedad. Entonces se determina cromosómicamente y se adapta anatómicamente, para que el sujeto pueda ser etiquetado, rotulado claramente como un varón o como una mujer. Perdura la necesidad de la dicotomía, de leer claramente los genitales, porque la idea que domina es que el genital es un signo, una cifra que debe ser leída e interpretada, que debe conducirnos a una referencia exacta. Es muy fuerte el mito del sexo biológico. Hay un alineamiento entre el sexo cromosómico, el sexo anatómico, la identidad sexual y el rol sexual.

### **1.2.2. Debates Teóricos sobre la noción de Género**

Como ya hemos dicho las preocupaciones por el género como categoría analítica surgen, a fines del siglo XX, a partir de los resultados obtenidos por las investigadoras

feministas. Tanto en su lucha por demostrar la incapacidad de las teorías vigentes para explicar las consecuencias de la diferencia sexual, como la búsqueda de legitimidad de los cuerpos teóricos construidos. Los Estudios de Género surgen en un momento de gran debate en las ciencias sociales, cuando, en los inicios de los 80' se produce un cuestionamiento radical a las corrientes positivistas que afirman la transparencia del dato.

En este sentido, el término género surge para transformar los paradigmas disciplinares, donde los Estudios de la Mujer no solo agregarían nuevos sujetos sino que generarían un reexamen crítico de las premisas y estándares del trabajo intelectual existente. Es por ello, que la categoría analítica “género”, que se alinearía del lado de las corrientes postestructuralistas, humanistas, constructivistas implica una crítica a los postulados fundamentales de la concepción ampliada de “la ciencia”: causalidad universal, objetividad, neutralidad.

El género permite una explicación significativa que toma en consideración la noción de proceso, para comprender el significado de las actividades de un sujeto individual o colectivo, a través de la interacción social.

Scott define “género” con fines analíticos, señalando dos partes constitutivas con varias divisiones que están íntimamente relacionadas.

1) *“el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias que se perciben entre los sexos”.*

El género como elemento constitutivo posee cuatro elementos: *“los símbolos disponibles culturalmente que evocan representaciones múltiples y contradictorias”*; *“conceptos normativos que definen las interpretaciones de los significados de los símbolos”*, expresados en las doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas; *“las instituciones sociales y organizaciones”* y por último el cuarto elemento del género es la *“identidad subjetiva”*

2). *“Es una manera primaria de significar a las relaciones de poder”.* El género no es un simple campo, sino es una *“manera recurrente y persistente de expresar el poder en Occidente, en las tradiciones judeo-cristianas e islámicas”.*

El control de las mujeres solo tiene sentido como parte de la construcción y consolidación del poder. *“La afirmación del control y del poderío toma la forma de una política sobre la mujer”*. (SCOTT, Joan, 1992: 34-37).

Si las relaciones de género están fundadas en la dominación y la subordinación social de las mujeres como un hecho histórico- político construido y no natural, esto supone el rechazo al determinismo biológico implícito en el uso de palabras como sexo o diferencia sexual.

El género enfatiza el aspecto relacional de las definiciones normativas de la feminidad, es decir hombres y mujeres son definidos unos/as en relación con los otros/as y no se puede comprender ninguno separadamente.

Sociológicamente, el género es una construcción cultural y social del sexo, son los significados que los sexos asumen en el contexto de una sociedad dada, hace referencia a la posición cultural como a los roles que los individuos internalizan a través de las prácticas sociales, reproduciendo los valores establecidos en una determinada formación social, constituyendo una identidad sexual estable y coherente.

No existe un significado único sobre género. Las polémicas y posiciones distintas o divergentes en torno al concepto de género dan cuenta de la vitalidad de la práctica teórica y de su empeño consecuente con la revisión crítica de toda forma de dogmatismo.

No se puede hablar de una teoría de género sino de varias líneas de debate. En los últimos años Judith Butler ha producido una verdadera revulsión conceptual sobre la base de una perspectiva que ella denomina “queer”. Butler afirma que el binarismo sexo/género es expresión de un imaginario masculino, devenido en discurso científico, en el que la naturaleza ha sido representada como un espacio vacío, inerte, femenino, dispuesto a ser penetrado por la inscripción cultural masculina. Este tratamiento sería parte de una práctica regulatoria que produce los cuerpos de varones y mujeres como diferentes y complementarios, lo cual supone asumir la heterosexualidad como la norma. Para esta autora el sexo, lejos de ser algo dado, o presimbólico, es una categoría política. El sexo no es lo que uno es sino en aquello/a en lo que uno/a se convierte. Este dualismo de lo biológico y lo cultural, no sería más que otra expresión de una lógica binaria que funda y legitima ordenamientos jerárquicos al oponer hombres y mujeres,

cuerpo y espíritu, razón y emoción, etc. Para la autora norteamericana, uno de los puntos centrales reside en la crítica del sustancialismo que al construir a la mujer e incluso al género femenino como categoría única y deshistorizada, ignora la heterogeneidad de mujeres, la diversidad existente entre ellas tanto en lo relativo a clase, raza, cultura, orientación sexual, etc.

La inflexión producida por la utilización del término género tuvo sin dudas, vinculado con el rechazo de la concepción victimista de las mujeres que se desprende de los primeros análisis de la opresión femenina. Con la idea de género también se opacaron lecturas ligadas con la idea de invisibilización, que habían estado presentes en los primeros análisis.

En los últimos años el género ha dejado de ser una noción clave para explicar todos los procesos y fenómenos relativos a la situación social de las mujeres, para convertirse en el centro de una fuerte controversia académica. Algunas autoras, como Rosi Braidotti, prefieren rechazar el término y hablan de diferencia sexual, procurando establecer una genealogía política de los usos de la categoría con el objeto. Otras autoras sostienen la necesidad de generar una implosión en la categoría para que puedan emerger las múltiples modalidades de género que se derivan de procesos de subjetivación atravesados por relaciones de poder asimétricas relativas a la clase, etnia, raza, edad, orientación sexual, entre otras. Pero hay quienes reconocen la importancia que tiene este concepto para el movimiento de mujeres, aun manteniendo una enérgica crítica al desplazamiento de la categoría género hacia deformaciones del sustancialismo o al universalismo y rescatan su potencia como herramienta teórica y política.

Si bien existen diferencias de perspectivas, todas acuerdan en admitir que el género no puede ser una propiedad de los sujetos como tampoco puede ser una categoría estable ni acabada, en constante repetición de si misma.

En síntesis, esta investigación tomará la perspectiva de género principalmente de los argumentos esgrimidos y elaborados por Joan Scott, quién prefiere utilizar el concepto género como categoría de análisis, entendida como una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social. *“El género es una categoría social que se impone sobre un cuerpo sexuado”* La diferencia de

género no es un rasgo biológico, sino una construcción sociocultural que se ha elaborado históricamente. Por lo tanto, género no es equivalente a sexo ni a diferencia sexual. La importancia del concepto de género radica en hacer visible el supuesto ideológico que equipara las diferencias biológicas con la adscripción a determinados roles sociales. El concepto pone de manifiesto una relación desigual entre varones y mujeres. Sirve para designar las relaciones sociales entre los sexos. Este aspecto relacional del género permite comprender que *“la información sobre la mujer es también información sobre el hombre, que el estudio de uno involucra el estudio del otro”* (SCOTT, Joan, 1992: 21).

Otro aspecto que ella señala y que tomaremos en cuenta es la dimensión de poder dentro de la concepción de género, ya que permite descifrar los procesos sociales y políticos en los que se dan los juegos de poder entre lo masculino y lo femenino, sus estrategias y alianzas múltiples, es decir, lo que hay detrás de las exclusiones de las mujeres y las formas bajo las que se las ha incluido históricamente. *“El género es una manera primaria de significar las relaciones de poder”* dice Scott, y sostiene junto a Pierre Bourdieu que *“las diferencias biológicas y la división del trabajo de la procreación opera como una de las ilusiones colectivas más fundamentadas. Los conceptos de género como referencias objetivas estructuran la percepción y la organización concreta y simbólica de toda organización social. Puesto que estas referencias establecen la distribución del poder (el control diferenciado sobre el acceso a los recursos materiales y simbólicos) el género se halla involucrado en la misma construcción del poder”* (SCOTT, Joan, 1992: 37-38).

En las subdivisiones que realiza Scott de la definición de género, que ya hemos explicado anteriormente, señala en primer lugar las representaciones simbólicas que para cada sexo dominan el imaginario social en un lugar y momento histórico determinado, estos símbolos se sostienen en las diferencias sexuales. En segundo lugar señala los conceptos normativos que definen las interpretaciones simbólicas anteriores, nociones que provienen de doctrinas religiosas, como de diferentes disciplinas científicas, sistema educativo, legal y político, que se caracteriza, al igual que la tradición filosófica occidental, por la forma de oposiciones binarias: unidad/diversidad, identidad/diferencia, presencia/ausencia, y universalidad/especificidad. *“(…) los*



*lenguajes conceptuales emplean la diferenciación para establecer el significado y que la diferencia sexual es una manera primaria para construir una diferenciación significativa. El género aporta una manera para decodificar los significados y para comprender las complejas conexiones que existen entre las diversas maneras de interacción humana” (SCOTT, Joan, 1992: 38).*

La diferencia sexual y las operaciones diferenciadoras producen significados de género. Estos se construyen por medio de una lógica binaria, dicotómica, interdependiente, que al funcionar en relaciones de poder y saber otorga a los significados masculinos mayor valor que a los significados femeninos, por ejemplo: razón/intuición; fuerte/débil; dureza/dulzura; guerrero/pacífica, etc. Entre las diferentes prácticas que se entrelazan hasta configurar el tejido histórico, opera la diferencia sexual a través del discurso de género, produciendo construcciones plenas de significados binarios, opuestos y jerarquizados, que revelan relaciones de poder en contextos específicos. Decidir la importancia de los estudios históricos y situados para explicar cómo se produjo la exclusión y la subordinación de un sexo por otro. Dicho de otra manera, el género, como otras categorías de análisis (clase, etnia, opción sexual, edad, etc.) funciona como discurso en contextos históricos concretos y se despliega en el orden social, legislativo, institucional y material, mediante procesos que se significan a través del lenguaje, entendido éste como un sistema de signos y como práctica social y política. En este sentido las instituciones sociales y organizaciones se basan en las diferencias sexuales, “(...) en la mayoría de los casos el Estado no gana nada material ni inmediato con el control de las mujeres. Estas acciones sólo tienen sentido como parte de la construcción y consolidación del poder. La afirmación del control y del poderío toma la forma de una política sobre la mujer. (...) la diferencia sexual se concibe como dominación o control de las mujeres” (SCOTT, Joan, 1992: 40)

En general, el concepto de género es una categoría central de la teoría feminista, ofrece tanto una descripción del fenómeno estudiado, es decir, la subordinación de las mujeres; pero también una explicación de sus causas y consecuencias y por qué no la prescripción de estrategias para su superación, ya que el objetivo del feminismo es transformar la posición de las mujeres en la sociedad.

Muchas veces la categoría de género ha sido utilizada para neutralizar el contenido político y emancipatorio del feminismo. Sin embargo, constituye sin lugar a dudas, una herramienta conceptual de la que las feministas se han (nos hemos) servido a menudo<sup>1</sup>.

El género, de este modo, proporciona el lenguaje conceptual y es creado por y a través del lenguaje. Las construcciones discursivas de género se producen en contextos históricos concretos, se construyen y reconstruyen a través de diferentes discursos (de los dominantes y de los dominados) y el lenguaje se encarga de codificar los significados de género que los constituyen.

El sujeto político activo del feminismo es un tema altamente estratégico de la teoría feminista, discutido desde hace tiempo a causa de la diversidad existente entre las mujeres, que se manifiesta en un sujeto múltiple por las diferencias de raza, etnia, clase, opción sexual, edad, religión, pasado histórico, etc. Este sujeto plural “mujeres” fue planteado inicialmente por las feministas negras y lesbianas norteamericanas, muy críticas ante un feminismo que se pensaba blanco y heterosexual. El acierto de esta crítica se extendió entre los feminismos del mundo y ha generado un gran avance en la teoría y en las relaciones entre las mujeres. Por tanto, para la investigación es un punto de partida importante.

---

<sup>1</sup> La Institucionalización del Enfoque de Género en las Políticas Públicas es tema central y preocupante de los Organismos Internacionales como de los Gobiernos que, desde los 90', ocupa la agenda de todos los países e instituciones públicas y/o privadas. La perspectiva de género no es solamente una cuestión teórica sino que también tiene implicaciones políticas. El modelo de desarrollo que se sustenta desde los organismos internacionales no es ni ha sido siempre equitativo. El Banco Mundial y otros organismos internacionales son los principales responsables del ajuste estructural dirigido a instaurar el modelo neoliberal en los países del tercer mundo y los mismos que recomiendan la creación de ONGs y la institucionalización de la perspectiva de género en sus políticas públicas. Estos organismos imponen una utilización verticalista del término género, omitiendo las condiciones reales de existencia de los sujetos sociales. Sus enfoques generalmente identifican el concepto de “género” con “mujer” y a la mujer como un sujeto vulnerable, objeto de aplicación de políticas sociales. Esta postura ha llevado a que las políticas dirigidas a las mujeres tengan un corte asistencialista. Estas políticas sociales destinadas a mujeres no tienen como objetivo la transformación de los estereotipos y roles socialmente asignados, por el contrario la idea de mejorar las condiciones de vida de las mujeres con políticas asistencialistas, desarrollistas y eficientistas, tiene la clara intención de hacer más eficientes a las mujeres en el cumplimiento de sus roles tradicionales y por supuesto funcionales y adaptadas a las exigencias cambiantes del sistema productivo. Para llevar a cabo tales proyectos se han servido (mediante la cooptación) de muchas feministas con prestigio en el movimiento de mujeres, con conocimientos específicos y una trayectoria política en la reivindicación de los derechos de las mujeres. Muchas feministas se sumaron a la tecnocracia de los organismos multilaterales, de las agencias de financiamiento y del propio Banco Mundial.

Finalmente la teoría de género iluminará y guiará el camino para poder descubrir en los discursos médicos relaciones de saber-poder sobre los cuerpos de las mujeres así como las representaciones históricas que prevalecen en sus enunciados y justifican sus acciones. A menudo los discursos, tanto en el campo de la ciencia como en los discursos cotidianos, recurren a estrategias de producción de significación e interpelaciones basadas en las diferencias sexuales que tienden a estabilizar relaciones de subordinación para las mujeres. La repetición de la oposición entre mujeres madres buenas, abnegadas y virtuosas en contraposición a mujeres malas que abandonan el hogar y a sus hijos, mujeres de mala vida, tiende a marcar para las mujeres alternativas excluyentes que imposibilitan la percepción de matices, posibilidades, variaciones. La teoría de género cuestiona el orden de legitimidad que tienen estos discursos y permite el desarrollo de discursos alternativos, como el discurso de las mujeres en la búsqueda de sus autonomías.

No existe una forma de ser mujer, sino mujeres múltiples y diversas: Mujeres casadas, separadas, viudas, solteras, en pareja. Mujeres madres felices de serlo. Mujeres madres que no quisieron. Mujeres que no pueden tener hijos/as. Mujeres sin hijos/as por elección y deseo. Mujeres madres adolescentes. Niñas madres. Mujeres madres de hijos/as que ya no están. Mujeres madres de hijo/as desaparecidos/as. Mujeres madres adoptivas. Mujeres madres lesbianas. Mujeres aborígenes. Mujeres blancas, mujeres negras, mujeres amarillas, mujeres rojas, mujeres de muchos colores. Mujeres pobres, mujeres ricas, mujeres de clase media. Mujeres explotadas, mujeres oprimidas. Mujeres viejas, mujeres jóvenes, Mujeres niñas. Mujeres sabias, mujeres brujas, mujeres diosas. Mujeres ilustradas, mujeres analfabetas. Mujeres cuidadoras, mujeres cuidadas. Mujeres que enseñan, mujeres que aprenden. Mujeres libres, mujeres condenadas, mujeres procesadas, mujeres presas. Mujeres que trabajan de día, mujeres que trabajan de noche, mujeres que trabajan todo el día. Mujeres que trabajan adentro y fuera del hogar. Mujeres luchadoras, militantes, defensoras. Mujeres resignadas, mujeres cansadas. Mujeres que buscan, mujeres que esperan. Mujeres tías, mujeres abuelas, mujeres hermanas, mujeres hijas, mujeres vecinas, mujeres compañeras, mujeres amigas. Mujeres por elección, mujeres en cuerpos equivocados, Mujeres que eligen varones, mujeres que eligen mujeres. Mujeres sin más, ni buenas ni malas, mujeres.

## **CAPÍTULO II**

### **DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS CIUDADANOS**

Los Derechos Reproductivos surgen como consecuencia de la lucha de las mujeres que a lo largo de la historia han reivindicado para sí mejores condiciones de vida respecto de su capacidad reproductiva. El comienzo de estas acciones se establece a principios del siglo XX, por la necesidad de establecer el control de la natalidad y de crear mejores condiciones de salud, del parto, embarazo y puerperio. En los EEUU y en Europa el método anticonceptivo regularmente utilizado por muchas mujeres era el aborto, penalizado en la mayor parte de los países. Por esto la lucha por la legalización se convirtió en una de las principales banderas del movimiento de mujeres a partir de los años sesenta.

Las feministas del siglo XIX luchaban por su inclusión en el ámbito público, espacio exclusivo de los varones, por ello sus reivindicaciones se concentraron en los derechos políticos y educativos. Esta primera ola del feminismo demandaba la conquista del sufragio y el ingreso de las mujeres al sistema educativo. En los años 60 y 70 aparece un feminismo heredero pero muy diferente del anterior, la llamada “segunda ola”, al igual que las primeras feministas reivindicaban el derecho de las mujeres a la igualdad, pero plantearon demandas ancladas a su cuerpo, al sexo. La consigna “lo personal es político”, va a movilizar sus demandas en torno a la autodeterminación del cuerpo, con campañas a favor de la legalización de la anticoncepción y del aborto, y contra la violencia sexual sostenidas tanto en la crítica a las formas clásicas de hacer política, como en el cuestionamiento de la concepción biologista que sostiene que los roles sexuales asignados para varones y mujeres responden a factores explícitamente biológicos.

La cuestión de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, no está libre de contradicciones. A la vez que las feministas de los países centrales luchaban por la autonomía, los Estados aplicaban políticas de control demográfico en los países periféricos

o del tercer mundo y también lo hacían con los grupos o comunidades raciales, étnicas, de clase, etc. dentro de los países centrales. Las mujeres de los países periféricos se organizaron para resistir estas campañas de esterilización masiva y de anticoncepciones forzadas dirigidas desde los países centrales. Las feministas del primer mundo toman estas contribuciones que junto a los movimientos por el derecho al aborto confluirán en la construcción de la noción de “derechos sexuales y reproductivos”. La idea de derechos reproductivos está ligada a la presión del movimiento de mujeres por la conquista del derecho a decidir libremente sobre su capacidad reproductiva por el derecho a contar con los medios necesarios para alcanzar tal fin sin correr ningún riesgo para su salud y la de sus hijos/as, desligando la sexualidad femenina de la procreación. Es decir: la noción de derechos reproductivos implica una crítica tanto a las coerciones natalistas o antinatalistas.

Como señalan Checa y Rosemberg *“El concepto de derechos reproductivos es, pues el resultado de un movimiento que nombra el desplazamiento de los procesos reproductivos que tienen lugar en el cuerpo de las mujeres, desde el ámbito de lo biológico naturalizado y/o medicalizado, al del derecho y el ejercicio de la ciudadanía”* (CHECA, S., 1996: 61). Es el ámbito del derecho, donde se cruzan criterios de justicia o injusticia cuando hablamos de las formas de acceso real a los servicios de salud, donde se producen diferencias entre los sexos y diferencias de clases y económicas entre mujeres.

El movimiento de mujeres tomó como reivindicación primera justamente aquello que se asocia con la limitación de la libertad de las mujeres, el rol socialmente asignado que ocupan en la reproducción, cuya naturalización niega la posibilidad de controlar la propia vida. El control de la fertilidad, sin riesgos evitables sólo es posible si se pueden controlar otros acontecimientos materiales en el mundo de las relaciones sociales. Es por eso que los derechos reproductivos se extendieron en su desarrollo de tal manera que se incluyeron como parte de los derechos de las mujeres y luego, a partir de las Convenciones y foros Internaciones, pasaron a estar incluidos como parte de los derechos humanos.

Si bien, en nuestro trabajo, preferimos hablar de “derechos sexuales” definido por Zulema Palma: *“como el conjunto de derechos humanos inalienables que tienen las personas de tomar decisiones libres y sin coacción ni discriminación de ningún tipo, sobre su propia sexualidad, tanto en sus aspectos corporales y relacionales como en sus aspectos reproductivos”*, (PALMA, Zulema, 1997:96) porque este concepto es más

inclusivo, abarcador y contiene en sí mismo a los derechos reproductivos. La utilización de “derechos reproductivos”, sin embargo, es una noción mucho más difundida y presenta menos reacciones por parte de la sociedad y es la expresión más frecuentemente utilizada en el vocabulario jurídico.

Los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos se refieren a la libertad de gozar de la sexualidad desligándola de los aspectos reproductivos y de la maternidad como obligación, al derecho al control del propio cuerpo (que incluye el conocimiento del mismo y del sistema reproductivo), al derecho a procrear cuando la mujer o la pareja así lo determinen, a la información sobre todos los métodos anticonceptivos, al acceso a servicios de salud gratuitos y de cobertura universal, al derecho a no ser objeto de violencia o coerción relativas a las decisiones o elecciones de tipo sexual y reproductivas, a la protección de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA, a una adecuada prevención y tratamiento de las enfermedades genitomamarias.

Los derechos sexuales y reproductivos constituyen en su conjunto bienes de salud, simbólicos y culturales, que dadas las reformas económicas impuestas en las últimas décadas por la globalización del capitalismo, se encuentran a disposición de los sectores privilegiados, quedando excluidos de los mismos la gran mayoría de la población, desprotección que es reforzada por una cultura patriarcal hegemónica, que se expresa en políticas públicas asistencialistas y focalizadas, que desconoce las especificidades de los derechos y necesidades concretas de las mujeres.

### ***2.1. TENSIONES: AUTONOMÍA E IGUALDAD***

Que los derechos reproductivos ingresen como derechos humanos amplía las potencialidades democratizadoras en el sentido de que se constituyen en derechos para todas y todos, sin distinción de edad, clase, etnia o preferencia sexual. Sin embargo esta situación es puesta de manifiesto como una contradicción por algunas autoras que señalan la tensión entre la demanda de autonomía de las mujeres en las decisiones reproductivas, por un lado y la demanda de igualdad entre los sexos, por el otro. Autonomía e Igualdad, plantea una nueva problematización en el terreno de los derechos reproductivos. Las mujeres reivindican este cuerpo es mío. Esto trae aparejado la resolución entre conciliar la demanda de ser quien elige, decide y controla el uso de anticonceptivos, el embarazo y la

gestación y al mismo tiempo pedir que los hombres asuman, en pie de igualdad, las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad, la responsabilidad en la paternidad. Ambas demandas están orientadas en dirección a lograr relaciones más equitativas entre los géneros, sin embargo, la resolución de esta contradicción será necesariamente negociada. El tema abre más interrogantes como lo que se plantea Jelin “*¿los derechos reproductivos son derechos de las mujeres, o derechos enraizados en las relaciones de género? ¿son derechos individuales o de la pareja?, quién puede ser árbitro o instancia de justicia para dirimir conflictos?*”(JELÍN, Elizabeth, 1996: 15). Esto evidencia tensiones y negociaciones políticas que subyacen a los derechos reproductivos. Reconocer que las mujeres no pueden ser ajenas al control de sus propios cuerpos es un paso fundamental que debe ser interpretado como un derecho humano básico. Puede servir poner de manifiesto cual es el sentido de la equidad de géneros en el campo de los derechos reproductivos, porque el ejercicio de la sexualidad tiene consecuencias diferenciales en el cuerpo de los sujetos según se trate de una mujer o de un varón y en sus proyectos posibles.

Esto implica también el reconocimiento de que hasta ahora, la pareja ha sido asimétrica, en tanto los hombres han tenido y tienen más poder para pautar sus propios comportamientos sexuales y los de sus parejas. Ya que si se quiere tener una corresponsabilidad materna y paterna en el cuidado de los hijos, será necesario repensar la dimensión relacional de la pareja y de la sociedad, en el tema de los derechos reproductivos.

### **2.1.1 Asimetría entre varones y mujeres**

El control del propio cuerpo significa para las mujeres no sólo poder decidir sobre su sexualidad, sobre la concepción, la anticoncepción, el aborto, el parto la crianza de los hijos/as, sino poder tomar el control de su vida, tarea que no resulta sencilla de ninguna manera, porque existen en la sociedad una serie de mecanismos de control y dominio que limitan y entorpecen todas las alternativas para lograrlo, además de que la experiencia sexual femenina está marcada por diversas manifestaciones de violencia, que la mantienen a menudo inseparable de la reproducción.

Otro tipo de violencia es la que se ejerce desde los organismos estatales que imponen, con frecuencia, la utilización de algún método anticonceptivo, que obstaculizan el real acceso a los servicios de salud que debieran asegurar una regulación libre de la

sexualidad y la fertilidad. Los Estados a menudo implementan políticas de población (natalistas o controladoras) que no consideran los deseos, opciones y elecciones de las mujeres.

Debido al carácter conflictivo y multidimensional que la conquista de los derechos sexuales y reproductivos tiene, su ejercicio no es sencillo ni está asegurado. En primer lugar, hay una traba cultural: la socialización de género mantiene la identidad de las mujeres fuertemente asociada con la maternidad y con el control de la sexualidad y la capacidad reproductiva por parte de otros y en segundo lugar, una traba material e instrumental: la autonomía de cada mujer para decidir personalmente sobre su sexualidad y reproducción sólo es posible cuando están dadas las condiciones mínimas (en términos educacionales, económicos, sanitarios, etc.) para poder ejercerla.

Esta situación de inequidad entre los géneros se expresa principalmente entre las mujeres pobres, cuando deciden tener hijos, sufren los efectos de una sociedad que establece concepciones morales sobre la sexualidad y la reproducción obstaculizando la posibilidad de incorporar los derechos reproductivos, generando una tensión entre el ejercicio de derechos y un sistema social que se empeña en mantener la maternidad como destino naturalizado.

## **2.2. “CIUDADANAS DE NUESTROS CUERPOS Y NUESTRAS VIDAS”**

La crisis heredada por la sangrienta dictadura de 1976 dejó como saldo no sólo una enorme deuda externa, profundizada por la fuerte crisis que afectó al mundo capitalista, sino también dejó intacto un aparato represivo, una autoritaria tradición política y una cultura caracterizada por el miedo, tras las sistemáticas violaciones a los derechos humanos. Con el advenimiento de la democracia en 1983, surge la preocupación tanto teórica como política de los asuntos ligados al funcionamiento del Estado de derecho. Esto puso en evidencia que la construcción de la democracia no se alcanza con la instalación de un gobierno mediante procedimientos democráticos, como tampoco se logra garantizar a los/ las sujetos/as procesos efectivos de ciudadanización.

A fines de los setenta y la primera mitad de los ochenta, en Latinoamérica confluyen tres procesos históricos que signarán el terreno de acción pública de las mujeres en la región: los procesos de democratización política y social, la creciente atención y



movilización internacional hacia la situación de las mujeres (La I Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en México en 1975, que inauguró la Década de la mujer desde 1975 a 1985), y en tercer lugar el cambio en el contexto económico mundial, la crisis del Estado de bienestar, las políticas de ajuste y sus efectos en términos de desigualdad social que han producido una polarización en la distribución de ingresos, privilegios por un lado y mayor miseria y marginalidad por el otro. Los efectos de esta crisis que afecta a varones y mujeres, no se distribuyen de manera equitativa. Es éste el contexto donde se realiza la incorporación de las mujeres como sujetos de derechos, de formas desiguales, según sus historias nacionales, las políticas públicas que desde el Estado se implementan, la herencia política y la presión del movimiento de mujeres.

Para analizar los procesos de democratización política que surgen a partir de los años ochenta corresponde comenzar a definir el concepto de Ciudadanía y Democracia. El concepto de ciudadanía está en permanente construcción, y ha variado a través del tiempo, asumiendo distintos significados y contenidos. Se ha ampliado mediante la inclusión de las/os excluidas/os a la condición de ciudadanos de derechos. Noción que no puede hacer referencia sólo a las prácticas concretas: como poder ejercer el derecho a votar, poder ser elegido/a para las funciones gubernamentales, la libertad de expresión, o recibir beneficios sociales desde el Estado, debe comprender desde una postura analítica el “derecho a tener derechos”.

A partir de la posguerra, la construcción del Estado de Bienestar da lugar a una concepción de ciudadanía que incluye la dimensión social que remite a las garantías de salud, educación y jubilación necesarias por parte del Estado, en los ámbitos de la vida y del trabajo, incluyendo el conjunto de derechos económicos, sociales, culturales y políticos.

*“Mientras la tradición liberal insistía sobre el asunto de la legalidad, la extensión de derechos y la racionalidad y universalidad que ello conlleva, las tradiciones contestatarias insistieron sobre la cuestión de las condiciones reales bajo las cuales se accede al goce de derechos. De allí que la demanda de derechos sociales haya estado históricamente ligada a la tradición teórica y política de la izquierda, a excepción de los años de expansión capitalista, en los cuales se logró una incorporación eficaz de las mayorías al orden económico” (CIRIZA, Alejandra, 1999 : 233)*

La noción de ciudadanía definida en los años 40 por Marshall “*consiste en asegurar que cada cual sea tratado como miembro pleno de una comunidad de iguales. La manera de asegurar este tipo de pertenencia consiste en otorgar a los individuos un número creciente de derechos ciudadanos*” (BROWN, Josefina, 2001: 35). Entre los derechos Marschall señala la existencia de tipos o dimensiones construidos históricamente: derechos civiles, políticos y sociales. Los derechos civiles, se perfilaron en el siglo XVIII; los derechos políticos, en el siglo XIX y los derechos sociales surgieron en el siglo XX. La noción de ciudadanía, se remonta a la Ilustración, fue la democracia moderna la que instauró la escisión entre el burgués y el ciudadano, entre economía y política, entre sociedad política y sociedad civil, separaciones que las democracias actuales han reforzado. Esta concepción liberal del derecho supone la noción de igualdad como “igualdad formal ante la ley”, que considera a los sujetos como si fueran iguales. En este sentido la igualdad formal ante la ley, se sostiene sobre la base de la inclusión y la exclusión, ocultando aquellos sectores que deja fuera. La teoría democrática liberal supone la idea de un contrato que excluye a las mujeres, en tanto se construye sobre la base de un falso universalismo que rechaza la diferencia y toma como modelo inicial al varón, blanco, occidental, propietario y burgués, por lo mismo los derechos relacionados con el cuerpo, como el derecho a decidir, constituye para las mujeres un derecho ciudadano a conquistar.(CIRIZA, Alejandra, 1999: 243-247) Las mujeres hemos sido negadas en razón de esa diferencia y definidas durante tanto tiempo como complemento del varón, por lo tanto no hemos sido considerada sujetos políticos, la razón de semejante exclusión fue la diferencia anclada a nuestro cuerpo, más precisamente la diferencia sexual. Cuando hablamos de ciudadanía se supone un universal “ciudadanos” pero este concepto no se corresponde con la igualdad de derechos para todos y todas, esa igualdad tiene una norma que lo rige: el varón, entonces lo que se universaliza son las posibilidades de los varones y esos son los aspectos que ingresan en el orden de la cultura, mientras que las actividades relacionadas con el concebir, el gestar y parir quedan excluidas por ser un proceso que se encarna en cuerpos femeninos, ligadas a la naturaleza, quedando imposibilitadas de participar de reales condiciones de igualdad. El control sobre el propio cuerpo nadie puede otorgarlo se construye en la práctica, la lucha por la libertad en la reproducción necesita conquistar su legitimidad en las leyes. “*Es necesario repensar la naturaleza misma del*

*lazo social y la noción de ciudadanía democrática, reinscribiéndola en la totalidad del sujeto y no en la categoría abstracta del individuo”* Se trata dice Campagnoli, de una “ciudadanía posicionada”: es decir de una comprensión de *“ciudadanas/os encarnados/as, concretos, en la intersección de variados posicionamientos: género, etnia, nivel económico social, etc.”*. (CAMPAGNOLI, Mabel, 1997: 70). La maternidad es un derecho y no un deber, el derecho a concebir, gestar y parir no se encarna en cuerpos masculinos, por lo tanto no forma parte del concepto patriarcal de ciudadanía. Este es el aporte del concepto de derechos sexuales y reproductivos a la construcción de una ciudadanía democrática. La ciudadanía de las mujeres requiere garantizar derechos acordes a su especificidad sexual y reproductiva. La instauración de sus derechos es necesaria a partir de una transformación en todos los ámbitos pero principalmente en el cultural, es un largo proceso de construcción de hábitos y normas dirigidas a alcanzar la igualdad política, transformando la situación actual de subordinación de las mujeres.

Cuando hablamos de democracia hablamos de una forma dominante del orden político que asume prácticas diferentes como problemas específicos según las tradiciones políticas previamente existentes. Situación que siempre se encuentra ligada a una coyuntura mundial específica. Si bien el retorno de la democracia implicó una serie de avances legales para la población en general, y para las mujeres especialmente, estos presentan una serie de dificultades en el caso de los derechos sexuales y reproductivos. Se trata de la conquista de derechos que consideren los cuerpos sexuados de las/os sujetas/os como una característica inherente a su condición ciudadana. Dice Alejandra Ciriza respecto a esto que: *“El dilema es pues aceptar que la lucha por la ciudadanización de los diferentes, en este caso las diferentes, nosotras, las mujeres, se inscribe en condiciones que no elegimos. Luchamos por una ciudadanía que tal vez no se diseñó para nosotras (...) Pero la alternativa es aceptar el grado de renuncia y abstracción que esto implica, o realizar una política de subjetividades desgarradas(...) La cuestión de la ciudadanía de las mujeres ha de aceptar altos grados de abstracción y ha de considerar también no sólo las tensiones de la diferencias, sino las muchas más duras antinomias de la desigualdad”* (CIRIZA, Alejandra, 1999: 246).

En los ochenta y noventa, el eje del combate femenino será por la obtención y ampliación de los derechos, mediante el acceso a las instituciones del Estado y las

reformas legales, con el fin de construir y crear conciencia sobre la situación de las mujeres, esta lucha por el mantenimiento y la conquista de los derechos asumió en la práctica características defensiva ante el avance neoconservador. Pero como sostiene Virginia Vargas existen “*variaciones en las formas de construcción ciudadana, el peso de las condiciones socioeconómicas y políticas y culturales y el desarrollo desigual de las dimensiones ciudadanas entre las personas y en una misma persona, son enormes*” (VARGAS, Virginia, 2001:1).

Hoy asistimos a un proceso de expansión creciente de derechos formales, la idea de ciudadanía consiste en la conquista de tales derechos, sin embargo, esta situación se da conjuntamente con el enorme crecimiento de las desigualdades sociales, económicas, políticas, culturales, etc. Desigualdades que han permeado también a las sociedades industriales avanzadas. Cabe decir que la desigualdad ha acompañado siempre a las ciudadanías modernas, considerando a los/ las diferentes como desiguales, excluyéndolos/ las de toda dimensión del derecho.

Este sistema de exclusiones comienza con la democracia misma. Comienza en la Grecia ateniense, se extiende a lo largo de las democracias liberales del siglo XVIII y se desarrolla en las democracias actuales. En la Grecia Clásica, sólo participaban del Estado los ciudadanos, es decir los varones atenienses libres. Estaban excluidas/os las mujeres, los extranjeros, los esclavos, y la/os niñas/os, que constituían la mayoría de la población.

En las sociedades liberales, emergentes en el siglo XVIII junto al ascenso de la burguesía al poder político, en un primer momento sólo participaban los varones propietarios, quedando excluidas/os las mujeres, los campesinos, los obreros, las/os niñas/os y todo aquel que no tuviera posesiones. Los sistemas políticos democráticos de la sociedad ateniense y de los primeros siglos del poder patriarcal burgués expresan claramente las relaciones sociales de desigualdad, explotación y opresión. Las posteriores inclusiones van reflejando tanto necesidades del poder como cambio en las relaciones de fuerzas en la sociedad definidos por la actuación de los movimientos sociales.

En tiempos del neoliberalismo y la globalización capitalista la idea de democracia es acompañada por la ideología de mercado, de una realidad social de gigantesca acumulación de capital, de pobreza, exclusiones y pérdida de derechos. La propia concepción neoliberal lleva en sí la desigualdad, el desempleo y el sobreempleo.

La desigualdad se traduce necesariamente en desigualdad de oportunidades. En la Argentina las/os principales afectadas/os por el desempleo son las mujeres, los jóvenes y los obreros con menor calificación y capacitación. Pero además son las mujeres las que gestionan la sobrevivencia y brindan trabajo gratuito a la familia y a la comunidad.

Ciudadanía remite a las prácticas conflictivas vinculadas al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas sociales comunes y cómo serán abordados. *“La acción ciudadana es concebida en términos de sus cualidades de auto mantenimiento y expansión”* (JELÍN, Elizabeth, 1996.: 4). Sólo puede incrementarse el ejercicio de la ciudadanía mediante la reafirmación del derecho a tener derechos y mediante la participación en el debate público de las leyes y las normas para luchar por la inclusión, la eliminación de los privilegios y la igualdad. *“La ciudadanización (...) requiere de condiciones de inserción económica y no sólo simbólica sobre la que se sustente la autonomía”*. (CIRIZA, Alejandra, 1999: 236) Plantear la conquista de derechos desde su aspecto político sólo puede producir una ciudadanización de privilegios.

La ciudadanía como categoría es flexible, dinámica, y contextualizada, características que permiten definirla como *“proceso de descubrimiento y construcción de nuevos derechos (...) la ciudadanía es un terreno de disputa, por su carácter restringido, parcial, excluyente así como por los intentos de las y los excluidos de presionar y negociar por su ampliación y su inclusión. Por ello la ciudadanía es también un principio movilizador. Lo que define el movimiento de la ciudadanía es la dinámica de exclusión-inclusión en relación a la sociedad y sus poderes”* (VARGAS, Virginia, 2001: 2).

Virginia Vargas plantea que las formas de expansión de las ciudadanías se han desarrollado en dos sentidos: “desde abajo”, deviene de diferentes demandas y presiones por parte de los sectores excluidos y de las presiones “de arriba” que se alcanzan por las presiones de los excluidos por medio de la modernización de los Estados. Los derechos otorgados desde arriba se han mantenido a lo largo del tiempo a pesar de haber sido cooptados o neutralizados. Los derechos ciudadanos desde abajo han significado dos tipos de expansiones por un lado objetiva de ampliación real de los derechos y otra simbólica sobre las formas de acercarse a los derechos. Estas dos dimensiones han permitido y

creado las condiciones para acceder a los derechos pero también para crear y construir nuevos derechos.

El campo de los derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos supone, además (en Argentina desde 1985) la existencia de políticas públicas. Sin embargo frecuentemente los Estados orientan sus acciones a la promoción (como en la Argentina) o al control de la natalidad (como en el caso de varios países latinoamericanos: Paraguay, México donde la esterilización quirúrgica es uno de los métodos más utilizados) para el cumplimiento de metas demográficas. Esto ha provocado una desviación de los objetivos reales de los servicios de salud reproductiva, restringiéndolos a la aplicación de métodos de control de la fecundidad y descuidando aspectos fundamentales, como la responsabilidad por el propio cuerpo, la sexualidad, la lactancia, la menopausia, las enfermedades de transmisión sexual. Las instituciones estatales y los servicios de salud en general descuidan la importancia de las decisiones de los/ las sujetos/as respecto de la reproducción, así como a la información que se les brinda sobre el cuidado de sus cuerpos, orientándolos hacia la aceptación de los métodos anticonceptivos que el médico/a o los servicios de salud consideren como los más eficaces sin tener en cuenta situaciones particulares.

El ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos está fuera del alcance de muchas mujeres. Sobre todo cuando del cuidado y la atención de la salud reproductiva se trata, existen múltiples causas o factores, podemos mencionar algunas, tales como: el desconocimiento sobre la sexualidad y el cuerpo, la falta de servicios educativos y de salud adecuados: que defiendan valores culturales y prácticas sociales no discriminatorias hacia las mujeres, las normas legales que restringen la libertad sexual y reproductiva, la falta de poder y decisión de las mujeres sobre su vida sexual y su capacidad reproductiva. Siendo las adolescentes especialmente vulnerables como consecuencia de la falta de información y de acceso a servicios de salud apropiados.

El uso y acceso a los métodos anticonceptivos, que dieron a los varones y mujeres la posibilidad de controlar su fecundidad, es uno de los puntos más controvertidos cuando de derechos ciudadanos se habla. Esos debates se hacen mas intensos y virulentos cuando el control implica la interrupción de un embarazo no deseado pues allí intervienen posiciones encontradas sin posibilidades de llegar a un acuerdo, debido a que lo que está en

disputa son los propios supuestos morales, las concepciones en respecto de los valores y la vida.

El derecho a disponer del propio cuerpo forma parte de los derechos más esenciales como son el de la vida y el de la libertad, situación que se ve coartada a menudo (aunque no sólo ni exclusivamente) por las prácticas médicas y los postulados éticos y políticos que le dan fundamento. Sobre todo en la Argentina, los organismos encargados de garantizar los derechos reproductivos, forman parte de los organismos de salud, es decir, que es en el discurso médico donde se asientan y se legitiman parcialmente las políticas públicas.

Desde los movimientos feministas y de mujeres ha surgido el concepto de derechos sexuales y reproductivos como una demanda para lograr que se reconozca que las mujeres tienen derecho de decidir sobre sí mismas y sobre su fecundidad, y que el placer sexual es un derecho inherente a las personas y no solo de los varones, que no hay un modo único de ejercicio de la sexualidad. Estas perspectivas han guiado tanto la elaboración de las plataformas de acción de los organismos internacionales como las ideas en que se basan algunos grupos feministas y movimientos de mujeres. La conquista de estos derechos para las mujeres constituye un objetivo político de las feministas, para que estos no sean un privilegio para pocas mujeres, el Estado debe garantizar un mínimo de inserción y políticas públicas dirigidas hacia éstas. La ciudadanía no es sólo un asunto de conquista de derechos formales, si no de la forma bajo los cuales esos derechos pueden ser efectivamente ejercidos. Los derechos deben estar garantizados desde el Estado, deben estar asegurados jurídicamente, para evitar el privilegio y lograr su pleno goce y ejercicio.

### ***2.3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LOS TRATADOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS***

#### **2.3.1. Nuestra legislación en torno a los derechos humanos**

Una de las premisa de las que partimos en esta investigación se liga a la consideración de la condición ciudadana de las mujeres, más precisamente a los derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos. El proceso de ciudadanía de mujeres se inicia, en la Argentina a partir de la restauración democrática, mediante la presión de los organismos internacionales y por la presión de las demandas de diferentes sectores de la sociedad (como el movimiento de mujeres y feminista). La expansión de los derechos

ciudadanos para las mujeres, está indudablemente ligado a la internacionalización de los derechos, a partir de la Constitución de Santa Fe que le asigna rango constitucional a la Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), ya sancionada por ley 23.179 en mayo de 1985. De este modo, nuestro país, comienza a implementar políticas hacia las mujeres desde el aparato del Estado. Entre estas políticas podemos considerar las relacionadas con los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva.

Debemos tener en cuenta que la Constitución Nacional es la norma suprema de la nación y esta supremacía obliga a todo el orden jurídico –político del país a ajustarse a ella, en lo que hace a las diferentes normas y los actos estatales o privados. La supremacía de la Constitución se manifiesta a través de una gradación jerárquica del orden jurídico que se escalona en diferentes planos, en donde los peldaños más altos se subordinan a los inferiores. La Constitución Nacional no constituye un mero consejo o recomendación hacia autoridades de la nación y los particulares. La Constitución, como norma jurídica es el pico supremo de todo ordenamiento jurídico-político del país. En consecuencia el ordenamiento jurídico y los actos de las autoridades de gobierno deben ajustarse y ser compatible con ella. (MORLACHETTI, Alejandro, 1999: 7-8)

Paradójicamente este avance legal se produce en un contexto de triunfo político y económico del neoliberalismo: retroceso del Estado responsable de las políticas públicas y de una profundización de las desigualdades sociales. Este abandono por parte del Estado despoja a una amplia franja de la ciudadanía del derecho a tener derechos. (CIRIZA, Alejandra, 1999: 229-247)

Nuestra Constitución, en su artículo 31 dice: *“Esta Constitución, las leyes de la nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso y los tratados con potencias extranjeras, son la Ley suprema de la Nación; y las autoridades de cada provincia están obligadas a conformarse a ella, no obstante cualquier disposición en contrario que contengan las leyes o constituciones provinciales...”*(Constitución Nacional Artículo 31).

La Constitución Nacional incorporó con rango constitucional las convenciones, pactos y tratados de derecho internacional. La supremacía de la Constitución Nacional y la vigencia de convenciones internacionales, en lo que a Derechos Humanos se refiere dentro del sistema normativo argentino pueden entenderse mediante la siguiente jerarquía. En



primer lugar la Constitución Nacional con el Derecho Internacional, es decir los Pactos, tratados y Convenciones, luego las Leyes Nacionales, le siguen las Leyes Provinciales, posteriormente las otras legislaciones y por último las normas. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos y las instituciones creadas en consecuencia, han sido las resultantes del proceso de incorporación de la temática de los Derechos Humanos y su protección, por parte del Derecho Internacional Público.

Tradicionalmente sólo se entendía al Derecho Internacional como aquellas leyes que regían la comunidad internacional de los países, regulando exclusivamente la relación entre los mismos, tal como las transacciones comerciales o los acuerdos de paz.

Fueron los aberrantes hechos ocurridos durante la Segunda Guerra Mundial los que sirvieron de catalizador para que se produjera el desarrollo del llamado Derecho Internacional de los Derechos Humanos que caracterizó la mitad de este siglo. Así en 1945, en los juicios de Nuremberg, los aliados incluyeron los crímenes contra la humanidad entre los cargos formulados contra los líderes nazis.

Este proceso tuvo como objetivo fundamental inducir a los Estados a modificar aquellas partes inadecuadas de las leyes internas, de manera de asegurar el respeto a los derechos humanos. Como resultado lo que antes era un problema del dominio exclusivo de cada Estado, pasó también a serlo del Derecho Internacional.

En el año 1948 la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la declaración Universal de los Derechos Humanos. La Carta de Naciones Unidas declara el respeto por los derechos humanos como principal objetivo de la Organización de las Naciones Unidas, institución que se ha constituido en el foro principal de desarrollo de las normas que regulan los derechos humanos.

En el año 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como el protocolo adicional, que entraron en vigencia en el año 1976.

En nuestro continente, unos meses antes de la adopción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se aprobó en el seno de la Conferencia de los Estados Americanos, la declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. En 1969 se

aprobó la Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José de Costa Rica, que entró en vigencia en 1978.

Desde la creación de Naciones Unidas, se ha proclamado una importante cantidad de declaraciones internacionales sobre derechos humanos y se han adoptado numerosos tratados específicos en materia, como en el caso (entre otros) de la Convención sobre la Prevención y la Sanción del delito de Genocidio, la Convención sobre Eliminación de Todas Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre Eliminación de Todas Formas de Discriminación contra la Mujer, La Convención contra la Tortura y la Convención sobre los Derechos del Niño/a.

No todos los documentos que componen el llamado Derecho Internacional de los Derechos Humanos tienen la misma jerarquía ni obligatoriedad para los países.

Los tratados, pactos y Convenciones son los acuerdos que los Estados convienen mutuamente a modo de contratos por los cuales voluntariamente se crean relaciones, que obligan a los gobiernos que los firman. Generalmente estos acuerdos se hacen por escrito y reciben el nombre de tratados o convenciones y la característica saliente es que todos ellos son obligatorios para los estados que los han ratificado.

Las declaraciones y resoluciones de derechos humanos de las Naciones Unidas no son obligatorias. Por ello se los llama normas blandas, pero contribuyen y pueden llegar a ejercer una influencia extraordinaria. El ejemplo más notorio en este sentido es la declaración Universal de los derechos humanos que sin ser de carácter obligatorio, es uno de los instrumentos de derecho internacional más importante de este siglo.

Los acuerdos alcanzados en las conferencias o cumbres son básicamente un marco para la acción de los gobiernos sin ser obligatorios. No obstante lo cual los gobiernos pueden decidir implementarlos por diferentes razones entre las que se encuentran: el compromiso moral, la presión de los ciudadanos/as o grupos organizados de presión, como colegios de profesionales, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil, y la presión ejercida por otros gobiernos u organizaciones internacionales.

Las Conferencias no generan nuevos derechos humanos, pero su importancia reside en que reflejan áreas en las que existen acuerdos entre los Estados sobre el contenido de los derechos humanos ya reconocidos y proveen sugerencias concretas acerca de acciones que fortalecerían la protección de los mismos.

Las Principales conferencias de Naciones Unidas celebradas en la última década son las siguientes:

- ♀ Cumbre Mundial sobre los Derechos Humanos, Viena, 1993.
- ♀ Conferencia Mundial sobre Desarrollo y Población, El Cairo 1994.
- ♀ Cumbre Mundial sobre Desarrollo, Copenhague, 1995.
- ♀ IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.

Para el Estado Nacional argentino, los derechos que surgen de los tratados internacionales son ley de la Nación y se encuentran reconocidos explícitamente en el nuevo texto constitucional. En ella indica: “*La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de los Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la sanción del delito de Genocidio; la Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Racial; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre la Eliminación de Todas formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención sobre los Derechos del Niño, en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y debe entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos...*” (Constitución Nacional. Artículo 75, inciso 22)

Estas normas son de cumplimiento obligatorio por parte de los funcionarios del poder ejecutivo, jueces y legisladores. En esta categoría se incluyen los profesionales de la salud que prestan servicio en establecimientos oficiales. La Constitución es obligatoria e imperativa tanto para la totalidad de las instituciones de Estado como para los particulares, sea que el Estado se relacione con particulares o los particulares entre sí. Es deber de los legisladores adoptar medidas apropiadas para armonizar toda la legislación en concordancia con la Constitución Nacional y los tratados internacionales que el Estado Argentino se comprometió a respetar. “*Corresponde al Congreso: “Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos en particular respecto de los niños, las*

*mujeres, lo ancianos y las personas con discapacidad...*”(Constitución Nacional Artículo 75, inciso 23)

### **2.3.2. Derecho a la Salud como Derecho Humano**

El derecho a la salud es un derecho humano que se encuentra reconocido por numerosos tratados internacionales, por la Constitución Nacional y por la Constitución de la Provincia de Mendoza. Por lo tanto es responsabilidad del equipo de salud promover su cumplimiento y vigencia social.

Toda formulación legal adquiere sentido funcional en tanto se adecuen las condiciones en las que debe desenvolverse. La vigencia social de los derechos que protegen la salud es un proceso lento, basado en la mayor conciencia cívica sobre el derecho de las personas. Con relación a la atención de la salud y el cumplimiento de los principios de la bio-ética, es importante el rol de los/ las ciudadano/as-pacientes y de los/ las ciudadanos/as-profesionales reclamando el cumplimiento de las obligaciones constitucionales y del Derecho Internacional, especialmente las que atañen a los derechos de los/ las pacientes. (MORLACHETTI, Alejandro, 1999: 13-17)

Debe entenderse la responsabilidad estatal de asegurar el derecho a la salud acorde al concepto de bienestar: que incluye alimentación, vestido, posibilidades de desarrollo, educación y justicia. Debe brindarse atención especial a las mujeres, asegurando el principio de equidad de género.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos señala: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...). La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados especiales (...).”* (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, Artículo 25)

El derecho a la salud ha sido reconocido por los tratados de Derecho Internacional firmados por la Argentina e incorporados a la Constitución Nacional en ocasión de la reforma de 1994:

#### **♀ Declaración Americana de los Derechos y deberes del Hombre, 1948, artículo XI**

*“a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*

♀ **Pacto Internacional sobre derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.**  
**Artículo 12**

*“Los estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”*

♀ **Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación de la Mujer, 1979. Artículo 12**

*“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.*

*“Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.*

En la legislación Nacional el derecho a la salud deriva del derecho a la vida, amparado implícitamente dentro de las garantías consideradas en el Artículo 33 de la Constitución Nacional, de manera tal que el desconocimiento de ese derecho es inconstitucional, y se puede hacer efectivo mediante la vía de amparo. Establecida por el Artículo 33, de la Constitución Nacional *“Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la constitución, no serán entendidas como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno”.* (Artículo 43 de la Constitución Nacional)

En el Artículo 43, la Constitución Nacional establece la posibilidad de *“... interponer acción expedita de amparo, ...contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, ...que lesione, restrinja, altere o amenace, ...derechos y garantías reconocidos por esta Constitución”.*

*“Podrán interponer esta acción contra cualquier forma de discriminación y... derechos que protegen al ambiente, a la competencia, al usuario y al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general...”.*

El derecho a la salud entendido como derecho del/la usuario/a y participación de la comunidad. En la Constitución Nacional este derecho está garantizado en el Artículo 42:

*“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos”*

En cuanto al Derecho a la intimidad, es el ámbito de libertad necesario para el pleno desarrollo de la personalidad, que debe ser preservado de interferencias ilegítimas. Están comprendidos dentro de este derecho el de reserva y el de respeto a la vida privada, siendo el primero dirigido a proteger la revelación de datos de la vida privada y el segundo, a la protección contra intromisiones ilegítimas en ese espacio.

La legislación tiene una clara tendencia a resguardar la privacidad, la confidencialidad y sancionar, incluso penalmente, la violación de los secretos profesionales. En Constitución Nacional: *“Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados...”* (Artículo 19, Constitución Nacional)

El médico tiene el deber y el derecho de guardar secreto sobre todo aquello de lo cual tiene conocimiento en virtud del ejercicio de su profesión. El secreto médico obliga por extensión, a todo el equipo de salud, aunque entre los miembros del equipo de salud se pueda transmitir información sobre los pacientes en tanto sea necesaria para la correcta toma de decisiones.

Declaración de la Asociación Latinoamericana de Medicina (ALANAM) sobre Ética en Medicina, declara: *“las relaciones que se establecen entre el médico y el enfermo se basan en la confianza inspirada no solamente en la competencia técnica profesional, sino también en la probidad moral y la comprensión de los valores humanos. Esto significa que el médico debe esforzarse por lograr, en cuanto sea posible, la comprensión de los patrones espirituales y socioculturales de sus enfermos y además proyectar y mantener su presencia más allá de lo estrictamente exigible de su acción profesional. Comprensión y entrega son los requisitos que caracterizan el ejercicio ético de la profesión...”*

*El secreto profesional es una exigencia ética reconocida universalmente. Conspiran contra ella: la intervención de personal auxiliar de diversa formación técnica,*

*los mecanismos administrativos que facilitan la difusión de las informaciones y otras veces los imperativos legales. No obstante el acto médico es “una confianza que se entrega a una conciencia y debe ser escrupulosamente mantenido dentro de las más severa discreción. Cuando se extienda el uso del sistema computarizado para la confección y el archivo de las historias clínicas, deberán adoptarse las medidas que preserven el secreto profesional.”* (Declaración de la Asociación Latinoamericana de Medicina (ALANAM) sobre Ética en Medicina. Aprobada la asociación latinoamericana de Academias de Medicina, Quito, 1983)

### **2.3.3. Salud Sexual y Reproductiva como Derecho Humanos**

Los Documentos nacidos de las Conferencias Internacionales realizadas en la década pasada significaron valiosos progresos, al considerar los derechos humanos de las mujeres y reconocer a las mujeres como sujetos y no como objetos de las políticas de desarrollo, en especial de población. (Cairo 1994- Beijing 1995).

El reconocimiento de los derechos reproductivos y sexuales en los foros internacionales, se expresa en la: Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, 1993 que instauró *“Los derechos Humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”*. Opera *“como piedra angular de los programas de población y desarrollo”* la necesidad de *“Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad...”* (EL Cairo, capítulo II, 4). Por su parte la Plataforma de Acción de Beijing, 1995, –sobre este tema- dice *“los derechos humanos de la Mujer incluyen su derechos a tener control sobre cuestiones relativas a su sexualidad, incluido su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.”*(IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995: parágrafo 96).

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades”*

(OMS, Documento Básico 42, 1999:1). El concepto de salud reproductiva constituye el concepto de salud *“en todas las cuestiones relacionadas al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. Salud reproductiva implica por lo tanto que las personas estén aptas para tener una vida satisfactoria y segura, que tengan capacidad para reproducirse y para decidir si, cuándo y con qué frecuencia. Implícitos en esta última condición están los derechos de los hombres y mujeres a la información y acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y accesibles de regulación de la fecundidad a su libre elección y el derecho a acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres gravidez y partos seguros y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener una criatura saludable”* (versión aprobada el 2 de mayo de 1994). En la Declaración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, ratificaron este concepto de salud reproductiva. Esto implica que las personas tengan la habilidad de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar las relaciones sexuales, sin riesgos de procrear y con la libertad de hacerlo cuando así lo decidan. El concepto contempla, entonces tanto la decisión de tener como de no tener hijos/as, así como también la capacidad de decidir la cantidad y el espacio intergenésico. También considera que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, que la regulación de la fertilidad pueda lograrse sin peligro para la salud y que las personas tengan seguridad al ejercer su sexualidad.

La Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer” (CEDAW), *“sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer”* (artículo 1º), atiende el derecho a la protección de la salud de las mujeres a fin de asegurar su acceso a servicios adecuados de atención médica, incluyendo los que se refieren a la planificación de la familia, así como también *“a garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad”*, debiendo tener las mujeres y los varones *“derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos”* establecido por OMS y confirmada en la ICPD (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994), admitiendo el principio de *“libertad individual”* y *“autonomía”* como fundamento para *“garantizar los derechos reproductivos y a la vez reconociendo la obligación de promover la libertad reproductiva, al menos como cuestión de principios en todo el mundo”*.



El concepto de salud reproductiva se asienta en el reconocimiento de un conjunto de derechos relevantes para la promoción y protección de la salud de las mujeres:

Derechos a estar libre de toda forma de discriminación.

Derechos relativos a la libertad individual y la autonomía incluyendo los derechos a la sobrevivencia y la seguridad, los derechos a la familia y a la vida privada y el derecho a la información y a la educación. Los derechos a la atención de la salud y a los beneficios del progreso científico. Los derechos relativos al comportamiento de las mujeres incluyendo la libertad de pensamiento y reunión y el derecho a la participación política.

Este conjunto de derechos que contribuyen a la libertad y autonomía reproductiva son agrupados por Rebeca Cook en "*intereses reproductivos*", en cuatro dimensiones según los derechos a los que haga referencia:

1). Seguridad reproductiva y sexualidad: Este derecho depende del respeto de otros derechos como es el derecho a la vida, a la libertad, y a la seguridad de las personas, el derecho de ser libre de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derechos a casarse y formar una familia, el derecho a gozar de la vida familiar y privada.

2). Salud reproductiva: En este derecho sobresale lo que el Pacto Internacional sobre derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce: el derecho a obtener el más alto nivel posible de salud física y mental. En su Art. 12 se señalan los pasos para su logro. En el también se garantizan el derecho de gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, reforzando los cuidados de la salud reproductiva como componente de los cuidados de la salud en general. Este derecho incluye la investigación científica en cuestiones de salud física y mental. Y el derecho a la educación.

3). Igualdad reproductiva: hace referencia a no discriminación de género, de estado civil, de orientación sexual, de edad, de clase, de etnia, etc.

4). Toma de decisiones reproductivas: la libertad en la toma de decisiones reproductivas y sexuales se relaciona con los derechos a recibir y difundir información, con la libertad de pensamiento, conciencia y religión, el derecho a la participación política y el derecho a la asociación. (COOK citado por Marcela Rodríguez, 1997: 32-33)

Para que los derechos sexuales y reproductivos puedan ejercer el principio de autonomía en que se sustenta, en el que cada persona puede elegir materializar libremente sus planes de vida, respecto de sus capacidades reproductivas como de su vida sexual, es

necesario que se garanticen las condiciones económicas, sociales y culturales que favorezcan su pleno goce y ejercicio. A su vez, los derechos sexuales implican la libertad de ejercer plenamente la sexualidad sin riesgo de sufrir abuso, coerción o violencia y sin tener que soportar ningún trato discriminatorio por parte del sistema jurídico. La responsabilidad del Estado es central para una interpretación expansiva de los derechos humanos que busca incluir a los derechos humanos de las mujeres, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos.

La Convención Americana de Derechos Humanos requiere que todos los derechos sean garantizados. En su Art. 1, declara que los Estados se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidas por la Convención. Asegurando el libre y pleno ejercicio de los mismos a toda persona sujeta a su jurisdicción sin discriminación por razones de raza, color, sexo, lenguaje, religión, opinión política o de otra índole, origen social o nacional, status económico, nacimiento o cualquier otra condición social. En este sentido, los Estados debe crear todo un aparato y estructuras para que se puedan cumplir con esta obligación: asegurar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Cabe aclarar que el ejercicio de los derechos humanos supone el reconocimiento de ciertos límites entre sus propios dominios y la autoridad estatal. En el Art. 2 de la misma Convención plantea que ante la falta de regulación legal para el pleno ejercicio de los derechos y libertades que se refiere el Art. 1, los Estados se comprometen a adoptar medidas legislativas o de otra índole que sean necesarias para la plena vigencia de tales derechos y libertades. Los Estados o los gobiernos deben tomar medidas eficaces para asegurar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos, porque el marco legal por sí solo no lo garantiza. (RODRÍGUEZ, Marcela, 1997: 29-35)

El Estado debe incluir medidas de naturaleza legal, política social, administrativa y cultural necesarias para la protección o promoción de los derechos humanos. Las leyes que niegan, obstaculizan o determinan el acceso y la disponibilidad a los servicios de salud reproductiva son violatorias de los derechos humanos básicos de las mujeres.

En general dichos Documentos y Convenciones Internacionales obligan a los Estados a asumir el deber de instaurar los medios apropiados o adecuados a sus efectos, y en particular, los Estados se comprometen a adoptar todas las medidas necesarias en el ámbito nacional, para conseguir la plena realización de los derechos reconocidos en los

mismos. Este marco legal hace inobjetable la decisión libre de una mujer de optar por no tener descendencia, situación que se encuentra jurídicamente amparada al igual que la posibilidad de elección del método concreto a utilizar y escoger, y entre ellos, si así lo quiere, el de la ligadura de trompas de Falopio, siempre y cuando no ofenda al orden y a la moral pública ni perjudique a un tercero.

En este sentido puede interpretarse que la esterilización voluntaria es un medio para efectuar la planificación de la familia o un método de anticoncepción seguro al que pueden acudir las mujeres, que se realiza mediante intervención médica. Por otro lado y como lo señala Blanco *“toda norma local que miente recaudos acerca de la esterilización, anterior a la ratificación de la CEDAW por nuestro país, ha quedado tácitamente derogada, ya que la ley posterior deroga a la anterior, y aún más con la reforma de la constitución en 1994, este es el caso de las leyes que refieren negativas a la esterilización voluntaria”* (ley 17.132) (BLANCO, Luis, 1999: 26)

Retomando los aportes de Virginia Vargas la esterilización voluntaria en la Argentina resurge por la presión “de abajo” de las mujeres más pobres, excluidas, cuyas demandas al sector público comenzaron a multiplicarse en procura de una solución definitiva a un “problema personal” que se torna político cuando ellas deciden alzar la voz y exigir que se cumplan sus derechos: que se les realice la ligadura de trompas de Falopio. Por eso instalar este derecho en el marco legal es fundamental para poder igualar entre aquellas mujeres que pueden pagar en el sistema privado sin sufrir ningún tipo de obstáculos y aquellas mujeres de escasos recursos que deben recurrir a los centros asistenciales de la salud pública, dónde se le presentan miles de impedimentos. A pesar de la existencia de una Resolución, la práctica de la ligadura se ve imposibilitada por una serie de supuestos éticos y políticos y por relaciones estructurales internas a la organización del sistema de salud. Por lo tanto la conquista del derecho formal, sería fundamental para romper con los mitos y prejuicios que rodean esta práctica. Si bien, no es suficiente, resulta necesaria en el ámbito específico de la salud reproductiva. En Argentina los indicadores de salud materno infantil, señalan las complicaciones derivadas del aborto, las maternidades de adolescentes, los partos y embarazos frecuentes y en malas condiciones de alimentación y salud, como la primera causa de internación en los hospitales públicos y una de las

principales causa de muerte materna<sup>2</sup>. La ligadura tubaria surge en los sectores que concurren a los hospitales públicos como un pedido desde las mujeres a partir de situaciones límites, tanto físicas como psicosociales, y a veces como la única alternativa posible tanto para ellas como para sus compañeros, en el caso de tenerlos y sus hijos/as.

---

<sup>22</sup> Ver capítulo IV, Nudos Conflictivos, Ítem 4.1.1.

## CAPÍTULO III

### DISCURSOS Y PRÁCTICAS MÉDICAS EN TORNO AL CUERPO DE LAS MUJERES.

#### Medicalización Del Cuerpo Femenino

*Lo que queremos de cada una  
Después de haber contado nuestros relatos  
Lo que queremos  
Es que nos curen queremos  
Musgo silencioso ganando nuestra heridas  
Queremos  
A la todopoderosa hermana que no nos amedrenta  
Que hará desaparecer el dolor  
Que el pasado no sea así  
Audre Lorde*

Para poder comprender los cambios y transformaciones en la medicina actual, y la representación que de los cuerpos femeninos tiene, es preciso develar en el discurso médico pasado las causas que motivaron estas construcciones sobre el cuerpo femenino y si todavía permanecen algunas de sus estructuras lógicas en el pensamiento médico actual.

Los mitos sociales y científicos han cambiado, evidentemente, pero lo que parece permanecer inalterable es la certeza de los técnicos, que hablan desde un lugar de verdad. Regímenes de verdad sobre las mujeres que se relativizan cuando son atravesados por una mirada desde la historia social. Sin embargo, habitualmente caminan insensibles pero productivamente por el terreno de lo ilusorio, producciones imaginarias pero no por ello menos eficaces, tanto que aparecen como una enorme fuerza material, no sólo construyen los discursos sino también- y porque no, destruyen- los cuerpos y las subjetividades.

Actualmente la medicina sigue manteniendo hegemonía de profesionales masculinos: la gran mayoría de los altos cargos directivos y administrativos de las instituciones sanitarias, en nuestro país, están ocupados por hombres.

Antiguamente las mujeres fueron sanadoras autónomas y sus cuidados fueron muchas veces la única atención médica al alcance de los pobres y de las propias mujeres. Muchos estudios demuestran que fueron los varones profesionales quienes se aferraban a doctrinas dogmáticas no contrastadas con la práctica y a métodos rituales, mientras que las sanadoras representaban una visión práctica muchas más humanas.

La opresión de las trabajadoras sanitarias y el predominio de los profesionales masculinos no son el resultado de un proceso natural, directamente ligado a la evolución de la ciencia médica, ni mucho menos producto de una incapacidad de las mujeres para llevar a cabo el trabajo de sanadoras. Al contrario es la expresión de una forma de poder activa por parte de los profesionales varones. Y los hombres no triunfaron gracias a la ciencia: las batallas decisivas se libraron mucho antes de desarrollarse las modernas tecnologías científicas.

En esa lucha se dirimían cosas muy importantes. Concretamente el monopolio político y económico de la medicina, esto es, el control de su organización institucional, de la teoría y la práctica, de los beneficios y el prestigio que su ejercicio reporta. Y todavía es más importante lo que se dirime hoy en día, ahora quién controla la medicina tiene el poder potencial de decidir quien ha de vivir y quien debe morir, quien será fértil, y quién será infértil, quién está loca y quién está cuerda.

Las batallas contemporáneas tienen su historia: las brujas fueron perseguidas junto a los sanadores moros y judíos del siglo XIII, cuando la Iglesia comenzó a hegemonizar para sus hombres de clase alta el ejercicio de esta profesión, para lo cual se volvió imprescindible monopolizar la educación universitaria y excluir y perseguir a los sanadores populares. Se crean entonces dos medicinas: una de cristianos cultos, masculina, en estrecha alianza con la ley y con Dios; la otra perteneciente a la magia la hechicería y la superstición “femeninas” demuestran que asistían a la gente pobre pero que las leyes y la Iglesia persiguieron y condenaron bajo acusación de herejía. Los médicos del primer grupo decidieron sobre el destino de muchas mujeres cuando tuvieron que dirimir como expertos, al pedido del Santo Oficio, qué enfermedades estaban provocadas por medios naturales y cuáles no, por

lo tanto eran obra del demonio. Sin dudas deben haber perecido muchas histéricas víctimas de sus conversiones y anestias.

Por otra parte las brujas, lejos de operar aisladas, formaban grupos de alto espíritu de cuerpo, lograban vivir autónomamente, dedicándose a actividades no domésticas y lo que era peor aún, eran mujeres que poseían un cierto saber. Todo esto desafiaba las bases mismas del lugar que esa sociedad había asignado a las mujeres.

En los albores del siglo XVII, los discursos médicos comienzan a reemplazar el término bruja por el de enferma mental, afirmándose que las brujas, en realidad, padecían de histeria, paranoia, demencia senil, epilepsia o melancolía. Un mito sucedía a otro, pero quedaba oculto el entramado que fue generando la caza de brujas, como también la inserción social que como médicas populares, éstas tenían.

### ***3.1. REPRESENTACIONES DE LA MEDICINA SOBRE EL CUERPO DE LAS MUJERES.***

El discurso médico es un discurso impregnado de significaciones acerca de qué es ser una mujer y qué es un hombre en una sociedad determinada. Históricamente el discurso médico contiene en sí mismo conceptos sobre la vida, el sufrimiento y la muerte, su discurso no se limita al arte de curar. El pensamiento médico ha estado ligado, desde tiempos inmemoriales, a discursos tanto filosóficos como religiosos, manteniendo con éste último, períodos de estrecha relación y otros no tanto.

*“En ese sentido, hay una relación indisoluble entre la medicina y la constitución de las ciencias del hombre de sugestivas implicancias ontológicas, en la medida en que se toca el ser del hombre como objeto de un saber positivo. En este sentido, muchas veces se subestima el hecho de que, hasta ahora, los discursos médicos han sido enunciados por hombres, esta característica lejos de invalidarlos, proporciona excelentes elementos de análisis acerca de cómo un imaginario masculino “ve”- o sea, construye- a sus mujeres. Por otra parte los discursos médicos históricamente se vuelven más o menos relevantes, según la significación*

*que determinados momentos históricos otorguen a los cuerpos de las mujeres”.* (FERNÁNDEZ, A. M, 1994: 61)

Ana María Fernández señala algunos “dispositivos estratégicos” que se desarrollarán a partir del siglo XVIII, y que en el siglo XIX lograrán consolidarse dando lugar a la aparición de la “histeria” como enfermedad nerviosa femenina.

♀ La medicalización del cuerpo de las mujeres.

♀ La alianza entre médicos y familias, que cambiará radicalmente los criterios de crianza y educación de los niños, y por consiguiente, el lugar de la mujer en la sociedad industrial incipiente.

♀ El discurso médico de la naturaleza femenina: sexualmente pasiva, frágil, emotiva, dependiente y predestinada a la maternidad. (FERNÁNDEZ, A. M., 1994: 61)

### **3.1.1. Los primeros discursos médicos sobre las mujeres.**

Los primeros documentos médicos encontrados son los papiros Kahun y Ebers. En los mismos las descripciones de las enfermedades sufridas por las mujeres tienen un mismo y único origen: los desplazamientos de la matriz. En este sentido la recuperación de la salud se logra haciendo volver a su lugar la matriz. Las migraciones del útero serían los responsables de los malestares y sufrimientos de las mujeres y estos cambios de lugar de la matriz tenían como causa la presencia de un ser misterioso, escondido en el cuerpo femenino. Los médicos egipcios basaban su tratamiento en medidas para volver a su lugar dicho órgano mediante fumigaciones, si el útero se había elevado se aplicaban fumigaciones de olores desagradables en la nariz para obligarlo a descender y viceversa si la matriz se había deslizado hacia abajo. *“Estos documentos permiten inferir que, para los egipcios, la histeria era una enfermedad de mujeres, el útero era una pieza clave en la economía femenina, quedando las mujeres sujetas a sus caprichos”* (FERNÁNDEZ, A. M. 1994: 63). Las nociones esbozadas en estos primeros escritos de medicina sobre el cuerpo de las mujeres mantienen vigencia hasta el siglo XIX, pero lo sorprendente es que los supuestos que sostienen esta teoría permanecerán (con otros ropajes) en la medicina occidental positivista.



Por otra parte, los griegos mantuvieron una mirada diferente sobre el cuerpo femenino, según las representaciones que los médicos tenían del mismo. Los médicos recomendaban a sus pacientes según las características de sus síntomas, no tocaban a las mujeres, ellas describían sus dolores y malestares y los médicos interpretaban estos síntomas.

Hipócrates, el padre de la medicina se basaba en la teoría de los humores, la cual consideraba que el equilibrio del cuerpo humano dependía de la acción de cuatro humores: la sangre, la bilis, el agua y la flema. Por eso Hipócrates sostiene que para mantener el equilibrio y la salud, la mujer debe mantener su regularidad menstrual y relaciones sexuales frecuentes. Ya que la concepción hipocrática sostiene que esta es la terapéutica indicada para evitar el desplazamiento del útero. Así explica Hipócrates, las sofocaciones propias que sufren las mujeres ancianas que no tienen relaciones sexuales, cuya matriz se desplaza por su vientre vacío, comprimiendo su diafragma. En síntesis, las mujeres son frecuentemente atormentadas por la histeria y para solucionarlo propone al igual que lo egipcios, las fumigaciones como terapia, pero también hace algunas recomendaciones como el matrimonio y el embarazo precoz. Este razonamiento al mismo tiempo que propone prevenir la enfermedad en las niñas, ampara y justifica, por otro lado, una demanda social que exige un sistema de alianzas matrimoniales según los intereses económicos de las familias en juego. En este sentido la medicina no sólo se constituye en su rol de curar sino también despliega una variedad de dispositivos estratégicos para controlar y disciplinar el cuerpo de las mujeres.

Para la concepción hipocrática existen diferencias esenciales entre varones y mujeres. El cuerpo del varón está compuesto de un tejido denso y compacto, en cambio el cuerpo de la mujer está formado por un tejido flojo y esponjoso que tiene la capacidad de llenarse de fluidos y por lo tanto corre peligro de plétora. El hombre tiene menos riesgo ya que sus fluidos se agotan por medio de la fatiga. Otra diferencia entre los varones y mujeres está dada por la formación diferencial de los fetos, los fetos masculinos se forman más rápido que los fetos femeninos, marcando una diferencia de entre 30 y 40 días.

Esta teoría basada en las esencias húmedas y esponjosas de las mujeres y secas y densas de los varones constituye una lógica de la diferencia entre los sexos que perdurará en las narrativas actuales, ya que estas diferencias esenciales contiene en sí misma una jerarquización, que define lo propio y específico de los hombres como superior y lo propio y específico de las mujeres como inferior. Por lo tanto, la representación del cuerpo femenino por el pensamiento médico hipocrático se construye sobre la esencia húmeda, llena de fluidos, dominado por el útero y dependiente del hombre para alcanzar su equilibrio y salud.

Luego Platón va a retomar las nociones expuestas por Hipócrates y continuará la tradición de ubicar los malestares de las mujeres en el desplazamiento del útero. Pero será Platón el encargado de reforzar la representación de la mujer como individuo inferior, hombre castigado, defectuoso, en falta, fallado. Su teoría, expuesta en el Timeo, cuenta que en los orígenes, los hombres cobardes y de mal vivir eran condenados en su segunda vida a nacer mujeres, es decir que el castigo recibido era ser mujer.

Platón sostiene que *“eso que llamamos útero o matriz es como un viviente poseído por el deseo de hacer niños: en la agitación animal de la matriz está la voluntad del creador”* (PLATÓN citado por FERNÁNDEZ, A. M, 1994: 66). Platón mantiene dos principios lógicos en la representación que construye sobre el cuerpo de la mujer, una es la diferencia reconocida como inferioridad: el útero es el órgano que define a la mujer, por lo tanto es un hombre fallado y la otra es el espejismo de la simetría, homologando el cuerpo femenino al masculino, si el varón tiene dos testículos, la mujer por lo tanto tiene dos úteros.

Aristóteles mantendrá las nociones platónicas sobre la representación de la mujer y ambos se expresarán contrarios al pensamiento hipocrático que reconocía igual participación de varones y mujeres en la concepción, como también les reconocía a las mujeres su sexualidad. Aristóteles en cambio reducirá a la mujer al papel de recipiente del semen masculino en la concepción, la mujer era un “útero que procreaba”. Posición que se mantendrá hegemónica sin dudas, por el papel social que cumple la reproducción en la sociedad, la inferioridad femenina en la sociedad será justificada desde el discurso médico-filosófico de la naturaleza. Aristóteles dirá en

este sentido, que la inferioridad femenina está dada por la falta de cualidades, la mujer no tiene alma en plenitud como el varón – decía – mientras que el hombre está para mandar, la mujer está para someterse. Este argumento, amparado en la naturaleza, se mantendrá, aún cuando los descubrimientos científicos en medicina demostraran su falsedad.

Otro padre de la medicina era el antiguo médico romano Galeno, que daba gran importancia a la teoría de la naturaleza o carácter de los hombres, por lo que los coléricos son iracundos, los sanguíneos amables, los melancólicos envidiosos, éste veía la histeria como causa de un desorden en el útero, una enfermedad relacionada con la plétora, por lo tanto la terapéutica recomendada será similar a la de Hipócrates: mantener la regularidad menstrual. Galeno, sobre la lógica de la diferencia concebida como desigualdad, sostiene que los varones son secos y calientes, características físicas que le otorgan los atributos de coraje, inteligencia y fortaleza, mientras que los cuerpos de las mujeres son fríos y húmedos, particularidades que se corresponden con su inferioridad, pues ha sido el creador quien la ha creado mutilada, imperfecta, su falta de calor le ha impedido a sus genitales descender. Aún más, Galeno explica la existencia de senos como glándulas para dar calor al corazón, los hombres al ser cálidos no necesitan tener senos. Pero lo más sorprendente, es que por medio de las prácticas de disección, Galeno pudo observar y afirmar que los genitales femeninos son genitales masculinos hacia adentro, postura coincidente con la ilusión de simetría

Resumiendo, en la antigüedad, la histeria era una enfermedad de las mujeres que tenía como causa el desplazamiento del útero. El tratamiento recomendado para volver a su lugar la matriz migrante, fueron las fumigaciones y los fomentos. Esta perspectiva, que dominará el pensamiento médico occidental por muchos siglos, tendrá como corolario la inferioridad de la mujer, condición inherente a su naturaleza y por voluntad divina, siendo necesariamente social.

El discurso filosófico de la diferencia es inseparable del discurso médico que interpela a las mujeres como histéricas.

Esta lógica de la diferencia, que basa su representación del cuerpo de las mujeres en el discursos de la inferioridad, plantea que la mujer es un hombre

mutilado, un hombre incompleto, lo propio y específico de las mujeres queda ubicado en un lugar de inferioridad, en tanto se homologa el Hombre con el hombre, toda representación de la mujer, se constituye como lo diferente, como lo Otro.

Como dice Fernández, *“Se produce a partir de allí, un particular ordenamiento de los conocimientos que los saberes sobre lo humano van generando. (...) A partir de un ordenamiento donde, en virtud de una jerarquización de los diferente (diferente = inferior), lo propio lo específico de los femenino queda ubicado en un lugar de inferioridad. Se pierde así la positividad de la diferencia”*(FERNÁNDEZ, A. M., 1994:71). Es decir que la relación entre Identidad y Diferencia se reducirá en los pares dicotómicos que han dominado el pensamiento occidental. Las Oposiciones son complementarias y en distintos niveles de la realidad se encuentra el mismo principio de división en pares opuestos. El día y la noche; el hombre y la mujer; uno y otro; positividad y negatividad; modelo y doble, réplica, copia; verdadero y falso; derecho y reverso, etc. Estas ideas recurrentes sobreviven, en alguna medida, en el actual pensamiento médico positivista, como veremos más adelante.

### **3.1.1.1. Representaciones del cuerpo femenino en la Edad Media: demoníaca e insaciable, sin alma y razón, Mujer “vasija”**

La Edad Media tomará los aportes de Hipócrates sobre las esencias húmeda y fría de las mujeres y las esencias caliente y seca de los varones. Pero este discurso se asociará al discurso religioso, tomando la Iglesia el control de la medicina. Al igual que sucedió con Hipócrates no quedarán atrás las representaciones sobre el cuerpo de las mujeres realizadas tanto por Platón, Aristóteles y Galeno, que serán retomadas por los representantes de la Iglesia. Será la visión de San Agustín y Santo Tomás quienes en el medioevo impondrán los criterios de verdad para los médicos.

En el mundo cristiano primará la idea de que es el hombre el único que tiene alma, pues solo él está hecho a imagen y semejanza de Dios. Y ante esta representación, a la mujer le cabe el lugar de lo otro, por lo tanto carente de razón. La representación de la mujer es concebida como el sexo, será la culpable de tentar permanentemente al hombre con sus demoníacas perversiones. La estigmatización de

las mujeres como demoníacas será motivo de permanente desconfianza y persecución. El hombre deberá controlar sus deseos por miedo a Dios. Dado que la mujer es un hombre incompleto, su sexo se identificará con la debilidad y fragilidad, por donde el diablo penetrará. La representación medieval de la sexualidad femenina estará sujeta al deseo irrefrenable e insaciable de su matriz, dominada por el diablo. Si bien, la mujer es considerada persona, no hay igualdad de los sexos, porque ella es descendiente de Eva, fuente de pecado por la que los hombres perdieron el Paraíso, por lo tanto son seres pecaminosos, impuros e inferiores. Para los pensadores de la Iglesia las mujeres no pueden dar opinión y están sujetas a los maridos (San Pablo), son unas bestias inestables (San Agustín), o bien, son un hombre frustrado (Santo Tomás de Aquino), para ellos el principio vital es masculino y la mujer es tan sólo un receptáculo.

A San Agustín le preocupaban las mujeres porque entre otras razones, su sexualidad podía distraer a los hombres de Dios. La mujer era la tentadora y el hombre tenía propiedad sobre ellas. Santo Tomás de Aquino la consideraba inferior, "el hombre está por encima de la mujer como Cristo por encima del hombre" " la mujer ha sido destinada a vivir bajo la influencia del hombre" decía. Resulta simple entender como consideraba la sagrada inquisición a la mujer, como presa fácil de la brujería porque su inteligencia menor y su insaciable lujuria las acercaba al demonio.

Los padres de la Iglesia sostenían diferentes posturas sobre la sexualidad. San Agustín promovía el celibato como la forma más elevada de vida. En cambio, Santo Tomás sostenía que el celibato debía ser seguido sólo por una élite y bendecía el sacramento del matrimonio. Pero ambos valorizaban la castidad como modo de vida superior para varones y las mujeres. La iglesia propugnaba que en el matrimonio, las relaciones sexuales debían cumplir exclusivamente con sus fines procreativos, evitando el placer. Porque la función del matrimonio consistía en establecer alianzas entre familias y asegurar la transmisión de la herencia, por lo tanto toda relación que subvirtiera este fin era considerado, un pecado.

Este pensamiento se traducirá en los documentos médicos de la época, describiendo e indicando medidas de prevención y cuidado de las mujeres, ya que ellas pueden contagiar su pasión endemoniada, simplemente con la mirada, el

aliento, o el sólo roce de la mano. Estas representaciones sirvieron para definir a las mujeres como brujas, principalmente aquellas que se resistían a su lugar asignado socialmente, muchas de estas mujeres sufrían en algunos casos síntomas histéricos que usaron como pretexto para culpabilizarlas de brujas y herejes. Una mujer que apasionara intensamente a un hombre, o que se apasionara por él, caía bajo sospecha de posesión satánica, aunque fueran esposos, podía, en tal situación, correr el riesgo de la hoguera. Todo comportamiento “anormal” de las mujeres, eran explicados por la presencia del demonio. Las histéricas, delirantes y brujas constituían un grave peligro y amenaza al orden social.

Dentro de supuestos más conocidos sobre la caza de brujas, prevalecieron las interpretaciones médicas, que atribuyeron la persecución a la explosión de campesinos enloquecidos por el odio y el pánico o que las brujas eran en realidad mujeres histéricas y delirantes.

El mundo moderno verá en las brujas a “locas” que la ignorancia y la incomprensión de la época anterior llevaron a la hoguera. Pero no existe en la historia una explicación de quiénes eran esas mujeres y porqué era necesaria semejante persecución y exterminio. En los estudios sobre el desarrollo de la especie humana, la información dedicada a la mujer es casi nula. Es fácil comprender las causas de esta invisibilidad, el punto de vista de la historia ha sido el de las clases y del sexo dominante. Además estas mujeres eran pobres y analfabetas, por lo tanto, no dejaron testimonios de su propia historia y esta como ocurre con el resto de la historia, nos ha llegado a través de los relatos de la élite instruida, es decir de sus perseguidores.

### **3.1.2. El discurso médico en la Edad de la razón.**

Durante el Renacimiento, la imagen de la mujer que prevalece es la que el clero había sostenido a través de la Biblia, es decir la imagen de Eva, mujer inferior y maldecida por Dios. Ella fue creada de una parte de Adán para ser su compañera, y maldecida porque tienta a Adán para cometer pecado original que pesará hasta el Juicio Final sobre la Humanidad, para ocupar siempre un papel de sumisión y cargar con el estigma del parto doloroso.

Si bien, en esta época los documentos médicos están impregnados de la doctrina católica, y la medicina subordinada a lo eclesiástico. Por otra parte, el rescate de los textos antiguos de Platón, Aristóteles, Galeno, y su impresión permitirán a la medicina proseguir su desarrollo, desprendiéndose de la protección de la Iglesia, y tomando el camino hacia la laicización de sus conocimientos. La medicina, en esta época no cuenta a las mujeres entre sus pacientes. Además la obstetricia, era considerada una disciplina de menor rango, por lo tanto depositada en las manos de mujeres: las comadronas, salvo ciertas complicaciones en el parto, en cuyo caso intervenía el cirujano. Pero el cirujano, dentro de las profesiones de la medicina tenía un status inferior al de los médicos.

Dentro del bagaje teórico de la medicina, en esta época, se puede decir que no había una reflexión seria sobre el cuerpo femenino en su especificidad, como tampoco existe una preocupación por la práctica clínica “médico-mujeres” ni médico-niños. La discusión se centraba en el lugar de la mujer en la concepción. Para los médicos, las mujeres sólo existen en relación a su papel reproductivo. Y en este sentido, los médicos disertan sobre el papel de la mujer en la procreación, primando durante la Edad media el criterio aristotélico que quitaba a la mujer toda participación en la fecundidad, relegándola a ser simple receptáculo de la fecundidad masculina.

A mediados del siglo XVI, hay un retorno a los textos de Hipócrates y Galeno, quienes habían interpretado los genitales femeninos como análogos a los masculinos, por lo tanto explicaban el parecido de los hijos con las madres por el aporte de semen femenino en la concepción. Estos autores, sostuvieron estas hipótesis por medio de las disecciones que practicaban y que permitieron revelar la existencia de vasos espermáticos en la mujer como también de testículos femeninos. Esta lógica se va a sustentar en la ilusión de la asimetría, lo diferente, la otredad no es visualizada, en sí misma, sólo puede ser entendida o pensada como inferior. Esta postura no logró imponerse, las nociones aristotélicas eran muy fuertes, su postura sobre el papel de receptáculo de la mujer en la reproducción logró mayor consenso entre de los intelectuales, pero este intenso debate no se encuadrará dentro de los cánones

científicos, lo que se pondrá, en discusión, en última instancia, es el status social de las mujeres.

### **3.1.2.1. De la Virgen a la Madre**

Los descubrimientos de Harvey, en 1650 constituyen una nueva explicación de la reproducción, reconocen el rol de la mujer en la concepción, a partir de hallar que el embrión se desarrolla en un huevo, y es la mujer la productora de huevos que luego serán fecundados por el semen masculino. Esta explicación produjo gran conmoción y resistencia, pero se impuso, y modificó el panorama para las mujeres, que desde ese momento serán percibidas como indispensables y complementarias con respecto al varón. Su sexo se valoriza y comienza un largo proceso histórico de veneración de la maternidad.

En la Edad Media, el culto a la Virgen María estuvo dado por su condición de virgen, en contra de la sexualidad, considerando la castidad como la forma de vida suprema. Pero la influencia ejercida por los discursos médico científicos, cada vez más diferenciados de los discursos religiosos, permitieron que en el siglo XVII, los cristianos consideraran y veneraran la maternidad. En este sentido la mujer adquirirá valor sólo como posible madre.

Este reconocimiento de la mujer en cuanto madre, estará acompañado de un proceso de medicalización del cuerpo femenino. Serán los discursos médicos quienes se encargarán de describir y conceptualizar como rasgo esencial de la mujer, la “debilidad femenina”, que será explicada por dos razones: la particularidad de su temperamento y la fuerza de su matriz. Esta modificación de la representación del cuerpo femenino no implica un cambio de argumentaciones, sino que se adapta la teoría de los temperamentos del mundo antiguo (las mujeres son frías y húmedas y los varones son cálidos y secos) a los nuevos discursos médicos. Esta diferencia de los sexos, dada por la teoría de los temperamentos actuará como fundamento de la inferioridad femenina en los aspectos físicos y morales, operando como un discurso que va haciéndose hegemónico, determinado y confinando a hombres y mujeres a naturalezas irreductibles, siendo siempre superior la naturaleza masculina.

Sobre las imágenes construidas en torno al cuerpo de las mujeres, puede observarse el cambio en las concepciones sobre la matriz: de una construcción velada



de misterio y oscuridad, en donde se refugiaban los placeres de carácter demoníaco, se pasa a una mirada de creciente racionalidad médica, que definirá a partir del útero, la debilidad femenina. El reconocimiento de una especificidad femenina, ligada al descubrimiento del papel de la mujer en la reproducción y la valorización consecuente del ser femenino van creando las condiciones de posibilidad para la emergencia del mito mujer = útero.

Esta nueva concepción centrada en el útero de la mujer tendrá como corolario la histeria como enfermedad femenina por excelencia. Junto a esta postura se mantendrá la consideración de la sexualidad femenina como insaciable, que se manifestará a través de síntomas diversos como los desmayos, el adormecimiento, la melancolía, tristeza, la charla desenfrenada, las convulsiones, etc., producto del caprichoso desplazamiento de la matriz. El tratamiento médico recomendado seguirán siendo las fumigaciones. Según consenso de la época y siguiendo la teoría de Galeno, la causa de la histeria será la ausencia de relaciones sexuales, será la enfermedad de las mujeres sin hombres, de niñas casadas muy tarde, de religiosas, de mujeres solas, de viudas, etc. Es la falta de relaciones sexuales la causante de dicha enfermedad.

Detrás de la estigmatización de la histeria, se hallan afirmaciones negativas en torno al rol de la mujer en la sociedad, se justifica su debilidad y por lo tanto la dependencia respecto de un varón debido a su vulnerabilidad uterina. Será el varón quién pueda otorgarle a la mujer la conservación de su salud.

El saber médico tomará de la biología argumentos para sostener la debilidad femenina y por ende su inferioridad respecto del hombre. Las explicaciones sobrenaturales del dogmatismo cristiano serán desplazadas por el discurso de la naturaleza femenina: las histéricas dejarán de ser las brujas poseídas por el demonio, para ser consideradas por los médicos como enfermas en vez de culpables. El discurso médico afianzará con nuevas razones la desigualdad entre los sexos, al consolidar el mito mujer = útero. Sin embargo, el paso al ámbito de la biología se confundirá con el de la moral, sobre todo respecto de la medicalización de un acto considerado natural, como es la maternidad.

La maternidad ingresa en el discurso médico sólo bajo la nómina de enfermedad, ligada a la instauración de la histeria como enfermedad femenina. Ahora las mujeres con estas características no recibirían una sanción política, en tanto subvertidoras del orden de Dios, sino que será la psiquiatrización del cuerpo de las mujeres, la nueva sanción.

Recién en el siglo XVIII, las mujeres serán tratadas por los médicos como pacientes, y tocarán su cuerpo, aunque el acto médico estaba muy limitado, a los partos. Como dice Fernández *“este avance de los médicos de las Luces en detrimento de las comadronas trajo innumerables alivios a las mujeres: comenzaron a disminuir las muertes por parto, se volvieron cada vez más frecuentes las operaciones cesáreas, etc.”* (FERNÁNDEZ, A. M. 1994: 81-82). Se culpaba a las comadronas de ser sucias, ignorantes e incompetentes, se las hacía culpables de las infecciones uterinas y de las cegueras provocadas por la gonorrea.

El cambio en las prácticas médicas es parte de un cambio estratégico, en el que la profesionalización médica se inscribe dentro de las demandas sociales exigidas a los médicos en relación a las mujeres. Si no se aplicó una solución sencilla, como la información a las comadronas sobre las técnicas preventivas, fue porque la hegemonía médica implicaba una nueva relación entre las mujeres y sus médicos. El discurso médico traducirá una serie de enunciados contradictorios sobre el cuerpo de las mujeres: por ejemplo, se valora el cuerpo de la mujer en tanto recipiente en la reproducción pero no se reconoce el papel de la mujer en el cuidado y crianza de los hijos/as; se representa la sexualidad femenina como demoníaca e insaciable pero se la considera como pasivas y débiles.

Es con el cambio de mentalidades y de las costumbres surgidas en el escenario del capitalismo que se pasa de la mujer recipiente a la sacralización de la mujer como madre, y por lo tanto a la medicalización de la maternidad, discurso que tendrá a su vez como corolario la representación de las mujeres como sexualmente pasivas, y dependientes de la protección masculina.

Será en el siglo de las Luces, que se consolidará el discurso médico de la Naturaleza femenina, cuya imagen definirá a la mujer como frágil, emotiva, dependiente, sexualmente pasiva y predestinada a la maternidad. Discurso que

atribuirá estos rasgos a características biológicas y universales. En este sentido verá como natural o biológica la pasividad de las mujeres en lo que respecta a su sexualidad, como la actividad en los varones, manteniendo un grado relevante de productividad y eficacia.

#### ***3.1.2.1.1. Mujeres enfermas y Mujeres portadoras de enfermedades***

Mientras el discurso biologista marca a la mujer como frágil, dependiente y necesitada de protección masculina, son las mujeres de las clases trabajadoras y sus niños, en la incipiente sociedad industrial, las que ingresaban a trabajar en condiciones terribles y de extensas jornadas, en las minas y fábricas textiles de Alemania, Inglaterra y Francia. En este período, las diferencias de clase entre las mujeres fueron particularmente marcadas. A las mujeres ricas eran consideradas personas enfermas, demasiado débiles y delicadas para todo excepto los más inocentes pasatiempos, mientras que las mujeres de clase obrera eran consideradas mujeres sanas y robustas por naturaleza, a pesar de que eran justamente las mujeres obreras quienes corrían más riesgo de contraer enfermedades contagiosas o de morir en algunos de sus múltiples partos o por complicaciones en el mismo, pues trabajaban largas horas con una alimentación inadecuada y sin el descanso necesario.

Este discurso médico alejado de la realidad servía y justificaba también a intereses de clase, y: Mientras los médicos inventaban enfermedades para las mujeres ricas, las condiciones de vida en los suburbios de las grandes ciudades ponían en peligro la vida real de las mujeres pobres. Las enfermedades como la tífus, la fiebre amarilla, la tuberculosis, el cólera y la difteria, el cansancio y los accidentes eran habituales para las mujeres de clase obrera, situación que se complicaba aun más con los frecuentes embarazos, y el sufrimiento de sus hijos/as por la desnutrición. Los cuidados médicos de los pobres se limitaban a los remedios caseros o medicamentos patentados. El imaginario popular, reflejaba una imagen de las mujeres trabajadoras como un peligro para la salud, porque transmitían enfermedades y por su descendencia abundante e inferior. Los médicos definían a las mujeres según su clase en: mujeres con problemas de salud y mujeres que constituyen un problema sanitario.

El desarrollo de la revolución industrial en Europa y posteriormente en Estados Unidos, se sustentó sobre la base de la explotación despiadada a los/ las

trabajadores/as. Las mujeres de las clases acomodadas era un producto directo de ese mundo, en la misma medida que lo eran su marido y los/ las obreros/as que trabajaban para ellos. Gracias a la riqueza producida en aquel mundo, los varones de clases dominantes podían permitirse mantener una esposa totalmente ociosa, ella era el “adorno social” (frivolidad, delicadeza e ignorancia de la realidad) que demostraba el éxito de su marido. La monotonía y la reclusión de las mujeres ricas permitieron y favorecieron el culto a la “invalidez femenina”, poniéndose de moda ciertas características asociadas a ella: la palidez y la apariencia lánguida y decaída.

Las ideas de los médicos sobre la salud de las mujeres no se limitaban a considerar los riesgos asociados a la reproducción y a la tuberculosis, sino que iban mucho más allá y definían todas las funciones orgánicas femeninas como intrínsecamente insanas. La pubertad estaba considerada como una crisis que trastornaba todo el organismo femenino, las menstruaciones eran consideradas períodos patológicos durante toda la vida de las mujeres, se pensaba que las mujeres embarazadas estaban indispuestas. Los médicos se opusieron a la intervención de las comadronas, alegando que el embarazo era una enfermedad y como tal requería de tratamientos de un verdadero médico. Y la menopausia, era una enfermedad incurable.

El mito de la fragilidad femenina favorecía directamente a los intereses económicos de la clase médica. Este mito de la “invalidez femenina” tenía dos funciones, por un lado descalificaba a las comadronas y por otro lado, permitía su transformación en pacientes. El médico, como comerciante, tenía interés en la mujer enferma, y por eso sus teorías médicas fueron justificaciones de su papel social. Por lo general, las molestias femeninas se atribuyeron a un defecto congénito o a alguna actividad sexual, atlética o mental, que estuviera fuera de sus verdaderas tareas femeninas. Estas ideas sobre la debilidad femenina, en Estados Unidos, tuvieron su origen en la teoría médica de la “conservación de la energía” que los médicos consideraban la ley fundamental de la fisiología. Según esta teoría, cada cuerpo humano contenía una cantidad determinada de energía, la cual se encauzaba en mayor o menor medida hacia uno u otro órgano o función. Y cada órgano o actividad sólo podía desarrollarse en detrimento de los demás, sustrayendo energía a las partes

que no se desarrollaban. En particular, los órganos sexuales competían con los demás órganos por la utilización de la cantidad de energía vital. Otra noción relevante de ésta teoría planteaba que la reproducción era el aspecto fundamental de la vida biológica de las mujeres. Por eso en su caso la competencia era muy desigual y los órganos de la reproducción dominaban casi por completo todo su cuerpo. La teoría de la conservación de la energía como otras teorías médicas, del otro lado del mundo tuvo importantes y similares implicaciones en la determinación de los papeles masculinos y femeninos.

### ***3.1.2.1.2. Consagración de las mujeres a la maternidad y al hogar***

El paso de mujeres consideradas demoníacas e insaciables, pasivas, desganadas y frías, sólo puede entenderse a partir de los profundos cambios en las costumbres dada por la transición de la antigua sociedad a la incipiente sociedad capitalista, principalmente las transformaciones experimentadas en la constitución de la familia, de sus funciones, hábitos, roles, como cambios cruciales en la concepción occidental del hogar, el trabajo y las relaciones de las mujeres con la productividad.

La sexualidad se limitará a la función reproductora en la familia conyugal. La imagen de madre, cercana a la sierva, guardiana de la moral y guía de los hijos fue alabada y puesta en el altar. Así el mito de la mujer, buena madre, asexuada, subordinada, frágil se modeló en este período y permaneció a través del tiempo, mito que tendrá su contracara: la mala mujer, la prostituta.<sup>3</sup>

Así como lo hizo la religión, la ciencia montará sobre las diferencias biológicas observables entre los sexos modelos de conducta. Las transformaciones culturales, sociales, económicas y políticas repercutirán en el ámbito doméstico y sobre todo en la crianza y educación de los hijos/as: los médicos junto a hombres del estado recomendarán a las madres a amamantar a sus hijos/as tarea que en las clases

---

<sup>3</sup> Ya con el Concilio de Trento comienza una sostenida persecución a la prostitución, se cierran burdeles, se penalizan la cohabitación prenupcial, el concubinato, los hijos ilegítimos y los infanticidios (una de las formas más frecuentes de abortar de la época).

acomodadas estaba asignada a las nodrizas (mujeres del pueblo), sistema que tuvo graves consecuencias para la mortalidad infantil.

Las mujeres en el nuevo modelo médico deberán dedicarse a sus hijos/as de manera exclusiva, como madres deberán cumplir esta función toda su vida. Las mujeres de clases altas de Europa tardaran más de dos siglos en aceptar su nuevo papel en el mundo doméstico, encargada del hogar y la crianza de los hijos/as, la familia se reducirá y será el lugar de los afectos.

Los discursos médicos centrarán sus argumentos a favor de la educación de las mujeres en la virtud y la obediencia. Ellas no podrán acceder a la educación en iguales condiciones que los varones, dependerán emocional y económicamente de ellos. Médicos y educadores sacaron rápidamente, de la debilidad femenina la lógica conclusión de que los estudios superiores podían ser físicamente perjudiciales para las mujeres: un excesivo desarrollo del cerebro podía atrofiar la matriz. El desarrollo del aparato reproductor era totalmente incompatible con el desarrollo intelectual.

Foucault a través de su noción de dispositivo de la sexualidad (FOUCAULT, Michel, 1986: 127-133), contempla cuatro conjuntos estratégicos que se van consolidando en el siglo XVIII, y que despliegan y desarrollarán dispositivos específicos de saber y poder. A medida que surgieron fueron adquiriendo una coherencia que en el orden del saber alcanzó una productividad, y en el orden del poder, eficacia. Estos conjuntos estratégicos son:

1. Histerización del cuerpo de la mujer: el cuerpo de la mujer fue analizado como un cuerpo saturado de sexualidad, y patologizado en el campo de las ciencias médicas.
2. Pedagogía del sexo de los niños: interés morboso por el sexo infantil. La masturbación infantil tenía que ser prohibida.
3. Socialización de las conductas procreadoras: procreación planificada como algo estratégico. Era necesario establecer una programación familiar con pocos hijos producto de las relaciones sexuales de las parejas monogámicas y heterosexuales.
4. Psiquiatrización del placer perverso: se refiere a los homosexuales y a las sexualidades periféricas, que pasaron a ser objeto de estudio de la psiquiatría.

Estos cuatro dispositivos de poder generaron cuatro personajes históricos, sobre los que se ejerce el poder:

- Mujeres histéricas
- Niño masturbador
- Pareja malthusiana
- Adulto perverso

Este dispositivo de sexualidad nace en las sociedades occidentales alrededor de dispositivos de alianzas, dispositivos que fue perdiendo importancia a medida que los procesos económicos y las estructuras políticas dejaron de hallar en él un instrumento adecuado o un soporte suficiente. El dispositivo de sexualidad funciona según técnicas móviles, polimorfas y coyunturales de poder, engendrando una extensión de los dominios y las formas de control. Si el dispositivo de alianza estaba fuertemente vinculado a la economía, a causa del papel que puede desempeñar en la transmisión o circulación de riquezas; el dispositivo de sexualidad está vinculado a las economías a través de mediaciones numerosas y sutiles, dónde la principal es el cuerpo. El dispositivo de la sexualidad no tiene, como el de alianza el fin de reproducir, sino el de proliferar, innovar, anexar, inventar, penetrar los cuerpos, controlar las poblaciones. La sexualidad está ligada a dispositivos de poder recientes, ha estado en expansión creciente desde el siglo XVII. La disposición o arreglo que desde entonces la sostuvo no se dirige a la reproducción, se ligó desde el origen a una intensificación del cuerpo, a su valoración como objeto de saber y como elemento en las relaciones de poder. La familia, a partir del siglo XVIII, admitió que sus dimensiones fundamentales: Marido-Mujer, Padres-Hijos desarrollaran los elementos principales del dispositivo de la sexualidad: el cuerpo femenino, la masturbación infantil, la regulación de los nacimientos y la especificación de los perversos. La familia ya no cumple la función de reprimir la sexualidad, su papel es aferrar la sexualidad en la familia conyugal reproductora, marginando toda sexualidad quedara por fuera de ella. Más que represión del sexo, es producción de la sexualidad.

Esta nueva sociedad se orienta desde el derroche de los cuerpos hacia una economía de los mismos. Porque es a través del cuerpo que se logrará el disciplinamiento de los individuos. Las políticas utilizadas por el discurso

fisiocrático serán el aplazamiento de la edad de casamiento de las niñas, y la prohibición del amamantamiento por nodrizas para favorecer el nacimiento y la supervivencia de niños sanos. Los discursos médicos, como los discursos de pedagógicos modelarán a las niñas, en una educación moral, cuyos objetivos centrales será guardarlas vírgenes hasta el matrimonio, retardar su casamiento y prepararlas para ser esposas sumisas y entregadas a sus hijos e hijas toda su vida. Esta educación exaltará el pudor y la virtud en las mujeres. Por otra parte la inferioridad biológica del cerebro de las niñas las descarta de los estudios. No se debe despertar su imaginación, por lo tanto se desaconsejan la lectura de novelas, el teatro y la música voluptuosa, los bailes, etc. Para los médicos, moralistas educadores y para las madres, la inocencia será garantizada por la ignorancia tanto intelectual como sobre el propio cuerpo. Las niñas aprenderán a ser una esposa fiel y no demandante en lo sexual, su máxima realización estará dada por sus hijos/as.

Esta pasividad históricamente construida y no natural tendrá como correlato una maternidad, también históricamente construida y no natural.

Como dice Adrienne Rich *“El ideal de los siglos XIX y XX de la madre y los hijos encerrados juntos entre las cuatro paredes del hogar; la consagración de las mujeres a la maternidad; la separación del hogar del “mundo del hombre” que ganan un salario, de su lucha, ambición, agresión y poder; el abismo entre el mundo doméstico y aquel otro denominado “público” o “político”..., todo eso corresponde a la fase más reciente de la historia de la humanidad. Pero la fuerza del ideal y de la realidad es tan grande que no tiene un propósito único y simple”*. (RICH, Adrenne: 1986: 90-91). La maternidad y el cuidado de los hijos no era la ocupación central de las mujeres, ni tampoco las madres y los hijos/as estaban circunscriptos a una relación de aislamiento. Si no siempre el hogar estuvo aislado, es con la creación de la revolución industrial que el hogar se redefine, como el ámbito de cuidado y obligación de la mujer, revestido con el poder otorgado por Dios, y sostenido mediante las legislaciones de trabajo de niños/as y mujeres. *“Por primera vez, la productividad de las mujeres fue considerada como una “pérdida de tiempo, una pérdida de propiedad, un pérdida moral y una pérdida de salud y de vida”. A las mujeres se les advirtió que su ausencia de los hogares no significaba sólo el*



*descuido de los hijos. Si fracasaban en la tarea de dotar de comodidades al nido, sus hombres pasarían el tiempo en las tabernas. El bienestar de los hombres y de los niños era la verdadera misión encomendada a las mujeres. Desde el momento en que los Hombres no tenían la misión de cuidar a los niños o el hogar, la única solución consistía en sacar a las mujeres de las fábricas”.* (RICH, Adrenne: 1996: 101-102).

Volviendo a la situación médica de las mujeres, esta no se modificó hasta bien entrado el siglo XX, se siguieron empleando tratamientos encaminados a modificar la conducta de las mujeres, basados en el aislamiento y el reposo interrumpido. Este método se empleaba para tratar un sinnúmero de dolencias diagnosticadas como trastornos nerviosos. La receta más importante era la pasividad, seguida de los baños calientes y fríos, una alimentación sin carnes ni especias y rica en leche y flanes, cereales y frutas ácidas, las mujeres debían estar al cuidado de una enfermera que no fuera parientes suyas. Pero los tratamientos médicos más brutalmente directos para los trastornos de la personalidad en las mujeres se inventaron en el campo de la cirugía ginecológica. Y el tratamiento de los problemas psicológicos de la mujer por métodos quirúrgicos encontró su fundamento en la teoría de la psicología de los ovarios. Si toda la personalidad de una mujer estaba dominada por sus órganos reproductores, la cirugía ginecológica constituía la vía más lógica para tratar cualquier problema psicológico en la mujer. Desde finales de la década de 1860, por ejemplo en los Estados Unidos los médicos empezaron a llevar a la práctica este principio con la ablación quirúrgica del clítoris para suprimir la excitación sexual, pero más frecuente era aún la extirpación quirúrgica de ovarios.

En algunos aspectos, muchas mujeres, lograron aprovechar ventajosamente su papel de enfermas, sobre todo como una forma de control de la natalidad. Para la mujer formal que consideraba realmente repugnantes las relaciones sexuales, al mismo tiempo que creía su deber someterse a ellas, y también para cualquier mujer que deseara evitar el embarazo, sentirse indispuesta era una escapatoria, y no había muchas más. Y si algunas mujeres recurrían a la enfermedad como un medio de control de la natalidad, otras sin dudas lo empleaban para llamar la atención y obtener cierto grado limitado de poder en el ámbito familiar.

### ***3.1.2.1.3. La histeria, enfermedad del alma***

En el siglo XIX las mujeres desarrollaron, en proporciones epidémicas, un completo síndrome que incluso algunos médicos interpretaban a veces como un instrumento de poder más que como una verdadera enfermedad. La nueva dolencia era la histeria., afectaba casi exclusivamente a las mujeres de las clases altas y media alta, no tenía ninguna base orgánica demostrable y era totalmente inmune a los tratamientos médicos. La histeria no sólo se manifestaba en forma de convulsiones y desmayos, sino de todas las maneras posibles: pérdida de la voz, pérdida del apetito, toses y estornudos histéricos, gritos, risas, y llantos histéricos. La enfermedad se propagó vertiginosamente, aunque casi exclusivamente entre la selecta clientela de mujeres blancas de la clase media y alta de las ciudades y de edades entre 15 a 45 años.

Con la histeria llegó a la conclusión lógica el culto a la invalidez femenina. La sociedad había destinado a las mujeres de clase acomodada a una vida de reclusión e inactividad y la medicina había justificado este papel describiéndolas como personas congénitamente enfermas. Con la epidemia de la histeria, las mujeres estaban aceptando su inherente condición de enfermas al mismo tiempo que encontraban la manera de rebelarse contra un papel social intolerable. La enfermedad, que había llegado a constituir una manera de vivir, se convirtió en una forma de rebelión y el tratamiento médico, que siempre había tenido fuertes connotaciones coactivas, adoptó métodos abiertos y brutalmente represivos. Hubo mujeres excepcionales de la clase alta, mujeres que se rebelaron contra aquella vida de forzada inactividad, contra la imposibilidad de desarrollar un trabajo útil, estas son las mujeres que suelen figurar como activistas a favor de los derechos de las mujeres o reformadoras sociales.

Es en el siglo XIX, que la histeria se desprenderá de la causa uterina, para dar lugar a la histeria como enfermedad nerviosa. Esto hace que los discursos médicos puedan pensar sus síntomas como posibles para ambos sexos. De todos modos, seguirá siendo una enfermedad mayoritariamente de mujeres. Ya no serán inferiores por su temperamento húmedo y frío o limitadas a la maternidad por la conservación de la energía, sino que serán más sensibles por la fragilidad de su sistema nervioso.

Este acento en las enfermedades nerviosas, permitirá la conceptualización de la moral, del espíritu y el alma, más que del cuerpo, y su causa radica principalmente en la imaginación. Las estrategias terapéuticas recomendadas son prescripciones de una vida higiénica, de modo tal que la histérica pueda adoptar un estilo de vida apacible: renunciar a las comidas pesadas, los bailes, las novelas y evitar la ociosidad.

Se pueden sintetizar los prejuicios de la época sobre las mujeres en dos aspectos: por un lado aquellos que derivan de las conceptualizaciones como seres imperfectos, dirigidos y aplicados a las mujeres de las clases acomodadas y por otra parte las conceptualizaciones de seres sucios, contaminados y peligrosos destinados a las mujeres pobres. Las mujeres de clase alta y clase media alta estaban enfermas y las mujeres obreras eran las portadoras de enfermedades. (EHRENREICH, B., ENGLISH, D., 1981: 77-80)

Se entra entonces en la antesala del nacimiento del psicoanálisis, su terapia utilizada será la confesión de las pacientes de sus resentimientos y rebeldías para terminar aceptando finalmente su papel en la sociedad. Es con Freud, que se desarrolla la psiquiatría como disciplina, pero su concepción de que la personalidad femenina era congénitamente imperfecta a causa de la carencia de pene se constituirá en reemplazo de la ginecología, pero ya no será la presencia dominante de la matriz, la que justifique el rol subordinado de las mujeres en la sociedad, serán otros discursos, otras prácticas, otras ideas y mentalidades, otras técnicas y teorías, pero siempre una míma representación desigual respecto de las mujeres.

### ***3.2. DE LA MEDICINA DE LAS MUJERES. HISTORIAS DE LA PERIFÉRIA***

#### **3.2.1. De las mujeres sanadoras a la profesión médica.**

Durante siglos las mujeres fueron las encargadas del cuidado y la salud. Ellas fueron las primeras médicas en la historia de Occidente. Se desempeñaron como enfermeras, farmacéuticas, comadronas y consejeras. Hacían abortos, cultivaban hierbas medicinales, transmitían sus conocimientos y experiencias de unas a otras y

de generación en generación. Visitaban a los enfermos a sus casas y viajaban de pueblo en pueblo. Eran las mujeres sabias, las médicas sin títulos; excluidas de los libros y la ciencia oficial.

### **3.2.1.1. De mujeres sabias a brujas.**

Las mujeres sanadoras llamadas por el pueblo mujeres sabias, representaban la mayor parte de las mujeres consideradas brujas. La persecución y condena de estas mujeres fue uno de los procedimientos a través de los cuales se eliminó a las mujeres de la práctica de la medicina.

Las brujas se extinguieron en la hoguera aun antes de que apareciera la moderna ciencia médica. La sistemática eliminación de las brujas como sanadoras, además de otra serie de procedimientos permitió la creación de una nueva profesión médica masculina, cuyos argumentos sirvieron como justificación de la caza de brujas, que fue amparada y promulgada por las clases dominantes. Los rasgos que tipificaban a las brujas eran sin duda aquellos que las mostraban distintas de las “buenas mujeres”. Eran en su mayoría mujeres pobres, provenientes del medio rural, fuera del sistema de alianzas matrimoniales. Su comportamiento resultaba especial tanto en lo referente a sus ocupaciones, como a sus prácticas sexuales, y su inserción productiva fuera del ámbito doméstico. Como ya dijimos las ocupaciones de las brujas se relacionaban principalmente con el cuidado de la salud: eran magas, parteras, sanadoras, tenían a su cargo la medicina de los sectores populares y poseían importantes conocimientos sobre plantas, hierbas, traumatología, obstetricia, psicología, etc.

La caza de brujas abarcó más de cuatro siglos (desde el siglo XIV al XVII), se inició en Alemania, llegó a Inglaterra, Francia para luego extenderse a varios países de Europa y a sus respectivas colonias. La persecución de las brujas, el mayor sexocidio de la historia empezó en plena Edad Media y se prolongó hasta bien entrada la Edad de la razón... Entre finales del siglo XV y principios del XVI se registraron muchos millares de ejecuciones, la mayoría de las mujeres fueron condenadas a ser quemadas vivas en la hoguera en Alemania, Italia, España y otros países. Hacia mediado del siglo XVI el terror se había propagado a Francia y finalmente también se extendió a Inglaterra.

La persecución más encarnizada de las brujas coincide con períodos de gran agitación social, que conmovieron los cimientos del feudalismo: insurrecciones campesinas de masas, conspiraciones populares, descomposición de las relaciones feudales y aparición del protestantismo. Indicios fragmentarios sugieren que en algunas regiones, la brujería fue una expresión de una rebelión campesina encabezada por mujeres.

Las acusaciones de brujería cubren una variedad de delitos que van desde la *“subversión política y la herejía religiosa hasta la inmoralidad y la blasfemia. Pero existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la historia de la persecución de las brujas en todo el Norte de Europa. Ante todo, se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la acusación de poseer una sexualidad femenina. En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas. La tercera acusación, finalmente, era que tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar. A menudo se las acusaba específicamente de tener conocimientos médicos y ginecológicos”* (ENRENREICH, B. y ENGLISH, D. 1981: 13)

Se acusaba a las brujas de causar impotencia en los hombres y de hacer desaparecer sus genitales y en lo tocante a las mujeres, de ofrecer consejos anticonceptivos y de efectuar abortos. A los ojos de la iglesia, todo el poder de las brujas procedía en última instancia de la sexualidad. Su carrera se iniciaba con un contacto sexual con el diablo.

Las jerarquías de la Iglesia han tenido y tienen una representación amenazante del sexo. Por ello no es difícil imaginar que el confinamiento y la destrucción de estas mujeres sirvió para expiar diversas situaciones: tanto la de origen político, económico, social, como los levantamientos campesinos como el miedo liso y llano a las mujeres como representantes de la corporeidad y del saber sobre el cuerpo.

A las brujas no sólo se las acusaba de asesinato y envenenamiento, de crímenes sexuales y de conspiración, sino también de ayudar y sanar al prójimo. Las brujas sanadoras a menudo eran las únicas personas que prestaba asistencia médica a

la gente del pueblo que no poseía médicos ni hospitales y vivía bajo el yugo de la miseria y la enfermedad.

Las clases altas, reyes y nobles, recibían atención médica de los médicos de la corte, que eran varones y a veces incluso sacerdotes. Lo que realmente estaba en cuestión era el control de la medicina. Se consideraba aceptable que médicos varones atendieran a la clase dominante bajo auspicios de la Iglesia, pero no en cambio la actividad de las mujeres sanadoras como parte de una subcultura campesina.

La Iglesia concebía la persecución de las sanadoras campesinas como un combate contra la magia y no contra la medicina. Las curas mágicas aún cuando dieran resultado, constituían una interferencia perversa contra la voluntad divina y debían su éxito a la intervención del demonio. La propia curación aparecía como un hecho maligno. La distinción entre curaciones divinas y diabólicas no constituía ningún problema, pues evidentemente el Señor actuaría a través de los curas y médicos y no por mediación de mujeres campesinas.

La caza de brujas siguió procedimientos regulados y respaldados por la Ley. Eran campañas organizadas, iniciadas, financiadas y ejecutadas por la Iglesia y el Estado, guiados por el “Malleus Maleficarum” o “Martillo de Brujas”, que había sido escrito en 1484 por los reverendos Kramer y Sprenger, verdadera guía sádica.

### **3.2.1.2. Conocimientos empíricos vs. Conocimientos dogmáticos**

Las mujeres sabias, o brujas, poseían multitud de remedios experimentados durante años y años de uso. Muchos de los preparados de hierbas curativas descubiertos por ellas continúan utilizándose en farmacología moderna. Disponían de analgésicos, digestivos, y tranquilizantes, empleaban el cornezuelo (ergotina) contra los dolores del parto. Actualmente, se emplean derivados del cornezuelo para acelerar las contracciones y favorecer la recuperación después del parto. También empleaban la belladona, que todavía se usa como antiespasmódico, para inhibir las contracciones uterinas ante riesgo de aborto espontáneo. Las brujas eran personas que tenían conocimientos basados en la experiencia, confiaban más en sus sentidos que en la fe o en la doctrina, creían en la experimentación, en la relación entre causa y efecto. Confiaban en su propia capacidad para encontrar formas de actuar sobre las

enfermedades, los embarazos, los partos, ya fuera mediante medicamentos o práctica médicas. Paradójicamente su magia era la ciencia de su época.

La Iglesia, en cambio, era profundamente dogmática, subvaloraba el mundo material y desconfiaba profundamente de los sentidos. Consideraba innecesario investigar las leyes naturales que rigen los fenómenos físicos, pues concebía el mundo como una continua creación divina. En la persecución de las brujas confluyen la misoginia, el dogmatismo y la sexofobia de la Iglesia. Tanto el conocimiento científico como la sexualidad representaban para ésta una rendición frente a los sentidos, una traición contra la fe.

### **3.2.1.3. Desarrollo de la profesión médica en Europa. Eliminación de las sanadoras**

Las brujas ejercían en el seno del pueblo. Las clases dominantes, contaban con sus propios sanadores laicos: los médicos formados en las universidades. En el siglo XIII, el siglo anterior a la caza de las brujas, la medicina empezó a afianzarse en Europa como ciencia laica y también como profesión. Y la profesión médica ya había iniciado una campaña contra las mujeres sanadoras, excluyéndolas de las universidades, mucho antes de empezar la caza de brujas.

Durante más de ochocientos años, desde el siglo V al XIII, la postura ultraterrenal y antimédica de la Iglesia obstaculizó el desarrollo de la medicina como profesión respetable. Luego, en el siglo XIII, se produjo un renacimiento de la ciencia, impulsado por el contacto con el mundo árabe. En las universidades se crearon las primeras escuelas de medicina y un número creciente de jóvenes de condición acomodada empezó a seguir estudios médicos. La Iglesia impuso un riguroso control sobre la nueva profesión y sólo permitió su desarrollo dentro de los límites fijados por la doctrina católica. En el siglo XIV, los cuidados de los médicos ya eran solicitados entre las clases acomodadas, a condición de que continuaran dejando bien patente que las atenciones que prodigaban al cuerpo no iban en detrimento del alma.

Los estudiantes de medicina dedicaban varios años al estudio de Platón, Aristóteles y la teología cristiana. Sus conocimientos médicos se limitaban por regla general a las obras de Galeno. No recibían ningún tipo de enseñanza experimental,

además existía una rigurosa separación entre la medicina y la cirugía, esta última considerada en casi todas partes como una tarea degradante e inferior.

Ante una persona enferma el médico con formación universitaria tenía escasos recursos aparte de la superstición. La sangría era una práctica corriente, en particular para el tratamiento de las heridas: se aplicaban sanguijuelas siguiendo consideraciones de tiempo, hora, ambiente. etc. Las teorías médicas se basaban más en la lógica que en la observación

Por su parte las sanadoras del pueblo, las brujas, llegaron a tener amplios conocimientos sobre el cuerpo, sobre hierbas y drogas, mientras los médicos continuaban basando sus diagnósticos en la astrología.

La implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía de una formación universitaria facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica. Con escasas excepciones, el acceso a la universidad estaba vetado a las mujeres, incluso a las mujeres de clases altas, y se promulgaron leyes que prohibían el ejercicio de la medicina a las personas sin formación universitaria. Y aunque era imposible imponer estas leyes, ya que sólo existía un puñado de médicos frente a la gran masa de sanadoras no tituladas, siempre podía aplicarse selectivamente la sanción. Los primeros blancos no fueron las mujeres campesinas, sino las mujeres instruidas que competían con los médicos doctorados por la atención de la misma clientela urbana.

A finales del siglo XIV la campaña de los médicos profesionales contra las sanadoras urbanas instruidas había conseguido su propósito prácticamente en toda Europa. Los médicos varones habían conquistado el monopolio absoluto sobre la práctica de la medicina entre las clases superiores. Exceptuando la práctica de la obstetricia que continuaría siendo competencia exclusiva de las comadronas durante otros tres siglos, incluso entre las clases sociales acomodadas. Durante la caza de las brujas, la Iglesia legitimó explícitamente el profesionalismo de los médicos, denunciando como herejía los tratamientos efectuados por no profesionales.

Pero a pesar de la Iglesia, la caza de brujas no eliminó a las sanadoras de extracción popular, pero logró marcarlas para siempre con el estigma de la magia, la superchería y la perversidad. Fueron prontamente desacreditadas hasta el punto que



en los siglos XVII y XVIII, los médicos pudieron empezar a invadir la práctica de la obstetricia, en las nacientes clases medias. Así comienzan a utilizarse instrumentos en el parto. Serán los profesionales varones-cirujanos quienes iniciaron en Inglaterra, el uso de fórceps obstétricos sobre la base de una supuesta superioridad técnica. Una vez en manos de los cirujanos, la práctica de la obstetricia entre las clases medias perdió rápidamente su carácter de servicio entre vecinas para convertirse en una actividad lucrativa, de la que finalmente se apropiaron los médicos en el siglo XVIII. En Inglaterra las comadronas se organizaron y acusaron a los varones intrusos de especulación y de abuso peligroso de fórceps. Pero ya era demasiado tarde y las protestas de las mujeres fueron acalladas acusándolas de ser ignorantes curanderas aferradas a las supersticiones del pasado.

#### **3.2.1.4. La Medicina, heredera de la ideología sexista de la Iglesia**

El sistema médico controla toda la tecnología relacionada con la reproducción: el control de la natalidad, el aborto, los medios para facilitar y hacer más seguro el parto. Pero el sistema médico también es un punto clave en la opresión de las mujeres. En nuestra cultura, la ciencia médica ha sido una de las más poderosas fuentes de ideología sexista. Las racionalizaciones de la discriminación sexual, en la educación, en el trabajo, en la vida pública se basan en lo que nos diferencia de los varones: nuestros cuerpos. Las teorías de la superioridad masculina parten en último término de la biología.

Bárbara Ehrenreich y Deidre English sostienen que *“la medicina desempeña el papel de intermediaria entre la biología y la política social, entre el misterioso mundo del laboratorio y la vida de cada día. La medicina interpreta para el público las teorías biológicas y nos ofrece los resultados médicos de los descubrimientos científicos (...) La biología investiga los orígenes de la enfermedad, en tanto que los médicos dictaminan sobre quién está enfermo y quién puede considerarse sano. La principal contribución de la medicina a la ideología sexista ha sido su definición de las mujeres como personas enfermas y potencialmente peligrosas para la salud de los hombres”* (EHRENREICH, B. ENGLISH, D., 1981: 41)

Las representaciones de las mujeres como versiones enfermas, degradadas o defectuosas de los seres humanos varones se remontan a la Biblia.

Desde Hipócrates, que definió a las mujeres como “perpetuas enfermas”. La medicina no ha hecho más que repetir la reacción masculina dominante, tratando el embarazo y la menopausia como enfermedades, las menstruaciones como una afección crónica y el parto como un problema quirúrgico. En la Europa Medieval, la Iglesia regulaba la vida reproductiva de la mujer, con leyes sobre el aborto y la anticoncepción y con la prohibición de utilizar hierbas para aliviar los dolores del parto. Denegaba los sacramentos a las mujeres durante el período menstrual y en las primeras semanas después del parto, controlaba la actividad de las comadronas, y en algunos casos, de los médicos en general. La medicina heredó de la religión el papel de guardiana de la ideología sexista: continuando la tradición de los primeros textos cristianos llenos de declaraciones sobre la inferioridad espiritual de las mujeres y su contagiosa sexualidad.

### ***3.3. VARONES Y MUJERES: LOS LUGARES EN LA PROFESIÓN***

Entre 1830 y 1840, en los Estados Unidos, el Movimiento Popular para la Salud, logró (fusionando la lucha de clases y la lucha feminista) resistir y desafiar la medicina elitista, luego perdió fuerza, situación que favoreció a los médicos regulares quienes tomaron la ofensiva. Así, los médicos regulares crearon su primera organización nacional, denominada “Asociación Americana de Medicina” la conocida American Medical Association, en 1848 que fue obteniendo poder suficiente como para regular las prácticas médicas desde entonces en adelante.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, se inicia una lenta incorporación de las mujeres a la universidad. Las escasas mujeres que consiguieron frecuentar una escuela de medicina regular tuvieron que superar una serie inacabable de obstáculos sexistas, a lo que hay que agregar que, una vez terminados los estudios académicos, las aspirantes se encontraban con una barrera que les impedía pasar a la siguiente etapa: los hospitales no aceptaban médicas e incluso no se les permitía trabajar como internas. Si una mujer por fin conseguía abrir su propio consultorio, sus colegas eran reacios a mandarles pacientes y se negaban a admitirlas en las asociaciones médicas. La primera que obtuvo un título como doctora en medicina en una facultad norteamericana fue **Elizabeth Blackwell** que se había graduado en la Escuela

Médica de Ginebra, en Nueva York en 1832. La primera que obtuvo el título universitario en la Argentina fue **Cecilia Grierson** que, en 1882 decidió estudiar medicina. Una jugarreta legal impedía el ingreso de mujeres a la Facultad de Medicina. En una valiente nota solicitó permiso y logró la tan ansiada autorización. En 1889 se graduó en la facultad de medicina de Buenos Aires. Esta pionera médica y educadora creó la escuela de Enfermeras y Masajistas, la Sociedad de primeros Auxilios y en 1901, la Sociedad Obstétrica.

El proceso de profesionalización de la medicina implicó la construcción de una corporación con autoridad legalmente reconocida para seleccionar a sus miembros y para poder controlar y regular la práctica profesional, monopolizando determinado campo de actividades sin interferencias exteriores. A la autoridad social hay que sumar el soporte científico necesario: la teoría microbiana de las enfermedades, desarrollada por científicos franceses y alemanes, proporcionó una base racional para la prevención y tratamiento de las enfermedades.

A ello hay que sumar la incorporación de innovaciones como el trabajo de laboratorio y la práctica hospitalaria.

En tiempos del auge del positivismo se produce un creciente interés por desarrollar la medicina en el campo académico, tanto en la investigación como en la enseñanza y la asistencia médica. De esta manera, la medicina se consagró como una rama superior del saber, accesible sólo a través de prolongados y costosos estudios universitarios, reservada sólo a varones blancos de clase media. La medicina logró ser más que una ocupación, se transformó en una profesión, rodeada de prestigio social y del aura de la ciencia que la hace en buena medida inmune a toda crítica.

### **3.3.1. Enfermeras: un lugar exclusivamente femenino.**

Los médicos crearon una serie de leyes que prohibían el ejercicio de la medicina a las comadronas y curanderas de todo tipo: pesaba sobre ellas la acusación de ser personas sucias, ignorantes e incompetentes, incapaces de prevenir enfermedades que podían evitarse fácilmente mediante sencillas medidas de control de la higiene.

La mayoría de los médicos eran, sin embargo menos competentes que las comadronas, pero la reglamentación de la profesión fue excluyendo a las mujeres que encontraron una posibilidad en el campo de la salud: la de ser enfermeras.

En los países centrales la profesión de enfermera no existía como tal hasta principios del siglo XIX, cuando comienza a usarse el término para designar a aquellas mujeres que asistían a otra persona en caso de enfermedad, pero contaban con una muy mala reputación al igual que los hospitales en donde desempeñaban su trabajo. Una verdadera reforma hospitalaria debía contar simultáneamente con una reforma en la actividad de las enfermeras, con el fin de proporcionar a los médicos de una compañera dócil y amable pero también eficiente. La nueva imagen de la enfermera surge hacia fines del siglo XIX, comienzos del XX en Inglaterra. El modelo fue la célebre **Florencia Nightingale**, fundadora de la primera escuela de enfermeras en Inglaterra que logró introducir cambios importantes en los hospitales ingleses de campaña en la guerra de Crimea, donde sustituyó a las antiguas enfermeras que seguían a los ejércitos por un batallón de disciplinadas y sobrias damas de mediana edad, aportando la imagen necesaria para la construcción de una nueva profesión.

La nueva enfermera fue aceptada e internalizada en la imaginación popular: Dorotea Dix, Florence Nightingale y Luise Schuyler eran verdaderas aristócratas que huían del ocio forzado que les imponía el modelo victoriano de feminidad.

Florence Nightingale y sus discípulas directas marcaron la nueva profesión con los prejuicios de su propia clase, representaban la mujer ideal trasplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductoras, que ofrecía al médico la obediencia absoluta, la virtud de una buena esposa, y al paciente la absoluta devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital la gentil pero firme disciplina de una ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre.

Como el trabajo de las enfermeras era trabajo doméstico mal pagado y pesado, las escuelas de enfermeras sólo atraía a mujeres de clase obrera y de clase media baja, cuyas únicas alternativas eran la fábrica o la oficina. Pero hay que tener en cuenta que las educadoras eran mujeres de clase media o alta cuya ideología

reforzaba actitudes idealmente femeninas<sup>4</sup>. La socialización de las enfermeras adquirió el carácter de imposición de los valores culturales de las clases dominantes a mujeres de la clase obrera.

En los países centrales empezó a aumentar el número de estudiantes mujeres de enfermería pues era, sin lugar a dudas, el lugar asignado dentro del sistema sanitario. Se trataba de profesionalizar las “funciones femeninas naturales”. Enalzando el ejercicio sustituto de vocación maternal en el espacio público con una preparación y habilidades técnicas para trabajos como el de enfermera o maestra.

Mientras algunas mujeres se dedicaban a profesionalizar los roles domésticos femeninos, otras se encargaban de domesticar algunos roles profesionales como el trabajo de las enfermeras, las maestras y más adelante las trabajadoras sociales. Estas ocupaciones se ofrecían a las mujeres que decidían expresar sus energías femeninas fuera de las paredes del hogar, como simple prolongaciones del papel doméstico asignado a las mujeres.

Curar en el sentido más amplio de la palabra, engloba tanto el tratamiento médico como el cuidado general del enfermo, la tarea del médico y también de la enfermera. Las antiguas sanadoras y sanadores de otros tiempos, cumplían ambas funciones y eran apreciadas por las dos. Pero con el desarrollo de la medicina científica y la moderna profesión médica, ambas funciones quedaron irremediablemente separadas. El tratamiento médico llegó a ser privativo de los médicos y los demás cuidados quedaron delegados en las enfermeras.

Las actividades del médico y de la enfermera surgieron como funciones complementarias y la sociedad, que había definido como femenino el papel de las enfermeras, atribuyó sin dificultad características intrínsecamente masculinas al papel del médico. Si la enfermera era la mujer ideal el médico era el hombre ideal, en cuya figura confluían la inteligencia y la acción, la teoría abstracta y un inflexible pragmatismo. Las mismas cualidades que hacía idóneas a las mujeres para la profesión de enfermera les impedían acceder a la profesión médica.

---

<sup>4</sup> En la Argentina la profesionalización del personal paramédico data de muy poco tiempo atrás. Las enfermeras universitarias son el producto de las transformaciones de los años 60. En la Universidad Nacional de Cuyo, por ejemplo, la posibilidad de formar auxiliares médicos universitarios data de la década del 90.

### **3.4. TRANSFORMACIONES EN LA PROFESIÓN MÉDICA: SOBRE LOS EFECTOS DEL NEOLIBERALISMO Y LA FEMINIZACIÓN**

En las últimas décadas han ocurrido una serie de transformaciones en la profesión médica que Juan José Llovet sintetiza claramente:

- ♀ La mutación de la relación médico-paciente
- ♀ El recorte de la autonomía médica
- ♀ La segmentación de la profesión médica
- ♀ La feminización de la medicina
- ♀ La emergencia de las denominadas “medicinas alternativas” Las nuevas conexiones y conflictos entre la profesión médica y las otras profesiones y semi-profesiones del campo de la salud
- ♀ La revalorización cultural del cuidado personal de la salud.

En cuanto a la relación médico-paciente, Llovet sostiene que es una de las relaciones que más modificaciones ha sufrido, situación que se ve determinada tanto por los cambios de escala y de colectivización de la producción, como por los cambios en la oferta y la demanda de las prestaciones asistenciales, generando relaciones que se diferencian claramente de las mantenidas anteriormente. La medicina en los años 50 e incluso 60 era una práctica en que predominaba actos mesiánicos, aislados y discretos entre lo/as médico/as y lo/as pacientes. La nueva relación se caracteriza por redes extensas en las que participan profesionales cuyo trabajo se relaciona con grandes organizaciones o circuitos.

A partir de los años 80, en la tarea que desempeña los médicos, tanto de diagnóstico como de curación de un/a paciente se establecen relaciones con distintos profesionales. La demanda hacia el sistema sanitario la realiza un “usuario/a”, ya no un/a “paciente”.

La oferta está en manos de las organizaciones sanitarias que se encargan de organizar las prestaciones de los servicios médicos y de satisfacer la demanda, reemplazando en ésta tarea a los servicios profesionales. Además los servicios profesionales canalizan sus demandas por medio de éstas organizaciones. Este dominio por parte de las organizaciones modifica no sólo la demanda sino que también servicios médicos. Ésta lógica que abarca toda la atención sanitaria, tanto la

hospitalaria como la atención primaria, con un claro sistema de jerarquías y responsabilidades, en donde el médico establece contacto con otros profesionales de la salud. El binomio médico-paciente es ahora un cuádrinomio médico/s-paciente-institución-sistema. El acto médico incluye diferentes actos médicos y no médicos.

Este proceso de despersonalización que ha sufrido el binomio médico-paciente se caracteriza por la disolución de los anteriores lazos e intimidad y de conocimiento mutuo, permitiendo al paciente dudar o cuestionar la práctica médica. Llovet señala también que la profunda asimetría que caracterizó la relación médico/a-paciente se ve atenuada, por el impacto de la elevación de los niveles educativos y la circulación y divulgación de información médica por los medios de comunicación. Si bien, estas variables permiten una ubicación más simétrica frente al médico, esta no puede entenderse en términos lineales, dadas las transformaciones estructurales sufridas por la profesión médica: mercantilización de la medicina, centrada en aspectos burocráticos, deterioro de los servicios públicos de salud, y disminución presupuestaria, que sin duda producen grandes desigualdades de las que no es ajena la relación médico/a-paciente.

Los cambios habidos en los últimos años, las diferentes formas de desafiar la autoridad médica (choque verbal en la consulta, reclamo ante la autoridad profesional o administrativa de la que depende el facultativo, exigencias ante asociaciones de consumidores/as y usuarios/as, denuncias, querrelas o demandas judiciales) provoca en los profesionales dos reacciones, *“la suscripción individual a pólizas de seguro de responsabilidad civil, para poder disponer de una cobertura financiera a la hora de una obligación de indemnización; por otra la adopción de procedimientos que no son necesarios para el beneficio del paciente, pero que protegen al médico y le suministran antecedentes y pruebas de apoyo de cara a la posibilidad de que el paciente litigue en su contra, lo cual se conoce como “medicina defensiva””* (LLOVET, J. J. Llovet, J. J., 1999: 339)

En este sentido, ya no cabe hablar de un paciente pasivo y manipulado por la ideología médica, sino más bien de un usuario pragmático y desconfiado. Un reconocido profesional médico, De los Santos dice en este sentido que *“Lo que hoy falla, y antes existía, es la confianza. Nunca la medicina tuvo tantos recursos como*

*ahora y, sin embargo, nunca hubo tanta gente, como ahora, que se pasara a la medicina alternativa. Es porque ahí los escuchan” Pedro Politti, agrega que: “El reconocimiento de que los derechos de los pacientes existen y deben ser respetados es un avance de los últimos años en la relación médico-paciente. Pero su cumplimiento está amenazado por la mercantilización de la medicina”*<sup>5</sup>

Algunos de los factores que transformaron las relaciones médico-pacientes en los últimos años fueron según Gherardi, tres:

1) El aporte de las ciencias básicas y de la tecnología a la asistencia médica, que le permitieron a la medicina influir en los procesos de la vida y de la muerte como nunca antes;

2) el reconocimiento del derecho de los pacientes a conocer y decidir sobre los actos médicos a los que pueden ser sometidos;

3) la aparición de una estructura destinada al cuidado de la salud, *“que comenzó a interponerse o, por lo menos, a interactuar, en medio de la tradicional relación médico-paciente”*.

El médico, en el actual sistema de trabajo, es decir en el funcionamiento de grandes organizaciones y circuitos, es un empleado más, el más calificado. La nueva racionalidad que orienta su trabajo no es la médica sino la económica, la relación costo-beneficio, el objetivo es poner freno al incremento de los gastos y los costos de la atención médica.

En países donde el sector salud ha sido estatal, se incorporan mecanismos de mercado y competencia. Este es el caso de Gran Bretaña y de algunos países latinoamericanos. En cambio en donde el sector salud ha sido privado, como en Estados Unidos, aumenta la regulación estatal con el fin de controlar mejor los recursos (a través de restricciones presupuestarias para las más pobres).

---

<sup>5</sup> Salud: “Alertan Sobre La Falta De Confianza ¿La relación médico-paciente está en su peor momento?” Entrevista a Tres referentes de la Medicina **De los Santos**, profesor de Medicina Interna y secretario académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. **Pedro Politti**, oncólogo clínico y profesor del Comité de Ética del Hospital de Clínicas y miembro del Consejo Académico de Ética en Medicina y **Carlos Gherardi** profesor de farmacología. *Diario Clarín, Suplemento Sociedad*, 21 de mayo de 2004.



El ejercicio de la medicina se ha visto invadido por principios como los de racionalización, productividad, costo-efectividad etc., debilitando los criterios científicos propios del poder médico.

Estos nuevos principios modifican las relaciones de poder y control, desplazando a los médicos de las tomas de decisiones sobre presupuestos, inversiones y salarios, etc. la autoridad recae en los empleados de dirección del hospital, que en nombre de la institución distribuyen los recursos de la organización. Si bien los médicos tienen una dirección sobre el trabajo de otros profesionales como las enfermeras, auxiliares, técnicos de laboratorio, etc., no tienen la autoridad organizativa para controlarlos, despedirlos etc. Por lo tanto, los intereses de los profesionales y de los administradores y gerentes son diferentes, mientras éstos están preocupados por mantener la integridad de la organización, los profesionales médicos están más preocupados por conservar la integridad de su profesión y la forma de ejercerla. Esta situación provoca una disminución de la autonomía de los profesionales médicos, que viene dada por las decisiones de los gerentes acerca de la distribución y uso de los recursos. Podríamos decir que son técnicamente autónomos e independientes en su trabajo pero no tienen control sobre la economía de la organización que los emplea.

A su vez esta autonomía técnica está sufriendo restricciones de dos tipos: las que se relacionan con lo ya mencionado, sobre la pérdida del control de la distribución de los recursos y la otra, dada por los mecanismos de auditoría del rendimiento y desempeño del médico, que se proponen conocer la práctica médica (prescripciones, diagnósticos y tratamientos), poniendo énfasis en los principios de costo-beneficio y riesgo-beneficio. Cuando en los servicios de salud predomina el fin de lucro, el beneficio económico se logra mediante dos acciones contrapuestas “hacer de más o hacer de menos”, dice Politti, en el caso de hacer de más es cuando se hacen cesáreas indiscriminadas, se hacen episiotomías de rutina, se recetan más medicamentos o más caros, etc. Cuando se hace de menos es cuando está todo pago de antemano, entonces se obtiene rédito económico cuando se decide por opciones según los precios de los tratamientos, negándole a los/ las pacientes la posibilidad de elección sobre otras opciones, ya que el sistema no está dispuesto a pagarlas.

Otra de las transformaciones que vale la pena señalar es la segmentación de la profesión, que parece haberse ampliado y profundizado durante las últimas décadas.

La división del trabajo médico está concientemente estratificada por edad y género, con mujeres y jóvenes ocupando de manera desproporcionada puestos asalariados y mal remunerados, la distribución geográfica pésima de los profesionales, la especialización o hiper-especialización que se ha instalado en la profesión reforzando su heterogeneidad.

El mercado de servicios médicos ha experimentado una dramática transformación en el curso de las últimas tres décadas, tanto en el mundo como en la Argentina. Hemos evolucionado gradualmente desde la profesión liberal, ejercida de manera casi artesanal, en la que el honorario médico constituía fundamentalmente el pago a una calificación personal, hacia un mercado de servicios altamente complejo, fragmentado en especialidades y apoyado en un vasto arsenal de tecnologías y equipos de gran sofisticación.

Otro efecto es el multiempleo médico que constituye el único camino para redondear un monto mensual de ingresos medianamente razonable. Pero debe advertirse que conviven los pluriempleados con otros profesionales que apenas cuentan con un puesto en el sector público. La especialización ha debilitado la posición política de los médicos, debido a que ellos tienden a afiliarse únicamente a las sociedades profesionales relevantes para su propio campo de práctica, más que a la genérica. Por lo dicho la corporación como grupo de presión tiende a desaparecer y hacen su aparición diferentes concepciones y grupos de presión dentro de la propia corporación.

También dentro de la profesión médica se está desarrollando un significativo fenómeno demográfico: su feminización. La medicina experimenta en todas partes un sostenido incremento del contingente femenino. Cada vez es más elevado el número de mujeres que ingresan a las escuelas de medicina, y se espera que siga en aumento logrando alcanzar las mujeres en el 2005 el 50% de las matrículas.

En promedio, las mujeres, sobre todo las jóvenes, exhiben una propensión mayor a trabajar en jornada parcial y por un salario, donde sus sueldos son relativamente inferiores a los de sus colegas varones, sufren discriminación para

acceder a cargos de alto rango, de conducción y supervisión como en los puestos de enseñanza académica y universitaria, en las que se detectan una escasez de mujeres al frente de cátedras y departamentos. También hay una concentración de las mujeres en especialidades relacionadas con su socialización de género como por ejemplo: la pediatría.

¿Esta creciente incorporación de las mujeres puede generar algún tipo de modificación en el status, valores, pautas, criterios de la medicina como profesión? Existe dos respuesta a esta pregunta, por un lado una postura sostiene que las mujeres son más hábiles que los varones para relacionarse y comunicarse con los pacientes, al tener una educación de género diferenciada a las de los varones, en sus relaciones con los pacientes mantienen una actitud de empatía y cuidado, manteniendo una relación menos autoritaria. Dentro de la especialidad de salud reproductiva, las mujeres médicas asumirían una posición más liberal que los varones, y considerarían aspectos relacionados con cuestiones de tipo social o psicológico.

Otra postura sostiene que si bien las mujeres ingresan a las escuelas de medicina con una visión más orientada al paciente, con el tiempo, tendrá que adaptarse a las actitudes varoniles para poder mantenerse y hacer carrera.

La incorporación de las mujeres, tardía y en especialidades consideradas típicamente femeninas no ha transformado demasiado las relaciones de poder entre médicos y pacientes. Más bien si algún efecto es notable se refiere al empeoramiento de las condiciones generales de ejercicio profesional y en la proletarización de los /las profesionales.

### **3.4.1. Modelo y Discurso Médico Hegemónico**

El modelo médico hegemónico supone una concepción de salud ligada a lo biológico, descuidando aspectos integrales, como los psicológicos, culturales y sociales.

Un punto central en el andamiaje conceptual de nuestro proyecto es la noción de medicalización del cuerpo de las mujeres. El discurso médico, desde su enfoque positivista y sus recursos tecnológicos inscriben el cuerpo de las mujeres dentro de

una perspectiva basada en la fisiología y la patología de la reproducción, no considerando al cuerpo femenino sexuado en sus dimensiones psíquica, ni cultural ni social.

La apropiación de los eventos reproductivos por parte de los ginecólogos-obstetras está signada por las características del modelo médico en el cual se medicaliza todo el proceso reproductivo de las mujeres a partir de un saber inscripto en la necesidad de control social del cuerpo y la sexualidad femenina. Como ya hemos visto, la historia nos muestra como la medicina no siempre estuvo en manos de los hombres y de un saber fraccionado, sino que durante siglos la gestación y el parto, los métodos de anticoncepción y el aborto estuvieron en manos de mujeres cuyos conocimientos se basaron en la experiencia desde una mirada integradora, donde la contención afectiva y emocional de la parturienta, era tenida en cuenta tanto como el curso fisiológico del parto. La medicalización surge cuando este saber y ésta práctica son apropiados por la profesión médica, desplazando a las mujeres-parteras de la educación universitaria.

El discurso médico como práctica discursiva constituye un conjunto de enunciados que tienen una cierta regularidad en los objetos, en los tipos de enunciación, en los conceptos, en la elección temática y determinan las condiciones de su ejercicio para una época o espacio determinado.

Para comprender el discurso médico es necesario distinguir el Modelo Médico Hegemónico de otros Modelos Médicos No Dominantes.

Eduardo Menéndez, antropólogo argentino, definió el concepto “Modelo Médico Hegemónico” como *“el conjunto de prácticas, saberes y teorías, generadas por lo que se conoce como disciplinas médicas, las que desde el siglo XVIII han ido logrando establecer como subalternos, al conjunto de las prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces, dominantes en los conjuntos sociales, para identificarles como la única forma legitimada por criterios científicos y por los Estados”* (MENÉNDEZ. E. 1985:33). Existe toda una organización social, ideológica, económica y política que fortalece dicha hegemonía, mediante la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferente, mediante la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo médico. Existen

ciertos rasgos estructurales que definen al Modelo Médico Hegemónico y que Menéndez especifica así:

- ♀ Biologismo
- ♀ concepción teórica evolucionista-positivista
- ♀ a-historicidad
- ♀ a-socialidad
- ♀ individualismo
- ♀ eficacia pragmática
- ♀ la salud-enfermedad como mercancía
- ♀ orientación básicamente curativa
- ♀ concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia
- ♀ práctica curativa basada en la eliminación del síntoma
- ♀ relación médico-paciente asimétrica
- ♀ relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión
- ♀ concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado

Estos rasgos del Modelo Médico Hegemónico le permiten articularse con los sectores sociales dominantes incorporándose a los saberes y prácticas hegemónicas del poder en sus procesos de producción y reproducción. De allí la medicina se apropia, más bien expropia la salud en términos de beneficio, para unos pocos sectores dominantes más que para el bienestar de los muchos sectores de dominados/as, legitimando el control de aquellos sobre éstos.

En la actualidad, la salud pública se caracteriza a nivel mundial por la necesidad imperiosa de reorientar el modelo de atención a la salud, de tal modo que sea capaz de combatir una serie de problemas que, en mayor o menor grado, enfrentan las sociedades actuales en muy diferentes contextos políticos, económicos y sociales, debido fundamentalmente a que el modelo vigente se basa en la atención de enfermedades agudas e infecciosas. El aumento de la esperanza de vida se traduce en un mayor incremento de enfermedades crónicas, para cuya atención el modelo

curativo resulta poco efectivo y de muy alto costo. Algunos ejemplos que ilustran la necesidad de reestructuración o reforma son: el rezago sanitario y el aumento de la pobreza y las desigualdades, el envejecimiento de la población, la cronificación de la atención, el incremento exponencial de los costos, la aparición de nuevas y viejas epidemias, los cambios en el perfil epidemiológico, y muchos otros problemas que testimonian lo inadecuado de un modelo de atención basado más en la curación y en la paliación que en la prevención, de orientación biologicista, reduccionista en su visión de la enfermedad y de enfoque fundamentalmente individualista y a-social. Si bien, desde campos afines como la medicina social, la sociología y antropología médicas, la psicología de la salud, y otras áreas del conocimiento se han mantenido enfoques distintos (y heterogéneos), que ilustran el impacto de factores sociales y políticos en la salud, estas disciplinas tienden a ser excluidos tanto en el diseño de políticas públicas como en la implementación de servicios de salud y otros programas de atención. El Modelo es Hegemónico justamente por la capacidad que tiene este discurso para absorber otras concepciones asistenciales a nivel práctico, negándoles su aporte teórico.

Podemos afirmar, como sostiene Mirta Videla que el profesional médico, sólo adquiere sentido o encuentra su razón de ser en la enfermedad, del mismo modo que la psiquiatría lo encuentra en la locura y los jueces en el delito. Estos modelos profesionales hegemónicos no se sustentan en la prevención de dichos males, porque la prevención no brinda poder, ni ofrece altos réditos económicos, pero también y principalmente porque la prevención requiere de esfuerzos compartidos, se alcanza sólo en el trabajo con otros/as y entre todos/as. (VIDELA, Mirta, 1999:41).

El orden médico, como el jurídico, son discursos sociales de poder, si se los separa de sus razones de existir (enfermedad, locura, miseria, delito) se desestructuran perdiendo sentido. Sólo se pueden encauzar cuando la conjunción interdisciplinaria grupal les permita aproximarse hacia la convergencia transdisciplinaria del saber, sin la mera aspiración de poder. No hay enfermedad sino enfermos, no hay una medicina sino diversas prácticas médicas, no hay una ciencia pura sino aplicaciones particulares de diversos saberes científicos.

La interdisciplina, como vínculo entre disciplinas requiere de un constante intercambio de experiencias y conceptos, sobre la base de la coexistencia entre profesionales y el reconocimiento por el saber de los otros/as, en una interacción destinada a la construcción de fines comunes. La interdisciplina es un trabajo de construcción costosa para el narcisismo personal pero necesaria para la intervención en el campo de la salud. La construcción de un equipo interdisciplinario requiere de la renuncia al mito del saber absoluto, de la postura del profesional como un semidiós desde donde se rechaza, se desprecia y subordina el saber de los/ las demás.

Resumiendo, en éste capítulo hemos intentado presentar las distintas representaciones del cuerpo femenino dado a lo largo de la historia, por los diferentes discursos médicos. Diferentes discursos y prácticas progresivas de medicalización del cuerpo de las mujeres forman parte de una estrategia política necesaria para su control social. A través del tiempo, los discursos médicos van organizando su racionalidad, las explicaciones se sostendrán primero en argumentos sobrenaturales, expresadas en imágenes como la de las “brujas” poseídas por el demonio, que habrán de ser quemadas para su salvación. Luego el discurso se sostendrá en la biología, será la naturaleza quién definirá la debilidad femenina y por ende su inferioridad: poseer un útero será una nueva razón para reafirmar la desigualdad entre los géneros. Pero la biología se unirá a la moral del matrimonio y la familia para sostener sin vacilación “la maternidad como institución”. En la medicina la maternidad ingresará con el estatus de enfermedad, para unirse luego la psiquiatrización del cuerpo de las mujeres con una nueva imagen: la de la mujer “histérica”.

Será finalmente la imagen construida por el discurso médico de las Luces el que perfilará la “naturaleza femenina” como: frágil, emotiva, dependiente, sexualmente pasiva y predestinada a la maternidad. Discurso que atribuirá estos rasgos a características biológicas y universales.

La incorporación de la reproducción y la sexualidad a la órbita médica constituye un hecho histórico complejo y bastante reciente. En Occidente, los médicos/as consiguieron, a partir de la segunda mitad del siglo XX, asegurarse el monopolio sobre las actividades encaminadas a evitar y abatir la enfermedad. Juntamente con la conquista y el posterior fortalecimiento de ese monopolio, la égida

masculina logró el control político y económico de la medicina, como así también el control de la organización institucional, de la teoría y de la práctica. El medio fue la represión de las sanadoras, de cuya ciencia, parte de la cultura popular, sobrevive ancestralmente en los márgenes del sistema.

En los tiempos que corren, sin dudas los médicos/as han alcanzado una vigorosa omnipresencia en la esfera de la reproducción humana. Aunque ya no se describe explícitamente el parto como una enfermedad, el embarazo sigue siendo tratado como un problema médico que escapa al control de las mujeres. Las histerectomías, mastectomías, cesáreas, y episiotomías, innecesarias, la falta de acceso a la información adecuada para tomar decisiones conscientes, la opción del aborto sólo para quienes lo pueden pagar, las nuevas tecnologías reproductivas, las campañas de terapia de reemplazo hormonal en la menopausia, marcan una creciente dependencia de las mujeres con respecto a los médicos. Los médicos han ido colonizando cada nuevo derecho sexual o reproductivo que las mujeres han conquistado y controlan casi todos los métodos anticonceptivos seguros, incluso la falta de respuesta sexual, se ha convertido en un problema médico. Las profundas desigualdades en el acceso al sistema médico en general y a la salud sexual y reproductiva se agravan en el caso de las mujeres de sectores populares.

El sistema médico constituye un poderoso instrumento de control social, que sustituyó a la religión organizada como fuente principal de ideología sexista y como institución capaz de imponer papeles sexuales. El supuesto fundamento científico de la medicina da credibilidad a estos dictámenes aunque estos no tienen ningún fundamento biológico consistente.

En las últimas décadas ha ocurrido una serie de transformaciones en la práctica médica, su trabajo se articula al funcionamiento de los grandes circuitos y organizaciones, en los que el médico no es más que un empleado. Las instituciones y establecimientos de salud han incorporado una nueva racionalidad basada en principios de costo-beneficio, o costo- efectividad, en la productividad. El ejercicio de la medicina es orientada por una racionalidad economicista, que debilita el poder de la medicina y sus criterios de científicidad, pero también su poder de organización y de gestión, tarea que queda en manos de los gerenciadore. La práctica médica



“neoliberal” desarrollada bajo el impacto de la tecnologización y la profesionalización de la medicina ha conducido a la subordinación de los y las profesionales y a la fragmentación de la atención. Las mujeres ocupan en la medicina un lugar periférico que, en los últimos años se ha modificado. Pero lo que no ha cambiado es el enfoque curativo predominante en la atención médica, centrado en la enfermedad. La medicina se identifica con una práctica curativa tanto en los hospitales públicos, obras sociales, como en la práctica privada. El modelo médico dominante ejerce su influencia mediante su concepción de la salud y la enfermedad, la orientación de su práctica y su relación con el mercado de trabajo, la tecnología y los medicamentos. El modelo médico Hegemónico o dominante en lugar de propiciar el desarrollo de las capacidades preventivas colectivas, estimula la utilización exagerada de productos médicos ligados a la curación, que queda vinculada con el acto de consumo. Promueve como eje diagnóstico el uso de la alta tecnología y como eje terapéutico el sobreuso farmacológico y tecnológico, basados en la prescripción, los honorarios y las ganancias fabulosas del complejo médico-industrial.

Si bien, se han producido ciertos cambios en las relaciones médico-paciente, por lo general lo que domina son relaciones asimétricas, dadas principalmente por la autoridad legal y normativa donde los/ las médicos/as tienen de obrar como máximos expertos técnicos. El ejercicio de su poder se manifiesta por medio de sus prácticas (en las que dominan diversos recursos y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos) y de los mensajes que comunican a los/ las pacientes o usuarios/as. La legitimación histórica de la medicina como saber y la relación de poder establecidas tienden a legitimar la toma de decisiones de los/ las profesionales de la corporación sobre las cuestiones sexuales y reproductivas de los/ las sujetos/as.

La medicina y los/ las médicos constituyen una de las fuerzas sociales más poderosas, en la producción de significados asignados a los cuerpos de las mujeres, en cada momento histórico. Es por ello relevante, como parte de una necesaria tarea de transformación de la profesión tener en cuenta, como perspectiva crítica, que toda decisión presuntamente técnica está determinada por una visión del mundo y de la sociedad en que vivimos, como también por una determinada ideología.

## CAPITULO IV

### FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN LA ARGENTINA.

*“La mujer que aguarda su periodo o en el comienzo del parto, o bien la que yace en la mesa soportando un aborto o empujando un hijo que nace, la mujer que se inserta el diafragma o traga la píldora diaria, hace todas estas cosas bajo la influencia de siglos de letra impresa. Sus elecciones – cuando tiene alguna- se hacen o se prescriben en el contexto de las leyes y los códigos profesionales, las sanciones religiosas y las tradiciones étnicas, de cuya elaboración las mujeres, históricamente, han sido excluidas”*

Adrienne Rich. 1986.

#### **4.1. LA FECUNDIDAD EN LA ARGENTINA**

En la Argentina, desde fines del siglo XIX la tasa de natalidad y la fecundidad comenzó a disminuir de manera suave pero continua. Esta tendencia declinante se hará clara y firme a partir de la primera década de siglo XX. Este descenso de la fecundidad que comenzó muy precozmente entre los años 1880 y 1910, fue el producto de la motivación de la población por regular su fecundidad y lograr un tamaño reducido de familia. (PANTELIDES, E., 1998: 243-287). El proceso de transición de la fecundidad es de carácter excepcional, pues si bien en sus niveles iniciales de fecundidad registra cifras superiores a las de los países europeos y de los Estados Unidos al comienzo de sus propias transiciones, en el caso argentino la transición tiene la característica de haber comenzado tempranamente, como también el de haberse realizado en un tiempo muy corto.

En nuestro país, el comportamiento reproductivo ha realizado un proceso de transición que asume características propias, que Susana Torrado sintetiza claramente como un proceso rápido y precoz, protagonizado por diferentes actores sociales, con recursos anticonceptivos limitados y tradicionales: movilizándolos principalmente la motivación para constituir familias de tamaño reducido, ya que la transición de la fecundidad se produjo antes que se introdujeran en el país los

anticonceptivos modernos. Este proceso de modernización del comportamiento reproductivo se alcanzó a pesar de la oposición de diversas fuerzas sociales: el gobierno, la iglesia, el ejército, los empresarios, los médicos y sectores de izquierda, que se aliaron para impedir la difusión de la regulación de la fecundidad. (TORRADO, S., 1993: 283-287) Otra singularidad de nuestro país es la actitud refractaria del Estado para reconocer y atender los derechos y los problemas de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción, manteniendo una orientación política pronatalista. Esta posición histórica, se ve claramente en la política represiva de los años setenta, plasmada en dos instrumentos legales que fueron concebidos por diferentes regímenes políticos. El primero fue en 1974, cuando el gobierno democrático de Isabel Perón promulgó el decreto 659 por el cual se disponía la prohibición de actividades destinadas al control de la natalidad, el control de la comercialización y venta de anticonceptivos. Referido a este decreto Ramos y Gogna señalan: *“Esta prohibición afectó seriamente el funcionamiento de los primeros servicios de asistencia en anticoncepción, que habían comenzado a desarrollarse en instituciones de salud pública a principios de los años setenta, por la iniciativa y el esfuerzo de algunos profesionales y con el apoyo casi exclusivo del sector privado”*. (GOGNA, Mónica y RAMOS, Silvina, 1996: 135) El segundo fue en 1977, cuando el gobierno militar elaboró y sancionó el decreto 3938 aprobando “Objetivos y Políticas Nacionales” en el marco de su ideología de Seguridad Nacional. Es a través de la Comisión Nacional de Política Demográfica (CONAPODE) que se elaboró este proyecto de política poblacional para todo el país, apelando a razones de estado para prohibir el acceso a la anticoncepción.

Será con la instauración democrática en 1983, que comenzará la modificación de la situación legal, derogando en 1986 los decretos anteriores, y reconociendo el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos. Esta nueva situación legal marcará un punto de inflexión ya que permitirá avanzar significativamente en algunos hechos. (RAMOS, S., GOGNA, M, 2001: 32-37).

Otro aspecto substancial del cambio es que las argumentaciones de los decretos restrictivos apelaban a razones de Estado para prohibir el acceso a la

anticoncepción, mientras que el decreto 2274 de 1986 que levantó la prohibición de ofrecer servicios anticonceptivos en hospitales públicos, se apoyó en el reconocimiento del derechos de las parejas a decidir con libertad y responsabilidad acerca de la reproducción.

En 1987 la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires creó el Programa de Procreación Responsable, destinado a suministrar asistencia en anticoncepción a la población usuaria de los servicios de salud pública de la ciudad de Buenos Aires. Desde 1995 esta iniciativa contará con partidas presupuestarias especiales, dándole estabilidad y expansión a la asistencia sanitaria.

El movimiento de mujeres reivindica a través de diferentes acciones, en particular en los Encuentros Nacionales de Mujeres, el derecho al acceso libre y gratuito a los métodos anticonceptivos.

A partir de 1994, la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) se incorpora a la nueva Constitución Nacional, entre otros tratados internacionales. Como ya dijimos en el segundo capítulo, dicha Convención había sido ratificada por el Congreso en 1985 y compromete a los Estados a garantizar a los varones y mujeres la igualdad en el goce de los derechos. En su artículo 16 señala *“que los varones y mujeres tienen los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

A pesar de la Iglesia Católica y del Poder Ejecutivo, en 1995, la Cámara de Diputados de la Nación da media sanción a la Ley de Procreación Responsable, acompañada por la movilización y presión del movimiento de mujeres y de un clima favorable en la opinión pública. El intenso debate público que genera la cuestión reproductiva permitió que a partir de ese año se abrieran procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país. Se creaban los programas de salud reproductiva para facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos principalmente a las/os usuarias/os de servicios de salud pública.

La problemática de la salud reproductiva en la Argentina fue poco a poco logrando visibilidad política, como bien dicen Ramos y Szulik: *“la década de los ’90 se caracterizó por una transición desde una situación de silenciamiento y restricciones hacia otra en la que problemática fue ganando presencia social y avanzando, si bien sinuosamente, en términos de innovaciones institucionales”*. (RAMOS, S. y SZULIK, D. 2001:28). En ese contexto cabe mencionar que en la Argentina catorce provincias y la ciudad de Buenos Aires disponen de leyes que reconocen los derechos de mujeres y varones a regular su fecundidad. Se trata de las provincias de: La Pampa (ley 1.363,27/12/91); Córdoba (ley 8.535,4/4/96); Chaco (ley 4.276,10/4/96); Mendoza (ley 6433,22/10/96); Corrientes (ley 5.146, 29/11/96); Río Negro (ley 3.059,19/12/96); Neuquén (ley 2.222, 31/10/97); Misiones (decreto 92,2/2/98); Jujuy (ley 5.133,3/6/99); Buenos Aires (resolución 5.098/99, 14/10/99); Chubut (ley 4.545,23/11/99); La Rioja (ley7.049, 14/12/00); Tierra del Fuego (ley 509,3/01/01) y Santa Fe (ley 11.888, 31/05/01). El año 1996 señala un hito para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en ese año cinco provincias de las 14 que cuentan con algún programa de salud reproductiva aprobaron sus respectivas leyes.

Cabe destacar que el grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil. En muchos casos estos programas presentan problemas de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos, actividades de promoción, etc.

En Mendoza el Programa Provincial de Salud Reproductiva fue creado en octubre de 1996, a partir de la ley 6433, pero se reglamentó en 1997, y se modificó en 1998. El PPSR tiene un presupuesto asignado de Loterías y Casinos de la provincia, pero como sostiene Claudia Anzorena *“El PPSR (...) tiene la ventaja de tener un presupuesto propio, lo que le da cierta seguridad financiera. Sin embargo, esto no le da estabilidad absoluta ni la certeza de que podrá responder a la demanda de insumos, ya que esta demanda es creciente y el presupuesto se ha mantenido estable, agravado por la devaluación del peso y la emergencia sanitaria. Aun cuando el presupuesto para los siguientes años se mantenga a nivel nominal, ha experimentado una disminución real. De este modo el Programa sufre una*

*desfinanciación progresiva a pesar de que, debido a su carácter preventivo, es beneficioso para la sociedad civil e incluso para el Estado” (ANZORENA, Claudia, 2002: 205-206)*

Recién en abril de 2001 se sanciona la “Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, y el respectivo programa, que depende directamente del Ministerio de Salud y que se propone entre otros objetivos, alcanzar el nivel más elevado de salud sexual para la población; disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil, prevenir embarazos no deseados y promover la salud sexual de los/ las adolescentes. También busca contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y garantizar a toda la población el acceso a la información, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, sin discriminación alguna. Esto incluye la entrega de anticonceptivos orales y el asesoramiento sobre métodos transitorios y reversibles en hospitales públicos, obras sociales y prepagas.

Pero si bien tenemos una Ley Nacional 25.673, ésta no se cumple, este es el caso reciente de la provincia de San Juan, cuyo Gobierno decide suspender el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, es decir interrumpir la entrega de información y métodos anticonceptivos en hospitales públicos y salas de primeros auxilios. Esta suspensión es violatoria de derechos fundamentales protegidos por un principio constitucional. Por lo tanto es necesario que el Estado asuma la responsabilidad de cuidar la salud y defender la vida, los derechos y la dignidad de sus ciudadanos/as representados/as garantizando el cumplimiento de la Ley, como así mismo que tome medidas necesarias para sancionar esta acción injusta y discriminatoria.

Las modificaciones legales realizadas desde de 1986 en adelante tuvieron una enorme significación para los derechos reproductivos de nuestra población, y en particular de las mujeres. La anulación de las leyes restrictivas y el reconocimiento legal de los derechos reproductivos y sexuales, fueron los temas centrales de la lucha política del movimiento de mujeres, expresado en todos los Encuentros Nacionales celebrados y en otras manifestaciones políticas del movimiento en su conjunto. Las leyes son un instrumento político potente para la estrategia de promoción y garantía

de los derechos reproductivos de las mujeres en nuestro país. Sin embargo, la sanción de una ley no garantiza por sí misma el pleno ejercicio de estos derechos, como veremos claramente en el análisis de lo que consideramos los nudos conflictivos en relación a la salud reproductiva.

#### **4.1.1. Nudos conflictivos en salud reproductiva**

Nuestro país presenta problemas críticos en la salud reproductiva de las mujeres: la constante vulneración de los derechos sexuales y reproductivos femeninos. Estos nudos conflictivos se asocian fundamentalmente al embarazo, mortalidad materna, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual-HIV SIDA, y aborto.

Respecto del embarazo uno de los problemas de la Argentina es la alta tasa de fecundidad adolescente en relación con el nivel general de fecundidad. A su vez existen importantes diferencias en las tasas de fecundidad adolescente según provincias y clases sociales. El embarazo y la maternidad adolescente afectan más a las niñas/jóvenes con menores niveles de instrucción. Con respecto de los padres de los hijos de estas madres adolescentes se distinguen dos situaciones diferentes: las adolescentes mayores que suelen estar en pareja con varones de 2 a 5 años mayores que ellas y las niñas/mamás que han tenido hijos con varones que son al menos 20 años mayores que ellas. Esta situación de las niñas/mamás, de 9 a 13 años, hace pensar la posibilidad de que estemos en presencia de situaciones de abuso, violación o incesto. Por otra parte la repitencia de embarazo adolescente es preocupante e indica que los servicios de salud no comunican eficazmente los riesgos asociados con la repitencia del embarazo adolescente y no las han provisto de recursos para evitar un nuevo embarazo.

Otros de los núcleos conflictivos se relaciona con las muertes maternas<sup>6</sup>, que son aquellas muertes que se producen mientras la mujer está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la finalización del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o

---

<sup>6</sup> El concepto de mortalidad materna no es la más conveniente porque no comprende a las mujeres que mueren por evitar una maternidad no elegida, prefiero al igual que Martha Rosemberg la expresión muertes por mujeres gestantes.

agravada por, el embarazo mismo o su atención. Se excluyen las muertes en este período por causas accidentales o incidentales (Organización Mundial de la Salud, 1977). En la Argentina, según datos de la Dirección de Estadística e Información de Salud, como consecuencia de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, fallecen 4,6 mujeres cada 10.000 nacidos vivos. Y en la provincia de Mendoza la tasa es de 7,2 ‰. Hay diferencias marcadas entre las provincias que en los mejores casos, presentan indicadores de 1,4‰ en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en los más drásticos, trepan al 16,6‰ en el caso de Formosa<sup>7</sup>.

Las muertes maternas se han dividido en Defunciones obstétricas directas, que son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de la cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas; y las defunciones obstétricas indirectas, que son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. Como bien dice el Programa de Estadísticas de Salud, departamento de Bioestadística de Mendoza de 2001, la baja frecuencia de defunciones por esta causa se debe, entre otros factores, a una incorrecta certificación de la misma o bien al deficiente llenado del certificado de defunción por desconocimiento de la causa básica. El aborto constituye la segunda causa de muerte materna, siendo la categoría “Otras causas obstétrica directas” la más frecuente, esta categoría puede incluir muertes por aborto mal certificadas o mal registradas. Lo que se debe tener en cuenta es que estas muertes maternas son en un alto porcentaje muertes evitables. Los factores que influyen en la misma varían desde la asistencia sanitaria de la madre, la nutrición y las condiciones socioeconómicas generales como la falta de accesibilidad a métodos de planificación familiar, la clandestinidad en la que forzosamente deben realizarse los abortos, y la inadecuada capacidad resolutive de los servicios, el marco de ilegalidad de la interrupción

---

<sup>7</sup> Según datos Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de salud y Ambiente de la Nación, año 2002, ver Anexo I.

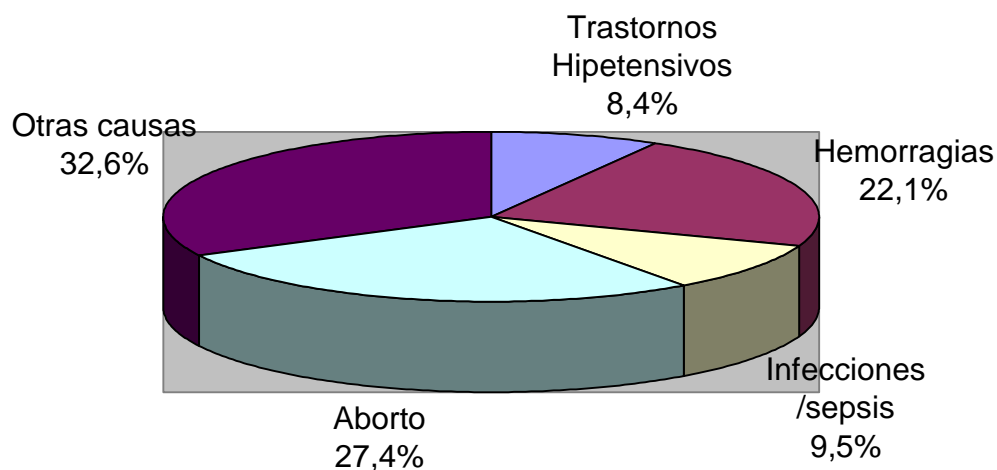


voluntaria del embarazo, que retrasa la consulta oportuna frente a las complicaciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte.

Un estudio reciente, realizado en las provincias de Formosa, Chaco, Tucumán, San Luis, San Juan y Mendoza, entre noviembre de 2002 y octubre del 2003 reconoció que de 95 defunciones maternas ocurridas en las seis provincias estudiadas, las complicaciones derivadas por abortos clandestinos fueron la principal causa de muerte materna, con el 27,4% de los casos, con porcentajes que varían de 21% en Tucumán al 35% en Mendoza. Las hemorragias ocuparon el segundo lugar, con el 22,1% del total, las infecciones el tercero, con el 10%, y los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, el cuarto, con el 8%. El 33% restante está rotulado como otras causas obstétricas directas o indirectas. La metodología utilizada en esta investigación fue de carácter cuali-cuantitativo, el enfoque abordó condiciones clínicas, sanitarias y socioculturales de las mujeres, mediante los siguientes componentes de estudio: 1. Revisión de informes, estadísticos de defunción e historias clínicas, 2. Estudios de casos y controles, 3. Autopsias verbales, y 4. Indicadores de contexto socioeconómico y sanitarios.

### Cuadro 1

## Causas de Mortalidad Materna



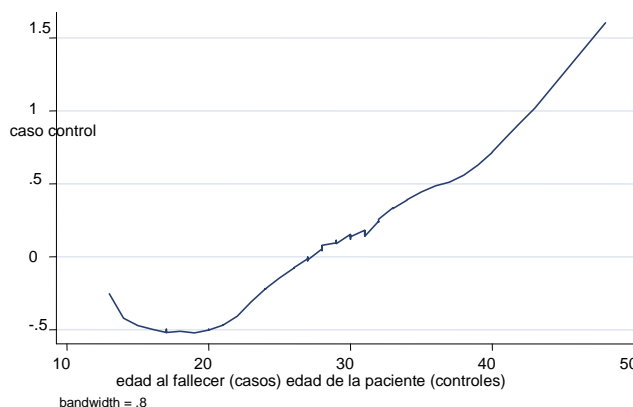
Además este estudio señala que el 5% de las fallecidas por causas de muerte materna no había asistido a la escuela, el 20% tenía educación primaria incompleta, sólo el

40% completó sus estudios iniciales y apenas el 17% había accedido a la escuela secundaria. Formosa por ejemplo registró que el 36% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres de comunidades indígenas, cuando esta población étnica sólo representa el 7% de la población.

Uno de los principales hallazgos de esta investigación se relaciona con el nivel de registro de las causas de mortalidad materna. El nivel de subregistro de defunciones maternas fue de 9,5% para el conjunto de las seis provincias. El subregistro de las muertes tardías fue de 15,4%. Las provincias que presentaron mayor subregistro fueron San Luis (14,3%) y Tucumán (21,1%) para las defunciones maternas. Para las muertes tardías, Mendoza y San Luis presentaron un 50% de subregistro. Cabe aclarar que esta estimación del subregistro se hizo sobre el total de muertes institucionales. El estudio de las muertes de mujeres en edad fértil extrainstitucionales podría afectar esta estimación.

En relación a las causas de defunciones maternas las seis provincias en estudio, mostraron (según estudios de casos y controles) que el riesgo de muerte materna aumentaba 10 veces cuando la estructura hospitalaria no era la adecuada: no había disponibilidad de atención obstétrica esencial, guardia activa y personal calificado para asistir partos/abortos. También la edad fue un factor determinante para el aumento de riesgo de muerte, a partir de los 20 años la edad se presenta una relación prácticamente lineal con el riesgo de muerte materna.

## **Cuadro 2**



**Relación entre edad y muerte materna** Fuente CEDES, 2004

Por otra parte las autopsias verbales permitieron identificar factores de riesgo para la muerte materna al momento de la atención de la emergencia obstétrica: errores en el diagnóstico, tratamiento ambulatorio sintomático y demoras en la derivación a centros de mayor complejidad<sup>8</sup>. Entre las mujeres que interrumpieron su embarazo, la búsqueda de atención médica ante las señales de alarma percibidas estuvo demorada, a diferencia de aquellas que fallecieron por otras causas. El estigma asociado al aborto clandestino puede estar explicando esta demora. La falta de medios para la comunicación, combinada con las dificultades de transporte del sistema de salud, demora el acceso a los servicios entre quienes residen en zonas rurales. La falta de involucramiento del varón en las decisiones reproductivas y la violencia contra las mujeres dificultan y a veces impiden a las mujeres adoptar prácticas anticonceptivas para evitar embarazos no deseados.<sup>9</sup> Otro problema grave lo presenta la falta de datos confiables sobre el número de abortos en el país. Alguno/as especialistas en el tema estiman que se producen entre 450.000 y 500.000 abortos al año (ALLER ATUCHA y PAILLES, 1996: 29), pero por otra parte el gobierno sostiene que se producen aproximadamente 500.000 abortos sólo en el Gran Buenos Aires, si consideramos que allí se concentran el 50% de la población debemos pensar que la cifra se elevaría a 1 millón aproximadamente de abortos tomando en cuenta todo el país. Según datos de Estadísticas Vitales, en la Argentina hay un aborto cada dos o tres nacidos vivos. Por otra parte las internaciones en hospitales públicos por complicaciones en la interrupción del embarazo crecieron un 46% en cinco años. Teniendo en cuenta que los datos de internaciones en hospitales públicos a causa de complicaciones por aborto, no son totalmente precisas, porque no se sabe si son abortos espontáneos o provocados: las internaciones en hospitales

---

<sup>8</sup> Las “Autopsias verbales” se tratan de entrevistas a informantes claves de la familia previo consentimiento informado, para conocer y analizar cuáles son los factores socioculturales y familiares que facilitan u obstaculizan el contacto oportuno con los servicios de salud o porque una mujer fallecida por un aborto decidió interrumpir su embarazo.

<sup>9</sup> Investigación llevada a cabo por el Centro de estudios de Estado y Sociedad (CEDES), con la colaboración de CLAP/OPS, y con el apoyo de la Comisión Nacional de programas de Investigaciones Sanitarias (CONAPRIS) del Ministerio de Salud, con fondos de Población de Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud. Informa Disponible en: <http://www.cedes.org/informacion/index2.html>  
<http://www.msal.gov.ar/htm/site/publicaciones.asp>

públicos a causa de complicaciones debidas a aborto aumentaron de 48.000 en 1995 a 78.000 en el 2000 de los cuales el 40% corresponde a adolescentes de menos de 20 años. En el período de 1995- 2001 aumentaron un 46% las internaciones por complicaciones de aborto. En las provincias más pobres, las internaciones triplican el promedio nacional. La edad promedio de las mujeres que llegan a los hospitales públicos bajó de 25 años en 1995 hasta un promedio de 15 y 19 años (con casos de hasta 10 años) en 2001, (Clarín, Sociedad, 8 de marzo de 2004).<sup>10</sup>

En nuestra provincia en los últimos cinco años se realizaron 15.347 abortos, de los cuales 12.241 mujeres tenían entre 20 y 39 años, 2.122 eran adolescentes menores de 15 y de 15 a 19 años, 1.001 tenían 40 años o más, el 50% del total tenía primario completo y el 35% era analfabeta o no había terminado la primaria. Entre 1999 y 2003 se incrementó de 2.987 a 3.224 el número de casos de abortos asistidos, en los hospitales públicos, incrementándose especialmente en las mujeres de 15 y 19 años, que pasaron de 383 a 456. En ese período, Mendoza registró 77 muertes maternas, 25 por abortos, lo que la convierte en la primera causa de defunción maternas, además 157 mujeres estuvieron en terapias intensiva por infecciones, perforación de útero o ruptura del cuello uterino. Se desconoce si estas cifras corresponden a abortos provocados o involuntarios.<sup>11</sup>

El aborto es una de las causas más importante de mortalidad materna entre mujeres adultas y adolescentes. La penalización del aborto como su práctica clandestina expone a las mujeres, en general, y a las más pobres, en particular, a riesgos graves para su salud. La cantidad de abortos que se realizan en la Argentina son consecuencias de la voluntad de las mujeres de interrumpir un embarazo que no están en condiciones de continuar y también de las dificultades que enfrentan para evitar embarazos inoportunos o no deseados.

En nuestro país el aborto está prohibido en la mayoría de los casos, sólo está previsto por la ley en el caso de violación, cuando se trata de mujeres “idiotas y dementes”, o cuando peligra la vida o la salud de la mujer. Pero esta regulación tampoco se cumple porque los servicios sanitarios piden autorización judicial y los

---

<sup>10</sup> Datos proporcionados por el Ministerio de Salud de la Nación.

jueces a su vez responden que ésta no es necesaria si existe un criterio médico que define estas situaciones. La penalización no sólo genera prácticas diferentes, según las posibilidades económicas de las mujeres (las mujeres con más recursos recurren a consultorios privados donde son atendidas, en la clandestinidad, por profesionales idóneos en condiciones de higiene y cuidado; en cambio las mujeres de menores ingresos suelen tener acceso sólo a procedimientos caseros realizados por enfermeras, comadronas o personas sin capacitación profesional, o cuando así mismas se provocan un aborto mediante prácticas que ponen en riesgo su salud y su vida), sino que también produce inseguridades entre los/ las profesionales a la hora de cumplir con sus responsabilidades.

En cuanto al VIH/SIDA, algunos problemas críticos que pueden señalarse es la mayor vulnerabilidad biológica y socio-cultural de las mujeres frente al VIH/SIDA. La creciente heterosexualización y feminización de la epidemia que afecta cada vez más a sectores de clase baja y a mujeres en edad reproductiva complejizando aún más los problemas existentes en salud sexual y reproductiva de las mujeres. En nuestro país sólo existe registro de las personas enfermas, no de las infestadas por el VIH, por lo que el subregistro de enfermos/as se estima en dos por cada notificado/a. Según datos del Ministerio de salud, el programa nacional de lucha contra el sida (LUSIDA), los enfermos/as de sida ascendían a 20.713, de los cuales el 22,4% eran mujeres.

### **Cuadro 3**

<b>Números de enfermos de SIDA por sexo. Argentina, 1982 – 2001</b>		
Masculino	15926	76.9
Femenino	4642	22.4
Desconocido	145	0.7
<b>Total</b>	<b>20713</b>	<b>100.0</b>

Datos al 30-09-2001

Como puede verse en el siguiente cuadro, la transmisión del VIH por vía sexual es la más alta 49.5% (sumando la heterosexual y hombres que tiene sexo con

<sup>11</sup> Datos proporcionados por el Dr. Carlos Cardello, Director de Maternidad e Infancia y la Dirección Provincial Materno Infantil

hombres), seguida de los usuarios de drogas inyectables (UDI) que representan el 38.3%.

#### **Cuadro 4**

<b>Proporción de enfermos de SIDA según vía de transmisión y sexo. Argentina, 1982-Setiembre 2001.</b>								
<b>Vía de transmisión</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>Desconocido</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sanguínea *	245	1.5	117	2.5	1	0.7	363	1.8
UDI	6697	42.1	1165	25.1	67	46.2	7929	38.3
Perinatal	696	4.4	674	14.5	7	4.8	1377	6.6
Heterosexual	2669	16.8	2510	54.1	32	22.1	5211	25.2
HSH +	5011	31.5	-	-	24	16.6	5035	24.3
Accidentes lab.	6	0.0	4	0.1	0	0.0	10	0.0
Desconocido	602	3.8	172	3.7	14	9.7	788	3.8
<b>Total</b>	<b>15926</b>	<b>100.0</b>	<b>4642</b>	<b>100.0</b>	<b>145</b>	<b>100.0</b>	<b>20713</b>	<b>100.0</b>

\* Incluye transfusión de sangre y hemofilia

+ Hombres que tienen sexo con hombres

Datos al 30-09-2001

La tendencia a lo largo de los años es que la transmisión heterosexual ha ido aumentando de forma sostenida en ambos sexos, aunque de forma más importante en las mujeres, en las cuales ha disminuido progresivamente la transmisión del VIH entre usuarias de drogas inyectables. En el sexo masculino, esta última vía se ha mantenido constante a partir del año 1991 y ha comenzado a disminuir desde 1997; mientras que la transmisión entre hombres que tienen sexo con otros hombres, forma predominante en los primeros años de la epidemia, ha disminuido de forma sostenida a lo largo de los años<sup>12</sup>

Los nudos conflictivos asociados a la anticoncepción parecen derivar fundamentalmente de las dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos eficaces. Si bien en nuestro país existe una alta propensión de las mujeres de todas las edades a utilizar algún método para regular su fecundidad, se puede advertir en este punto una fuerte desigualdad en el acceso a los métodos anticonceptivos,

---

<sup>12</sup> Datos obtenidos del Ministerio de Salud, LUSIDA - Proyecto de Control del Sida y ETS, información disponible en <http://www.msal.gov.ar>

desigualdad que se relaciona con la edad y la condición social de las mujeres: son las adolescentes y las mujeres pobres las más afectadas por la falta de oportunidades para acceder a métodos seguros y efectivos. La inequidad social en el acceso a los métodos anticonceptivos, constituye uno de los nudos conflictivos que nuestra sociedad tiene que enfrentar, en relación a los métodos anticonceptivos. Otro aspecto a considerar, son los riesgos asociados a la incorrecta utilización de métodos anticonceptivos. Históricamente las mujeres se han visto afectadas por las continuas políticas restrictivas para acceder a la orientación y prescripción médica. En relación a la calidad del uso de los métodos, en nuestro país todavía subsisten dificultades asociadas a las fragmentadas y discontinuas políticas públicas que atienden la demanda anticonceptiva de la población. El comportamiento anticonceptivo de los estratos bajos se caracteriza por una gran irregularidad e ineficacia, que tiene como corolario una alta tasa de embarazos no deseados. Además hay que considerar que en la regulación de la fecundidad es habitualmente utilizado el aborto inducido como método de control de la natalidad, práctica que es frecuente en los estratos sociales más bajos. Esta situación se traduce en mortalidad materna diferencial por aborto inducido que afecta más a las mujeres de los sectores sociales más desfavorecidos. Recurrir al aborto inducido en condiciones de clandestinidad y de insuficiente control de higiene plantea de alguna manera la existencia de un deseo o motivación por limitar la procreación, situación que es obstaculizada por la inaccesibilidad de los métodos anticonceptivos eficaces de regulación de la fecundidad y que han redundado en un aumento de la mortalidad materna por aborto en todo el país.

#### **4.1.2. Desigualdades en Salud Reproductiva**

El cuidado y la atención de la salud reproductiva, y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos están fuera del alcance de muchas mujeres a causa de factores diversos tales como los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad y el cuerpo, los servicios educativos y de salud inadecuados; los valores culturales y las prácticas sociales discriminatorias contra las mujeres; las disposiciones legales restrictivas en materia de libertad sexual y reproductiva; y el reducido poder de decisión de las mujeres en lo que atañe a su vida sexual y su capacidad reproductiva. En particular, los/ las adolescentes son especialmente vulnerables como

consecuencia de la falta de información y de las restringidas posibilidades de acceso a servicios de salud apropiados.

Las posibilidades de ejercicio de los derechos vinculados a las capacidades reproductivas de los/ las sujetos/as están fuertemente ligados a la condición social. Las diferencias por condición social y edad observados en los indicadores son expresión de las desigualdades sociales en la distribución de los riesgos de enfermar y morir asociados a la capacidad reproductiva de las mujeres.

En los países periféricos, y en particular, en los sectores sociales más desprotegidos, las mujeres padecen una situación de desventaja social, cultural y económica que se manifiesta en menores oportunidades laborales, educativas y de protección social que las que tienen los varones, y en una distribución desigual de recursos, responsabilidades y obligaciones sociales, a la vez que son decisivos en los niveles de salud reproductiva alianzados en la posibilidad de decidir libremente respecto del número de hijos/as, su espaciamiento, la forma de parir, las posibilidades de cuidar la propia salud y de decidir la interrupción voluntaria de un embarazo con un riesgo mucho menor de morir.

#### **4.1.3. Medicalización del parto en la Argentina**

Para muchas mujeres el parto no significó una elección, ni un acto consciente. Desde tiempos prehistóricos, el parto se asoció con el miedo, con la angustia física, con la muerte y con todo un torrente de supersticiones, falta de información y teorías teológicas y médicas. Los hebreos creyeron que el parto era consecuencia de la maldición que recayó sobre Eva después de haber tentado a Adán. Los romanos lo denominaron “poena magna”, el gran dolor, pero poena significa también castigo, sanción. El parto se asoció a dolores tanto en las sociedades primitivas como en las posindustriales. La mayoría de las mujeres cultas o incultas llegan al parto como si se tratara de un acontecimiento absolutamente diferenciado y cargado de asociaciones. La experiencia del dolor es histórica, encuadrada en la memoria y las expectativas y al mismo tiempo relativa. Pero el sufrimiento provocado por el parto tiene una importancia central para las mujeres y para la relación de éstas, ya sea como madres o simplemente como seres femeninos, con otras clases de experiencias dolorosas. Durante siglos las mujeres carecieron de medios para prevenir el embarazo y



llevaron consigo la sanción bíblica de la maldición de Eva hasta la sala de partos. En el siglo XIX la posibilidad de eliminar el dolor y el trabajo significó una nueva clase de prisión para las mujeres: la inconsciencia, las sensaciones adormecidas, la amnesia, la pasividad absoluta. Las mujeres pudieron optar por la anestesia y para las que lo hicieron primero fue una elección consciente, incluso atrevida. Sin embargo evitar el dolor, físico o psíquico es un mecanismo peligroso que puede inducir a las mujeres a perder contacto no sólo con sus sensaciones dolorosas, sino también consigo mismas.

El parto es un acontecimiento cultural. El proceso del parto implica una continuidad, no se trata de un drama aislado de una crisis repentina que los demás deben tomar a su cargo porque la mujer madre no posee control sobre su cuerpo. El nacimiento en sí, ni el parto es una enfermedad ni una operación quirúrgica. Tampoco se debe tratar a la madre o a la criatura como si fueran dos entidades separadas a las que diferentes equipos de enfermeras cuidan en distintas zonas del edificio. Madre y criatura todavía forman un continuo y un tratamiento de la una es siempre incompleto sin la estrecha proximidad de la otra.

En la Argentina, las mujeres que van a parir no siempre tienen posibilidad de decidir sobre ciertos aspectos que hacen a su salud y a la de su hijo/a por nacer. Generalmente los médicos/as que atienden los partos están acostumbrados a decidir por ellas. Muchas veces recurren a prácticas de dudosa base científica o descartan otras que bien merecen ser utilizadas.

El parto es un proceso humano, fisiológico, absolutamente natural. Pero se lo ha deshumanizado considerándolo más bien un acto médico, es decir, medicalizándolo excesivamente. Se han impuesto como rutina una serie de acciones médicas que no siempre son necesarias, como la episiotomía, el uso de medicación, etc., que muchas veces traen complicaciones que se podrían evitar. Los/ las profesionales han centrado la atención en el protagonismo médico y en los aspectos tecnológicos desplazado a las mujeres de su capacidad de decidir y actuar durante el parto. La mujer que va a parir pasa a ser una “paciente”, aun cuando en la mayoría de los casos no haya ningún motivo para considerarla enferma. En los partos se siguen generalmente algunas rutinas que no siempre son beneficiosas:

- Una enema previa
- El rasurado perineal
- poner una guía en el torrente sanguíneo por si se necesita medicación
- en primerizas, la episiotomía: una incisión que se realiza en el cuerpo de la mujer para ampliar el canal del parto y presuntamente evitar desgarros
- el uso de hormonas (ocitocina) para desencadenar el proceso de las contracciones
- cesáreas indiscriminadas
- uso de peridural u otras anestésicas.
- El uso de fórceps

Estas conductas lejos de ser abandonadas o utilizadas sólo en contados casos, en los que la paciente las demanda o el médico las considera necesarias, son practicadas en forma rutinaria en la mayoría de las maternidades de la Argentina y del resto de América Latina.

Unas 850.000 cesáreas se practican innecesariamente cada año en América Latina, la región con mayor índice de partos quirúrgicos del mundo. En la Argentina, actualmente se hacen cada año al menos 70.000 cesáreas sin necesidad, en los hospitales y clínicas del sistema de salud pública. Eso significa que el 25,4 por ciento de los partos atendidos por la salud pública, en nuestro país terminan en cesárea, lo que excede el porcentaje ideal establecido por la Organización Mundial de la Salud, que es del 15 por ciento. Si bien no hay cifras precisas, se sabe que en el ámbito de la salud privada el porcentaje de partos quirúrgicos es aún más elevado y en algunas clínicas privadas llega al 70 por ciento.<sup>13</sup> Según un informe elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el que se estudió la proporción de cesáreas y de partos naturales en 36 hospitales repartidos por Argentina, Brasil, Cuba, México y Guatemala, entre el 25 y el 30 por ciento de los partos fue por cesárea, de un total de 150.000 partos. Aunque la cesárea, que debe su nombre a Julio César, en muchos casos salva la vida de madres y bebés, en otros produce (innecesariamente) complicaciones de salud. Al

ser una intervención quirúrgica, la cesárea tiene riesgos. La mortalidad materna aumenta hasta 10 veces en comparación con el parto natural y también crecen las posibilidades de sufrir infecciones o hemorragias.

Otra cuestión a tener en cuenta cuando hablamos de parto, es el lugar en el que el parto se va a realizar, e incluso la posición que la mujer va adoptar para parir. La obligación de permanecer en la llamada posición ginecológica durante el proceso del parto, dificulta, prolonga y/o imposibilita el nacimiento del o la bebé, además de ser sumamente doloroso para la mujer.

Fue un médico, Francois Mauriceau, quién descubrió en 1738, la posición que todavía hoy adoptan la gran mayoría de las mujeres para parir: acostada boca arriba. Mauriceau acuñó científicamente su descubrimiento y llamó a esta posición “decúbito supino”. Supino de acuerdo con la definición del diccionario quiere decir boca arriba, inclinado, pendiente, pero también se refiere a la ignorancia que procede de negligencia. Descuidado, negligente, indolente. Esta posición horizontal imposibilita a las mujeres parir por sí mismas. Cuando el médico, interfiere en los partos, destruye la potencia fisiológica mecánica de las mujeres, para arrancar con maniobras e instrumentos, lo que debería salir espontáneamente.

En la posición decúbito supina se perturba el desencadenamiento de los fenómenos endógenos del parto, y el especialista, entonces, recurre a maniobras para sacar al bebe, mientras al mismo tiempo le obstruye la salida.

- **Cesáreas:**

En 1982 la socióloga María del Carmen Brion comienza una investigación sobre la práctica de cesárea en la Argentina, basada en las experiencias de muchas mujeres, es así que en septiembre de 1988 decide realizar una denuncia penal por derecho propio, como defensora de los derechos difusos de otras mujeres, sobre la práctica indiscriminada de cesáreas en los hospitales y clínicas de nuestro país. Denuncia, que no tenía antecedentes en el mundo, produce que por primera el fuero criminal se ocupe de investigar las condiciones en que se fuerza a parir a las mujeres. La causa penal de competencia federal tiene el número 43.200, la misma fue llevada

---

<sup>13</sup> Datos obtenidos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Montevideo, Uruguay. [www.clap.hc.edu.uy](http://www.clap.hc.edu.uy)

adelante por el juez federal Néstor Luis Blondi. En 1990, una resolución dictaminó, luego de una ardua investigación en todo el país, la comprobación de los hechos denunciados. Posteriormente, la misma fue sobreseída de manera provisional. A partir de esta presentación en los Tribunales empieza a adquirir notoriedad nacional la práctica indiscriminada de la cesárea.

María del Carmen Brion denunciaba que la Argentina es el país que tiene la tasa de cesárea más alta en el mundo, mientras que en países como Japón y Holanda la proporción de cesárea, es de 7%. De 2000 mujeres que paren por día, a 1000 de ellas se les extrae el o la bebé por cesárea. Es decir que cada día 1600 mujeres y niños/as son criminalmente expuestos a padecer los riesgos que surgen del informe de la Academia Nacional de Medicina. Como mínimos 800 de esas cesáreas son injustificadas. (BRION, María, 1995: 11-14).

Las cesáreas injustificadas son las que se conocen como “cesárea fenicia” que es aquella practicada, no para salvar la vida de la madre o de o la bebé, sino para lucrar con honorarios y gastos mayores que los que son requeridos por un parto espontáneo.

Cuando Brion denunció los peligros, inconvenientes y consecuencias físicas que acarrea la práctica quirúrgica de la intervención de cesárea necesarias o no, en las pacientes y su descendencia, mediante la carátula de lesiones graves y gravísimas, el juez Blondi, para esclarecer esta imputación libró oficios a la Academia Nacional de Medicina y a la Sociedad Argentina de Pediatría para que le informaran. La Academia Nacional de Medicina respondió con el siguiente informe: *“La operación cesárea tiene más peligros, inconvenientes y consecuencias físicas en las pacientes y su descendencia que el parto normal. Como cualquier operación quirúrgica abdominal le corresponde el trauma operatorio y la posibilidad de accidentes y complicaciones, estos pueden ocurrir durante el acto operatorio o después de un tiempo de practicado el mismo. La más frecuente de las complicaciones inmediatas es la hemorragia en el sitio de sección del útero o en el lugar de inserción de la placenta o en los vasos de gran calibre de la vecindad. También hay peligro de herir la vejiga, dada su proximidad, por otra parte la delgadez en ocasiones de la pared del útero en el sitio de la incisión expone al feto a ser herido durante la apertura.*

*Entre las complicaciones mediatas, las más frecuentes son las infecciones referidas al acto operatorio: endometritis, pelvi-peritonitis, ileoparalítico, mala cicatrización de la pared abdominal. Como consecuencias tardías se han comprobado adherencias del epiplón o del intestino, fístulas uterinas o de la vejiga y uréter. También pueden observarse diástasis de los músculos de la pared abdominal y eventraciones. Todo lo anterior explica que la operación cesárea sigue siendo una causa importante de morbimortalidad materna. El recién nacido puede nacer deprimido por la anestesia. Su adaptación inmediata a la vida extrauterina tiene desventajas con respecto al parto normal” (BRION, M., 1995: 19-20)*

La Sociedad Argentina de Pediatría argumentó que: *“la cesárea al ser una intervención quirúrgica implica múltiples riesgos:*

- 1. en la madre*
  - a. Anestésicos: Hipotensión, reacciones alérgicas, entre otros.*
  - b. Quirúrgicos: hemorragias, entre otros*
  - c. Posoperatorio inmediato: infecciones varias, entre otros.*
  - d. Emocional: estrés, dolor alteración del vínculo madre-hijo, alteración de la lactancia, entre otros.*
  
- 2. En el feto recién nacido.*
  - a. Anemia si se produce hemorragia placentaria*
  - b. Distress respiratorio, por falta de expulsión del líquido pulmonar al no pasar por el canal de parto.*

*Alteración del vínculo madre- hijo (BRION, María, 1995: 19-20)*

Las revistas dirigidas a embarazadas muestran lo inofensivo que es el goteo de ocitocina, algunos le llaman el empujoncito y de la cesárea y del fórceps riesgo cero. Los médicos/as a menudo trivializan la cesárea, al quitarle importancia. Desde hace más de veinte años viene haciéndose esto a través de varias revistas que las mujeres leen cuando están embarazadas. Es muy común que los especialistas se refieran al corte transversal que hacen sobre el pubis como corte bikini, de esta manera incurrir en una grave inexactitud, porque con eso tratan de decir que la

cesárea es una operación trivial y a la vez omiten referirse a la segunda incisión, la histerectomía que es el corte más profundo que se hace en el útero mismo.

- **Maniobras Brutales:**

La historia de la obstetricia tiene personajes claves que nos han legado sus maniobras brutales: La maniobra de Kristeller y la de Credé. Hay decenas de maniobras que son consideradas “torturantes” para las mujeres. Como la maniobra de Credé: *“esta maniobra consiste en una brutal presión ejercida sobre el vientre de la parturienta para que expulse la placenta que no puede salir porque la mujer está acostada”* (BRION, María, 1995: 32-33) Todavía se sigue arrancando las placentas a las mujeres mediante la absoluta vigencia de la maniobra de Credé. Las placentas arrancadas dejan restos microscópicos que son muchas veces causa de infección y hemorragias. La infección poscesárea es debida, en la mayor parte de los casos, a estos restos placentarios que quedan después de la extracción manual de la placenta.

En 1923 Johann Kreis de la Escuela de Estrasburgo, en el Congreso de fiebre puerperal expone que la bolsa de aguas, las membranas ovulares constituyen un obstáculo para que evolucione el parto. Ante esto él decide aconsejar su ruptura cuando el cuello del útero, el cerviz, tenga dos centímetros de dilatación, e indica el uso subcutáneos de antiespasmódicos. Kreis sabía que la ruptura de la bolsa produce dolorosísimos espasmos en el útero. Al romper la bolsa, el o la bebe pierde la protección que el líquido amniótico le daba, especialmente a su delicado cerebro, que es afectado por la movilidad uterina causada por las contracciones. Esta práctica tiene total vigencia bajo en nombre de parto médico o parto dirigido. Comienza con Kreis la provocación indiscriminada del parto.

- **Fórceps:**

Las lesiones graves ocasionadas por el fórceps son: desgarro de periné de tercer grado, que afecta el esfínter rectal y puede afectar o no la pared del recto, desgarro o rotura de la uretra o la vejiga, desgarro del cuello uterino extendido al segmento inferior, lesiones paralíticas por traumatismos en el plexo sacro. Entre las lesiones maternas moderadas figuran: desgarro de la vulva y periné de primero y segundo grado, desgarro de vagina, desgarro del cuello uterino. Para el o la bebé: traumatismos neuromusculares capaces de originar estrabismo, traumatismos craneanos que suele originar la muerte fetal y otras veces hemorragias encefálicas

que pueden reabsorberse paulatinamente y dejar secuelas, según sea su extensión y su localización, con las consecuencias previsibles: idiocia, epilepsia, trastornos de locomoción, etc.

- **Medicación:**

Se advierte que el uso de anestesia peridural suele incrementar la frecuencia de fórceps. En todos los congresos de medicina se presentan trabajos que señalan la relación entre empleo de peridural en el trabajo de parto y el gran incremento del uso de fórceps.

En la Argentina el 90% de los partos es provocado mediante la utilización del goteo de ocitocina, la rotura de la bolsa y el Eutocol. La sobredosificación de ocitocina es la regla porque la droga se administra por goteo en forma continua. La infusión continua es, además de criminal, obsoleta. En caso de ser indispensable su empleo, debe hacerse en forma pulsátil por medio de una bomba de infusión en pulsos.

En 1992, Brion volvió a denunciar penalmente la provocación indiscriminada del parto con ocitocina, o Syntocinon, nombre comercial fabricada por el laboratorio Sandoz. El juez a cargo Dr. Luis Fernando Niño pidió a la Asociación Médica Argentina un informe pericial, el cual expresó: *“experimentalmente se ha registrado que cuando la administración de dosis es muy alta, la respuesta de frecuencias es de tal grado que se acorta el tiempo entre contracciones, conllevando a una disminución del período durante el cual llega sangre a la placenta y por consiguiente dificulta la oxigenación fetal. Por último las dosis mayores a las expuestas anteriormente se generan contracciones tetaniformes del útero, con enclaustramiento fetal, y aun ruptura del órgano”*.<sup>14</sup>

Finalmente, el juez Niño decidió sobreseer a Sandoz, y lo mismo pasó con la apelación interpuesta, a pesar de haberse demostrado las contraindicaciones, advertencias, precauciones, interacciones de la droga, reacciones adversas y sobredosificación, en el que se destacaban muertes maternas debida a episodios hipertensivos, hemorragia cerebral, ruptura de útero, muertes fetales debida a varias

---

<sup>14</sup> Para mayor información ver Causa N° 54 452, Juzgado nacional en lo Criminal de Instrucción N°3, foja 258-273.

causas y daño cerebral en el o la bebé asociadas con el uso de goteo de ocitocina para la provocación del parto o para aumento en el primero y segundo período del trabajo de parto. Muchas son las causas penales por casos de mala praxis en obstetricia debido a la administración de Eutecol o ocitocina, la anestesia peridural y la rotura de bolsa de aguas es manejada por los jueces como si se tratara de drogas o maniobras inocuas.

- **Episiotomías:**

No es fácil convencer a los médicos de que ciertas conductas terapéuticas practicadas durante años deben ser abandonadas, y un buen ejemplo de ello es la episiotomía. A pesar de que hoy se sabe que, salvo en contados casos, no sirve para prevenir los desgarros durante el alumbramiento como se postuló hace ya varias décadas, este corte que se realiza en el periné para agrandar el canal de parto es empleado en forma rutinaria. Un estudio que se realizó recientemente en la Argentina reveló que al 85% de las mujeres se les efectuaba una episiotomía en su primer parto. La experiencia de países desarrollados que han abandonado el uso rutinario de esta práctica, muestra que con tasas de episiotomía inferiores al 10% la incidencia de los desgarros durante el parto es la misma.

- **Rasurado:**

Otra práctica innecesaria pero de uso rutinario en la Argentina es el rasurado preparto. Durante años se pensó que eliminar el vello perineal antes del alumbramiento permitía disminuir el riesgo de infección de la madre. Por el contrario, este rasurado puede generar pequeños cortes que son más peligrosos que el vello y que pueden causar infecciones. Los médicos siguen realizando esta práctica por su comodidad, ya que les permite suturar con mayor facilidad los desgarros o la episiotomía misma.

- **Enema preparto:**

Otra práctica tan inútil y tan rutinaria como el rasurado, es la enema preparto, que muchas mujeres prefieren practicarse antes de concurrir a la maternidad. Esta se realiza en forma automática en casi la mitad de los hospitales argentinos, práctica que debería haber sido abandonada por falta de evidencia científica a favor, lo que motiva su uso es evitar la contaminación del perineo con materia fecal durante el parto, para así, reducir las infecciones luego del nacimiento. Además, en algunos



casos sus efectos son contrarios a los buscados, es común que la enema se realice muy poco tiempo antes del parto y lo único que se logra es aumentar la evacuación.

#### **4.1.3.1. Parto vertical**

En nuestro país, hubo quienes se apiadaron de la forma en que parían las mujeres. Este es el caso del médico de barrio, Tucho Perrusi (1918-1977), quién redescubrió la importancia del parto vertical. En 1970 afirmaba que *“El parto horizontal no sólo no es fisiológico, sino que además es antinatural, inútil, extenuante e improductivo, requiriendo del arsenal terapéutico, instrumental y topológico para lograr un resultado para el cual la mujer, igual que para defecar u orinar, está biológicamente facultada para lograrlo sola y sin ayuda.”*. (BRION, 1995: 35) Las ventajas del parto vertical, decía, son muchas. La más obvia es la ayuda de la gravedad. Lo que baja se queda abajo. Entre pujo y pujo, en la posición horizontal, el feto puede regresar un poco hacia el útero, mientras que en la posición vertical lo que ha avanzado el feto es avance neto, sentido como tal para la mujer, tanto física como psicológicamente. Por lo mismo en la posición sentada o en cuclillas, el útero realmente puede descansar entre pujo y pujo, haciendo cada impulso más fuerte y eficaz. La mujer en esta posición también puede ayudarse con todo el cuerpo, empujando con la espalda, utilizando los muslos, buscando su comodidad. Además se ha comprobado que la acción gravitatoria del feto sobre el orificio interno del cuello uterino actúa como factor excitador de su relajación y como consecuencia, la mujer se abre más. Otra cosa importante que señalaba es que el feto expulsado arrastra la placenta, la cual comúnmente se queda adentro del útero después del parto horizontal y debe ser extraída con mucha incomodidad desde un útero cansado y dolorido.

Otro defensor del parto vertical fue el Dr. Rosenvasser, quién sostenía que él no extraía bebés, lo hacían las mujeres, espontáneamente. Jacobo Rosenvasser, había sido el fundador en 1934 de una clínica que llevaba su nombre, fue convertida en 1965 en clínica de parto vertical por su hijo Eliseo. La receptividad y puesta en práctica de los argumentos de Tucho Perrusi fue total. El precio que debió pagar por eso fue muy alto: en 1974 tuvo que cerrar la clínica. La corporación médica es implacable. En la clínica no había neonatólogo había pediatra porque cuando un bebe

nace respetando el principio de gravitación universal y no ha sido drogado a través de la placenta con el goteo de la ocitocina, ni la morfina que es la peridural, nace sano.

#### **4.1.4. Parto humanizado**

El parto humanizado plantea un nuevo concepto para nacer, al mismo tiempo que cuestiona la deshumanización del nacimiento actual. Es en la práctica profesional misma donde se encuentran las razones de esa deshumanización.

Hay una demanda que defiende una manera más digna de parir y nacer. Un punto de vista más humano y natural. Existe un grupo de profesionales y mujeres que están abogando por este tipo de nacimiento humanizado, muchas acompañadas por sus parejas, amigos/as, familiares, etc, han tomado conciencia de que tienen derechos que no pueden ser avasallados con la excusa de un mayor control y prevención de complicaciones en el parto. Es la mujer la que tiene que decidir la manera en que su hijo/a va a nacer. Recurrir a la medicina no puede significar renunciar a esos derechos, y entregarse ciegamente a unas prácticas que quizá rechacen silenciosamente y puedan acarrear más complicaciones de las que se pretende prevenir. Si bien es cierto que una cierta medicalización de los nacimientos ha servido para salvar muchas vidas de madres y de bebés, que antes morían por no contar con una asistencia profesional. La idea de parto humanizado no radica en abandonar estos beneficios.

El parto humanizado tiene como objetivo que todas las mujeres vivan esta experiencia de la forma más enriquecedora, a la vez que tengan la libertad de elegir sobre la forma como desean que nazcan sus bebés. El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria del sistema de salud, con el fin de servir a las necesidades individuales y deseos particulares de cada mujer, así lo señala 16 recomendaciones de la OMS<sup>15</sup>.

Diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han insistido en que no debe utilizarse la posición ginecológica debido a los riesgos que conlleva. *“Las mujeres no deberían permanecer acostadas sobre la*

---

<sup>15</sup> Ver Anexo II

*espalda durante el trabajo de parto: se les debería estimular a caminar mientras se dilata la vulva y elegir la postura que deseen para el momento del parto. La libertad de movimiento para las mujeres en cualquier etapa del parto corresponde a un derecho humano fundamental, por lo tanto reconocerlo y disfrutarlo no debería depender de la institución hospitalaria y de la decisión de un grupo de médicos --en su mayoría hombres-- que jamás podrán sentir y vivir la experiencia del parto"* <sup>16</sup>

A pesar del tiempo transcurrido a partir de aquella primera investigación y de la denuncia penal, poco ha cambiado la situación de las mujeres que van a parir.

Existe un movimiento que alerta acerca de la enorme gravedad de las cesáreas injustificadas. Como la conciencia de las mujeres va en aumento y cada vez tienen más claros los enormes riesgos a los que están expuestas, aumentan en la misma proporción las demandas por mala praxis en obstetricia<sup>17</sup>.

Muchas de las conductas probadamente eficientes en perinatología y atención materna no han sido aún incorporadas en la Argentina ni en la región, donde todavía se siguen aplicando intervenciones que han mostrado su ineficacia y que, a su vez, pueden ser perjudiciales para la mujer y su bebe.

Para evitar la violencia y humanizar el parto, hay que cuestionar estas prácticas siempre que se hagan por rutina. El llamado acompañamiento continuo durante el alumbramiento todavía no ha sido adoptado en muchas instituciones médicas del sector público. Es necesario conocer y respetar los tiempos del proceso fisiológico de cada mujer, sabiendo que un trabajo de parto puede llevar 12 horas y es normal, por lo que no debe imponerse los tiempos del médico o la institución, y su insistencia en apelar a la medicación. Las prácticas deberían realizarse sólo cuando haya motivos valederos y así se evitarían infecciones, cicatrizaciones molestas y dolorosas a causas de episiotomías innecesarias. Se deben respetar los procesos naturales del organismo, como la segregación de endorfinas causada por el hipotálamo y la hipófisis, que permiten a la mujer afrontar los dolores del parto. Hay quienes prefieren la posición vertical, que se supone fue la postura que la naturaleza ha previsto para el nacimiento humano.

---

<sup>16</sup> Documento de Organización Mundial de la salud, extraído de <http://www.who.int/topics/labour/es/>

<sup>17</sup> Ver Capítulo III, ítems. 4. Transformaciones de la Profesión Médica

La actitud paternalista de los médicos, cuando no autoritaria, son algunos de los motivos que limitan el espacio para que las mujeres puedan en el momento del parto decidir el parto que quieren tener. No está institucionalizado que la mujer pueda solicitar que se le realice o no alguna práctica en particular. Vemos que si todo sale bien, el éxito fue del médico. Pero si hubo problemas, se echa la culpa a la mujer que no pujó, que se descontroló y no manejó el ritmo respiratorio, etc. No sólo las cuestiones del protagonismo profesional, sino las de género, están mezcladas en esta historia.

Las mujeres deben exigir sus derechos en relación al parto, esto significa elegir el o la profesional que la atenderá, manifestarle durante los controles prenatales cuáles son sus preferencias con relación a temas como episiotomía, enema, rasurado, medicación y cesárea, como el lugar y el tiempo para parir. Las mujeres pueden negarse a que les realicen prácticas que no son deseadas ni necesarias. Desde el lugar en que el parto se va a realizar, hasta la posición que la mujer va a adoptar para parir, todo puede ser motivo de una decisión libre y autónoma, si

#### **4.1.5. Los/ las médicos/as y anticoncepción**

La profesión médica ejerce un papel central en relación con los aspectos inherentes a la reproducción humana. Los médicos/as tienen adjudicada la autoridad de obrar en este terreno como máximos expertos técnicos. Su influencia se desenvuelve a través de sus prácticas, en las que manejan diversos recursos y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; sus mensajes, los que comunican a los miembros/as de sus servicios y los que transmiten hacia audiencias más amplias. A su vez, por acción u omisión, son los mediadores/as de las decisiones de sus pacientes sobre cuestiones reproductivas. El peso de la corporación médica se hace sentir, además, en las políticas de salud, del Estado, así como también en las políticas de población.

La incorporación de la reproducción humana a la órbita médica constituye un hecho histórico complejo y bastante reciente. En Occidente los médicos consiguieron, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, asegurarse el monopolio

sobre las actividades encaminadas a evitar y abatir la enfermedad<sup>18</sup>. Juntamente con la conquista y el posterior fortalecimiento de ese monopolio, quedaron bajo la égida de un grupo ocupacional en su momento exclusivamente masculino (y dentro de este de un grupo especializado, los ginecólogos/ obstetras o tocoginecólogos) una serie de actos y procesos, como el embarazo, el parto, el puerperio, hasta entonces no problematizados y percibidos como relativamente naturales, y por ello a cargo de mujeres consideradas “profanas”. También fueron ganando en legitimidad para cooptar, dentro del radio de sus saberes y prácticas, la definición y aplicación de lo correcto/incorrecto, aconsejable /desaconsejable, normal/anormal, permitido/prohibido, etc. en lo concerniente no sólo a la regulación de la fecundidad o a los estados patológicos, sino por extensión, a la sexualidad. (RAMOS; Silvina, 2001: 27)

Sin duda el poder médico cumple un rol fundamental en la formación de opinión y en la definición de los comportamientos sociales. Su intervención en el área de salud sexual y reproductiva puede facilitar o inhabilitar el ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, en general, y de las mujeres en particular. Se trataría hipotéticamente de una tarea técnico-profesional. Sin embargo, frecuentemente, cuando un médico habla de anticoncepción no sólo habla de medicina, son sus ideas religiosas, morales y políticas las que quedan encubiertas bajo la forma de decisiones técnicas.

Los resultados de estudios realizados en la Argentina, coincidentes con otros reportados por investigaciones en otros países de América Latina han mostrado que, frente a la anticoncepción y el aborto, circulan en los discursos y prácticas de los profesionales de la salud, un conjunto de ideas y valores, prejuicios, temores y dudas que condicionan sus formas de atender a las mujeres.

Los médicos a menudo reconocen como legítimas algunas causas para el aborto como el peligro para la vida de la madre, la violación o las malformaciones incompatibles con la vida, mientras rechazan otras como la decisión de la madre, las circunstancias sociales, el deseo de interrumpir un embarazo. Muchos de ellos se declaran personalmente no dispuestos a realizar el procedimiento. Por último, los

---

<sup>18</sup> Ver capítulo III

médicos reconocen que el personal de salud adopta posiciones punitivas (consciente o inconscientemente) ante la mujer que acude al servicio en busca de ayuda por un aborto incompleto o complicado. Ejemplo de ello es la investigación realizada por CLADEM y una ONG en la ciudad de Rosario donde exponían los malos tratos que recibían las mujeres que llegaban a los hospitales públicos con un aborto producido *“Las mujeres que llegan a los hospitales después de haberse hecho un aborto en malas condiciones sufren, no sólo las consecuencias físicas que la clandestinidad y la pobreza le agregan a una situación de por sí dolorosa, sino que también deben soportar maltratos psíquicos por parte de profesionales de la salud que “las someten a un trato cruel y discriminatorio”*<sup>19</sup>.

Si bien hay médicos/as que abogan por la existencia de leyes y normativas claras (tanto en relación a la anticoncepción como al aborto) este reclamo está motivado por la necesidad de percibir un contexto normativo que oriente y resguarde más y mejor su práctica asistencial de eventuales conflictos jurídicos, que a promover o proteger el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Con todo en el caso argentino, esa presencia ha tenido ribetes difusos en la esfera pública y un perfil más bajo del que cabe esperar, sobre todo en aquellas coyunturas en las que el discurso médico podría haber adquirido un peso decisivo.

En ocasión del debate público generado por la iniciativa gubernamental de introducir, en la reforma constitucional de 1994, una cláusula sobre el derecho a la vida desde el momento de la concepción, sólo dos o tres profesionales dieron su visión sobre el asunto a título exclusivamente personal y respondiendo a invitaciones

---

<sup>19</sup> Investigación realizada por integrantes del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (Insgenar) y al Comité Latinoamericano de Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem) sobre el trato que reciben las mujeres que asisten a los hospitales públicos para atender su salud sexual y reproductiva. Según los datos que maneja el Insgenar, en los hospitales públicos de Rosario se atienden 1.750 mujeres con complicaciones por abortos. Las cifras indican además que entre el 35 y el 43 por ciento de las muertes maternas son consecuencias de complicaciones de abortos inducidos y a nivel nacional, según el Indec, entre las mujeres de 15 a 29 años, el aborto es la primera causa de muerte. La primera dificultad con la que se toparon es el temor de las mujeres a denunciar haber sufrido algún tipo de maltrato, ya que hacerlo implica asumir ante la Justicia haberse realizado un aborto, es decir haber cometido un acto ilegal. Los testimonios que recogieron son anónimos y demuestran el temor a sufrir algún tipo de condena. Las investigadoras recabaron las experiencias de las mujeres en talleres en los cuales registraron que el 35 por ciento de las asistentes había sufrido algún tipo de maltrato. Diario El Ciudadano y la Región, Rosario, domingo 5 de enero de 2003

de los medios de comunicación. La única manifestación fue una escueta declaración de la Academia Nacional de medicina en la que sostenía que “la vida humana comienza con la fecundación” y que “terminar deliberadamente con una vida humana incipiente es inaceptable”. También se rechazaba la idea de que la legalización del aborto disminuyera la morbimortalidad materna o que terminara con su clandestinidad. La declaración, a pesar de su contenido claramente antiabortista, no se pronunciaba explícitamente sobre el artículo en discusión. Ni las facultades de medicina ni las sociedades científicas emitieron opinión institucional alguna.

En 1995, cuando se trató en la Cámara de diputados de la Nación el proyecto de ley sobre el Programa Nacional de Procreación Responsable, ninguna organización corporativa o científica del campo de la medicina tomó la palabra públicamente, limitándose la participación a unos pocos/as especialistas que, en este caso, fueron convocados por las comisiones de la Cámara para recabar sus puntos de vista, y un par de ginecólogos muy prestigiosos, a los que los diarios y radios entrevistaron reiteradamente para recoger sus opiniones sobre si el DIU puede ser considerado como un método abortivo o no.

En cambio, en la provincia de Mendoza, ante el debate desatado a partir de 1999, en torno al caso de la ligadura de trompas, la corporación médica asumió desde un principio una importante intervención pública, ampliamente difundida por los medios locales.

La Argentina se encuentra en un proceso de transición, en relación a la problemática de salud sexual y reproductiva, proceso que se suele caracterizar por la presencia de cambios incipientes y a veces contradictorios, y que es definido por Silvina Ramos como “...un pasaje desde una monolítica situación de restricciones y omisiones a otra en la que la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos va adquiriendo mayor visibilidad pública y en la que paulatinamente se introducen cambios institucionales y programáticos en los diversos niveles de la política pública” (RAMOS, S.; GOGNA, M; PETRACCI, M, 2001: 31).

Para concluir diremos que a partir de mediados de los noventa, la Argentina vivió importantes cambios en el marco normativo y en el diseño de políticas públicas en salud sexual y reproductiva. Más de la mitad de las provincias sancionaron sus

leyes y pusieron en funcionamiento sus programas de salud reproductiva. En 2002, con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, por primera vez, se instala en la agenda de las políticas públicas del Estado nacional: la salud sexual y reproductiva.

Si bien los derechos sexuales y reproductivos comienzan a hacerse familiares en la sociedad, es la clase dirigente y los decisores de las políticas públicas los que tienen en sus manos poder cambiar las normativas que requiere la demanda actual de salud reproductiva. La legislación o ejecución de políticas de Salud Reproductiva presenta ciertos índices de conflictividad en determinados sectores de la sociedad civil toda vez que la Salud Reproductiva en general y los métodos anticonceptivos en particular constituyen temáticas en donde se funden y confunden valores legales, científicos, morales y religiosos así como demandas concretas originadas en necesidades reales y derechos de las personas a las que el Estado debe responder. La definición de una política de Salud Reproductiva, implica una relación de fuerza que suele manifestarse en debates públicos donde distintos grupos de presión esgrimen argumentos. A menudo se recurre a médicos/as, juristas y abogados/as profesionales destacados/as y a integrantes de diferentes confesiones religiosas, fundamentalmente de la Iglesia Católica Argentina. Una vez establecido el “nuevo equilibrio” vuelven a instalarse líneas de tensión entre el establishment y las demandas cotidianas de las personas, en particular de las mujeres.

En este capítulo hemos presentado una serie de puntos neurálgicos, en relación a la salud sexual y reproductiva: la anticoncepción, el embarazo adolescente, el aborto, la mortalidad materna, el VIH-sida, datos alarmantes que se presentan como un punto de debate político sobre los límites de acción de los/ las efectores de salud pública por un lado y los márgenes dados por las restricciones legales, por el otro.

Si bien existe, en nuestro país una alta propensión de las mujeres a utilizar algún método anticonceptivo para regular su fecundidad, el acceso a los mismos resulta desigual por la edad y las condiciones socioeconómicas, siendo las mujeres adolescentes y las mujeres pobres las más afectadas. Respecto de la calidad en el uso de los métodos, la eficacia y seguridad de los mismos está condicionada por las



posibilidades reales de acceder a información adecuada, lo que conlleva un sinnúmero de riesgos, entre los que se cuenta el embarazo no deseado.

El subregistro de las muertes maternas y el alto porcentaje de partos institucionales señala que la relación de las mujeres con los servicios de salud no garantiza una atención adecuada y preventiva de riesgos asociados al embarazo y al parto. A esto se suman las complicaciones por aborto, mujeres que llegan a los hospitales en riesgo pero en condiciones físicas que no comprometen su sobrevivencia, revelan la incapacidad de resolución y la deficiente calidad de atención en los servicios para tratar a las mujeres y salvar sus vidas.

Las miles de dificultades que las mujeres encuentran cuando quieren evitar un embarazo inoportuno, como la carencia de una adecuada protección social cuando deciden ser madres, está fuertemente condicionada por factores de diversa índole, económicos, sociales, culturales, institucionales e ideológicos.

Para abordar los discursos de los/ las profesionales de la salud involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva, es necesario considerar algunas dimensiones determinantes en las concepciones y prácticas sobre salud reproductiva, como las políticas de salud establecidas por el Estado, el presupuesto asignado, las legislaciones vigentes, las políticas demográficas, etc.

Existen, además de las dimensiones macroestructurales, una serie de aspectos que determinan la práctica específica de los/ las médicos/as: la relación con los/ las pacientes, con otros/as profesionales, los preceptos y significaciones que portan respecto de la salud, la enfermedad, el cuerpo, etc.<sup>20</sup>

La concepción mujer = madre así como el privilegio hacia el binomio madre-hijo permea la organización de los servicios de salud y la organización de la práctica médica, situación que se expresa cuando las mujeres manifiestan sus deseos de cuidados anticonceptivos o en casos de aborto. Generalmente la decisión de realizarse un aborto está cargada de sufrimiento e incertidumbre motivada por las distintas y complejas circunstancias, dadas principalmente por las consecuencias físicas generadas por la clandestinidad y la pobreza. El aborto constituye un punto de inflexión en la relación médico/paciente, cuando llegan a los hospitales las mujeres

con complicación de aborto, a la de por sí dolorosa situación, llevada a cabo en secreto, soledad y condiciones de gran precariedad se suman los maltratos psíquicos, y una atención despersonalizada y sancionadora.

Los profesionales médicos se apropiaron de los eventos reproductivos mediante la medicalización del cuerpo de las mujeres, desde el parto hasta la crianza de los hijos/as, sobre la base de un saber inscripto en las necesidades de controlar socialmente el cuerpo y la sexualidad femenina. Los/ las profesionales han desplazado a las mujeres de su capacidad de decidir y actuar durante el parto. La medicina sigue afirmando que el embarazo, el parto, la menstruación y la menopausia son algún tipo de enfermedad. El parto ha devenido una experiencia que las mujeres sienten fuera de su control, a merced de la biología, el destino y el azar. Cambiar la experiencia del parto significa modificar la relación de las mujeres con el miedo y la debilidad, con sus propios cuerpos, con sus hijas/os, sus implicaciones son de gran alcance psíquico y político. El parto es un aspecto relevante del proceso vital de las mujeres, pero es sólo un hito en el proceso, un aspecto de la experiencia femenina.

El contexto actual en el cual operan los servicios de salud, en el que se privilegia la lógica del mercado ha generado y profundizado la fragmentación de la atención operando de manera negativa sobre las mujeres pobres, principales usuarias y efectoras de salud de sus familias y de la comunidad, mientras los sectores de altos ingresos acceden a sistemas privados de atención de la salud tecnológicamente más complejos.

El aborto, embarazo adolescente y la esterilización terapéutica constituyen puntos de debate político, en el que se expresan relaciones de fuerza de diferentes grupos de poder. Los médicos/as si bien están formados en el modelo médico tradicional, ante situaciones límites se encuentran con obstáculos para encontrar soluciones dentro del sistema actual. La importancia otorgada a los problemas ligados a salud sexual y reproductiva obedece más al difícil entramado de intereses políticos e ideológicos en el cual se formulan e implementan las políticas públicas en

---

<sup>20</sup> Analizaremos en el capítulo VII los aspectos ideológicos de la práctica médica.

materia de salud reproductiva que a una falta de consideración por parte de los profesionales de la salud.

La dimensión política requiere de un análisis macro, porque son las restricciones políticas y sociales las que definen el campo de delimitación de la práctica médica. El espacio de acción de los médicos está acotado por condiciones políticas, sociales y económicas que los médicos no eligen. Los efectores se encuentran con límites de tipo político y legal, su accionar está restringido por barreras económicas, de género, culturales políticas, físicas e informativas. Puede decirse que la vigencia, durante muchos años, de una política pronatalista en la Argentina marcó fuertemente las orientaciones programáticas de la práctica profesional en anticoncepción en los servicios públicos. Si bien, actualmente existe una mayor visibilidad pública de la problemática de la salud sexual y reproductiva además de la existencia de un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que provocó importantes modificaciones en el contexto de la salud pública, y una importante reforma legislativa. Paradojalmente los/ las profesionales médicos sienten inseguridad debido al aumento de los juicios de mala praxis y de acciones legales en su contra.

Algunas explicaciones al creciente aumento de los juicios de mala praxis sostienen que se deben a las transformaciones culturales acaecidas en la medicina, en los últimas décadas, como es el cambio de rol de los/ las pacientes a un papel activo/a en el proceso de toma de decisiones médicas, que tiene como corolario un proceso de cambio de la antigua relación asimétrica médicos/as-pacientes, producto del reconocimiento de que los pacientes tienen derechos. Pero al mismo tiempo esta relación se ve afectada por la mercantilización de la medicina, ligada al aumento de la importancia relativa de los seguros de salud. Otro aspecto a tener en cuenta es el impacto de la feminización sobre la medicina, aún muy débil, como para provocar cambios en el sistema de salud. La transformación efectiva en la medicina hace pensar que en la situación actual, los médicos obedecen a criterios no médicos, no científicos, sino a principios de racionalización y productividad. El cambio mismo del código lingüístico utilizado ("cliente", "costos", "usuarios", "gerentes", "gestión")

indica las profundas modificaciones a que está sometido el sector salud tanto en el sector público como privado.

A pesar de los cambios ocurridos, en los últimos tiempos, la perspectiva ideológica que sustenta el modelo médico hegemónico se mantiene intacto, como su carácter asistencial curativo, ideología que orienta la práctica en el campo de la salud reproductiva, en el que “mujer” es sinónimo de madre y por lo tanto lo esperable y deseable para ella es la reproducción y la crianza de los hijos/as. Cuando puedan modificarse las estructuras del poder patriarcal dentro del modelo médico, será posible pensar en términos integrales de salud, de carácter preventivo, que reconozca a las/os pacientes como sujetas/os de derechos. Esta verdadera transformación de las relaciones médico/a-pacientes no depende exclusivamente de la voluntad de los profesionales de la salud, sino fundamentalmente depende de una política de Estado que estructure y organice los servicios de salud desde una perspectiva de género, y promueva una legislación adecuada respecto de temas como aborto, mortalidad materna, embarazo adolescente, esterilización quirúrgica, etc. atendiendo a los diferentes condicionamientos sociales que instituyen diferencias en la salud de varones y mujeres. Esto quiere decir que el Estado debe garantizar los derechos sexuales y reproductivos, incluidos el acceso al aborto en condiciones de seguridad e higiene. Pero también es responsabilidad de las/os pacientes o usuarias/os el dejar de ser receptoras/es pasivas/os de una atención que se regula según las intenciones o la voluntad de los prestadores y se instrumentan con recursos que la ley le otorga como derechos y el sistema público le ofrece como servicios. Martha Rosemberg propone el “control social”, como ejercicio de participación ciudadana para el desarrollo democrático, en el que la sociedad ejerza control sobre el gobierno y pueda cuestionar la representatividad de actores instituidos, como los/ las profesionales de la salud, los/ las legisladores/as, los/ las periodistas, etc. (ROSEMBERG, Martha, 2004:51-57) Es decir que se debe exigir una “rendición de cuentas” en relación a las responsabilidades que el gobierno tiene en el cumplimiento de las leyes y de las políticas públicas. Para las mujeres poder reclamar por el derecho a la salud sexual y reproductiva abre las posibilidades de ser ciudadanas plenas, el derecho a decidir

sobre el propio cuerpo, las decisiones sobre sexualidad y capacidad reproductiva son un punto nodal en el proceso de ciudadanía.

## CAPÍTULO V

### **ESTERILIZACIÓN FEMENINA VOLUNTARIA EN EL HOSPITAL PÚBLICO**

#### **El Caso de La Ligadura de Trompas de Falopio en Mendoza**

*"No deseo seguir trayendo al mundo más niños donde la única expectativa para ellos es la mendicidad y la pobreza extrema, donde su única dignidad sería el permanecer vivos"*

*Sandra*

#### **5.1. LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO. UN POCO DE HISTORIA**

La ligadura de trompas de Falopio, es una esterilización femenina “permanente”, que tuvo sus orígenes, hace más de cien años, en los Estados Unidos. Las razones que guiaron para la realización de este procedimiento médico fueron exclusivamente terapéuticas, limitadas a cuando estaba en juego la salud de las mujeres. En Latinoamérica y Europa se propagó mediante el mismo modelo, pero con el correr del tiempo las indicaciones se irían adaptando a los procesos históricos generando transformaciones en su implementación, pasando por motivos eugenésicos, contraceptivos y antiprocreativos, que a su vez despertaron conflictos bioéticos de diversa índole.

En un primer momento, la esterilización quirúrgica fue recomendada por los médicos. Luego las mujeres debieron soportar la esterilización quirúrgica obligatoria y degradante. Posteriormente, en tiempos cercanos, se puede decir, que la ligadura de trompas forma parte del conjunto de demandas de las mujeres como parte de sus derechos a decidir libremente sobre su capacidad reproductiva.

Existen tres momentos históricos que señalan las transformaciones experimentadas a través de esta práctica quirúrgica y las ideologías, principios y valoraciones asociadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El primer momento se ubica a principio del siglo XIX, cuando el Dr. Gottfried Philipp Michaelis (médico alemán), planteó la extirpación del útero y la ligadura de trompas a las mujeres que había sido operadas de cesárea. El motivo que lo llevó a plantear tal propuesta fue la irremediable muerte de mujeres por hemorragias o peritonitis al ser sometidas a cesáreas. Las pocas que se salvaban corrían peligro de vida con un nuevo embarazo. Esta iniciativa no registra ninguna implementación. Otros médicos insistieron con que la ligadura de trompas podía ser una respuesta a este grave problema, pero el primer reporte científico sobre esterilización quirúrgica fue el de Samuel S. Lungren, 1880, en Ohio, Estados Unidos, quien basaba su argumentación en la estrecha pelvis de la mujer. Hasta 1897 se registraron 44 casos de ligadura de trompas, ligadas a la operación cesárea.

El motivo era la indicación médica para proteger la vida y la salud de la mujer que no podía tener un parto vaginal. La práctica de la cesárea tenía entonces, graves riesgos anestésicos e infecciosos y el 80% de mortalidad. Recién en 1897 el ginecólogo alemán Dr. Ferdinand Adolph Kehrer, cortó las trompas entre dos ligaduras, desarrolló este procedimiento, y le dio autonomía respecto de la histerectomía.

En los inicios de la esterilización quirúrgica, los motivos que admiten su práctica son por indicación terapéutica, entendida exclusivamente en sentido médico. Esta causa se ampara en el principio ético de totalidad (también llamado terapéutico) que considera al cuerpo humano una unidad, integrado por partes que tienen un orden y una jerarquía, esta visión organicista justifica la pérdida de la capacidad reproductiva sólo a favor del todo orgánico, de la vida.

En Latinoamérica, los médicos recurrieron a estos postulados para afirmar razones exclusivas de salud (úteros perforados, gran cantidad de cesáreas, en casos de que un nuevo embarazo pusiera en riesgo la vida de la mujer, como enfermedades cardíacas, de riñones, endocrinas) para la indicación de ligadura de trompas.

El segundo momento se da simultáneamente con el comienzo del convulsionado siglo XX, cuando el movimiento eugenista ingresa en la legislación de los Estados Unidos y de algunos países europeos.

La eugenesia es un concepto creado por Francis Galton, primo de Darwin, referido a *“la ciencia que trata de todas las influencias posibles para mejorar las cualidades innatas de una raza, sobre todo aquellos caracteres que más la pueden mejorar”* (CECCHETTO, S. 2002: 17) El objetivo de Galton consistía en procurar el crecimiento poblacional de “los mejores”.

El eugenismo moderno es una mixtura de las corrientes que usaban categorías como decadencia o degeneración física y moral, junto a la teoría de la evolución de las especies y la selección natural. Actualmente se sostienen estas categorías con la genética que como dice López Beltrán, *“permite una intervención en la elección de qué óvulos fecundados se van a eliminar cuando hay posibilidades de que esté acarreado alguna predisposición molecular indeseada”*<sup>21</sup>. Pero fueron los trabajos de Georg Mendel sobre la teoría de la herencia los que alcanzaron celebridad en el ámbito científico: sus estudios tomaron como base la noción de selección natural y la suplantaron por una selección razonada y consciente, que permitiera el progreso físico y moral del hombre, mediante el aprendizaje y el conocimiento. Pero el eugenismo tomó dos caminos diferentes, uno llamado eugenismo positivo, tenía una política de promoción y prevención de la salud, contribuyendo a la reproducción de las personas o familias consideradas sanas. El otro eugenismo negativo se sustentaba en una política de prohibición de la reproducción de los “indeseables”, mediante impedimentos como la negación médica del casamiento. Es esta perspectiva la que deriva en la práctica esterilizante forzada, perspectiva que alcanzó los niveles legislativos de los gobiernos, sobre la base argumental de los costos económicos y sociales que significaba la atención de los enfermos mentales, de los alcohólicos, de los criminales, y de todos aquellos que sufrían enfermedades hereditarias. Así desde 1907 hasta 1939 diferentes Estados de Estados Unidos y de Europa tuvieron legislaciones basadas en la eugenesia, leyes que sirvieron para perseguir y condenar a

---

<sup>21</sup> Entrevista a Carlos LOPÉZ BELTRÁN, Filósofo de la Ciencia e Historiador de Biología. *Diario UNO, Suplemento Señales*. 1 de febrero de 2004.



personas por diferentes motivos que van desde los enfermos mentales, de enfermedades genéticas, criminales, alcohólicos, deficientes visuales y auditivos, incluyendo a madres solteras y niños “indisciplinados”.

El razonamiento eugenésico y sus proyectos se desarrollaron y manifestaron en sus formas más monstruosas en los campos de concentración y exterminio. Fue en Alemania donde, en 1933 se aprobó la “Ley de prevención de la descendencia con enfermedades hereditarias”, el objetivo era la esterilización masiva de los idiotas congénitos, esquizofrénicos, maniaco-depresivos, epilépticos hereditarios, alcohólicos, ciegos y personas con deformaciones físicas graves, producto de la herencia. Esta ley fue acompañada de otras, que servían de complemento y refuerzo, la ley de prohibición de contraer casamiento con personas de razas inferiores o con genes deficientes, era la “Ley para la protección de la sangre alemana”. Cuando el organismo de salud rechazaba a alguien y no le entregaba el certificado de aptitud nupcial era destinado a la esterilización forzosa, obligada por el Estado.

Luego del control y eliminación de grupos específicos, los nazis adoptan esta política de exterminio de razas por ser la más sencilla, para fomentar la reproducción en los individuos “sanos y valiosos”.

Es con la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que comienzan las investigaciones científicas para esterilizar masivamente, mediante procedimientos no quirúrgicos eficaces y económicos. Las prácticas fueron cruentas, sádicas y horribles, intentaron la esterilización mediante pruebas de medicalización, inyectaban a las mujeres de los campos de Auschwitz sustancias venenosas de diversa índole en las trompas de Falopio para obstruirlas. Otras prácticas se relacionaron con la esterilización por radiación, exponiendo los genitales de varones y mujeres a los rayos X, para luego extirpar y probar la destrucción de los tejidos por la radiación.

En los juicios de Núremberg en 1946, contra los criminales de guerra y los médicos participantes en experimentaciones con humanos, se da por terminado el eugenismo, ya que en todo el mundo se generó una relación directa entre esta y la xenofobia.

Desde luego que la inscripción de la esterilización quirúrgica en este contexto provocó reacciones éticas de envergadura, por las violaciones a los derechos a la libertad, a la autonomía, de poder elegir pareja sin coacción, a la no interferencia en las decisiones reproductivas, por parte de los médicos, leyes o del Estado.

En Latinoamérica, el conocimiento de los principios de la eugenesia alcanzó a los sectores profesionales: en Brasil, Cuba y Argentina y tuvo efectivizaciones concretas a nivel político. En nuestro país se realizó en Buenos Aires, en 1934, la segunda edición de la Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura en la que participaron 16 países: iniciaba la apertura el propio presidente de la Nación, en ese entonces, el Gral. Agustín Pedro Justo. Así se explican en el Continente tanto la existencia de leyes restrictivas, de cohesión social y control, como leyes de Inmigraciones, normas de profilaxis social e incluso reglas de protección a madres y niños.

Pero la iniciativa del eugenismo, fue perdiendo adeptos y fue dejada de lado a medida que en Alemania se ligaba este a la higiene racial. Por otra parte los postulados eugenistas empezaron a tener sus refutadores desde la genética inglesa y norteamericana. Al mismo tiempo fue desapareciendo la práctica de esterilización, que en Latinoamérica se realizó en niveles bajos y se mantuvo constante hasta los años 60 y 70.

En Latinoamérica, la cuestión de la salud reproductiva no siempre respondió a las políticas y programas de las Conferencias Internacionales de Población de las Naciones Unidas (Bucarest 1974, México 1984, El Cairo 1994), ni siguió las prescripciones de las Conferencias Mundiales sobre la Mujer (México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985, Beijing 1995) como tampoco respondió a las indicaciones de los organismo internacionales como la Organización Mundial de la Salud. Lo que caracteriza a la región es más bien, como lo señala Cecchetto un *“ideario pronatalista estimulado por regímenes militares de gobierno que esperaban así combatir la desnatalidad en ciertas áreas y fortificar la soberanía en zonas fronterizas, alternó con administraciones permisivas que se asociaron con grupos extranjeros fuertemente financiados para tomar amplios territorios como campos de prueba de toda teoría poblacional posible”* (CECCHETTO, Sergio, 2002: 37).

Llegada la década de los 80, el método de esterilización, ligadura de trompas de Falopio, y a pesar de las políticas militaristas pronatalistas, se transformó en un método de planificación familiar voluntario que significó a la vez un nuevo ejercicio de la autonomía personal y del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, si bien no podemos omitir la práctica compulsiva y sistemática en países como El Salvador, Puerto Rico, Bolivia, México, Perú y Costa Rica o las que se realizan a las poblaciones indígenas o latinas en Estados Unidos. Este carácter contraceptivo o antiprocreativo voluntario de la ligadura de trompas surge como consecuencia de las demandas y reclamos tanto en el terreno legal por los derechos personalísimos y soberanos, como en el terreno político en torno a la regulación y en torno a los organismos de salud, exigiendo la prestación del servicio en especial para los sectores populares de más bajos recursos económicos y educativos. Pero las legislaciones que reglamentan la práctica siguen siendo restrictivas y ambiguas, basadas en formulaciones que reconocen sólo razones de salud, es decir médicas o “terapéuticas”, desconociendo el concepto de salud integral que incluye las necesidades de orden psicológico y social. La ligadura de trompas es admisible sólo en caso de combatir una patología física.

En síntesis las tres modalidades señaladas: esterilización quirúrgica terapéutica, esterilización quirúrgica forzosa y la esterilización quirúrgica voluntaria se mantienen vigentes y coexisten simultáneamente.

#### **5.1.1. Avances legales en la Argentina: Leyes de contracepción quirúrgica**

Actualmente, en nuestro país sólo cinco provincias<sup>22</sup> cuentan con una ley que permita la práctica de contracepción quirúrgica, la primera provincia en tener una respuesta legal fue **Río Negro**, mediante la Ley N° 3450 sancionada el 12 de octubre de 2000, Promulgada el 23 de octubre de 2000, Decreto N° 1450 para que el Programa Provincial de Salud reproductiva comprendiera la realización de ligadura de trompas de Falopio a las mujeres y de vasectomías a los varones. Dicha ley permitió la modificación de ciertos artículos de la Ley N° 3059 de Salud

---

<sup>22</sup> Leyes provinciales extraídas [www.notivida.com.ar/indice\\_legislacion\\_provincial.html](http://www.notivida.com.ar/indice_legislacion_provincial.html).

Reproductiva y Sexualidad Humana. El artículo 3, inciso c) y d) indica que - Todos los establecimientos médico-asistenciales públicos o privados de salud, a través de sus servicios y con las estrategias de atención primaria de salud, brindarán las siguientes prestaciones: c) Aplicación de métodos de contracepción quirúrgica tales como ligadura de trompas de Falopio y vasectomía. d) Controles de salud, estudios previos y posteriores a la prescripción y utilización de anticonceptivos y aplicación de métodos de contracepción quirúrgica. En el artículo 4° señala que -En los establecimientos médico-asistenciales públicos, la aplicación de métodos de contracepción quirúrgica, tales como ligadura de trompas de Falopio y vasectomías así como su recanalización será totalmente gratuito para aquellos pacientes que no cuenten con cobertura de obra social o cuando no cubran dichas prestaciones ni cuenten con otros medios para afrontar esos costos. Y en el artículo 7°-Para el caso en que el o la paciente opte por el método de contracepción quirúrgica, deberá contar con el previo asesoramiento e información detallada de un servicio interdisciplinario, organizado dentro del marco del presente programa provincial, que asegure el estado de plena conciencia y el conocimiento de los alcances y de las consecuencias de la elección de dichos métodos de contracepción. Para la aplicación del método se requerirá en forma previa a la intervención, el “consentimiento escrito” del paciente mayor de edad, con la notificación acerca de los riesgos médicos asociados. En los casos de incapacidad, los métodos de contracepción quirúrgica voluntaria, podrán ser aplicados con la conformidad del representante legal del mismo, quien a su vez deberá contar con la respectiva venia judicial.

Otra provincia que cuenta con una ley específica es **Tierra de Fuego**, que permite efectuar la ligadura tubaria y vasectomías en la red de hospitales público por Ley N° 533, sancionada el 11 de octubre de 2001, que también permitió una modificación de la Ley N° 509 de Salud Sexual y reproductiva. En su artículo 1° se establece como excepción que los beneficiarios podrán utilizar métodos de anticoncepción quirúrgica, ya sea mediante la ligadura de las trompas de Falopio en la mujer o la vasectomía en el hombre, en casos que otros métodos anticonceptivos resulten insuficientes o inconvenientes para salvaguardar la salud de los/ las beneficiarios/as, deberán contar previamente con todo el asesoramiento e

información debidamente detallada y se exigirá al beneficiario/a la mayoría de edad previa a la intervención quirúrgica y el pertinente consentimiento por escrito, en el que constará la expresa notificación de los riesgos médicos asociados que se transcribirán en el mismo documento. No será necesario exigir autorización judicial alguna por parte del Sistema Público de Salud para realizar la intervención quirúrgica requerida.

Le sigue la provincia de **Chubut**, Ley N° 4950 denominada “Contracepción quirúrgica”, presentada el 7 de julio de 2002 en su artículo 1° *“se autoriza a los establecimientos médicos públicos y privados y a los profesionales médicos a la aplicación de métodos de contracepción quirúrgica voluntaria, los que podrán hacerse efectivos únicamente en cualquiera de los siguientes casos: Cuando exista un diagnóstico médico que aconseje la práctica para evitar grave riesgo o daño en la salud. Cuando el paciente mayor de edad preste consentimiento escrito, en el que medie constancia de haber sido notificado acerca de los riesgos médicos asociados y las consecuencias del tratamiento médico de contracepción al que será sometido”*. Y en el artículo 4° exige que en toda institución pública o privada donde se realicen las intervenciones quirúrgicas deberá existir un Comité de Bioética, el que cumplirá funciones de asesoramiento y supervisión respecto de aquellas cuestiones éticas que surjan de las prácticas médicas mencionadas. Se reglamentó mediante decreto N° 932/03 el Comité de Bioética y su funcionamiento, 18 de Julio de 2003.

**Neuquén**, es otra de las provincias que cuenta con una reglamentación legal, por Ley N° 2431, sancionada el 2 de julio de 2003, La ley aprobada modifica algunos artículos de la Ley N° 2222 de Salud Sexual y Reproductiva existente en la provincia desde 1997. En su artículo 1° incorpora a la práctica de la medicina los métodos contraceptivos quirúrgicos para mujeres y varones de la provincia de Neuquén, en el marco del “Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva”. El artículo 5° modifica el artículo 6 de la Ley N° 2222, quedando redactado de la siguiente manera: *“Los métodos a que hace referencia esta Ley podrán ser de carácter reversible y transitorio, como así también definitivos. En todos los casos el método elegido deberá respetar el derecho de autonomía personal, requiriéndose el consentimiento informado por escrito”*.

Y finalmente tiene su ley la provincia de **La Pampa**, Ley N° 2079 sobre el Ejercicio de las Actividades de la Salud, derogada mediante decreto N°156/03, el 16 de diciembre de 2003. Se modificaron la Ley N° 504/69 y diversas normas vigentes para admitir la legalización de la contracepción quirúrgica. Dicha ley en su artículo 17 considera como ejercicio médico en general: en el inciso d) “La realización de prácticas quirúrgicas de infertilización potencialmente reductibles –ligadura de trompa de Falopio y vasectomía”. En el artículo 21inciso f) *“La obligación de informar perdura para cuando el requerimiento proviene del /la interesado/a respecto a intervenciones sobre las áreas estéticas o supuestos de infertilización potencialmente reductibles como ligaduras de trompas de Falopio o vasectomías, que impliquen una decisión sobre los derechos personalísimos del ser humano”*. En tal sentido el interesado debe cumplimentar los siguientes requisitos: ser mayor de edad, solicitud fundada por escrito y firmada, receptar el informe profesional, indicación terapéutica integral (intervenciones interdisciplinarias de áreas psico-físico-social), reconocimiento expreso y por escrito que la práctica de retubarización o fertilización asistida será sólo asumido por el/la interesado/a. En los supuestos de contradicción en la emisión de la indicación terapéutica integral se requerirá dictamen del consejo bioético provincial. En el inciso g) señala que para los menores o incapaces deberá requerirse autorización a la autoridad judicial competente.

El 26 de agosto de 2004, el Senado de la Provincia de Santa Fe dio sanción definitiva a la incorporación de la ligadura de trompas y vasectomía a la Ley de Procreación Responsable N° 11.888, proyecto que dispone que en los hospitales públicos se puedan realizar vasectomías y ligaduras de trompas de Falopio en forma gratuita como métodos de anticoncepción quirúrgicos para hombres y mujeres.

Diferentes estrategias legales se siguieron en estas provincias para alcanzar sus respectivas leyes de Contracepción quirúrgica. Se realizaron modificaciones a leyes existentes, para admitir en los respectivos programas provinciales las prácticas de la vasectomía y la ligadura de trompas. Sin embargo, resulta curioso que en cada provincia se esgriman diferentes fundamentaciones. Por ejemplo la ley de Río Negro sostiene que tanto la práctica de ligadura como de vasectomía en los hospitales públicos será gratuita, en los casos de no contar con alguna obra social o sistema de

salud, pero del mismo modo se considera gratuita su recanalización, perspectiva que en nuestra provincia cosechó importantes detractores por los costos que significa esta práctica. En cambio en la Pampa, la intervención requiere de indicación terapéutica integral, es decir indicación psico-físico-social y una aclaración en (el consentimiento informado) de que la recanalización o la fertilización asistida corre exclusivamente por cuenta del o la demandante.

La provincia de Neuquén tienen una ley de avanzada, es la única ley que reconoce el derecho a la autonomía personal en la decisión y elección del método anticonceptivo más adecuado a cada persona, en este caso puede ser reversible transitorio o definitivo. En Chubut y Tierra de Fuego la ley es más restringida, se acepta la ligadura de trompas y vasectomías sólo en caso de riesgo médico o daño a la salud, no queda en claro cual sea el, concepto de salud que está en juego.

### **5.1.2. Ligadura de trompas de Falopio: ¿Esterilización?, ¿infertilización?, ¿castración?**

En la actual práctica médica esterilizante de mujeres en los hospitales públicos de la Ciudad de Mendoza existen dos enfoques en constante conflicto y tensión: uno **restringido** o **acotado**: que nace en los Estados Unidos en el siglo XIX, y que se conoce como esterilización terapéutica, donde se apela a razones exclusivamente de salud física para la mujer y otro **ampliado** o **no acotado**: de carácter más bien contemporáneo, en permanente elaboración, que define a la ligadura tubaria como una esterilización electiva, contemplando razones más amplias como los riesgos psicológicos y los sociales.

Miles de mujeres, en los últimos años, han comenzado a demandar a los equipos de salud de los hospitales públicos métodos anticonceptivos, ya que manifiestan una falta de deseo de seguir pariendo, señalan las dificultades económicas, sociales y culturales que les impiden criar a sus hijos/as y buscan una respuesta por parte del sistema de salud para que se les realice una ligadura de trompas.

La ligadura de trompas *“consiste en la sección de las trompas de Falopio y la sutura de los cabos seccionados con material no reabsorbible para evitar que la*

*sutura se suelte o se recanalice espontáneamente la trompa. Para llevar a cabo el procedimiento hay que abordar la cavidad abdominal, ya sea por laparotomía o por laparoscopia. Este abordaje se realiza siempre con anestesia regional (raquídea o peridural), o general” (URBANDT, Patricia, 2002: 47-48).*

La ligadura de trompas de Falopio tiene muchas definiciones, no hay consenso expreso, algunos sostienen que es una “castración”, pero esta no se ajusta al caso de la ligadura porque la castración es una intervención que consiste en extirpar las glándulas sexuales (los ovarios y testículos). También es denominada “infertilización”, pero esta definición no se ajusta a dicha práctica porque infértil es la mujer que no puede proseguir con un embarazo, si bien puede haber concebido o parido en otros momentos de su vida. En cambio una mujer estéril es aquella que ha perdido esta capacidad de concebir, por lo tanto la denominación de “esterilización” es la que más se adapta a la práctica de ligadura de trompas. Algunos profesionales sostienen que como esterilización es un método de anticoncepción permanente e irreversible y no definitiva, hasta que no se realice una nueva intervención quirúrgica con el fin de recanalizar las trompas. La recanalización no siempre tiene resultados positivos, sólo el 40% de los casos tiene éxito, y significa una nueva operación y someter a las mujeres nuevamente a una anestesia con los riesgos que eso implica. A excepción de la provincia de Río Negro, la recanalización no se realiza en los hospitales públicos, por los altos costos que representa.

La ligadura de trompas es una esterilización porque es un procedimiento que tiene como finalidad impedir la procreación, se estrangula el conducto del oviducto, el acto sexual sigue siendo posible, pero no podrá llevar a cabo un embarazo. Entonces la esterilización es toda intervención médica o quirúrgica que causa en el paciente, mujer o varón la incapacidad de engendrar, orgánica o funcional, temporal o definitiva, por lo tanto tampoco puede ser considerada una “extirpación quirúrgica” comparable a la histerectomía, ablación de clítoris o en el caso de varones la extirpación de testículos en el que se compromete de alguna manera la capacidad sexual. Por lo tanto no puede tener igual consideración ética, porque no es lo mismo, la esterilización puede carecer de indicación terapéutica, y puede efectuarse con fines únicamente anticonceptivos y puede ser además reversible.



La esterilización que tiene como efecto hacer imposible la procreación incluye la esterilización denominada “eugenésica”, que se realiza con el fin de evitar la transmisión de enfermedades a una futura descendencia, o la llamada esterilización “preventiva o terapéutica”, la que se realiza para impedir un embarazo que podría agravar alguna enfermedad o causar la muerte de la mujer o del feto, trastornos psicológicos, depresiones, etc. y la “electiva” que es la propiamente anticonceptiva, la que se efectúa con el único objeto de no tener hijos/as. La pobreza es generalmente un factor que lleva a la esterilización electiva, y quienes demandan argumentan la importancia que tiene la salud psicofísica de la mujer para los descendientes que ya existen. En este sentido, la esterilización electiva debe ser considerada también terapéutica, si se la considera desde una perspectiva integral de salud y como decisión se enmarca dentro del respeto a los derechos personalísimos, como el derecho a la autonomía, a la libertad decisoria y a la privacidad, que toda persona debe tener para poder decidir sobre su propio cuerpo y su capacidad reproductiva. Las nuevas demandas de ligadura de trompas electiva por razones psicológicas y sociales plantean una reubicación de la ligadura de trompas de Falopio dentro del espectro de los métodos anticonceptivos, situación que genera a menudo en los médicos/as respuestas que tienen que ver más con cuestiones valorativas y morales que científicas. La esterilización efectuada con el sólo fin de no tener hijos/as es la única que cabe denominar anticonceptiva y es la única considerada absolutamente inmoral e ilícita y no por razones médicas sino por razones de tipo morales y religiosas.

## ***5.2. LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO EN MENDOZA***

En nuestra provincia en 1999, se autorizó por primera vez, por vía de amparo una solicitud interpuesta para realizar una ligadura de trompas a una mujer embarazada, dentro de la obra social de los/ las empleados/as públicos situación que despertó una amplia polémica en la provincia de Mendoza. Al tomar estado público la problemática de la ligadura de trompas se plantea una serie de conflictos de diverso orden: moral, ético, médico, jurídico, psicológico, social y religioso, que no

se evidenciaban cuando esta práctica se acordaba exclusivamente en el ámbito privado y secreto de la relación interpersonal médico/paciente.

El debate en torno a la ligadura tubaria se puede ir comprendiendo a partir de la reconstrucción de todo el proceso que significó instalar el consultorio de Ligadura de trompas en la maternidad más importante de Mendoza, el Hospital Lagomaggiore.

Desde el 23 de mayo de 2000 la obra social de empleados/as públicos (OSEP) decidió por medio de la Resolución N° 0307 cubrir la ligadura de Trompas sin previa autorización judicial, en el sanatorio Fleming de la Obra social, para aquellos casos donde no sean aplicables otros métodos anticonceptivos y cuenten con indicación terapéutica precisa, previo consentimiento escrito de la paciente, convirtiéndose la OSEP en la primera obra social del país que cubre este tipo de operaciones.

El 2 de octubre de 2000 con la Resolución N° 2492 el Programa de Salud reproductiva tramita un dictado de una norma que permite realizar el procedimiento quirúrgico de ligadura de Trompas de Falopio en hospitales públicos, siempre y cuando se ajusten a ciertos condicionamientos: para todos los casos donde no sean aplicables otros métodos anticonceptivos (causas físico-clínica y psico-sociales) y cuenten con indicación terapéutica precisa, previo consentimiento escrito de la paciente.

Ambas resoluciones constituyen un elemento jurídico fundamental para habilitar en los hospitales públicos y del Estado a los profesionales médicos/as a realizar dicha práctica, teniendo en cuenta, para la aceptación de dicho procedimiento quirúrgico, los casos considerados de indicación terapéutica.

### **5.2.1. Prácticas de Ligadura de trompas anterior a la Resolución**

Con anterioridad a estas resoluciones los/ las médicos/as también hacían ligadura de trompas pero sólo cuando ellos lo consideraban necesario, mediante formas médicas no normatizadas. Desde una perspectiva paternalista eran ellos quienes decidían de manera arbitraria a qué mujer beneficiarían con la intervención y a cuáles no, en este sentido la Lic. Liliana Barg (Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva en la provincia) señala, “... *‘yo me quiero hacer la ligadura’, es un deseo que ha estado siempre en las mujeres pobres, siempre llegaban con la aspiración de hacerse la ligadura, se le realizaba un informe social, y se esperaba*

*que estuviera en el hospital algún médico de buena voluntad para que se la hiciera, pero ésta práctica se realizaba sin anotarla en el protocolo de la historia clínica, y por supuesto sin avisarle a la mujer que volvía al tiempo al centro de salud sin saber si se le había realizado la ligadura”.*<sup>23</sup> Esta práctica, era recurrente y se sostenía junto a la paranoia médica a los juicios por práctica ilegal, de ésta manera los profesionales médicos eran los únicos jueces que tenían el pleno control y poder de hacer la intervención según su antojo.

Otra modalidad asumida en el Hospital Lagomaggiore, (principal maternidad de la provincia), era la de enviar a las mujeres que solicitaban el procedimiento quirúrgico al Comité de Bioética del hospital para que sus miembros/as decidieran. El Comité realizaba una serie de entrevistas a las mujeres interesadas, de las cuáles se obtenían los siguientes resultados, de 15 casos de pedidos de ligadura de trompas, el Comité aprobaba sólo uno, y en caso de riesgo de muerte. Otro aspecto a considerar sobre la tarea y el funcionamiento del Comité de Bioética era la ubicación de su oficina, lo que producía una sensación bastante desfavorable para las personas que requerían de su intervención, la oficina estaba ubicada dentro de terapia intensiva, lo que implicaba tener que atravesar un espacio de mucho dolor y sufrimiento, cuando no de cadáveres.

### **5.2.2. Sandra en el laberinto**

A los 24 años, Sandra, conocía de adversidades y sufrimientos, tenía ya cinco hijos/as y sin embargo, pensaba en estudiar<sup>24</sup>. Al cotidiano trabajo doméstico le sumaba sus sueños en terminar el secundario de adultos. Compartía entonces una pequeña y humilde casa junto a sus hijos/as y su marido, treinta años mayor que ella, un changarín subocupado. Asistía a un CENs, criaba a sus hijos/as y decidió que su sexto embarazo sería el último. Sandra optó por hacerse una ligadura de trompas, se

---

<sup>23</sup> Entrevista realizada a **Liliana Barg**, Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva de Mendoza, en el marco de un Proyecto de investigación llevada a cabo por la Dra. Alejandra Ciriza en el marco del CONICET y la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNCuyo, “Ligadura tubaria: reconstrucción de la experiencia en hospitales públicos del Gran Mendoza” (2000 - 2002, en convenio con el Programa de Salud Reproductiva.

<sup>24</sup> Se ha cambiado el nombre para preservar su identidad.

lo transmitió a su médico, en el centro de salud de su barrio, pero su caso no fue admitido como indicación terapéutica.

Así Sandra empezó una larga travesía, que se convertiría en un interminable laberinto burocrático, en busca de un método efectivo para evitar un nuevo embarazo. En abril de 2000, se presentó ante la codefensoría de los Tribunales de Familia y presentó un recurso de amparo: quería que la autorizaran a ligarse las trompas de Falopio. Los médicos pidieron autorización a la jueza, la jueza al fiscal y el fiscal respondió que no hacía falta autorización legal para una ligadura de trompas, porque podía indicarla un médico. No salió la autorización, no se hizo la ligadura, pasó el tiempo y Sandra quedó nuevamente embarazada.

Fue entonces, cuando la jueza de Familia Adriana Rodríguez se hizo cargo del amparo, pidió pruebas de oficio, y tomó conocimiento de la Resolución Ministerial que existía desde octubre del 2000. Fue la primera vez que la Justicia de Mendoza autorizó a una mujer a hacerse una ligadura de trompas en un hospital público, por motivos sociales y no médicos. Se trató del primer caso en la provincia y sentó un precedente clave para que otras mujeres pudieran optar por este tipo de intervención, que sólo se hace en un centro público cuando, por ejemplo, un nuevo embarazo puede poner en riesgo la vida de la paciente. La decisión tuvo en cuenta el contexto socio-económico de la solicitante: una mujer de 25 años con seis hijos y embarazada, de condición humilde y estudiante de una secundaria para adultos.

Este fallo llegó con dos años de atraso. La lentitud y la falta de una normativa legal desvirtuó un tanto el objetivo final: la autorización judicial llegó cuando la joven, que no quería quedar embarazada otra vez, ya había tenido su séptimo hijo. A los pocos días de confirmarse el fallo, Sandra acudió al Hospital Lagomaggiore y se practicó la ligadura de trompas. Los motivos que la llevaron a tomar tal decisión figuran en el expediente judicial: *"No deseo seguir trayendo al mundo más niños donde la única expectativa para ellos es la mendicidad y la pobreza extrema, donde su única dignidad sería el permanecer vivos"*. El fallo de julio del 2002 habla de esterilización electiva y no terapéutica. Esto significa que la decisión pasa por una cuestión personal y no por cuestiones sanitarias. Asimismo, hace hincapié en los derechos individuales y personalísimos de cada sujeto/a.

La jueza interpretó, respecto de esto, que el principio de igualdad debe respetarse y no sucumbir ante una cuestión económica. El ser pobre no puede impedir que una persona tome una decisión respecto de su cuerpo y de su vida, como tampoco debe ser un obstáculo para sus aspiraciones de desarrollo, tanto personal como educativo. Además sostuvo que los casos de indicación terapéutica son aquellos en los que la decisión puede incidir en la salud de la persona, desde una perspectiva integral que incluye aspectos físicos, psíquicos y sociales.

Finalmente la sentencia aclara que en base a la ley de Salud Reproductiva y a la Resolución del Ministerio de Desarrollo Social y Salud 2492/00, es *"innecesario pedir autorización judicial para la ligadura de trompas"*.

### **5.2.3 Creación del Consultorio Interdisciplinario de Evaluación de Ligadura de Trompas en el Hospital Lagomaggiore.**

El Equipo interdisciplinario de ligadura tubaria, es fruto de una lucha muy intensa en el Hospital Lagomaggiore, la conformación de un consultorio de ligadura para evaluación de los casos fue muy resistida. En un principio esta tarea fue llevada a cabo por las Lic. Marcela Ojeda, Lic. Ana María Llanos y la Dra. Clara Caruso, quienes se encontraron con la necesidad de dar respuesta a una amplia demanda de mujeres de bajos recursos que querían realizarse una ligadura y a las cuales el Comité de Bioética había rechazado. Este grupo de profesionales buscaba dar respuesta a pacientes cuya situaciones implicaba alto riesgo físico, psíquico y /o social, en coordinación con la dirección del hospital y el Programa de Salud Reproductiva buscaron la forma de viabilizar dicho reclamo. Comenzaron las reuniones con el Comité de Bioética, reuniones con el Director, reuniones con los médicos/as, con los/ las psicólogos/as, hasta que poco a poco fue tomando forma la concreción de un Consultorio cuya puesta en marcha llevó prácticamente un año y medio de tramitaciones. Finalmente el Equipo Interdisciplinario para evaluar casos de ligadura de trompas, quedó conformado el 18 de mayo de 2001, mediante resolución N° 125 del Hospital Lagomaggiore, integrado por las Áreas: Obstetricia, Ginecología, Psicología, Trabajo Social y Sexología, constituida por los siguientes profesionales: Dra. Silvia Kram, Lic. Ana María Llanos, Lic. Angélica Tixeira, Dra. Clara Caruso, Lic. Marcela Ojeda, y el Dr. Diego Breitman. La coordinación

(rotativa y de un año de duración) estuvo a cargo de la Lic. en Trabajo Social, Marcela Ojeda, cuya elección fue estratégico, ya que sirvió para instalar una perspectiva de salud integral que contemplara razones de tipo social y psicológica. Inicialmente los conflictos de poder se expresaban en la presencia de ciertos profesionales en el consultorio, generalmente los médicos/as, que retardaban los expedientes porque no se presentaban para firmar la evaluación del equipo.

La constitución del Consultorio debió sortear una serie de obstáculos y resistencias. Un ejemplo de ello, es que el Servicio de Ginecología del Hospital se resistía colectivamente, como si hubiera firmado objeción de conciencia, cada uno/a de sus integrantes, a que se realizara la práctica de ligadura. Esta situación generó grandes dificultades en relación a la práctica misma. El Servicio de Ginecología que tiene el aparato con el que se realiza la cirugía laparoscópica (práctica que implica menores riesgos, tiempo de internación y costos) generó todo tipo de inconvenientes para impedir su utilización, condiciones que obligaron al Programa de Salud Reproductiva a contratar un médico obstetra para que realizara las tripcias tubarias, mediante la Minilaparatomía, a partir de 8 de septiembre de 2002.

Esta decisión del Programa, generó conflictos dentro del propio Consultorio, según argumentos de la Lic. Llanos y de la Dra. Caruso, quienes deciden retirarse del Equipo Interdisciplinario, a principio del año 2003. El motivo de su separación parecía ser, principalmente, la decisión del Programa de llevar a cabo las ligadura de trompas en casos de parto normal mediante laparotomía, posición que se expresó en las reiteradas cartas que la Lic. Llanos envió al Dr. Pastor, Director del Hospital. Además sostenía que no se informaba a las mujeres de la complejidad de dicha práctica y sus riesgos, y que no estaba expresado en el consentimiento informado que las pacientes firmaban.

Otro obstáculo que tuvo que enfrentar el Equipo Interdisciplinario, además de tener que contratar el PSR a dos profesionales la Dra. Leticia Ojeda y el Dr. Varela para que realizaran la ligadura, fue las dificultades asociadas a cuestiones personales de índole religiosa y moral, por ejemplo: los camilleros contrarios a la ligadura llevaban a las mujeres a otras salas en vez de trasladarlas a cirugía, quería firmar objeción de conciencia de manera colectiva, las enfermeras escondían al médico/a

los trajes esterilizados, los/ las anestesistas se negaban a entrar al quirófano, las mujeres ligadas debían sufrir el maltrato institucional tanto de parte de los/ las médico/as como de todo el personal de salud, entraban a las salas dónde estaban las mujeres recién ligadas y se les decía: “*esto es una carnicería*”, “*se van arrepentir*”. Estos impedimentos, se explican por razones religiosas y morales más que por cuestiones ligadas a las dificultades efectivas de la práctica profesional. Las personas que se oponen a la práctica de ligadura tubaria no firmaron objeción de conciencia. En la provincia sólo seis profesionales lo hicieron.

Actualmente el Consultorio, se encuentra en un proceso de consolidación e institucionalización, ha cambiado bastante tanto en su funcionamiento como en su constitución. En este momento el Equipo Interdisciplinario está coordinado por una médica, la Dra. Leticia Ojeda, quien realiza las ligaduras junto con el Dr. Varela, y tiene un protagonismo importante en la consejería y en los cursos de salud sexual y reproductiva que se dictan en el hospital. Al equipo de profesionales (Lic. Mariana Llera, Lic. Marcela Ojeda, Lic. Susana Salcedo, Dra. Silvia Kraam, Dra. Leticia Ojeda, Dr. Jorge Varela) se suma también el trabajo de una secretaria que facilita la tarea de administración de los expedientes.

En relación a la modalidad de trabajo el equipo se reúne los viernes, ya no existen los problemas iniciales cuando faltaba el médico/a. Se puede decir que hay una consolidación del equipo y en las reuniones están todos/as los/ las profesionales presentes. El ritmo de trabajo se ha incrementado, favoreciendo a las mujeres ya que se solicitan pedidos de internación de una semana a otra.

El trabajo de una administrativa agiliza los trámites de los expedientes, dejando liberadas a las trabajadoras sociales, a tareas más específicas. Esto permitió la reglamentación de dos circuitos operativos de acceso a la ligadura de trompas, uno de vía rápida y otra lenta, el primero es para los casos en que la gente está internada en maternidad del 2° piso, que solicita la ligadura con urgencia, porque tienen alguna patología como diabetes, hipertensión etc. En estos casos las trabajadoras sociales facilitan la realización y autorización de los informes por si la paciente va a una cesárea o cirugía. Este circuito rápido favorece la ligadura por razones estrictamente médicas.

El circuito lento es la modalidad normativizada por el hospital, en aquel en el que las mujeres vienen derivadas de los centros de salud, con sus respectivos informes, y pasan por el consultorio para que su caso sea evaluado. Las mujeres que llegan al hospital, en estado avanzado de embarazo en cuyo historial constan varias cesáreas, son consideradas como portadoras de riesgo suficiente para ser incorporadas al circuito rápido.

En cuanto al uso de la laparatomía, la cosa no ha cambiado demasiado. Laparoscopia sigue estando en el servicio de ginecología, y su uso está impedido porque se trata de un circuito rodeado de resistencias. Si bien la OSEP, iba a capacitar a los/ las profesionales en el uso de este aparato, todavía están esperando la capacitación. Estos obstáculos siguen presentes, y son de envergadura, porque es el punto en el que se hace hincapié para desprestigiar el trabajo del consultorio. Los argumentos van desde objeciones personales hacia los/ las profesionales hasta referencia a la característica invasiva de la técnica empleada: la laparatomía. Muchos/as de quienes objetan no dudan en murmurar por los pasillos del hospital, *“cuando se le muera una paciente, se van a acordar de nosotras, cuando opere a una gorda, se le va a complicar”*. Sin embargo, no ha habido hasta ahora ningún problema respecto de las pacientes ligadas en el hospital.

Otro aspecto que ha cambiado es que el Consultorio tiene un espacio físico, una oficina en el 3° piso del Hospital. El Dr. Pastor anterior director del Lagomaggiore, no consiguió un espacio para el funcionamiento del equipo Interdisciplinario. Luego de una intensa lucha por conseguir un lugar, los expedientes fueron llevados al 3° piso para que estuvieran cerca de los profesionales y de las mujeres. Se los ubicó entonces en la enfermería. Cuando asumió la Dra. Molina, a comienzo de 2004, como directora del hospital, otrora contraria a la ligadura de trompas y a la ley, sorprendió su actitud, pues hasta ahora no ha negado ni rechazado ningún expediente y designó al Dr. Ozollo, encargado de recursos humanos, para que asignara un espacio para el funcionamiento del consultorio. Este decidió que debían tener una oficina en el 3° piso cerca de enfermería, desde 1998 los muebles comprados por el Programa de Salud Reproductiva destinado para el Consultorio, estuvieron esperando su lugar.



Podemos decir que a partir de este año el consultorio de ligadura de trompas se ha consolidado, se ha ido institucionalizado en el hospital, ha conseguido un espacio propio, se le ha designado una secretaria, la gente sabe que existe, que está en el tercer piso y que lleva 4 años haciendo ligaduras de trompas a mujeres de escasos recursos.

Los datos hasta agosto de 2004, indican que desde que comenzó a funcionar el Consultorio de ligadura de trompas en nuestra provincia se han realizado un total de 286 ligaduras sólo en el Hospital Lagomaggiore, 19 casos se encuentran en trámite, 152 mujeres abandonaron el trámite y sólo 27 casos fueron rechazados. Y un total de 574 ligaduras en toda la provincia.

#### **Ligaduras realizadas 2000/ agosto de 2004**

	Ligaduras	En trámite	Abandono	No autorizada
<b>Hospitales Públicos de Mendoza</b>				
H. CENTRAL	3			
H. SAPORITI	5			
H. TAGARELLI	13	1		
H. MALARGÜE	20	1		
H. SCARAVELLI	29			
H. SHERSTAKOW	40	2		1
PAROISSIEN	178	26		2
<b>LAGOMAGGIORE</b>	<b>286</b>	<b>19</b>	<b>152</b>	<b>27</b>
<b>Total general</b>	<b>574</b>	<b>49</b>	<b>152</b>	<b>30</b>

Cuadro aportado por el Programa de Salud Reproductiva

#### **5.2.3.1. Circuito Operativo del Equipo Interdisciplinario de Ligadura Tubaria en el Hospital Lagomaggiore**

A partir de la Resolución, la ligadura de trompas es una práctica avalada legalmente, las mujeres ahora pueden pedir que se les realice la ligadura de trompas. Con la Resolución, el trámite admitido se realiza en menos de 15 días. Cuando el parto es por cesárea, se programa junto con ésta, pero si la mujer tiene un parto normal se la cita, con posterioridad para realizarle la ligadura. En el caso de ser rechazadas, ellas pueden pedir una autorización legal.

Este trámite para alcanzar su objetivo debe seguir todo un circuito operativo que se desarrolló a partir de la Resolución. En el Hospital Lagomaggiore, el trámite comienza con la presentación del pedido formal de la paciente, consentimiento informado, e Informe Médico, Psicológico y Social del centro de salud de referencia. Luego se envía Nota al Director del Hospital, y se le otorga número de expediente. En caso de iniciar la paciente solicitud estando internada y próxima a cesárea programada en el hospital, es evaluada por los profesionales del mismo hospital.

Una vez que se abrió el expediente pasa al Equipo Interdisciplinario de evaluación de Ligadura Tubaria. El equipo Interdisciplinario evalúa los expedientes. Si es favorable se incluye la resolución en la historia clínica de la paciente a quién se entrega copia de la evaluación. Si está incompleto o falta algún informe se realiza las gestiones para completar la documentación necesaria. Si hay discrepancias, se requiere segunda opinión del Comité de Bioética, sin embargo, hace un año que no se realizan derivaciones al Comité.

Si el informe es favorable se hace pase a la sala de partos o al servicio de Ginecología para la entrega de turnos programados en caso de intervención posparto. Debido a los obstáculos interpuestos por dicho servicio, las intervenciones quirúrgicas son realizadas por médicos/as contratados por el Programa de Salud Reproductiva.

Si en cambio, el Equipo Interdisciplinario evalúa en forma negativa, el pedido de la paciente, se vuelve a entrevistar a la mujer y se le explican los motivos de tal resolución, entregándole copia de la misma. Se deriva al Consultorio de Planificación Familiar con seguimiento domiciliario por personal del Programa de Salud Reproductiva o de las Áreas departamentales según el caso, estableciendo coordinación con los Centros de salud u Hospital Regional para los controles y/o provisión de insumos.

Los expedientes se archivan en el Consultorio Interdisciplinario de ligaduras tubaria y se envía copia a Dirección del Hospital<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Se adjunta sistematización de los aspectos evaluados para la realización de ligadura de trompas en Anexo III. A partir de las fichas del hospital se han ordenado los aspectos considerados en el Informe social, psicológico y médico

Los médicos ginecólogos y tocoginecólogos del total del personal (planta, guardia, locaciones) que no acuerdan con la práctica de ligadura de trompas deberían haber firmado objeción de conciencia, para negarse a realizar dicha intervención, como está escrito expresamente en la resolución del hospital.

### ***5.3. PROYECTO DE LEY DE CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA EN MENDOZA***

Generalmente los argumentos médicos en contra de la ligadura de trompas de Falopio se sustenta en la Reglamentación del Ejercicio de la Medicina, ley N° 17132 del año 1967 que impedía la esterilización en el territorio de Bs. As. y para Tierra de Fuego (ahora Provincia), al cual las provincias debía adherir. Sólo se aceptaba la ligadura terapéutica, pero cuando los médicos leen terapéutica identifican con “razones biológicas”, por eso en la Resolución N° 2492 se aclara el concepto integral de salud, basado en el concepto de salud de la OMS, y en ese sentido se amplía a las razones psicológicas y sociales el carácter terapéutico de la intervención.

A partir de marzo de 2000 algunos legisladores junto a un equipo de asesores reconocen el vacío legal en éste tema y deciden realizar un proyecto de contracepción quirúrgica que incluye la intervención de ligadura de trompas de Falopio y vasectomías. El diputado Ángel Cáceres (PJ) y José Luis Montaña (Alianza) tomaron la tarea y elaboraron el proyecto. En ese momento sólo había un precedente en el país, la provincia de Río Negro donde se había presentado un proyecto a la legislatura, que se convertiría en la Ley N° 3450 varios meses después.

En Mendoza, luego de un largo debate en el que intervino diferentes organizaciones sociales, comunitarias, barriales, de mujeres, distintas corporaciones: médicas, religiosas, partidos políticos, en diciembre del 2002 la Cámara de diputados dio media sanción al proyecto de ley. El resultado de la votación fue 30 contra 9. En el profundo debate que precedió a su aprobación aparecieron impulsores y detractores en todos los partidos y sectores de la sociedad. Lo mismo ocurrió cuando pasó a la Comisión de Salud del Senado para que se discutiera el tema.

Hay que destacar que cuando se dio media sanción al proyecto, había 300 mujeres inscriptas en el Lagomaggiore, habiéndose operado aproximadamente 120 mujeres, desde que el Programa de Salud Reproductiva abrió la posibilidad de esterilizar gratuitamente a través de éste método. Fue con la Resolución que se permitió blanquear y ordenar esta práctica que se efectuaba en los hospitales públicos de manera solapada o en la medicina privada, lo que implicaba negar la posibilidad a las mujeres de escasos recursos.

El proyecto de ley<sup>26</sup> de Contracepción Quirúrgica de la Provincia de Mendoza, cuya autoría pertenece al diputado José Luis Montaña (Alianza) y co-autoría de los diputados Ángel Cáceres (PJ) y Fernando Armagnague (Alianza), reza en su artículo 1º- *“Autorízase a los profesionales médicos a realizar en los establecimientos hospitalarios estatales o privados de la Provincia, debidamente habilitados para el ejercicio de la medicina por el Ministerio de Desarrollo Social y Salud u organismo que lo reemplace, tanto en hombres como en mujeres, las prácticas médicas destinadas a obtener la contracepción quirúrgica”*. Teniendo en consideración en el artículo 2º - *“que estas prácticas sólo podrán ser efectuadas por indicación terapéutica correspondiente y/o a requerimiento de hombres o mujeres. Los mismos deberán expresar su consentimiento en forma escrita, respetándose el derecho a la autodeterminación. Entendiéndose que el o la paciente, tienen derecho al completo bienestar físico, mental y social, para elegir y decidir concientemente sobre su salud y su planificación familiar”*.

Los autores del proyecto, que el 4 de diciembre de 2002 tuvo media sanción en la legislatura apuntaron a dos problemáticas sociales sensibles que esta ley ayudaría a mitigar: por un lado el aborto y por otro la mortalidad materna, además del control voluntario de la natalidad en el caso de mujeres que ya hubieran parido varios hijos/as.

Pero como cada vez que se discute sobre el derecho a decidir que las mujeres y varones tienen sobre sus propios cuerpos, surgen detractores que consideran que cualquier avance legal en este sentido es no sólo inútil y antiético sino pernicioso para el conjunto de los valores morales de la sociedad.

El debate público que precedió a la media sanción, dentro de la Comisión Salud y que continuó en las diferentes comisiones del Senado, se caracterizó por una importante y amplia participación de diferentes sectores de la sociedad (médicos, religiosos, políticos, organizaciones de la sociedad civil, grupos de mujeres y feministas, etc.). Para seguir sumando opiniones de la sociedad se realizaron unas Jornadas Interdisciplinarias, el 8 de abril de 2003, en la legislatura de Mendoza, a la que fueron invitadas mujeres de diferentes organizaciones. Los discursos que se esgrimieron reflejan conflictos de diferente orden que se sintetizarán a continuación<sup>27</sup>.

Uno de los conflictos más intrincado y profundo es el de **orden moral**, que se relaciona con las creencias religiosas. Desde el punto de vista de la iglesia católica cualquier práctica que se asocie con una intención antiprocreativa es contraria a la doctrina de la Iglesia. Sólo se acepta la extirpación parcial o total de un órgano reproductivo cuando está en grave peligro la vida de la mujer. Como la ligadura tubaria es considerada una “mutilación” con el objeto de evitar embarazos no es considerada como una práctica terapéutica. Así se expresó el sacerdote Ricardo Pobrete, del Comité Provincial de Bioética cuando le tocó opinar respecto del proyecto de ley para esterilizar a mujeres y varones en hospitales públicos. Dijo: *“No se puede solucionar problemáticas de índole social mediante procedimientos quirúrgicos. Además distrae recursos cuando son necesarios para otras cosas es una injusticia también. Creo que la ley en sí es inútil porque los casos puntuales se pueden contemplar perfectamente sin necesidad de una ley general”*. Y agregó que *“la Iglesia Católica está de acuerdo en practicar estas operaciones en casos en que la vida de la mujer está comprometida seriamente y no pueda aplicarse otros métodos naturales, como la abstinencia sexual en los días de la ovulación”* (Diario UNO, 5 de diciembre, de 2002:7) La idea que prima es una noción de “terapéutica” acotada, es decir, limitada únicamente a los aspectos médico-biológicos, ligados a alguna patología, por la cual, el embarazo pueda poner en peligro la vida de la mujer.

---

<sup>26</sup> Para mayor información ver Expediente completo N° 26394 Diputados

<sup>27</sup> Los dos periódicos mendocinos más importantes *Diario Uno* y *Diario Los Andes* constituyeron las fuentes principales de los argumentos esgrimidos, tanto a favor como en contra de dicho proyecto de ley.

En la Comisión de Salud del Senado, donde se discutía el proyecto de contracepción quirúrgica, este representante del Arzobispado de Mendoza expresó: *“no sería ético permitir que se realice este tipo de operaciones por el sólo pedido de los pacientes que las requieran. Cuando no existe ninguna causa médica no se justifica la intervención (...) Una persona no puede ir al médico y pedirle que le corte el dedo, solo porque no le gusta ya que yo no soy dueño de mi cuerpo”* (Diario UNO, 4 de marzo de 2003:3).

La Iglesia Católica cuestiona la utilización de una amplia gama de métodos anticonceptivos y se muestra a favor de los métodos llamados “naturales” de control de la natalidad<sup>28</sup>. “Parirás con dolor”, “concebir los hijos que Dios les mande” son mandatos que tienen graves implicancias en la vida cotidiana de las mujeres y en relación a sus derechos sexuales y reproductivos, como señalamos en el capítulo III. Cualquier práctica que separa la sexualidad de la reproducción es considerada para la Iglesia católica como pecaminosa o moralmente reprochable. Así se expresa en el Documento de la Iglesia contra la contracepción quirúrgica donde *“lo urgente (evitar nuevos nacimientos) no debe impedir trabajar por lo importante (la educación en el amor y la sexualidad)*. Por otra parte el grupo Pro Vida una organización no gubernamental con sede en General Alvear, denuncia en su página en Internet a *“los ideólogos de la ley de ligaduras de trompas como legisladores anti-vida”* (Los Andes, 5 de diciembre de 2002)

Por otra parte, la tradición judía, acepta que las mujeres utilicen métodos para planificar y prevenir embarazos, pero en el caso de la ligadura de trompas de Falopio, el rabino Alejandro Bloch se manifestó contrario y en la Comisión de salud de la Legislatura, ofreció un panorama histórico desde la tradición judía, en el que se inclinó por los métodos anticonceptivos químicos y de barrera pero no los quirúrgicos, salvo excepciones, cuando peligra la vida de la mujer. (Diario UNO, 18 de marzo de 2003:14).

Los **problemas médicos** que surgen de la práctica de la ligadura de trompas, en los hospitales públicos son varios y se relacionan con diferentes conflictos. Uno de

los problemas se relaciona directamente con el rol del/la profesional y su posición personal del/la profesional respecto de la salud sexual y reproductiva. El o la profesional tienen la obligación de informar a su paciente o a la pareja sobre los distintos métodos anticonceptivos, las ventajas y desventajas, para que puedan tomar una decisión más adecuada y segura. El o la médico/a debe informar cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles, permitir la elección del método adecuado para cada individuo/a y su situación, luego describir el uso correcto del método elegido y después hacer el seguimiento. La pregunta acerca de quién decide en este momento es crucial, y permite distinguir entre asesoramiento y toma de decisiones. Y es en este punto donde surgen uno de los conflictos más frecuentes en la interrelación médico/paciente.

Se pronunciaron públicamente a favor algunos representantes de agrupaciones médicas del Círculo Médico de General Alvear, del Este y del Oeste, ante la Comisión de Salud del Senado, el 24 de marzo de 2003 y así también lo hizo el representante de la Asociación Mendocina de Profesionales de la Salud (Ampros), Miguel Conocente. Quién sostuvo que *“la ligadura de trompas es un operación de esterilización definitiva, si bien existe posibilidades de recanalización, es un método eficaz para evitar embarazos no deseados”* (Diario UNO, 25 de marzo de 2003)

Contrario al proyecto de ley se escucharon las voces de varias corporaciones médicas en la Comisión de salud del senado el día 10 de marzo de 2003, entre las cuales se encuentra la Presidenta de la Sociedad Obstétrica mendocina, Mirilla Pizzuolo, quién afirmó: *“si hay un órgano sano, hay que buscar otros medios antes de ir contra una parte de nuestro cuerpo que está bien, la propuesta de una contracepción parece que debe pesar sólo sobre una mujer y el hombre se desentiende. La mutilación se la tiene que hacer una mujer”*. De la misma manera se expresó el titular de la Federación Médica mendocina, Juan Carlos Miranda, quién dijo: *“Generar una mutilación o un impedimento de alguna función de un órgano, significa estar en contra de la vida y de los principios ideológicos que se definen como médicos”*, pero lo que generó dentro del recinto una gran polémica fueron las

---

<sup>28</sup> Métodos naturales: métodos de ritmo, abstinencia sexual, Billing, etc. son aquellos métodos que la Iglesia admite por “naturales”, pero estos métodos no son naturales, sino un producto de la cultura,

expresiones de Miranda negando que la ligadura de trompas fuera una práctica común en la medicina privada. (Diario UNO, 11 de marzo, de 2003:10). El Dr. Miguel Pastor, director del Hospital Lagomaggiore, Indicó por el contrario que *“la ligadura tubaria es una práctica que se realiza ilegalmente, tanto en el sector privado como en el público”*. El presidente de Círculo Médico, Dr. Nicolás Frassinelli señaló *“que no existen pruebas al respecto de estas prácticas que para algunos, resultarían discriminatorias ya que sólo accederían las clases pudientes”* y sentó su posición en contra del proyecto ya que se contrapone con el Código Penal. (Diario UNO, 18 de marzo, de 2003:14).

El cura Ricardo Pobrete, también miembro del Comité de Bioética del Hospital Lagomaggiore afirmó que: *“cuando no existe ninguna causa médica, no se justifica la intervención, no estoy de acuerdo con la contracepción a solo requerimiento del paciente, porque un acto médico no puede resolver problemas de tipo económico y social”*

Desde el punto de vista **médico-legal** una dificultad importante que los/ las profesionales de la salud señalan con relación a la esterilización quirúrgica: el miedo a ser sancionados por mala praxis o práctica medica ilegal. La ligadura de trompas es para ellos, una práctica mutilante de un órgano reproductivo, prohibida por la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina. Esta ley en su artículo 20° señala: *“Queda prohibido a los profesionales que ejercen la medicina: (inciso 18) practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores”*. También hacen referencia al Código Penal de la Nación Argentina, artículo 91° sobre delitos de lesiones gravísimas.

Liliana Barg del Programa de Salud Reproductiva sostuvo en las Jornadas Interdisciplinarias que *“anterior a la resolución los médicos hacían las ligaduras de trompas, pero las mujeres no se enteraban, nuestra preocupación era garantizar que exista un expediente donde quede sentada la práctica, desde el 2000 al 2003 de 350 expedientes presentados se han realizado 130 ligaduras, el 65% luego del parto y el*

---

como los demás.



*35% por cirugía cesárea, con un promedio en gesta de 5 hijos/as por mujeres, multíparas”*

Desde el punto de **vista legal** el conflicto se torna ambiguo y contradictorio cuando se trata de que una mujer pueda disponer de su propio cuerpo.

Juan Carlos Ramirez jefe del Círculo Médico alvearensense dijo en relación al proyecto: *“es una ley médicamente sin discusión, que no permite que le pongamos piedras en el camino y que tiene que salir (...) Se necesita una ley marco para que esto deje de ser delito, para que esta práctica se sincere y genere equidad entre los que tienen nivel económico y los que no lo tienen”*. También se expresó en este sentido el representante del Círculo Médico del Este, Jorge Dávila *“El código Penal dice que estas operaciones constituyen una lesión gravísima. La ley tiene que estar bien hecha para que un juez loco no pueda meter presos a los médicos”*. Estos miedos también fueron señalados por el titular de Círculo Médico del Oeste, Jorge Morcos. (Diario UNO, 25 de marzo de 2003:14)

Para el especialista Jorge Ghazoul *“es una buena medida siempre y cuando se cuide la bioética, se cuente con el consenso de la paciente y el médico tenga el apoyo legal”*(Los Andes, 5 de diciembre de 2002)

Con respecto a los **problemas psicológicos** hay una perspectiva que sostienen los/ las profesionales médicos/as que se oponen a la ligadura tubaria, que tiene que ver con cuestionar o poner en duda la decisión libre y autónoma de las mujeres. Ellos/ las plantean que las mujeres desconocen los verdaderos riesgos físicos y las secuelas emocionales que conlleva la práctica de ligadura tubaria. Los argumentos psicológicos en contra se amparan en esas marcas que deja en la psique la ligadura, por ejemplo el Dr. Martínez, en una carta de opinión sostiene que *“otro aspecto, habitualmente no considerado pero quizá más trascendente que los efectos físicos de la contracepción quirúrgica, es la manifestación de las secuelas que se producen en la esfera psíquica y emocional de quienes se han sometido a un procedimiento de esterilización irreversible (...). Resulta evidente que, más allá de lo racional, existe una profunda conexión entre el ser mujer y la fertilidad. La percepción de pérdida definitiva de la capacidad procreativa y la imposibilidad de decidir sobre una nueva*

*experiencia de maternidad por el resto de sus vidas, genera en algunas mujeres un pesado vacío difícil de sobrellevar.”*(Diario UNO, 20 de marzo de 2003:19).

Por otra parte el Dr. Carlos Cardello del Programa Provincial de Maternidad e Infancia sostuvo que: *“una ley como esta es muy buena por la incidencia que va a tener en la salud mental de la gente que lo necesita”*

Finalmente los trastornos o **dificultades sociales** se presentan como una paradoja. En la cuestión de la ligadura tubaria, son los sectores más vulnerables de escasos recursos los que deben recurrir a los centros asistenciales de salud pública donde se encuentran con miles de obstáculos, entre ellos, el más importante, es el no tener medios para pagar una intervención sin dificultades en la medicina privada, donde como es sabido, ésta practica se realiza sin inconvenientes mayores, además de estar contemplada en el nomenclador de las obras sociales, sin que medie la exigencia de autorización judicial requerida en el ámbito público para permitir la intervención quirúrgica.

Los/ las médico/as que se expresaron a favor del proyecto de ley y los que se manifestaron en contra lo hicieron sobre la base de argumentos que contemplan una noción compleja de salud: El Dr. Carlos Cardello (Programa Provincial de Maternidad e Infancia), se expresó a favor: *“Porque este tipo de operaciones en realidad siempre tuvo más limitaciones económicas que de otro tipo. Esto colabora en la salud sexual y reproductiva, aunque hay que analizar cada circunstancia, me parece bien que se le facilite el acceso a toda la población”* (Diario UNO, 5 de diciembre, de 2002:7).

Marcela Ojeda del Programa de Salud Reproductiva sostuvo en las Jornadas Interdisciplinarias que *“el consultorio de ligadura de trompas tiene muchas resistencias, porque los casos psicosociales son duramente cuestionados por los médicos, no se logra un consenso sobre la concepción de salud, porque el que está en riesgo de indigencia también sufre otras enfermedades”*, así también se expresó la Dra. Adriana Rodríguez, jueza de Familia, *“si la indicación terapéutica es exclusivamente médica, entonces hay que incluir la perspectiva social, hay ver lo integral, dejar de lado los discursos hegemónicos desde cualquier disciplina”* (Intervención en las Jornadas Interdisciplinarias)

Desde las posiciones contrarias encontramos argumentos como el expuesto por el médico ginecólogo, Antonio Martínez, (director del Instituto de Medicina Reproductiva de Mendoza), quién se expresó de la siguiente manera *“Debemos considerar la repercusión social que puede conllevar la legalización irrestricta de la contracepción quirúrgicas, sobre todo como instrumento de determinadas políticas demográficas guiadas por intereses que no responden a causas médicas genuinas. Sabemos de tristes experiencias en otros países, algunos no tan lejanos, donde gobiernos inescrupulosos, con argumentos engañosos y amparados en una apariencia de legalidad, han llevado a cabo campañas de esterilizaciones masivas, siempre sobre los grupos más necesitados, justamente aquellos que en la argumentación proselitista se pretendía favorecer”* (Diario UNO, 20 de marzo de 2003:19). Y los expuestos por el Documento de Iglesia, que señala, *“no estar en contra de la esterilización por causas terapéuticas, aunque le preocupa que se la pretenda justificar por una causa social”* (Los Andes, 5 de diciembre de 2002).

Desde el punto de vista de los **derechos ciudadanos** de las mujeres, funcionarios del Estado se expresaron a favor de la siguiente manera, Graciela Herranz, en ese entonces, titular del Instituto de Políticas Públicas para la Equidad entre Hombres y Mujeres (IPPHM) se refirió al proyecto de ley así: *“es un proyecto de género de avanzada, porque introduce la participación de hombres y mujeres”*, Marcelino Iglesias titular de la OSEP apuntó que *“hay que tomar muchos recaudos, porque cuando se trata de cuidar el cuerpo de las mujeres todo el mundo se quiere meter. Es fundamental que esto vaya acompañado de asesoramiento y consulta de las personas en cuestión”* (Diario UNO, 5 de diciembre, de 2002:7). Días después se expresó enérgicamente *“Yo creo que se deben facilitar los derechos de quienes no pueden ejercerlos. Pero hay gente reaccionaria que perdió en la discusión de la ley de Salud reproductiva y ahora quiere evitar que se siga avanzando en el tema”* (Diario UNO, 11 de marzo, de 2003:10). La senadora Liliana Mirábile de la Comisión de salud, impulsora del proyecto sostiene que *“el proyecto de ley, (...), es para mi un antecedente muy valioso en el camino de los derechos personalísimos, en la lucha por la verdadera equidad entre mujeres y hombres, en la verdadera*

*igualdad de oportunidades entre los que hoy pueden pagar un servicio de salud y los que no pueden hacerlo” (Diario UNO, 21 de marzo de 2003:19).*

A favor también se manifestaron mujeres del Barrio La Favorita, de Capital, que pidieron en nombre de los sectores de menores recursos el acceso legal a la esterilización quirúrgica, una de las mujeres que participaron el día 3 de marzo de 2003, en el debate de la Comisión de Salud, sostuvo que *“las leyes deben dar libertad para que cada cual decida cuantos hijos tener. En los barrios pobres hay poco acceso a la educación sexual”* y pusieron en tela de juicio la efectividad de otros métodos de anticoncepción (Diario UNO, 4 de marzo, de 2003:3).

Silvia Kram sexóloga involucrada en el Consultorio de ligadura de trompas del Hospital Lagomaggiore señaló que la *“normativa actual es vetusta y que sólo permite que se ligen las trompas mujeres que como mínimo han probado todos los demás métodos anticonceptivos y que han fracasados. Además de tener una patología que justifique la operación, por ejemplo cardiopatía, lupus, o sida, y también tener una edad que el médico considere adecuada, generalmente más de 30 años”* (Intervención en las Jornadas Interdisciplinarias)

En las Jornadas Interdisciplinarias, Liliana Barg coordinadora del Programa de Salud Reproductiva planteó la necesidad de apoyar la ley, *“porque habilita también a los varones a realizarse la vasectomía, esto es central, es una cuestión de equidad, se deben cumplir los principios bioéticos de equidad y justicia”*, Miriam Fernández de “Madres de Robles” del B° La Favorita de capital dijo: *“Nosotras que conocemos los embarazos no deseados, las que tenemos más de cuatro hijos y llevamos cuatro meses de embarazo, que son cuatro meses de llanto y depresión, ¿cómo vamos a hacer para mantenerlos? Mujeres de 28 años envejecidas..., si no evitamos que más chicos sigan naciendo, tendremos más madres adolescentes que terminan abortando, con esta crisis, el trabajo es un milagro y traer más chicos es exponerlo a necesidades y a miserias. Necesitamos la aprobación de la ley, nuestro cuerpo no tiene color político ni religioso, tenemos derecho a una sexualidad plena sin preocuparnos por la eficacia de otros métodos”*, Elsa Pizzi de CLADEM sostuvo que *“la ligadura de trompas no es un procedimiento ilegal, es un derecho, la*

*intervención quirúrgica debe estar incluida en el Programa de Salud Reproductiva. Nadie puede decidir por nosotras”* (Intervención en las Jornadas Interdisciplinarias)

El proyecto de ligadura de trompas, fue dando vueltas por distintas Comisiones, además de pasar por la Comisión de Salud y por Legislación y Asuntos Constitucionales. Los senadores decidieron involucrar a las comisiones de Cultura, Educación, Derechos y Garantías y Hacienda. Unos de los argumentos argüidos por el senador Emilio Martínez (PJ), quién sugirió el tratamiento en otras comisiones fue que: *“Muchos aspectos deben ser discutidos. Estamos legalizando lo que hasta ahora era un delito. En este sentido, más adelante vamos a autorizar el robo porque se ha transformado en uso y costumbre”* (Diario Los Andes, 20 de marzo de 2003). Esta medida de pasear el proyecto por distintas comisiones tuvo el resultado esperado: la ley no ha sido sancionada.

A manera de síntesis, señalaremos a través de las diferentes argumentaciones, aquellos aspectos o puntos de vistas dominantes en las posiciones a favor y en contra del proyecto de ley de contracepción quirúrgica.

<b>Argumentos</b>	<b>En Contra</b>	<b>A Favor</b>
<b>Moral</b>	Mutilación	Diferentes opciones valorativas
<b>Médico</b>	Mutilación	Esterilización
<b>Legal</b>	Mutilación (Mala praxis)	Justicia y equidad
<b>Psicológico</b>	Secuelas psíquicas	Salud mental
<b>Sociales</b>	Políticas poblacionales “Esterilizar pobres”	Concepto de Salud integral
<b>Derechos ciudadanos</b>		Derecho a la Autonomía derechos personalísimos Derecho a decir

Este cuadro de doble entrada permite visualizar rápidamente los puntos centrales en los que se sustentaron las diferentes argumentaciones, en relación a los discursos “a favor” y “en contra” de la ley de contracepción quirúrgica. Entre los discursos contrarios a la ley es recurrente en cada variable considerada, la denominación de “mutilación” a la práctica de ligadura de trompas, ya sea desde el punto de vista moral, médico, legal médico y psicológico. La ligadura de trompas al ser definida como una mutilación se la considera una práctica ilegal, lo que se traduce en los médico/as en un miedo a los juicios de mala praxis. En relación a los aspectos psicológicos y emocionales, los argumentos tienden a reforzar el binomio Mujer = Madre y Mujer = Vasija al poner en juego la idea de “mutilación”, los/ las detractores/as sostienen que la pérdida definitiva de la capacidad reproductiva significa para las mujeres la pérdida de la femineidad provocando un enorme vacío en sus vida. Tener un/a hijo/a no depende de lo biológico, sino de la posibilidad de poder sostener ese proyecto personal. Los argumentos sociales contrarios, se sustentan en aspectos demográficos, comparando la esterilización femenina voluntaria con campañas de esterilización masiva y sin consentimiento. Lo que aparece cuestionado y cercenado, en el discurso opositor, es la capacidad de las mujeres en tanto sujetas adultas capaces de tomar decisiones libres y autónomas. Se tolera la hipocresía de conocer la existencia de las prácticas de ligadura tubaria en el ámbito privado, pero lo importante es que no trascienda al ámbito público. Legitimar una práctica cotidiana para el conjunto de las mujeres y no para un puñado de mujeres privilegiadas que pueden pagarlo, dejaría en evidencia la contradicción entre el ejercicio de la autonomía y la libre decisión y el poder, la autoridad y el control social que ejercen la estructura de la Iglesia, la Ciencia y el Estado sobre el cuerpo de las mujeres. En este sentido no es extraño el vacío argumental de este discurso en cuanto a derechos ciudadanos se trate, ya que los que poseen el acceso al “mercado” pueden ejercer el derecho individual a la libre elección y el ejercicio real de los derechos sociales y económicos, quedando vedados para la gran mayoría de la población excluida.

En los discursos a favor no hay unanimidad respecto del conflicto moral. Desde el punto de vista médico sostienen que la práctica de ligadura de trompas es

un método de esterilización, que no representa un peligro para la mujer, ni compromete su sexualidad, sólo persigue la pérdida de su capacidad reproductiva. Desde el punto de vista legal, queda entendido que la mujer puede disponer de su propio cuerpo. La ligadura de trompas y la vasectomía plantea una alternativa más en las múltiples opciones que debe ofrecer el Estado para que las mujeres puedan decidir. Una concepción de salud integral, que considera los aspectos psíquicos y sociales es la base sobre la que se sustenta dicho discurso. Pero principalmente, el discurso a favor sostiene que la contracepción quirúrgica constituye un problema de derechos ciudadanos, dentro de los derechos sexuales y reproductivos y de Justicia social, ya que las mujeres de menores recursos, deben tener las condiciones necesarias para poder optar por esta práctica en forma gratuita en los hospitales públicos. La maternidad debe ser una elección y no una imposición. Para poder decidir sobre el propio cuerpo son necesarias condiciones que garanticen opciones reales, lo cual es responsabilidad de un Estado laico. La ley permite garantizar el ejercicio de un derecho. Las mujeres siguen estando tuteladas por una serie de poderes, tuteladas en sus cuerpos, y una mujer es su cuerpo. No respetar el derecho a la autonomía, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, constituye una injusticia y una gran desigualdad. Una mujer que no quiere tener más hijos y queda embarazada, se encuentra ante dos caminos que vulneran sus derechos e integridad física y emocional: o se realiza un aborto en condiciones clandestinas, lo que pone en riesgo su vida, o queda compelida a llevar adelante un embarazo forzado, con todas sus consecuencias.

Al mismo tiempo que se daba el debate dentro del recinto legislativo, diferentes organizaciones de Mujeres se expresaron enérgicamente, este es el caso de La Red de Mujeres Solidarias, Las Juanas y las Otras, Católicas por el Derecho a Decidir, quienes realizaron diferentes acciones: se movilizaron, juntaron firmas para adherir a la propuesta de que la esterilización pueda hacerse gratuitamente en hospitales públicos, y se expresaron en diferentes medios de comunicación a favor del proyecto de ley. Estas colectivas de mujeres son las únicas que mantienen vigente en la agenda pública, la problemática de ligadura tubaria y la necesidad de una ley,

sus voces no logran despertar la conciencia de quienes deben sancionar, reglamentar y ejecutar dicha ley.



## CAPITULO VI

### DEBATES EN EL CAMPO DE LA BIOÉTICA: ACERCA DE LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA TRADICIONAL Y LA(S) ÉTICAS FEMINISTAS

*“Se duda en decirlo, pero no puede sustraerse a la idea de que el nivel de los que es éticamente normal, para la mujer, es diferente”*

*Freud.*

¿Por qué la importancia de un capítulo dedicado al tema de la ética? Una razón, puede ser porque los seres humanos poseen derechos en general y hay varios principios éticos (principios muy generales) que especifican cuando se está tratando a las personas justa o injustamente. Por ejemplo un principio derivado de la filosofía moral kantiana sostiene que las personas deben ser tratadas como fines en sí mismas y no como medios.

El mismo filósofo reconoció que las personas tienen dignidad y merecen ser tratadas con respeto, de ahí que exista un principio fundamental de la bioética denominado *“respeto por las personas”*.

Pero aún cuando las sociedades dicen reconocer este principio, no se expresan de igual manera respetando a las mujeres, a las minorías étnicas, ni sexuales como a gays y lesbianas.

En el campo de la bioética tiene cierta prevalencia un marco conceptual denominado *“teoría de los cuatro principios”*, formulada en 1979 por Tom Beauchamps y James Childress. Se trata de los principios de autonomía, beneficencia, no mal-eficiencia, y justicia. Sus autores le dan un valor de obligatorio excepto cuando entran en contradicción o en conflicto entre sí, en cuyo caso es preciso seleccionar el de mayor peso para el caso analizado. Si bien, no existe una sólo teoría ética posible, y además el ajuste estricto a estos principios implica dejar de lado la singularidad del sujeto o la sujeta y lo más conveniente es asumir una perspectiva transdisciplinaria respecto de los acontecimientos a tratar, la

mayoría de las veces prima una única teoría ética, que desconoce la variedad del pluralismo religioso, cultural y político y por ende ético.

El principio de autonomía, se basa en el respeto por la libertad de las personas como sujetos/as dueños/as de su vida. Algunos requisitos de éste principio es que un comportamiento autónomo no debe ser forzado, supone la existencia de un ser libre para decidir y demanda tener opciones reales, por lo que es necesario tener toda la información pertinente. Es decir que toda persona tiene que tener satisfechas sus necesidades básicas, las que permiten el ejercicio de su libertad ciudadana. La doctrina de autonomía se sostiene sobre la veracidad, la confidencialidad y el consentimiento informado.

El tercer principio de la bioética es el principio de beneficencia, que hace referencia a la idea de que los beneficios anticipados de las acciones o actos deben ser mayores que los potenciales riesgos para los/ las sujetos/as. Este principio, que tiene su variación que se llama principio de no-maleficencia, derivado de la medicina antigua, recomienda a los médicos “ser útil y no hacer daño”. Desde esta perspectiva los médicos no pueden realizar acciones peligrosas para los/ las pacientes ni exponerlos a riesgos innecesarios, ni perjudicarlo intencionalmente, es lo que se denominó iatrogenia y es uno de los elementos más espinosos para el profesional, puesto que sustenta la posibilidad de demandas por mala praxis.

Y el último principio es el de justicia y aparece cuando existen actos injustos, denominados “errores éticos”, cuando se violan los principios de respeto a las personas o cuando estas sufren algún daño o son tratadas con injusticia. Este principio, ligado al de justicia distributiva es, dadas las condiciones del sistema de salud de nuestro país, transgredido constantemente.

Sin embargo la reflexión ética tradicional no ha considerado las experiencias de las mujeres. Reconociendo la marginación de las mujeres en la ética tradicional, Susan Sherwin sostiene que la ética feminista “*se deriva de la perspectiva explícitamente política del feminismo, dentro de la cual la opresión de las mujeres es vista como moral y políticamente inaceptable*” (SHERWIN, 1998: 104)

Una reflexión ética no androcéntrica puede permitir el reconocimiento de la personalidad moral y jurídica de las mujeres, despejando viejos prejuicios arraigados en las fundamentaciones tanto políticas como éticas.

### **6.1. BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE ÉTICA Y MORAL.**

Una de las distinciones fundamentales en el campo de la ética es la que separa la ética, como reflexión acerca de las prescripciones que gobiernan la actividad humana y la moral, considerada como un conjunto de prescripciones del obrar aceptadas socialmente en un momento determinado.

Como toda teoría, la ética es una explicación de lo que ha sido o es, y no simplemente descripción. La ética tiene sus raíces en el hecho mismo de la existencia histórica de la moral; de las diversas moralidades en el tiempo, con sus correspondientes valores, principios y normas. No se identifica con ninguna moral en particular ni tampoco puede situarse en una actitud indiferente o ecléctica ante ellas. Tiene que buscar, junto con la explicación de sus diferencias, el principio que permita comprenderlas en su movimiento y desarrollo. Cada vez más, la ética va adquiriendo mayor relevancia como *“reflexión sistemática sobre las normas que rigen las relaciones humanas sobre la identificación de los actores involucrados en esas relaciones y sobre la reconstrucción de los procesos sociales que mantengan, vigilen y transformen esas normas”* (FIGUEROA PEREA, 1998: 10).

La ética no crea la moral, pero toda moral efectiva supone ciertos principios, normas o reglas de conducta. La ética se encuentra con una experiencia histórica social en el terreno de la moral, es decir con una serie de morales efectivas ya dadas y partiendo de ellas trata de establecer la esencia de la moral, su origen y las condiciones objetivas y subjetivas del acto moral, la naturaleza y función de los juicios morales, los criterios de justificación de dichos juicios y el principio que rige el cambio y sucesión de diferentes sistemas morales. *“La ética es la teoría o ciencia del comportamiento moral de los hombres en sociedad”* (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 1998: 38).

Si la moral no es ciencia sino objeto de la ciencia (o la filosofía) y en este sentido estudiada e investigada por ella. La ética no es la moral y por ello no puede reducirse a un conjunto de normas y prescripciones, su misión es explicar la moral efectiva y en éste sentido puede influir en la moral misma. Su objeto de estudio lo constituye un tipo de acto humano: los actos conscientes y voluntarios de los individuos que afectan a otros/as, a determinados grupos sociales, o a la sociedad en su conjunto.

### **6.1.1. Acerca de las corrientes dominantes: ética deontológica, utilitarismo y contractualismo**

Tres son las teorías éticas tradicionales que dominan el pensamiento moderno en Occidente: la ética deontológica, la teoría consecuencialista y la teoría del contrato social.

La ética deontológica determina qué acciones se requieren o se prohíben como una cuestión de deber moral. Las acciones requeridas pueden ser correctas o incorrectas, o legadas por una ley moral o por un conjunto de reglas obligatorias para las personas, independientemente de sus intereses específicos. El deontólogo más conocido es Immanuel Kant. Este filósofo creía que las obligaciones morales eran reconocidas por personas racionales y libres a través del proceso puramente abstracto de la razón, y sostenía que la ley moral estaba por encima de los sentimientos de los involucrados en las aplicaciones particulares. Kant consideró sólo a los varones como agentes morales, porque las mujeres, consideradas de status similar a los niños y a los idiotas, estaban incapacitadas para tomar una decisión moral, debido a su imposibilidad de desprenderse de sus sentimientos personales. En síntesis, las mujeres eran agentes morales inferiores e inadecuadas para la vida pública.

Kant guía a sus agentes “varones”, a que piensen en términos de leyes universales, sin tomar en cuenta las circunstancias por las cuales surgen las acciones, ni las consecuencias o efectos que pueden producir sus acciones morales, en el bienestar o desgracia humana. Tampoco toman en cuenta los detalles particulares de las experiencias morales y de las relaciones entre los/ las individuos/as. De estas posiciones se ha deducido que las obligaciones generales son más importantes que las obligaciones particulares. En caso de presentarse conflicto entre las obligaciones, la ética deontológica lo resuelve recurriendo al “instinto racional”, como un juez decide, quién actúa con instinto racional y quién no, pero ante una experiencia específica o sobre los intereses de los grupos oprimidos, esta teoría no tiene bases para actuar. Dentro de ésta lógica de pensamiento resulta imposible plantear los daños que provoca los patrones de dominación masculina en las mujeres, por ejemplo, porque está completamente desligada de las consecuencias.

La ética consecuencialista o utilitarista difiere de la postura Kantiana. Esta doctrina sostiene que el valor moral de una acción se mide en términos del valor de la consecuencia de la acción. Una acción es correcta si maximiza lo que es deseable en el futuro, en

comparación con los resultados de todas las alternativas. La forma más conocida es “el utilitarismo”, en el que las consecuencias se miden en términos de los efectos que tiene una acción sobre el bienestar o felicidad de las personas. Los sentimientos y las actitudes particulares, tanto de los agentes como de los afectados por las acciones, deben ser considerados cuando se determina el valor moral de las acciones; en ese sentido, su análisis se enfoca en las experiencias concretas. Lo que importa de las personas es su status como portadores de utilidad. Esta situación demanda un agente imparcial que guíe a los/ las agentes a medir sus propios intereses al igual que los/ las de todos/as los/ las demás. Hay, sin embargo, a menudo conflictos entre la perspectiva general de pretendida utilidad y los intereses particulares de los actores sociales.

El contractualismo o teoría del contrato social, toma elementos de las dos anteriores y los combina, situando la discusión sobre los juicios morales dentro de un contexto explícitamente social. Esta teoría recurre a un tipo de acuerdo hipotético: “el contrato social”, resultado de una negociación racional entre seres separados y con intereses propios. A través del contrato estos seres hipotéticos reconocen la ventaja mutua de frenar sus comportamientos agresivos, porque sin este acuerdo sus relaciones se caracterizarían por la agresión y la coacción. La moralidad es la opción racional a través de la cual se limitan los peligros de la vida social, pues asegura la cooperación entre individuos esencialmente competitivos. Para los contractualistas sólo las características abstractas: racionalidad, autonomía e interés propio, comunes a todas las personas pueden tener significado moral, para determinar los términos del intercambio. En esto coinciden con Kant, a la vez que con los consecuencialistas respecto de que la moralidad tiene fines humanamente deseados. El ideal de comunidad para los contractualistas es la formada por personas iguales, racionales, autónomas e independientes.

## ***6.2. UNIVERSALISMO Y DIFERENCIAS. SOBRE LOS LÍMITES DE LAS ÉTICAS TRADICIONALES***

Las tres teorías morales tradicionales son de una abstracción asombrosa, que las hace a menudo inadecuadas para las tareas prácticas de la vida moral, específicamente para las vidas particulares, o en el contexto de determinado tipo de relaciones. Las teorías deontológicas no tienen ningún interés por las consecuencias, no toma en cuenta el contexto particular, sólo se remiten a la observación de la ley. Kantianos y utilitaristas

comparten una perspectiva según la cual todos los individuos son fundamentalmente intercambiables: las relaciones de dominación/subordinación carecen de relevancia en lo que se refiere al acto moral.

Estas doctrinas no le otorgan reconocimiento a las posiciones reales que ocupan los individuos dentro de las jerarquías de dominación, por lo tanto no se pueden comprender ni explicar los contextos políticos y sociales de los individuos en las deliberaciones morales.

Los contractualistas no consideran los detalles particulares de los contratantes como obstáculos y por eso neutralizan las diferencias de clase, raza, género, etc. Esta ignorancia perpetúa las estructuras que sustentan las prácticas opresivas. Si bien existen algunas versiones de la teoría contractualista reconocen las diferencias entre las personas, también es cierto que no hacen nada para impedir las relaciones de poder existentes y las injusticias que de ella se derivan. Las tres teorías morales tradicionales extremadamente abstractas, no pueden reconocer el comportamiento moral que surge en el contexto de las vidas particulares de los sujetos/as que están fijadas en cierto tipo particular de relaciones.

### ***6.3. LAS CRÍTICAS FEMINISTAS***

Las teorías tradicionales han sido ampliamente objetadas desde dos perspectivas: desde el punto de vista de quienes sostienen posiciones diferencialistas primera, los enfoques tradicionales de la ética no se corresponden con las experiencias y las intuiciones morales de las mujeres. Autoras como Carol Gilligan han señalado que es necesaria una mirada femenina para que la ética tenga valor para las mujeres. Es una mirada femenina de las teorías morales. Esta ética femenina no es una teoría homogénea, abarca una amplia variedad de posiciones diversas.

Las proposiciones dominantes de la ética filosófica tradicional no constituyen las teorías objetivas e imparciales que dicen construir, más bien, las mayorías de la teoría reflejan y apoyan explícitamente un prejuicio de género, y con frecuencia de manera evidente, de valores misóginos. Los principales teóricos morales han descrito históricamente a su auditorio como exclusivamente masculino. Para Aristóteles solamente las virtudes masculinas eran consideradas como de interés filosófico o de genuino valor moral. La mayoría de los teóricos morales influyentes en la historia del pensamiento occidental, Kant, Aristóteles, también Tomás de Aquino, Rousseau, Hegel y Nietzsche,

veían a las mujeres como portadoras de un carácter significativamente distinto al de los hombres, lo consideraban moralmente inferior porque estaba demasiado enfocado en lo particular, y no prestaba atención al nivel de la generalidad que se pensaba requería el pensamiento moral. Para ellos era obvio que el hombre estuviera relacionado con la razón, característica esencial de la moral, y las mujeres con la parcialidad. La deficiencia de las mujeres en éste sentido se tomaba como una justificación para excluirlas de los papeles políticos activos y para limitar su poder e influencia dentro del hogar.

La idea de que el sexo y la biología marcan destinos morales diferentes para varones y mujeres, ha sido sostenida por filósofos de la estatura de Rousseau, para quien las mujeres debían ser instruidas en la sujeción y la obediencia. Su destino era la maternidad y su educación tenía este fin, acompañar al varón, parirlo y cuidarlo cuando niño y asistirlo cuando viejo. Según palabras de Rousseau *“el destino de la mujer es agradar y ser sojuzgada, se debe hacer agradable al hombre”* (ROUSSEAU, Jean J. 1955: 248) y para ello era necesaria una educación encaminada a hacer de ellas objetos de placer.

Kathryn Morgan señala que la mayor parte de las éticas universalistas y pretendidamente neutrales se apoyan en los siguientes patrones:

1. “Niegan que la mujer sea capaz de un razonamiento moral completo;
2. Hacen una distinción entre el pensamiento moral público y el privado, restringen a la mujer al ámbito de lo privado y después niegan que el ámbito privado realmente constituya al pensamiento moral;
3. Fuerzan a las mujeres a una serie de perversos vínculos morales dobles, y
4. Hacen visibles los ámbitos dentro de los que se concentra la toma de decisiones de las mujeres” (SHERWIN, Susan, 1998 : 97)

Durante años muchas pensadoras y activistas feministas lucharon en busca de instituir la “igualdad” en la capacidad moral entre hombres y mujeres, necesaria para que las mujeres lograran la igualdad de derechos políticos con los hombres. Sostenían que las mujeres tienen en principio las mismas capacidades morales que los varones.

En la actualidad, muchas teóricas feministas sostienen una posición, que indica una mirada diferente del razonamiento moral por parte de las mujeres. Carol Gilligan, mediante un estudio empírico, identificó las desigualdades entre varones y mujeres en el pensamiento moral. Descubrió que las mujeres ante la resolución de un conflicto moral,

primero analizan todas las alternativas con el objetivo de proteger a todos, evitando escoger alguna acción que perjudique a alguna persona. Los hombres en cambio, primero reconocen las reglas que dominan la situación y se adopta la acción de acuerdo a ésta, sin importar si se daña a alguien, por supuesto, en nombre de la justicia. Gilligan definió a la primera, “ética del cuidado” y a la segunda como “ética de la justicia”. Las conclusiones de su investigación demostraron que no existía una relación inequívoca según el género y la resolución moral, sino que se optaba indistintamente por una solución de justicia o de cuidado, pero lo llamativo del trabajo, es que estadísticamente las niñas y mujeres tienden a escoger una respuesta más sensibles a las consideraciones de cuidado, mientras que los niños y los varones tienden a preferir consideraciones de justicia. Para Gilligan el ideal de todos los agentes morales sería una ética que incluya elementos de ambos enfoques.

Susan Sherwin sostiene que esta posición de Gilligan se ampara en supuestos similares al los de Kant, Freud y otros, en el cual las mujeres se centran en lo particular, concreto, como en los sentimientos y relaciones especiales de las personas involucradas en dilemas morales, pero se diferencia de éstos filósofos, en que no las rechaza ni desvaloriza, sino que las incluye dentro del campo del pensamiento moral legítimo. No todas las mujeres comparten el análisis de Gilligan de dos éticas diferentes según el género, y han sugerido que las consideraciones de cuidado pueden acomodarse bajo la ética de la justicia. Cambian el eje del debate y ubican la discusión en otro punto: “el silencio guardado por los representantes de la ética tradicional sobre los temas del cuidado”. El efecto acumulativo de generaciones de teorización definida masculinamente, tiene como resultado las desigualdades entre varones y mujeres y una negación de la significación ética de la perspectiva y de los intereses de las mujeres.

Los modelos éticos están basados en la imagen de individuos a-históricos, autosuficientes mientras que para las mujeres, encargadas y responsables del cuidado de los niños, los ancianos y los enfermos, el mundo se presenta como una red de relaciones interdependientes, en donde el cuidado responsable hacia los otros/as está implícito en su vida moral. El modelo abstracto de pretendida neutralidad de la teorización moral tradicional, es objetable desde la perspectiva de la ética feminista, la cual no sólo demanda un enfoque explícito de los contextos sociales y políticos de los/ las individuos/as en las



deliberaciones morales sino que también resulta inadecuado centrarse en los derechos de agentes independientes.

Hay posiciones que radicalizan aún más el argumento de Gilligan como Nel Nodding quién sostiene que tanto mujeres como hombres deberían de buscar una “ética femenina del cuidado” y abandonar las insensibles demandas de las reglas morales abstractas de justicia. El comportamiento ético para ella, involucra la calidad de las relaciones, en vez de considerar los juicios o los actos morales. El agente debe actuar como un ser que quiere cuidar al otro/a. Otras posturas femeninas han esgrimido una “ética de la maternidad”, y aseguran que existe un modo de pensar materno, de conocer y de cuidar maternal y que todas las características femenina asociadas a ésta actividad tienen implicaciones en la vida social tan importante como el pacifismo y el antimilitarismo. En la misma corriente, otras mujeres plantean la necesidad de rescatar las “relaciones entre madres e hijos/as como un modelo moral” opuesto al contractual de individuos/as aislados y anónimos.

La ética femenina buscar reconocer la masculinidad en las teorías éticas tradicionales, rechaza el modelo científico reduccionista, que se ampara en una teoría unificada que abarca toda la diversidad de experiencias morales, cuestiona el silencio que la ética tradicional ha mantenido y mantiene sobre las experiencias morales de las mujeres. Las teorías morales deben involucrar modelos de interacción humana diversos y complejos dando a conocer los vínculos reales que unifican a las personas en sus variadas relaciones.

Desde el punto de vista sostenido por Susan Sherwin la ética feminista no sólo debe reconocer la perspectiva moral de las mujeres sino que debe incluir una perspectiva crítica respecto del lugar que se le ha asignado al cuidado, en el contexto de una cultura sexista. Si tenemos en cuenta que para ésta cultura las diferencias de género refuerzan las estructuras y relaciones de dominación, entonces, las habilidades para el cuidado que tienen las mujeres están ligadas de algún modo con el lugar subordinado que ocupan. Dentro de las relaciones de dominación a quienes se hallan en posiciones de subordinación son más sensibles al pulso emocional de los otros/as, tienden a ver las cosas en términos de relaciones y a ser agradables y complacientes.

En este sentido Alejandra Ciriza nos señala que en la Argentina: *“La apelación a las mujeres en cuanto diferentes se cumple pues como retorno de los ideales*

*maternales que, si bien es verdad han posibilitado formas sumamente subvertoras de práctica política, como las de las Madres de Plaza de Mayo, también se han visto ligados a políticas asistencialistas de carácter marcadamente regresivo en un contexto de aumento creciente de las desigualdades y la exclusión, donde las mujeres suplen a fuerza de ingenio y voluntarismo el creciente abandono que del terreno de las políticas públicas hace el estado". (CIRIZA, Alejandra, 2002)*

Se debe mantener una constante vigilancia sobre las propuestas de la ética femenina del cuidado, que guía frecuentemente a las mujeres a dirigir todas sus energías para satisfacer las necesidades de los demás, y puede inclusive, guiarlas a proteger a los varones que las oprimen y maltratan. Una ética feminista debe prevenir contra los valores y rasgos que ayudan a perpetuar el status de subordinación de las mujeres.

Teniendo en cuenta sus orígenes políticos, "el cuidado" es una manera sorprendente de relacionarse con los otros/as, siempre que se distinga entre las circunstancias en las que el cuidado se ofrece apropiadamente y en aquellas en que es mejor impedirlo. Esto nos lleva directamente a las cuestiones del poder, una tarea de la ética feminista es determinar las estructuras de poder que están en juego en las decisiones de cuándo se debe ofrecer cuidado y cuándo se debe impedir, para evaluar las instancias particulares de cuidado moral. Tarea que no tiene ínfulas de neutralidad sino que implica realizar juicios políticos.

La ética feminista retoma la valorización que la ética femenina hace de los sentimientos personales: empatía, lealtad, culpabilidad en las resoluciones morales. La moralidad debe incluir el respeto por los sentimientos, pero no conceder autoridad absoluta a los sentimientos particulares sin tomar en cuenta tanto sus fuentes como sus efectos. El feminismo está comprometido con la búsqueda de la justicia social, por lo tanto una ética feminista, afirma Sherwin, debe estar comprometida con razones de justicia y de cuidado.

Algunos puntos coincidentes entre la ética femenina y la feminista:

- Las características morales de una situación particular implica una toma de decisión que comprenden responsabilidades de los/ las agentes hacia personas específicas y hacia ellos mismos.
- Reconocen la importancia de considerar los contextos específicos.
- Rechaza las teorías éticas universales y abstractas.

- En las prácticas, se toman en cuenta todo los detalles (ejemplo: vida familiar, status laboral, jerarquía en la relación, etc) de la experiencia moral, sobre todo cuando se toman decisiones acerca de política moral conflictivas (eutanasia, aborto).

A diferencias de las teorías éticas que sostiene que los sujetos morales son sujetos autónomos, racionales, independientes e indistintos uno del otro, la ética feminista considera que estos seres aislados y abstractos no existen. Los individuos/as tienen un origen histórico, son seres sociales, aprenden los valores, los juicios y los comportamientos morales dentro de comunidades humanas, las cuales les enseñan como interpretar los hechos y las situaciones que experimentan. Los individuos/as no se enfrentan a un contrato social sin ninguna historia moral, ni tampoco deliberan en privado sobre las leyes morales como seres puramente racionales, como supone Kant. En lugar del agente aislado, independiente y racional de la teoría moral tradicional, la ética feminista apela a una noción más realista y políticamente exacta de un ser que se construye socialmente, que es complejo y que se define dentro del contexto de las relaciones con los/ las otros/as. El análisis moral necesita examinar a las personas y su comportamiento dentro del contexto de las relaciones y las experiencias políticas. Porque son esas relaciones, organizaciones, instituciones sociales las que influyen de modo diferente en el proceso de moralización de los individuos en el cual se reconoce las desigualdades de género y social.

En un mundo en el que las mujeres son sistemáticamente oprimidas, una ética correcta debe hablar de esa opresión para poder otorgarles status de autoridad moral a las mujeres. La ética feminista, al hacer explícita la ofensa moral del sexismo y al ilustrar algunas de sus variadas formas, es el único enfoque ético que cumple con ésta obligación. Un genuino interés en la ética debería interesarse por las conexiones que existen entre prácticas específicas y los patrones de dominación en la sociedad. Cuestionando los procesos sociales a través de los cuales se han generado los estereotipos para varones y mujeres que han propagado valores misóginos El género, como categoría analítica permitirá modificar la injusticia hacia las mujeres que hasta hace poco ha sido central en la teorización ética. Pero esta ética no puede ser una teoría comprensiva, universal que pretenda resolver todas las preguntas morales, debe entenderse como una perspectiva teórica que debe combinarse con otras reflexiones para enfrentarse a la gran cantidad de

dilemas morales que confrontan los seres humanos reclamando un análisis que comprenda la naturaleza de la opresión en general como de sus formas específicas.

Mucho queda por indagar en la reflexión ética como el andar del feminismo y sus diversas tendencias en las profundidades de la ética tradicional patriarcal para despejar los prejuicios y desarrollar una estrategia en defensa de nuestra condición de ciudadanas, en defensa de la decisión de cada mujer respecto de su cuerpo, del ejercicio del derecho al aborto, a la libre opción sexual, temas que a menudo la ética tradicional ha juzgado amparada en la idea de que existe una única moral auténtica, que para las mujeres se traduce en una ética sacrificial.

#### ***6. 4. PAPEL DE LA BIOÉTICA EN LA CRISIS DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO***

Este Modelo Médico Hegemónico comienza a ser cuestionado en medicina en la década del 60, en 1978 con la propuesta mundial de “Alma Ata”, documento de Atención Primaria de la Salud, se reconoció que el modelo tecnocrático de la medicina había agravado la situación sanitaria mundial, creando nuevos males, de lo cual estaban más afectados los países periféricos, como la Argentina. Al mismo tiempo este avance vertiginoso de las investigaciones científicas, llegó a un nivel que generó como respuesta el nacimiento de la bioética, una disciplina nueva, que intenta poner orden al fenómeno. La bioética no es sólo la ética mejor aplicada a la medicina actual, sino que es una ética aplicada a la moral social, urdida en los criterios de salud y enfermedad. La bioética es definida por Alberto Mainetti *“como paradigma de una ética de la tecnociencia, la bioética es una importante herramienta intelectual, pero además como moral civil y ética pública es característica de nuestra cultura al final del milenio”* (VIDELA, Mirta, 1999:48).

A fines de los años 60, en el marco más amplio del cuestionamiento ideológico a la tecnociencia, se extienden las críticas a la medicina oficial, poniendo en evidencia dos perspectivas dominantes, la optimista o positiva, visión tradicional de la humanitaria y progresiva eficacia de la medicina científica en el control de la enfermedad y para la calidad y prolongación de la vida humana; la pesimista, o negativa, denuncia más reciente de la medicina académica por su imperativo tecnológico que conspira contra la auténtica atención de la salud y resulta en iatrogenia y expropiación del cuerpo. La crisis de la medicina resalta en el plano empírico la ineficacia frente a los padecimientos dominantes

(enfermedades crónicas, de la vejez, mentales y sociales), y los costos del sistema sanitario. El planteo reflexivo apunta a la crisis de la razón médica, crisis del modelo positivista y paradigma humanista alternativo, tanto en el orden teórico (objeto y método) como en el orden práctico o moral (fines y valores) de la medicina.

Mainetti diferencia tres momentos en la evolución epistemológica de la medicina durante el siglo XX. La primera etapa denominada científico natural, comienza con el Informe Flexner de 1910, que tiene como resultado la consolidación de la medicina como ciencia de la naturaleza, es decir como modelo biomédico. Si bien, la medicina alcanza su estatus científico como modelo de ciencia moderna en el siglo anterior fue con el Informe Flexner que la medicina alcanzará la edad dorada como ciencia natural aplicada, y por lograr la total hegemonía, ya que como se explicó en el capítulo III, este informe generó el cierre de todas las escuelas irregulares de medicina. El Informe Flexner dará nacimiento al Modelo positivista, que orientó la investigación, enseñanza y asistencia de la medicina. Modelo que tiene las siguientes características:

a) Reduccionismo biológico: el cuerpo humano como objeto propio del conocimiento médico. Modelo biomédico, específicamente para la patología general o teoría de la salud y la enfermedad.

b) Conocimiento científico-natural: Es el paradigma clínico tradicional, descriptivo-explicativo a las que se refiere el diagnóstico del enfermo como caso individual.

c) Naturalismo normativo: desde el punto de vista de la axiología y la ética, esto es la teoría de los valores y de la conducta moral, aplicadas al fin de la medicina. Es el esquema terapéutico clásico, que se justifica por el principio de beneficencia y se fundamenta en el orden natural o "fisiológico", cuya preservación y restauración constituye el sentido y deber ser del acto médico.

La segunda etapa puede ser denominada científico-social, y es confirmada por la creación de la OMS en 1946, cuyo proyecto político-sanitario asume las denominadas ciencias sociomédicas (psicología, sociología, antropología), postulando como alternativa al modelo biomédico un modelo biopsicosocial.

La tercera etapa arranca con el cambio de modelo sanitario en los años 70, el paso de la medicina curativa o positivista, centrada en el hospital, a la medicina preventiva o modelo humanista orientada a la comunidad. Junto a las ciencias sociomédicas, las

disciplinas humanísticas son las nuevas herramientas de los profesionales de la salud, para integrarse eficazmente a su comunidad, para poder analizar los crecientes problemas éticos, económicos, sociales, etc. planteado por la medicina moderna. El advenimiento de las humanidades médicas representa un nuevo estatuto pedagógico de la medicina que replantea la vieja distinción académica entre formación técnica y la formación humanista. El modelo humanista (posflexneriano), inversa y respectivamente, aboga por los siguientes principios:

a) Holismo: realidad biopsicosocial, la concepción pluridimensional y multicausal de salud y enfermedad en términos de bienestar-malestar según la definición de la OMS.

b) Hermenéutica o conocimiento interpretativo: la relación interpersonal médico-paciente como contexto de la patografía, o historia clínica centrada en el enfermo antes bien que en la enfermedad.

c) Normativismo o moral de la libertad: la autonomía de las normas respecto de la naturaleza de las cosas, y la conducta terapéutica como posibilidad meliorativa de la condición humana.

El modelo positivista de la medicina se encuentra hoy en crisis respecto de su objeto, método y fin, que se expresa en un conflicto de paradigmas o modelos de racionalidad médica. Por un lado este modelo positivista que es el modelo dominante basado en la alta tecnología, también empieza a valorar las posibilidades de un modelo humanista con la introducción del concepto de sujeto en medicina, el sujeto patológico, clínico y terapéutico. Mainetti señala *“contra el modelo positivista -el ideal objetivista y cientificista de la investigación natural- el modelo humanista, apoyado en la filosofía poskuhniiana de la ciencia, introduce el sujeto y con él un relativismo, la incertidumbre epistemológica de la medicina, como raíz de sus dilemas morales. Este relativismo o incertidumbre pasa tanto por el objeto (conceptos de salud y enfermedad) como por el método (hermenéutica clínica) y el fin (axiograma terapéutico) de la medicina.”*(MAINETTI, 1992: 16).

La crisis de la medicina tradicional plantea la necesidad de redefinir los problemas médicos y la medicina misma. La bioética ha venido puntualmente a replantear los fines de la medicina y la atención de la salud. La crisis de la razón médica y el cambio de paradigma de la medicina se han *realizado* en la bioética norteamericana como rebelión

moral frente a la atención de y la investigación en la salud. Lo que desde la perspectiva académica se declamaba con el humanismo, las humanidades médicas y la filosofía de la medicina, en la práctica se desarrollaba como un movimiento público de reforma médica y sanitaria, que llevó a una nueva síntesis disciplinaria, la bioética o ética biomédica, El estatuto ideal del saber y el quehacer médicos se convirtió así en un programa de reforma social. Este fenómeno se produjo en los EE.UU. se trata de una rebelión moral de la sociedad contra su medicina. La revolución bioética tiene por fórmula la tecnificación de la vida y la liberalización de la moral. A mediados de los 60 se produce el choque entre el progreso biomédico, con la incorporación de nuevas tecnologías, y las nuevas actitudes sociales con el movimiento de los derechos civiles, transformando radicalmente las relaciones médico-pacientes y medicina-sociedad, iniciadas en 1966 con la exposición sobre escándalos en experimentación humana

#### ***6. 5. ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA ELECTIVA. PRINCIPIOS BIOÉTICOS: AUTONOMÍA, BENEFICENCIA Y DOCTRINA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.***

La esterilización electiva es la que se efectúa sin indicación médica ni finalidad terapéutica alguna, sino que es voluntariamente requerida y efectuada en base a la autonomía personal, sea porque no se quiere tener más hijos o porque no se desea tenerlos para evitar la transmisión de enfermedades hereditarias a una futura posible descendencia. En ambos casos la decisión implica querer y poder tener relaciones sexuales sin fines procreativos. La esterilización terapéutica lo es por razones médicas y en beneficio del/la paciente, la esterilización electiva se efectúa exclusivamente por motivos personales, ajenos a toda indicación terapéutica, en uso de la autonomía personal del interesado/a.

El Consentimiento Informado es una doctrina que apunta “*a incorporar al paciente al proceso de toma de decisiones médicas, no en su rol pasivo de paciente sino como agente de promoción de su propia salud*” (CECCHETTO, S., 2003, a: 1-7). Esta doctrina no sólo defiende la autonomía, sino que también resguarda a las personas más desprotegidas de la sociedad (niños/as, personas enajenadas, incapaces mentales) permitiendo que sus representantes hablen en nombre de ellos/ las y defiendan sus mejores intereses. Aboga por la protección anticipada de un posible daño futuro. Esta aceptación de

la intromisión del sujeto/a enfermo/a, del usuario/a o de sus representantes dentro del terreno experto significa una profunda transformación cultural en el ejercicio del saber y del poder médico. Esta doctrina del consentimiento informado implica dos cambios relevantes en el paradigma hasta ahora vigente: uno dentro del terreno de la investigación con seres humanos y otro dentro del terreno de la práctica clínica. Así mientras este procedimiento consiguió aceptación prácticamente universal en el campo investigativo, aparecieron distintas y variadas objeciones en relación a su instrumentación dentro del campo clínico propiamente dicho, en tanto el nuevo procedimiento cuestiona abiertamente el carácter paternalista con que se practicaba la medicina en Occidente. Estas conductas paternalistas entendidas en términos morales, hacen referencia al tipo de interferencia en la autonomía, autodeterminación, autoleislación o libertad de acción de una persona con el firme propósito de beneficiarla.

El paternalismo es: 1). La limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra. 2). cuando la persona que limita la autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitando. (CECCHETTO, S., 2003, a: 2).

El respeto por la autonomía de una persona encuentra un límite en la aspiración beneficentista-paternalista del equipo de cuidados médicos. La noción de autonomía, sin embargo, ha presentado varios inconvenientes para ser definida claramente. En el campo de la bioética se ha preferido hablar no de personas que expresan globalmente su condición de autónomas, sino de cierto tipo de acciones pasibles de ser caracterizadas como autónomas en tanto cumplan con una serie de requisitos indispensables: intencionalidad, comprensión racional del sentido de la acción y ausencia de coacción externa.

Existe una fuerte dificultad del cuerpo profesional para aceptar la autonomía de los/ las pacientes, en tanto y en cuanto ello implica una redefinición social de roles y un cambio cultural de envergadura, tanto más difícil cuando se trata de salud sexual y reproductiva.

Además existe un fuerte grado de impregnación de la creencia impulsada por las ciencias médicas en la sociedad, denominada medicalización social. Por ello las decisiones pretendidamente autónomas de los pacientes para aceptar o rechazar una propuesta del cuerpo profesional en el área sanitaria están ya desde el inicio fuertemente condicionadas



por esta cultura que Marta Videla ha dado en llamar “orden médico”, que no es otra cosa que el modo omnipotente, mesiánico, biologista e individualista de ejercer la medicina, imperante en el imaginario social. Es importante poder diferenciar la medicina de las prácticas médicas y la corporación médica del orden médico. El orden médico es *un “orden de la cultura, por el cual las personas se ponen en manos del médico, sometiéndose a su criterio y decisión. En realidad a la investidura que representa. (...) la medicina fascinada con su eficacia, posee una jerarquía que no es la del saber invocando a la ciencia, porque la ha convertido en sinónimo de la verdad irrevocable”* (VIDELA, Marta, 1999: 35-62)

Volviendo a la doctrina del consentimiento informado, esta se sustenta en la autonomía de las personas competentes y capaces para hacerlas participar en las decisiones que les incumben sobre tratamientos médicos. Esta doctrina se edifica en contra de una actitud paternal que caracterizó el desenvolvimiento de la práctica clínica durante siglos.

Mientras el consentimiento informado busca proteger y promover la autodeterminación de los/ las enfermos/as y los/ las usuarios/as del sistema de salud, en clara alusión al modelo autonomista de atención de la salud, el modelo beneficentista subraya la necesidad de evitar un daño que la propia maquinaria médica podría infligir a los/ las enfermos/as. Entre estos dos modelos existe una situación de constante tensión que se refleja claramente en los fallos judiciales.

En nuestro país, ante la ausencia de normas legales específicas sobre la esterilización se suele creer que para su instrumentalización hace falta contar con autorización judicial previa. Pero la esterilización como señala el Dr. Luis Blanco es siempre un acto médico que, como tal no requiere mayor trámite que una prescripción médica y el consentimiento informado del o la paciente, en tal caso podría requerirse el dictamen de un Comité Hospitalario de Bioética, pero nada más, no hace falta realizar una gestión de “autorización judicial”. Si se pide autorización judicial, la responsabilidad civil ante el riesgo que pueda ocasionar a la paciente, debe correr por cuenta de la institución hospitalaria o del médico/a, los tiempos terapéuticos no suelen coincidir con los plazos procesales, situación que puede presentar graves daños psíquicos y morales a la mujer embarazada y que deben ser resarcidos, y más si llegase a una complicación del parto por

la situación de angustia y estrés provocado por la gestión de autorización judicial, además de los costos emocionales y económicos que le reporta. (BLANCO, Luis, 1999: 137-184)

La esterilización es un medio para efectuar la planificación de la familia, uno de los métodos de anticoncepción, el más seguro al que pueden acudir las mujeres, el cual se instrumenta mediante intervención médica destinada a lograr la infecundación.

La esterilización es una conducta que sólo puede asumirse en el pleno ejercicio de la autonomía personal y que como decisión personalísima, pertenece al ámbito de la privacidad del/la interesado/a según la Constitución Nacional y las normas de los documentos internacionales que tienen jerarquía constitucional. Por lo tanto, cualquier tipo de regulación legal “limitativa” de la instrumentación de la esterilización, importa una intromisión indebida e ilícita del Estado en el ámbito de privacidad, coarta sin fundamento ni aval constitucional alguno, la libertad decisora de las personas y viola las normas de rango constitucional. (BLANCO, Luis, 1999: 137-184)

Es importante destacar el papel preponderante que juegan las distintas teorías éticas en la interpretación de los principios de autonomía y de beneficencia así como también las nociones de paternalismo, de capacidad-competencia y la doctrina de consentimiento informado. Por ejemplo una de estas teorías es el utilitarismo o ética consecuencial, que reconoce la autonomía del paciente en cuanto su puesta en práctica maximice su bienestar, utilidad o felicidad, pero cuando los bienes obtenidos son idénticos, entonces, quebrantar la elección racional del paciente en su beneficio, está justificado. Para esta postura, entonces, la autonomía está supeditada al principio de beneficencia.

Otra teoría ética es la Teoría de los Principios también conocida por Belmont Report: sus defensores sostienen que el objetivo primordial de la atención médica es el bienestar del paciente y por lo tanto su autonomía ha de considerarse en segundo lugar. Al mismo tiempo reconocen que el bienestar incorpora un elemento subjetivo (valores, metas personales, etc.) el cual debe considerarse en la toma de decisiones médicas.

Los antecedentes históricos sobre el consentimiento informado en la Argentina son relativamente recientes. En Estados Unidos, se usó por primera vez la expresión consentimiento informado en 1957, en el caso de “Salgo contra Leland Stanford Jr. University-Broad of Trastees”. En cuya sentencia se obliga al cuerpo médico a obtener consentimiento informado. Diferentes causas judiciales serán las encargadas de modificar

el criterio con que los médicos/as manejaron la información de los/ las pacientes, es decir que varios jueces entendieron que si bien resulta imposible exigir una información médica detallada y completa, no era absurdo exigir una información suficiente, para que una persona enferma pueda contar con elementos como para arribar por sí sola a una decisión libre.

La doctrina del consentimiento informado también recibió el impulso de la “leyes estatutarias”, ya desde 1972 se elaboraron legislaciones sobre consentimiento informado en muchos Estados norteamericanos. En el año 1973 es creado un documento muy importante en torno a la relación entre los/ las enfermos/as y los/ las médicos/as, el famoso “Bill of Rights” o “Carta de los derechos de los Pacientes del Hospital Público”. Esta carta reconoce la libertad y la capacidad de decisión del enfermo, basándose en el principio de autonomía, que implicaba reconocer el consentimiento informado como un nuevo derecho humano, extendiendo esta tendencia hacia todo el mundo. En 1976 el Consejo de la Comunidad Europea sigue la misma línea de recomendación.

El documento mencionado, significó una modificación en los códigos deontológico habituales, en los cuales los comportamientos médicos/as, estaban basado en el principio hipocrático de buscar el bien de los/ las paciente, dando paso a un lenguaje de derechos apoyados en el principio de autonomía.

En el Derecho Internacional, se refleja la doctrina del consentimiento informado con posterioridad al Código de Nüremberg cuando, en 1964, la Asociación Médica Mundial decide reconocer este reclamo en la ciudad de Helsinki elaborando una serie de recomendaciones para guiar el trabajo de investigación con seres humanos, diferenciando claramente experimentos con fines terapéuticos de aquellos que no lo son. En Tokio en 1975, fue revisada dicha recomendación y ampliada y reconocida con el nombre de Helsinki II. Finalmente la OMS en su “Propuestas de Directrices Internacionales para la investigación Biomédica en Sujetos Humanos” reafirma la declaración de Helsinki II y sostiene la expresión “consentimiento informado”. Estas recomendaciones fueron difundidas por todos los países, incluyendo algunas legislaciones latinoamericanas.

En nuestro país, si bien las recomendaciones y declaraciones de la OMS son respetadas, las referencias al consentimiento informado no se han fijado seriamente en los instrumentos legislativos.

La ley Nacional 17132 sobre el Ejercicio de la Medicina y Profesionales de la Salud, de 1967, dice en su art. 19 inc. 3° *“Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causas de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”*. (Ley 17132, 1967)

La Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada el 30 de octubre de 2002, y reglamentada mediante decreto N° 1282 el 23 de mayo de 2003, dice en su art. 2 inc. a) *“Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”*; en el f) *“Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable”*; y en g) *“Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”*. Si bien, en esta ley no se contempla expresamente el consentimiento informado, de los incisos señalados se deduce la importancia de que las personas tomen decisiones libres e informadas.

En nuestra provincia de Mendoza, la resolución N° 2492, que permite realizar procedimientos quirúrgicos de ligadura de trompas en hospitales públicos, señala claramente la necesidad de consentimiento informado de la paciente. En su art. 4° dice que las pacientes deberán presentar a la dirección del hospital la solicitud de la prestación con sus datos personales y el consentimiento informado, con el cual se abrirá un expediente al que se le agregarán todos los informes citados en el art.3°. En el proyecto de ley de contracepción quirúrgica que tiene media sanción en diputados, en su art.2° señala *“Las prácticas establecidas en el Artículo anterior serán efectuadas por indicación terapéutica correspondiente y/o a requerimiento de hombres o mujeres. Los mismos deberán expresar su consentimiento en forma escrita, respetándose el derecho a la autodeterminación”*. Entendiéndose que el o la paciente, tienen derecho al completo bienestar físico, mental y social, para elegir y decidir concientemente sobre su salud y su planificación familiar. En

el art. 3° *“En caso de matrimonios, se requerirá el consentimiento expreso de ambos cónyuges, y si hubiere disidencia entre ellos, el Estado Provincial brindará el apoyo profesional interdisciplinario para la toma de la decisión. En el caso de continuar la disidencia entre ambos, prevalecerá el derecho personalísimo del cónyuge que desea practicarse la intervención quirúrgica.*

Para finalizar diremos que el análisis desde la perspectiva de la ética en el campo de la salud sexual y reproductiva no sólo considera la relación de la usuaria/o con el equipo de salud y la institución, sino también busca modificar los valores acerca de la concepción de salud institucionalizada.

Históricamente las teorías éticas, a tono con el androcentrismo dominante en el campo de la filosofía, no han tenido en cuenta las experiencias de las mujeres por considerarlas incapaces de acciones morales, reflexión que se ha sostenido y ha reforzado postulados fundamentales que perpetúan la subordinación de las mujeres. El aporte del pensamiento feminista, ha permitido la integración de la perspectiva de las mujeres en la reflexión ética, rescatando la calidad moral y las experiencias de las mujeres.

La ética feminista permite una reflexión sobre las normas, pero lo más importante es que funda nuevas bases que hacen justicia a las diferencias genéricas y tiene como objetivo combatir todas las formas de opresión existentes de la sociedad. La opresión de género se manifiesta cruelmente en el caso específico de la capacidad para procrear, que se constituye como un punto de marginación y de definición de derechos y responsabilidades diferenciales y desiguales según el sexo.

En salud sexual y reproductiva cabe destacar que la discriminación de género se expresa en la relación de los profesionales de la salud y los/ las usuario/as de los servicios, afectando la calidad de la atención de las mujeres.

Susan Sherwin propone que las mujeres deben ser reconocidas como autoridades morales en su interacción con los procesos salud enfermedad, lo que implica el cuestionamiento abierto de los procesos sociales que ha generado estereotipos de género. La posición ética feminista, derivada de las políticas del feminismo sostiene que la opresión de las mujeres es moral y políticamente inaceptable y obliga a cuestionar la práctica patriarcal de la medicina y su supuesta neutralidad al interactuar con personas de ambos sexos. Permite también percibir que la lógica de productividad institucional de la

medicina está a menudo por encima de los códigos éticos, propone desmitificar el papel de los/ las médico/as y promueve un papel más activo por parte de los/ las pacientes o usuarios/as del sistema de salud en asuntos relativos a salud sexual y reproductiva.

Estas consideraciones son centrales en un tema como el de la esterilización quirúrgica electiva, pues esta decisión debe ser tomada en forma autónoma por la mujer, de allí la relevancia de la introducción de perspectivas bioéticas que contemplan como un asunto central en la toma de decisiones el consentimiento informado.

La práctica del consentimiento informado constituye un derecho fundamental para las mujeres, no sólo porque es una de las tácticas de transformación del modelo médico hegemónico, sino porque permite advertir hasta qué punto las decisiones últimas respecto del propio cuerpo y la propia vida es un asunto de cada sujeto. El reconocimiento del derecho al consentimiento informado es, pues uno de los puntos nodales por donde pasa la transformación de la práctica de la medicina: relativiza el papel del médico como dueño y señor de la vida, la salud y la enfermedad poniendo en escena factores sociales y psicológicos, y asigna a los sujetos el papel que le corresponde en cuanto dueños de sus decisiones, de su razón y de su voluntad.

El hecho de que los derechos sexuales y reproductivos hayan sido reconocidos en su dimensión de derechos ciudadanos y, más específicamente derechos ciudadanos de las mujeres es lo que ha puesto en el centro la cuestión de la autonomía de las mujeres, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, su sexualidad, sus capacidades reproductivas, su fecundidad. Estos es: algo tan elemental como la decisión acerca de si se desea o no tener hijos/as, cómo, cuándo, cuántos. Una decisión que ha sido y es objeto de largas luchas para el movimiento de mujeres.

## **CAPITULO VII**

### **POSICIONES ÉTICAS Y POLÍTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN TORNO A LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO EN LA PROVINCIA DE MENDOZA.**

Los objetivos planteados en ésta investigación como ya señalamos, son describir los rasgos y características que tiene el discurso médico detectando las implicancias éticas y políticas que tiene para las mujeres y descubrir las prácticas y las posiciones éticas y políticas que cuestionan el modelo médico dominante. La hipótesis sostenida, a saber: “Las prácticas médicas sobre los cuerpos de las mujeres tienen implicancias ético-políticas. El modelo médico hegemónico tiene supuestos éticos y políticos acerca de las funciones del cuerpo femenino vinculados a la idealización de la maternidad. Esos ideales condicionan las conductas y las practicas de los /las agentes de salud”; nos condujo a realizar entrevistas en profundidad a profesionales, así como una entrevista colectiva sobre ética profesional a integrantes del Comité de Bioética del Hospital Luis Lagomaggiore.

El análisis de los modelos médicos de intervención supone trabajar sobre los procedimientos de medicalización del cuerpo femenino, indagar tanto sobre su génesis como sobre sus características y su función. En éste capítulo procuramos principalmente precisar los conceptos de salud que predominan en el discurso de los médicos, los principios éticos que están en juego y los modos cómo se evidencian en la práctica médica concreta de la ligadura tubaria.

Desde la perspectiva que hemos intentado delimitar a lo largo de este trabajo la práctica de la ligadura (al menos las formas como se pone en práctica en los hospitales públicos) está determinada por la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte de la corporación médica. Las intervenciones implican una serie de supuestos de tipo ético y político.

El punto de vista teórico adoptado, ligado a la tradición de los estudios feministas, supone una mirada posicionada que produce una lectura crítica de los valores arraigados en la sociedad, así como del discurso médico y jurídico sobre las mujeres. Una mirada de género sobre la salud sexual y reproductiva es crucial para reconocer las inequidades respecto de los derechos de las mujeres en lo que se refiere a la calidad de la atención en el servicio prestado, principalmente en el campo de las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Asimismo permite advertir la organización de un entramado de significaciones y ordenamientos políticos y culturales en torno al cuerpo de las mujeres.

La salud sexual y reproductiva es una de esas zonas limítrofes entre el saber médico y los derechos de sujetos y sujetas a disponer de su cuerpo, su sexualidad y sus capacidades reproductivas. De allí la relevancia de trabajar sobre las prácticas médicas, la relación médico-paciente, las asimetrías entre varones y mujeres, la situación de las mujeres de sectores subalternos en el sistema de salud. El análisis sobre las significaciones asignadas a estas prácticas, así como su carácter fronterizo, de delgada línea entre saberes técnicos, derechos ciudadanos y decisiones éticas ha conducido, como un paso previo, al trazado de un panorama general sobre los debates existentes en el campo de la ética contemporánea a partir de un punto de vista feminista que se sitúa en una valoración adecuada tanto las perspectivas pretendidamente universalistas como la difundida apelación de Carol Gilligan a la ética del cuidado.

### ***7.1. PERSPECTIVA METODOLÓGICA***

La herramienta utilizada para esta investigación ha sido la entrevista antropológica o etnográfica, también conocida como entrevista informal o no directiva, a diferentes profesionales de la salud para conocer los criterios, concepciones teóricas y opiniones con respecto al tema de ligadura tubaria. La entrevista es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de aquellos/as a quienes queremos escuchar. Es además una instancia de observación: pudimos conocer a los/ las profesionales de la salud, escucharlos, estar en su trabajo, ver sus movimientos, sus relaciones, etc.

Si bien en este proyecto organizamos una guía con puntos a tratar, sobre la marcha surgían nuevos interrogantes ya que a veces las preguntas formuladas por quien investiga pertenecen al propio universo de sentido, que puede ser diferente del de aquel a quien se



entrevista. Tratamos de que las preguntas y respuestas no fuesen dos bloques separados sino partes de una misma reflexión.

Es importante reconocer que estos/as profesionales pueden poseer un universo distinto al nuestro. Por lo tanto hay que reconocerles una lógica propia para organizar significaciones en función de una específica ubicación social. Era conveniente que empezáramos por reconocer nuestro propio marco interpretativo acerca de lo que íbamos a estudiar y lo diferenciáramos del marco de los/ las entrevistados/as. Este reconocimiento es vital para acceder a un universo diferente y peculiar de significaciones.

La entrevista semiestructurada se funda en una concepción de lo social basada en ciertos supuestos, entre ellos: que para conocer una unidad sociocultural se puede recurrir a la interrogación de sus miembros, que cada miembro es una síntesis global portadora de los hechos y normas dominantes de esa unidad social.

Es importante tener claro que la no directividad de la entrevista permite corregir la posible imposición de nuestro marco argumentativo, descubrir e incorporar temáticas que no habían sido prevista ligadas al universo de los/ las entrevistados/as.

La guía diseñada consta de 5 ítems básicos: el rol de los/ las profesionales de la salud en la planificación familiar; el conocimiento relativo de los marcos legales; la posición sobre contracepción quirúrgica; el conocimiento sobre la evolución de las regulaciones legales del ejercicio profesional en el tema de la contracepción quirúrgica, y una reflexión final respecto de la valoración de la maternidad<sup>29</sup>.

El análisis de las entrevistas permite comprender los significados que los sujetos /as asignan a las cosas y a los demás sujetos/as, así como las relaciones con las unas y los otros. El objetivo es recuperar el sentido de las acciones humanas a partir de las vivencias y del esquema cognitivo de quienes las ejecutan, detectando, describiendo y explicando la trama de aquellos significados, su articulación y jerarquización, en virtud del contexto cultural particular en que los sujetos coexisten. Para nuestro trabajo es relevante detectar semejanzas y diferencias en la posiciones de los sujetos/as entrevistados respecto del tema de la ligadura tubaria.

La muestra ha sido construida a partir de criterios teóricos más que estadísticos. Los casos se seleccionaron en función de su pertinencia para echar luz sobre el fenómeno.

---

<sup>29</sup> Ver la guía de entrevista en el Anexo IV

La estrategia es la comparación sistemática aumentando o reduciendo las diferencias, en una secuencia de agregados de casos hasta un punto de saturación en el que los nuevos casos no aportan más conocimientos. (GLASER y STRAUSS, 1998)

En este capítulo analizamos las entrevistas realizadas sobre la base de dos variables fundamentales: Modelo Médico Hegemónico y Modelo Médico No Hegemónico o No Dominante. Estas variables a su vez se dividirán en diferentes categorías.

En primer lugar trabajamos con las categorías aportadas por la Bioética, de “Beneficencia” y “Autonomía”, la que nos permitirá descubrir los principios, valores y reglas éticas y morales que dominan la práctica médica y de la salud sexual y reproductiva, en especial en el caso de ligadura de trompas de Falopio.

Si no existe una única teoría ética posible, y si en la práctica resulta muy difícil poder ajustar los principios en todos los casos sin perder de vista la singularidad de cada sujeto/a, consideramos importante analizar cuáles son los principios y valores que predominan en los profesionales de la salud al tratar cada situación específica.

En segundo lugar se analizan categorías relacionadas con los fundamentos que subyacen al discurso científico, así como el concepto de salud que sostiene la práctica y el discurso en salud sexual y reproductiva. Otro aspecto a tener en cuenta en la relación médico/a –paciente, es el valor asignado a la decisión del otro/a en cuanto sujeto/a de derechos.

Finalmente se trata de dilucidar cual es la representación dominante sobre la mujer y el valor asignado a la maternidad.

Asimismo analizamos las leyes provinciales de contracepción quirúrgica vigentes en el país y realizamos una reconstrucción del debate público sobre el proyecto de ley en nuestra provincia.

### 7.1.1 Categorías de análisis e interpretación

Categorías	Variables	
	Modelo Médico Hegemónico	Modelo Médico No Dominante
<b>Principios bioéticos</b>	Beneficencia	Autonomía
<b>Fundamentos</b>	Valores morales y religiosos absolutos: Dios, la moral, la ciencia	Tolerancia Derechos sexuales y reproductivos
<b>Concepto de salud</b>	Concepto restringido de salud	Concepto de salud integral
<b>Rol de los profesionales ¿Quién decide?</b>	Heteronomía	Derecho a decidir sobre el propio cuerpo Respeto a las decisiones del Otro/a sobre su cuerpo
<b>Consideraciones: Lugar asignado a los diferentes factores que intervienen en la decisión</b>	Biologismo  Medicalización del cuerpo femenino	Aspectos integrales, biológicos, psicológicos y sociales
<b>Representación de la Mujer en la valoración a la maternidad</b>	Mujer = Madre Maternidad = mandato, institución	Mujer = diferentes representaciones Maternidad = experiencia

Los sujetos/as de investigación fueron los profesionales de la salud, que se desempeñan en los servicios de maternidad, ginecología, obstetricia y tocoginecología del Hospital Lagomaggiore.

Las entrevistas a informantes claves y calificados se basó en criterios de selección de muestreo intencional, cada profesional ha tenido una intervención notoria, ya que ejercen la medicina u otra disciplina en servicios a los que la regulación de la fecundidad, la problemática sexual y reproductiva y la atención del servicio de maternidad.

Como esta investigación se propone estudiar los aspectos ético/ políticos en torno a la ligadura de trompas, la muestra se basó en la división de aquellos/as profesionales de la salud que se pronunciaron a favor de la intervención de ligadura de trompas en los hospitales públicos y los que se mantuvieron contrarios. Se decidió cubrir otras categorías, como la distinción por género y por profesiones: Médicos/as, Obstetras o parteras, Psicólogas/os, y Trabajadoras/es Sociales. Asimismo en el diseño de la muestra se tuvieron en cuenta la edad, la idea fue en lo posible recuperar (si las hay) diferencias en las opiniones según la posición jerárquica, o funciones, la edad, el género y la disciplina.

## **7.2. EL TRABAJO DE CAMPO**

El trabajo de campo se realizó preferentemente en los lugares de trabajo de los/ las profesionales, salvo un caso a la mayoría se las/os abordó en el hospital público y en sus consultorios particulares. La recolección de información, por medio de entrevistas, se realizó en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2003. Las entrevistas se concretaron en situaciones obstaculizadas por: interrupciones, tiempos acotados, largas esperas, presencia de terceros durante las reuniones.

Se describe a continuación la situación de entrevista en cada caso concreto.

Se ha mantenido como criterio de ordenamiento la pertenencia profesional de los /las entrevistados /as.

### **Médicos/as**

**Laura**, médica obstetra trabaja en la Maternidad del Hospital Lagomaggiore. La entrevista fue realizada el día lunes 1 de septiembre de 2003, en su Consultorio particular, a las 10 horas, duró aproximadamente 2 horas. Cuando llegué estaba atendiendo a una paciente, además estaba con su hija, una beba menor de 1 año, que jugaba en un corralito en la sala de espera. Debí esperarla pues estaba atendiendo. Cuando se retiró la paciente, se acercó, me ofreció un café y mientras lo preparaba y a la vez atendía a su hija contestaba las preguntas de la entrevista. Estuvo muy poco tiempo sentada, siempre cuidando que la niña no se golpeará o evitando que llorara. Mantuvo una actitud atenta ante las preguntas, buena disposición y no se mostraba apurada, a pesar de que la entrevista se extendió por más tiempo de lo pautado.

**Guillermo**, también ginecólogo y obstetra es un joven médico que trabaja en la guardia el Hospital Lagomaggiore desde que se recibió. Hace poco tiempo trabaja en el sector privado, en la obra social de los/ las empleados/as públicos (OSEP). La entrevista fue realizada el martes 9 de septiembre del 2003 a las 14:30, duró aproximadamente 1 hora y tuvo lugar en consultorio de la OSEP, aprovechando la ausencia de algunas pacientes a la consulta.

**Hugo** en cambio es un médico con una amplia y reconocida trayectoria profesional que asesora al Programa de Salud y Reproductiva de la provincia y tiene interés en temas de educación sexual. La entrevista fue realizada el día martes 2 de septiembre a las 17:30 hs., en su consultorio y tuvo una duración de 2 horas.

**José** es médico cirujano, y trabaja como médico de Guardia desde hace 3 años, en el Hospital Lagomaggiore, hace 28 años que ejerce la profesión, está afectado al Plan de salud reproductiva y realiza las ligaduras tubarias. La entrevista, realizada el 22 de septiembre de 2003, se planeó con una semana de anticipación. Sin embargo tuvimos que esperar una hora y algo más hasta que se desocupara, cuando terminó la revista de sala y se llevó a cabo en una habitación desocupada para impedir cualquier interrupción. Se sentó cómodamente en una silla y se dispuso a ser entrevistado. La entrevista tuvo una duración de 1 hora aproximadamente. Se expresó de forma pausada, casi dictando lo que decía y relajado.

**Diego** es médico obstetra, tiene 34 años de profesión: es jefe del Servicio del Maternidad del Hospital Lagomaggiore. La entrevista se realizó el día 22 de septiembre del 2003, en un consultorio de enfermería en el servicio de Maternidad del Hospital. Se mostró dispuesto a la entrevista, mantuvo una actitud de clara oposición al Programa de Salud reproductiva y a los profesionales que lo integran, insistió sobremanera en que aquello que “deberíamos hacer” es realizar entrevistas a las mujeres en los barrios que se ubican detrás del hospital, porque ellas podrían dar una información más acabada de que tanto la ligadura tubaria como el “*programa de SR no solucionan nada*”. Solicitaba aclaraciones y explicaciones sobre las preguntas que le realizábamos.

#### **Obstetras/parteras**

**Cecilia** trabaja en la OSEP, en las delegaciones del Valle del Uco: Tunuyán, Tupungato y San Carlos. Trabaja en la Clínica Fleming y la entrevista se realizó en un café céntrico a las 21 hs., durante 1 hora aproximadamente el día 4 de septiembre de 2003.

**Hilda** enseña obstetricia y anticoncepción, realiza actividades docentes en el Hospital Lagomaggiore. Ejerce desde hace 40 años Se jubiló en el año 2001 como jefa del servicio Maternidad. Mientras se realizó la entrevista, en la sala de enfermería de Maternidad del Hospital Lagomaggiore, se produjeron algunas interrupciones e incluso intervenciones por parte de un médico y de una enfermera. La entrevista fue realizada el día 15 de septiembre de 2003.

#### **Psicólogas/os**

**Mónica** es psicóloga de planta de la Maternidad del Hospital Lagomaggiore desde 1994. Está implicada al Consultorio Interdisciplinario de Ligadura de trompas, es la

encargada de evaluar los informes psicológicos. Se negó a que la entrevista se grabara. La entrevista se llevó a cabo el 21 de septiembre del 2003 a las 10 hs.

**Analia**, Psicóloga, formó parte del equipo que inició las acciones para que el Hospital Lagomaggiore realizara las ligaduras de trompas. Luego se separa del equipo continúa como jefa del servicio de salud mental del hospital. La entrevista fue realizada el 22 de septiembre de 2003 a las 13hs. en consultorio externos del hospital y fue interrumpida por la presencia de una médica que trabaja en admisión de partos en la guardia.

#### **Trabajadora social**

**Sandra** es Trabajadora Social, y se desempeña en la Maternidad del Hospital Lagomaggiore, dentro del Programa de Salud Reproductiva desde el año 1998. Comenzó trabajando en el Hospital Lagomaggiore, tres días a la semana, con un contrato del BID y los otros tres días en la Maternidad del hospital Paroissien. Después se ha desempeñado dentro del Programa como capacitadora, como multiplicadora de Salud reproductiva en un Proyecto de UNICEF. Su tarea tiene que ver con la asistencia, la prevención y la capacitación. La entrevista se realizó el 8 de septiembre del 2003 a las 9:30, duró aproximadamente 1 hora y media.

#### **Entrevista Colectiva al Comité de Bioética del Hospital Lagomaggiore**

La entrevista colectiva al Comité de Bioética permite analizar el cruce de diferentes miradas disciplinarias. El debate adquiere un carácter argumentativo y político de sumo interés para nuestro proyecto.

La entrevista se pautó sobre la marcha, es decir que cuando ellos se reunieron, el 13 de octubre, decidieron que en esa reunión podían recibirme: Julián Olivares, actual Presidente del Comité me llamó por teléfono pidiéndome que me acercara al hospital, que había concretado la entrevista. Así es como me acerco en compañía de un observador, 15 minutos después del aviso. Tuvo una duración de 2 horas y media aproximadamente. Estaban presentes algunos de sus miembros: Presidente, Julián Olivares (enfermero universitario), Secretaria de Actas Graciela Quinteros (Lic. Trabajo Social), José Luis Castro, Médico de Terapia Intensiva, Osvaldo Mollar (pediatra), Viviana Armentano (Genetista), Alejandro Maresca (Abogado), Elba Ojeda (ama de casa), Pedro Peña y Lillo (Profesor de filosofía). No estaban presentes la Reina de Kotlik psiquiatra, María Ester Sosa enfermera universitaria, ni los representantes de las Iglesias Católica y Judía. Cuando

llegué a la cita, estaban todos reunidos, en un aula del hospital con un escritorio, donde se encontraba Julián y la secretaria de actas. Fuimos presentados por Julián y procedí a explicar los objetivos de las entrevistas y del proyecto y los temas que me interesaba tratar. El Dr. Castro había preparado para la ocasión una exposición de un “cursograma” que habían realizado para unas jornadas interhospitalarias con el fin de explicar el funcionamiento del Comité y su intervención en casos de pedido de ligadura de trompas.

Las primeras preguntas tendieron a saber a qué se abocaba la investigación y cómo se iba a realizar: los profesionales se mostraban formales y desconfiados, aunque con buena predisposición. Luego que la entrevistadora explicó los objetivos que perseguía la entrevista mejoró la predisposición dieron el visto bueno para ser grabados y hasta pidieron una transcripción de la entrevista para incluirla como parte de los trabajos del Comité. Los integrantes del Comité iniciaron su participación en forma esquemática, quedó en evidencia que habían acordado el modo de trabajo y habían llevado material específico para esta ocasión. Se leyó un extenso trabajo con estadísticas, análisis y un poco de historia sobre la problemática de ligadura Tubaria. Algunos de los integrantes dejaron de prestar atención ocupándose de sus propias cosas e incluso hacían chistes alusivos a la ligadura Tubaria. En el discurso insistió sobre la posición ética del Comité destacando los principios de totalidad y beneficencia. A la Hora de la entrevista la Secretaria de actas se retiró mostrándose totalmente desinteresada. El verdadero debate se inicia después de una hora, una vez finalizada la exposición del Dr. Castro. El abogado y uno de los médicos, que se retira 20 minutos después, comparte bromas de mal gusto sobre sexualidad y anticoncepción, inspirados en las experiencias referidas por otros médicos. En el último tercio del debate se sumaron el filósofo y el abogado, el primero es interrumpido por los demás integrantes del Comité, que agregan datos, contaban anécdotas, etc. El Dr. Maresca en cambio no es interrumpido y es el encargado tanto de abrir como de cerrar puntos del debate. A medida que el tiempo pasaba, fueron cambiando el tono del debate hacia una actitud cada vez más persuasiva, tratando de convencer a la entrevistadora de sus argumentos acerca del rol de los profesionales de la salud en la sociedad y de la medicina misma. La entrevista se cerró, sin embargo en forma inesperada cuando el presidente del Comité dio por finalizada la entrevista por el horario; disculpó a sus colegas, quienes tenían otras tareas y en buen tono se acercó a la entrevistadora a quien facilitó algunos

datos y ofreció su disponibilidad para concretar una nueva reunión, de ser necesaria. En el lugar había muchos ruidos y las relaciones entre los/ las integrantes del Comité no eran demasiado amistosas, manejaban entre sí códigos de respeto laboral, aunque no jerárquicos. Las mujeres, excepto la secretaria por una obligación convencional y estatutaria que ocupaba el escritorio, estaban cerca de la puerta. Los hombres estaban más cerca entre sí en el centro de la sala.

### ***7.3 LAS/OS PROFESIONALES ANTE LA LIGADURA DE TROMPAS.***

#### **7.3.1. Los principios éticos: Beneficencia y Autonomía**

Nuestro mundo es plural, desde el punto de vista cultural, político y ético. Desde esta pluralidad es razonable preguntarse si existe algún tipo de principio ético universal aplicable a la reproducción humana, o bien algún tipo de derecho absoluto.

Desde una aproximación feminista analizaremos los principios éticos de autonomía y beneficencia a partir de las expresiones de las/ los profesionales de la salud sobre sus prácticas y la relación con sus pacientes mujeres.

Si partimos de la idea que los hechos y leyes morales no son neutrales sino marcadamente androcéntricos, en la aplicación de los principios a casos concretos, suele suceder que los principios éticos algunas veces entran en conflicto entre sí, requiriendo por ello que se establezcan prioridades valorativas, adoptando una posición a favor de algunos principios en detrimentos de otros. Esta selección tiene grandes implicaciones para las mujeres.

Nuestro análisis intentará indagar en los discursos de los/ las profesionales para poner en evidencia, los dilemas suscitados en las prácticas de salud sexual y reproductiva, en especial en las intervenciones de ligadura de trompas.

El principio de **autonomía** propone que los/ las individuos/as tienen derecho a la libertad de decisión y acción, en la medida que sus acciones no interfieran con los derechos de los/ las otros/as. A menudo, los/ las profesionales de la salud no han tomado en cuenta o han desconfiado de los derechos de las mujeres o de su capacidad para la autonomía.

La medicina ha experimentado un profundo cambio en las últimas décadas, influyendo sobremanera en el rol que asume el o la paciente (de un rol pasivo a uno activo



e incluso crítico). Veremos cómo ha impactado en las concepciones de algunos especialistas.

En el testimonio de este joven profesional, respecto a la elección de métodos anticonceptivos que estos cambios comienzan a manifestarse:

*“...la paciente ya viene por cosas que escucha en la tele... y le dice al médico el método que ha decidido usar y lo único que tiene que hacer el médico es asesorar si ese método le conviene o no... a la paciente por x enfermedades... o cierta complicación que puede tener en el uso, pero... son muy pocas las que vienen a preguntar que método pueden usar, la mayoría ya viene con una idea de qué quiere usar, la paciente también a cambiado”* (Guillermo).

Respecto a la decisión y la autonomía, algunos/as profesionales se expresaron a favor de incorporar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones médicas, teniendo en cuenta que esta elección debe ser informada.

*“...y lo más importante una vez que se le ha explicado a la paciente, las ventajas y desventajas de cada método la que termina **decidiendo**... es siempre la paciente y la pareja pero nunca el médico”* (Guillermo).

*“yo pienso que la mujer junto con su pareja mayor de edad y **en conocimiento de todo lo que esto significa tiene la última palabra**”* (José).

*“...debería haber un acuerdo previo de respetar los deseos de esa mujer”* (Cecilia).

Entre los elementos señalados en las entrevistas para ser incorporados en el proceso de “informar” a las mujeres o a las parejas están: la eficacia, el uso adecuado del método elegido, posibles factores que puedan afectarlo, las ventajas y desventajas de cada uno en particular, los efectos colaterales y complicaciones, la prevención de ETS, incluido el HIV/SIDA y la hepatitis B, el seguimiento en usuarias/os de métodos hormonales, DIU y preservativos.

Respecto del consentimiento informado algunos profesionales lo consideran como un instrumento de resguardo para los/ las médicos/as ante posibles futuros juicios de mala praxis y no como una forma de ejercicio de la autonomía por parte de las mujeres

*“... sobre el consentimiento informado estoy completamente de acuerdo. Pero yo creo, que la decisión final... está en manos inalienable de la pareja o de la mujer, correctamente, perfectamente, ampliamente asesorada e informada”* (Hugo).

*“yo creo que el consentimiento informado siempre lo tenés que llenar y más ahora por la gran cantidad de juicios de mala praxis que hay. Si yo no tengo el consentimiento*

*firmado y aprobado de la familia, no te digo de la paciente porque a veces no está en condiciones ... Se complica un poco la decisión que podés tomar, porque a los dos minutos me cae un abogado y me hace un juicio terrible” (Hilda).*

*“Cuando se hace un consentimiento informado firman el paciente y firma también el que informa... yo creo... que uno tienen que ser responsable por lo que informa y está bien que en el consentimiento participen ambos, el paciente porque se hace responsable de la decisión... y el médico porque de algún modo está induciendo a la decisión a través de la información que da, yo creo que de todos modos que la decisión que tiene el médico es muy grande, porque **mucho de la decisión del paciente depende de lo que vos le digas**. Entonces qué pasa si yo doy una información que está sesgada, estoy actuando como formador de opinión, el problema de la información y asesoramiento necesita un profesional con un perfil. Algunos de los que trabajamos en la formación profesional... estamos... tratando de definir cuál es el perfil del consejero” (Laura).*

*”El consentimiento informado es lo primero, sin el consentimiento informado... si no está el pedido de la paciente, no se puede hacer nada... salvo en situación que corra riesgo de vida la paciente no se hace. Me parece que es fundamental, que no se podría hacer, salvo que estuviera la ley... No podemos hacer nada sin el consentimiento informado, si ves los expedientes, la primera hoja es el consentimiento informado además tiene que firmar el marido u otro testigo y la firma del profesional, del médico. Desde el punto de vista legal tiene que existir un pedido de la paciente, en el caso de que yo pienso si estuviera la ley no sería necesaria. Es desde lo legal, con la ley no haría falta que firmara la paciente el consentimiento. En la parte privada, la paciente pide la ligadura y muchos médicos no le hacen firmar nada... Pero en este momento, como está dada la cuestión legal sería imposible sin el consentimiento informado” (Mónica).*

Muchos profesionales no interpretan el consentimiento informado como un procedimiento que permite el ejercicio de conductas de autonomía, autodeterminación, autolegislación o libertad de acción de las mujeres, sino que subrayan la necesidad de evitar un daño que la propia maquinaria médica podría infligirle a las mujeres en cuanto usuarias o paciente, en clara alusión al modelo beneficiarista de atención. Parafraseando a Cecchetto entre estos dos modelos el autonomista y el beneficiarista existe una situación de constante tensión que se refleja claramente en los fallos judiciales (CECCHETTO, S. 2003: 4). Existe una fuerte dificultad por parte de los /las profesionales para aceptar la autonomía de las mujeres, aún en aquellos/as profesionales que tiene una perspectiva más abierta y defensora de los derechos de las mujeres. Esta dificultad puede estar asociada a que la aceptación de este modelo implica una profunda transformación cultural en el ejercicio del saber/poder médico que se resiste a redefinir su rol social, dejar de ejercer cierto paternalismo.

La lectura del consentimiento informado en clave de instrumento de defensa de la práctica profesional se relaciona con la judicialización de la práctica médica y con la inexistencia de una ley que los ampare. La razón por la cual el consentimiento adquiere sentido como protección de los/ las médicos/as y no como un documento que confirma y sustenta la autonomía de las mujeres como sujetos competentes y capaces de participar en las decisiones que les incumben sobre tratamientos y acciones médicas se debe a que es mucho mas sencilla esta clave de lectura en orden a la preservación del papel profesional tal como las mayor parte de los médicos y médicas lo han internalizado<sup>30</sup>.

Sobre el consentimiento informado señala Diego:

*“Lo realizamos por la parte legal... pero yo le puedo asegurar que en la mayoría de los casos la paciente no sabe lo que firma... no conoce el riesgo, son pocas la pacientes que tienen conciencia de lo que firman. Ahora, legalmente es imprescindible por las cuestiones legales... Si uno actuara concientemente, correctamente uno no necesitaría seguro de salud y consentimiento informado (...) Es un cuidado para los médicos pero no para las pacientes. Si no le propongo una cosa... tome tres historias clínicas con consentimiento informado y se va, ahora mismo, a ver a la Sra. Y le dice: Sra. ¿qué significa esto, a ver qué es lo que firmó usted? Y no saben... Crúcese y pregunte a ver si han solucionado algo con todo el circo que han hecho” (Diego).*

En síntesis respecto del consentimiento informado la actitud paternalista que caracterizó la práctica clínica durante siglos sigue estando presente.

En nuestro país, el acceso a la información sobre sexualidad y reproducción no ha circulado con facilidad, en especial en los sectores sociales con menores recursos económicos, sociales, educativos, y culturales, o en zonas rurales en las cuales esta dificultad ha sido una constante histórica. Esta carencia de información, que afecta a amplios sectores en cuanto a aspectos tan relevantes para su vida y desarrollo personal como las relaciones afectivas, la sexualidad, la fertilidad y las posibilidades de regularlas, requiere que los equipos de salud se comprometan a asegurar a todos/as la transferencia de conocimientos acordes con la época actual. La asistencia, la orientación y la información necesaria son las herramientas con las cuales los/ las profesionales ejercen función educativa en este proceso. En nuestra provincia, el Programa de Salud Reproductiva está formando recursos humanos en salud para la realización de Consejería en salud sexual y reproductiva, que consiste en informar y asesorar para la elección de los métodos a utilizar.

---

<sup>30</sup> Ver el ítem 7.3.5.

Esta consejería incluye aspectos biomédicos pero también psicosociales, que permiten ayudar a la toma de decisiones responsables en materia de sexualidad y reproducción. En este sentido Laura señala:

*“...pasando al problema de la información y el asesoramiento estamos tratando (de) conseguir... un espacio para consejería... (para) que el paciente tenga una elección informada y donde podamos hacer un consenso no imponiéndole lo que tiene que usar sino aconsejándole que alternativa hay, donde la decisión última es la del paciente...(donde) el paciente tenga el derecho de saber que es lo que debe elegir, porque sino no elige hace lo que le dicen, yo creo que la elección informada debiera darse en todos los campos de la vida. Muchas de las malas decisiones que hemos tomado desde el punto de vista de cosas, como... la elección de los gobernantes por ejemplo pasa porque uno no elige informado... yo creo que el consentimiento informado protege al médico de la carga personal que implica asumir solo una responsabilidad. Uno informa al paciente y el paciente sabe lo que elige, la decisión es consensuada, el médico asesoró pero la decisión final es conjunta (...) el médico atiende pacientes, atiende individualidades, a tal punto que la relación médico paciente... es uno a uno...” (Laura).*

La idea de la consejería no significa decirle a las personas que deben hacer, se trata de ayudarlas a decidir qué sea lo mejor para ellas en su situación particular, asistirles, a través de la escucha y el entendimiento, para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus creencias y valores, permitirles el desarrollo de confianza y de autonomía. Se trata de ayudar a identificar las necesidades en relación con la sexualidad y la anticoncepción para poder tomar decisiones adecuadas para el uso seguro y efectivo de los distintos métodos anticonceptivos.

Actualmente *“... no se respeta la decisión de una paciente que diga que no, de última esto no es privativo, una lo puede aconsejar mirá esto trae estos riesgos, trae estas posibilidades, pero yo también tengo que atender a las bases psicológicas o sociales todo lo que haga que la paciente decida por terror que no quiere someterse a determinado procedimiento, por más que a mí me parezca bien, por más que a mí me puede parecer bárbaro para preservar la vida de una paciente que la tengo que someter a diálisis porque tiene una insuficiencia renal y la paciente puede plantear que ella no quieren que la dialicen y prefiere morirse de una insuficiencia renal, yo no soy quién para conectarla al aparato (...). Hay que estar en la cabeza de una mujer que tiene que mantener ocho hijos entre los cuales tiene que repartir un litro de leche diluida... bueno yo como médico opino desde mi casa en la quinta sección ... bueno yo desde mi casa de la quinta sección o del B° Bombal puedo ver la realidad con una venda en los ojos (...). Que yo médico tenga un aval en la decisión, y ojo esto no es eutanasia, en el sentido de permitirle al paciente el bien morir de la misma manera que peleo por el buen vivir, el modo de morir también hace a la calidad de vida del paciente y eso no tiene aval ni tiene protección, que pasa con los deberes y derechos de las personas en cuanto al seguimiento de los tratamientos, a los deberes y obligaciones del paciente, porque el paciente también tiene obligaciones, a los*

*deberes y derechos de las instituciones a los deberes y derechos de los médicos dentro de las instituciones” (Laura).*

Cuando hablamos de autonomía nos referimos a que los/ las individuos/as tienen derecho a la libertad de decisión y acción mientras esta no interfiera con el derecho de otros/as. Asegurar a los/ las individuos/as la libertad de actuar en ciertas formas, no implica que ellos/ las deban actuar en tales formas, más bien quiere decir que podrían hacerlo si así lo decidieran. Como dice Ruth Macklin: *“El derecho absoluto de una mujer a la autodeterminación decidiría todas las preguntas y cuestionamientos sobre el control reproductivo, incluyendo todos los cuestionamientos relacionados con el aborto”* (MACKLIN, Ruth, 1998: 153). Sin embargo, muchos/as profesionales de la salud, reconocen que algunas razones para demandar una ligadura de trompas o un aborto son más apremiantes que otras.

El consentimiento informado es una condición necesaria para el ejercicio de la libertad de acción y la autonomía. El derecho de los/ las individuos/as a la libertad reproductiva sólo es parcialmente cubierto a través de la no interferencia en las decisiones o acciones de las personas. El respeto a las personas exige que los servicios médicos apropiados sean provistos en una forma que trate a las mujeres con dignidad y con respeto. El respeto a las personas también demanda que el consentimiento sea voluntario. Hugo plantea:

*“Yo soy muy respetuoso de los valores éticos de la mujer, donde resalto uno de los más importantes que es el valor ético de la autonomía (...) y bueno es el poder de la autonomía, recién ahora las mujeres han encontrado su verdadero valor en la sociedad. No estoy hablando de la equidad el marido 50 y yo50, el vecino 50 y yo 50 sino el valor ético de la autonomía, para mí es el más importante. El principio de equidad bueno macanudo, eso es fácil, pero el de la autonomía respetárselo eso muy difícil”* (Hugo).

El no reconocimiento de las mujeres como agentes autónomos, implica un trato desigual y discriminatorio, las mujeres no pueden ser tratadas como incapaces de autonomía, como vulnerables, deben ser tratadas como capaces de autodeterminación informada. El “consentimiento informado” es una condición necesaria para el ejercicio de la libertad de opción y autonomía. Dado que las mujeres individuales, y en algunos casos las parejas deben hacer elecciones informadas acerca de los métodos anticonceptivos o en los casos en que falla la anticoncepción adecuada, poder decidir qué hacer. Para poder decidir y elegir lo más adecuado para cada caso particular, los/ las médicos/as y otros/as

trabajadores/as de la salud tiene la obligación de proveer esa información en términos comprensibles para las personas en los servicios de planificación familiar. El no mostrar el amplio espectro de métodos disponibles, aun los de esterilización quirúrgica, genera una limitante en la libertad para optar.

La decisión sobre la elección de un método anticonceptivo determinado se puede sostener sobre la base de diferentes factores como la facilidad o conveniencia de un método, la aceptabilidad por ambos miembros de la pareja, la efectividad en la prevención de embarazos, o para evitar riesgos o efectos colaterales. Esta decisión, a veces puede estar limitada por las preferencias de los/ las profesionales de la salud, que suelen favorecer sus propias valoraciones personales, privilegiando algunos métodos por encima de otros y desconociendo las consideraciones de los/ las usuarios/as así como su capacidad de decisión racional.

En circunstancias ideales, la decisión de algún método anticonceptivo o de realización una ligadura de trompas, debería ser consensuado entre la mujer y el varón, ya que ambas partes tienen un interés común. En casos en donde la pareja no está de acuerdo, el principio de autonomía y libertad individual demanda que prevalezca el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo.

El principio de **beneficencia** considera moralmente correctas las acciones que resultan en el mayor bien para el mayor número posible de personas. La planificación familiar es un bien que permite promover la salud, el bienestar de los/ las individuos/as, parejas y de la sociedad en su conjunto.

*“... para mi, como lo dice el juramente hipocrático: ayudar, es brindar salud”* (José).

Si bien el principio de beneficencia parece tener en cuenta los intereses de todos el punto parece residir en quién define cuáles son los intereses de todos, pues por “brindar salud puede entenderse tomar decisiones por / en lugar de algún otro considerado como menor o incapaz. El testimonio siguiente da cuenta de las prácticas que se realizan rutinariamente en los hospitales públicos. El dilema frecuente que se presenta en el concepto de beneficencia es que las políticas y prácticas de la salud, que son benéficas para algunas, pueden no ser benéficas o incluso dañinas para los intereses de otras. Muchas veces se decide realizar sobre los cuerpos de las mujeres prácticas físicamente agresivas o tratamientos opresivos sin su autorización pues, se argumenta, éstas (cesáreas,

episiotomías, partos inducidos) son esenciales para el bienestar de los/ las bebés. Esta conducta (por demás frecuente) restringe la autonomía de las mujeres, situación que puede causar riesgos en las mujeres y comprometer su bienestar.

*“Mirá mamá te tengo que hacer una episiotomía o te tengo que operar **no te estoy pidiendo permiso porque es la salud del bebé**”* (Cecilia).

Es decir que no hay registro de la práctica misma ni una reflexión crítica sobre los derechos de las mujeres como agentes morales. Generalmente los profesionales, asumen una actitud paternalista subordinando los intereses de las mujeres a los intereses de otros/as, invocando sus derechos y reduciendo el margen de respeto por las decisiones que las mujeres (COOK. Rebecca, 1998: 181). La beneficencia requiere un entendimiento renovado o reformado del embarazo como afectando a una unidad interconectada e interactiva, a la vez que afectando el funcionamiento de la unidad familiar.

La oposición de los/ las profesionales a la ligadura de trompas se relaciona generalmente con la imposibilidad futura de que las mujeres puedan tener hijos/as, recurren a diversas experiencias de vida que pueden llevar a las mujeres arrepentirse de su decisión, poniendo en duda sus elecciones informadas y responsables y cuestionando no sólo la posibilidad de que una mujer pueda decidir que es lo mejor para ella, sino también el funcionamiento del Consultorio Interdisciplinario de ligadura que, en la perspectiva de algunos /as las convence de tomar decisiones no debidamente reflexionadas.

Señala Marta:

*“No (los pedidos de ligadura) no son tantos... pero lo que es violento para mi ... decirle no señora, no estoy de acuerdo, y ... (escucharlas decir) ... ‘yo voy a hablar con el director..- porque a mi me van a hacer la cesárea y me van a ligar, porque yo quiero que me ligen’ y tiene 29 años. Hasta los 50 te imaginás tienen 20 años, en esos 20 años pueden cambiar de marido... (pero cuando) tenemos incesto, yo estoy de acuerdo en hacerle la ligadura...”* (Marta)<sup>31</sup>.

El principio beneficentista es un principio utilitarista que implica una evaluación de los beneficios y de las consecuencias dañinas de la acción o de la práctica que se está evaluando. La valoración de riesgos y beneficios aplicados a la selección de métodos anticonceptivos es muy compleja. Las consecuencias de un método dado pueden ser evaluadas a partir de las dimensiones de efectividad del método y del riesgo de daño para

la usuaria del anticonceptivo. Los riesgos pueden ser de daño físico pero también de daños psicológicos y sociales, estos últimos no son considerados generalmente en la evaluación. Una evaluación de riesgo-beneficio siempre involucra establecer prioridades basadas en valores, y por ello se puede generar tensiones, ya que los métodos preferidos por los proveedores de salud o los programas de planificación familiar pueden diferir de aquellos más aceptables para las propias mujeres. Los riesgos o beneficios percibidos por las usuarias pueden no coincidir con los evaluados por los/ las profesionales de salud o por el sistema de salud. Este puede ser un punto de conflicto entre el principio de beneficencia y el de autonomía.

El principio de beneficencia en salud sexual y reproductiva, se vulneraría de no alcanzarse una práctica segura, de carácter preventivo-terapéutico para evitar embarazos no deseados, y las consecuencias negativas que podría acarrear un embarazo para la salud de la mujer y su grupo familiar.

Cuando se pone en juego la decisión de una mujer de realizarse una ligadura de trompas, algunos/as profesionales se pronuncian en contra de la autonomía de las pacientes y sostienen que su criterio y decisión carece de sentido racional, mientras que la posición médica tiene una jerarquía superior dada por supuesto por el saber - poder de la ciencia.

*“mirá, yo no sé si vos te tenés que meter (en la vida de la gente), pero yo me meto científicamente, desde mi rol profesional y desde ahí miro la vida de los demás, y mi función diagnóstica de la mente para definir una castración definitiva en una mujer, es el derecho a la salud. **Porque creo que hay un derecho que la mujer tiene a ser diagnosticada por un profesional de la salud que puede ver más que su deseo. El deseo forma parte del momento de un momento de una conducta, pero hay mucho más que eso. Y ese es mi rol profesional. Entonces, puede estar el deseo pero eso no le da el derecho a meterse cuando no ve otros aspectos que también juegan a su desarrollo**” (Analía).*

El principio de autonomía y libertad individual reconoce la dignidad de los seres humanos y demanda que ellos sean tratados con respeto. Este precepto ético se viola en el caso citado porque no se cumple el derecho de los/ las individuos/as a la libertad reproductiva y a la no interferencia en las decisiones o acciones de las personas. Las mujeres son agentes pensantes, capaces de deliberar y tomar decisiones, aun cuando las privaciones económicas y sociales, imposibiliten el acceso a la información. La elección

---

<sup>31</sup> Marta es una médica obstetra, que trabaja en admisión de partos de la guardia del Hospital Lagomaggiore, estuvo presente durante la entrevista a la Lic. Analía, y tuvo intervenciones importantes de destacar.



informada, requiere de una gama de opciones para poder elegir el método más adecuado y rechazar los métodos o los procedimientos médicos no deseados, para ello el gobierno y los programas de salud sexual y reproductiva deben garantizar mejores condiciones económicas y educativas a las mujeres para que aumente su capacidad para elegir voluntariamente y sin coerciones.

El Estado, los programas de salud, los/ las proveedores e incluso las parejas no pueden realizar elecciones reproductivas por las mujeres. Por otra parte la elección reproductiva informada implica también la responsabilidad sobre la elección tomada. Es necesario asumir que las mujeres tienen la capacidad de hacer elecciones responsables. Responsabilidad que sólo se puede ejercer si el gobierno y las instituciones del Estado asumen la responsabilidad de garantizar las condiciones necesarias para realizar elecciones reproductivas responsables.

### **7.3.2. Sobre los valores morales y la tolerancia. Las dificultades para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos**

La pluralidad de diferencias constituye una de las dimensiones fundamentales de la condición y la experiencia humanas. De allí la relevancia de poder delimitar qué decisiones atañen a la sociedad y cuáles pueden ser de su exclusiva competencia de los/ las ciudadanos/as. En terrenos tales como el de la sexualidad, la reproducción y la familia se pone en juego una batalla moral, en torno de los límites entre lo público y lo privado.

Lo que está en el centro del debate cuando se lucha en la frontera entre lo público y lo privado es el reconocimiento de los límites entre regulación social y libertad en el momento de elegir de acuerdo con la propia conciencia. La existencia de una única moral suele reposar en el recurso a la idea de universalidad, definida como un conjunto de planteamientos morales asentados sobre valores comunes. Sin embargo estos pretendidos valores se sostienen a menudo sobre consensos forzados que violan la identidad y la subjetividad de muchas personas que portan valores culturales y opciones vitales distintas.

En lo que se refiere a derechos sexuales y reproductivos los médicos/as generalmente resuelven situaciones concretas basándose en su propia ética o presupuestos morales, asignándoles valor de universalidad. Ante diversos problemas éticos suscitados en el ejercicio de la medicina, los/ las profesionales apelan a la aplicación del sentido común, de sus propios/as postulados morales y de la legislación por ellos/ellas conocida.

Lo que está en juego en el campo referido a las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción humana es un asunto tan central como el de la visión del mundo, del sentido (y a menudo **el comienzo** de la vida). La dificultad reside en que, dada la hegemonía que la Iglesia Católica ha construido en torno de estos campos la perspectiva religiosa suele ser considerada por algunos/as profesionales como una norma ética válida para todas las personas. Dice Hilda:

*“yo terminé en marzo de hacer un curso justamente en todo lo que es planificación y anticoncepción **con un ex cura jesuita... sabe un montón... es muy difícil porque todo esto siempre tiene una zona gris donde vos no sabés desde qué momento fuiste embrión o dejaste de ser, si es al tercero, al segundo y cuándo sos persona, si sos persona en la fecundación si sos persona en la nidación. Esa es una zona que no la podemos definir todavía nadie se pone de acuerdo, entonces yo que pienso para mí es persona desde el momento que se unió el óvulo con el espermatozoide. (En ese momento pasa una enfermera y dice -para mi también...- sigue su camino) Y ahí si crece, no crece, se anida o no se anida, bueno. (Hilda)**<sup>32</sup>.*

El concepto de vida que la Iglesia católica propone se sustenta en un principio básico: los seres humanos no dan la vida sino que son depositarios de la voluntad divina, por lo tanto no pueden quitarla, por eso la oposición al suicidio, al aborto y a la eutanasia. Consideran que en el momento de la fecundación, el ser humano en formación tiene plena autonomía de la madre, cuyo cuerpo es un instrumento equiparable al niño por nacer, porque éste desde ese primer momento tiene alma. Es por esta perspectiva que la Iglesia se opone a toda intervención humana en los procesos de la vida.

Esta perspectiva no puede ser asumida en los hospitales públicos, porque consistentemente con esta visión religiosa existe otros razonamientos éticos sobre la vida que se sostienen en el reconocimiento de los límites y las potencialidades de las diferentes etapas del proceso biológico, como es la actividad cerebral como indicador de la aparición de conciencia, valorado sobre la mera vida vegetativa, a modo de ejemplo. Existen formas de trabajar en salud sexual y reproductiva, manteniendo los propios valores y es por medio de la objeción de conciencia, pero si ésta no está firmada, ningún /a médico/a a pesar de sus concepciones ideológicas y morales puede desligarse la obligación de proporcionar

---

<sup>32</sup> Es interesante analizar esta respuesta: es una zona gris, nadie se pone de acuerdo... entonces para mí es persona, de donde la profesional infiere: mi juicio (para mí es persona) adquiere validez universal a pesar de su particularidad (para mí). En su condición de representante del valor universal de la vida puede, entonces, tomar decisiones por otros y otras cuyas perspectivas sí son efectivamente particulares .

información adecuada para que las mujeres puedan decidir en libertad según sus propias convicciones morales. Es interesante señalar que si bien existe la objeción de conciencia, en toda la provincia sólo se han firmado seis.

Una tensión que se plantea en la práctica médica es la que se produce entre la libertad individual y la responsabilidad social. En el discurso ético estos dilemas suelen estar representados por la adhesión a distintos códigos éticos, entre ellos los predominantes son los denominados códigos deontológicos o teleológicos. Para los deontologistas las acciones son intrínsecamente buenas o malas por naturaleza y ni las consecuencias, ni las circunstancias ni las intenciones cuentan o pesan sobre la moralidad de las acciones. Varias doctrinas filosóficas o religiosas deontológicas son fundamentalistas, y plantean que hay verdades y valores morales que existen independientemente de las personas. Esto lleva a la creencia en absolutos morales, que no requieren interpretación y demandan obediencia absoluta. Entonces los dilemas médicos sobre los derechos sexuales y reproductivos, cuando se parte de este punto de vista, tiende a resolverse en detrimento de las mujeres, de sus creencias y valores, derechos. Es decir, se resuelve mediante la intervención o decisión del médico/a sobre qué es lo mejor para las mujeres como usuarias o pacientes. Ellas deben acatar sin cuestionar ni pensar en otras alternativas.

En cambio la perspectiva teleológica incluye una serie de filosofías o doctrinas éticas que plantean que no hay acciones buenas o malas a priori, que lo bueno y lo malo pueden variar de acuerdo con la situación o la interpretación cultural y que el valor moral de una acción tiene que ver con la elección humana en situaciones concretas. El testimonio siguiente es una muestra clara, cómo la adhesión a una moral absoluta, como si ésta fuera un conjunto de reglas inamovibles que deben cumplir todos/as define el tipo de relación médico/paciente, el valor asignado a la decisión de las otras, etc.

*“Usted tiene pacientes que porque tuvieron cuatro hijos vienen con el verso... vienen adoctrinadas para que diciendo eso acá las acepten y entren al programa y les liguen las trompas. Ahora le digo una cosa, es parte del deterioro que vive la sociedad porque con ese criterio... fácilmente le hacemos una ligadura, así fácilmente le hacemos una cesárea a una mujer. Yo creo que vivimos en un país de cuarta que somos poco serios y que nos hemos ido deteriorando y **hemos perdido ciertos valores, valores que no existen pero tiene que haber cabezas responsables de los que están arriba que tienen que ser más inteligentes y más responsable que los que están abajo.** Muchas veces tienen otra solución y mucho más barata. No porque sea pobre hace falta castrarla, que es lo que está haciendo esta gente, **esta es la política: castrar pobres.** Castran a los pobres no sé que otra cosa le van a quitar dentro de poco porque no solucionan los problemas. Mire*

*partamos de una base vivimos en un país ... subpoblado ¿a usted le parece que en un país donde hace falta población le estén ligando las trompas a las gente? Tendrían que estimular la natalidad sana ... responsable pero esto es cuestión de educación pero a esta gente le cuesta gastar en educar a la gente. Acá no hay planes de salud materno-infantil, yo llevo más de treinta tres años y cada vez estamos peor. Hay autoridades que están 7 años en este caso en el puesto y hacen nada, es todo verso, son falsos no son políticas serias como tienen los países avanzados” (Diego).*

Desde la perspectiva de Marta, médica obstetra y Analía, psicóloga:

*“...se ha distorsionado totalmente... ‘¿Señora, cómo a los 27 años?’ y te dicen, ‘pero tengo 6 hijos’... ‘Pero busque otro métodos, están las pastillas’; ‘me quedo embarazada igual’ ‘... y el DIU?’ ‘he expulsado 4’...*

*Analía: Mentira... se saben el discurso...*

*Marta: Entonces puse así como me dijo: “según la paciente ha expulsado 4 DIU”. No puedo creer... tenemos un 15% de DIU descendido porque vino una partida del Ministerio... y entonces va a llegar un momento en que tengamos media población esterilizada... cuando nosotros tendríamos que tener 10 millones más de habitantes. Por que se larga una difusión pública ‘tenés derecho’, y cuando a vos te hablan de tener derecho, relacionás derecho y acto, cuando en realidad esta conjunción... antes se ligaban algunas mujeres a partir de criterios bioéticos...con criterios... pero desde lo bioético’.*

La responsabilidad social consiste en escuchar las demandas inmediatas del momento, pero aquellos/as profesionales que sostienen que los pedidos de ligadura de trompas son manipulaciones y adoctrinamientos por parte de los/ las funcionarios/as responsables del Programa de Salud Reproductiva y del Consultorio Interdisciplinario de Ligadura de Trompas, no aceptan que una mujer realice una decisión responsable sobre sus capacidades reproductivas, sobre todo cuando esta decisión supone una elección que puede ser definitiva, como es el caso de la ligadura tubaria. La idea que subyace en estas afirmaciones es que las mujeres no son agentes morales plenos, por lo tanto no pueden ejercer el derecho a la libre elección autónoma. Los argumentos sostienen que el criterio con el cual se decide hacer una ligadura está ligado a la pérdida de valores por parte de la sociedad, a la secularización cultural ha permitido relativizar los valores hasta tal punto que se pone en cuestión la ciencia médica. Otro aspecto considerado en los discursos tiene que ver con las referencias a las prácticas de esterilización forzosa y masiva utilizadas por políticas antinatalistas impuestas desde los países centrales a los países periféricos con el objeto de reducir la población y el número de pobres. Decir que la intervención de ligadura de trompas en Mendoza sirve como medio para alcanzar una meta de población, es un

grave error y una actitud política que pretende confundir y atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Nuestro país ha sido históricamente renuente a controlar la fecundidad de las mujeres, tomando como justificación la escasa natalidad en comparación con otros países de la región y la baja tasa de fecundidad. Pero las bajas tasas de fecundidad no permiten visualizar que amplios sectores de la población asolados por la pobreza, excluidos de los beneficios de la medicina y la tecnología moderna, tienen altas tasa de fecundidad y altas tasas de mortalidad materna y aborto, producto de la profunda inequidad social existente. Aún cuando la tasa de fecundidad del país sea relativamente baja, las mujeres pobres siguen teniendo un elevado número de hijos/as, miles mueren por razones obstétricas evitables, y muy pocas tienen acceso a información adecuada acerca de la sexualidad y la reproducción y a una anticoncepción eficaz, segura e inocua, a su libre elección.

Los argumentos morales expresados contra la práctica de ligadura de trompas por algunos/as profesionales encubren no sólo conflictos de poder entre los sexos, sino también y fundamentalmente conflictos de poder entre las diferentes disciplinas y entre profesionales, entre un modelo médico curativo que fue hegemónico y un modelo médico preventivo-alternativo que lucha por imponerse.

Algunos profesionales hacen un razonamiento lineal en el que la crisis de valores, que permite “castrar” mujeres por cualquier motivo, va a favorecer la legalización de “abortos criminales”. Al preguntarles por las diferencias entre las prácticas de ligadura tubaria en los hospitales o clínicas privadas y los hospitales públicos, sostienen que no hay un problema de desigualdad entre aquellas mujeres que pueden pagarse una ligadura y aquellas que recurren al sistema de salud estatal.

*“No, no... creo que no es desigualdad sino que son diferentes opciones. El que tiene la plata puede hacer muchas cosas. Como que puede pagarse un abogado para salir libre siendo que ha estafado, y el que robó una gallina no tiene plata para pagar un abogado y queda preso. Entonces, son las opciones que te da la plata, pero el que te de opciones la plata no implica que el acto sea justificable, porque tiene plata, ¿si? Esta es la diferencia cuando cargan las pilas sobre el tema: “claro, pero afuera se las hacen porque tienen plata”. Bueno, pero el que lo puedan hacer por la plata no están legitimando que el acto sea un acto de salud” (Analía)*

*“Mire eso es como el aborto, la que tiene plata se hace el aborto... la que no tiene plata va al farmacéutico se pone la pastillita que le están dando ahora, se infecta y viene acá infectada, **pero eso no es cuestión de justicia o no justicia, es cuestión de educación y***

*es cuestión de que existen médicos que hacen tales prácticas incorrectamente y que la justicia mira para otro lado. **No es cuestión de que sea justo o injusto. Son cosas que no se deben de hacer...** ni en un nivel ni en el otro. Cuando Usted habla de humanidad **no distingue entre pobres y no, cuando habla de humanidad habla de valores que valen tanto para personas de una u otra condición.** No hay un respeto para el pobre y otro para el rico. Usted alguna vez se ha enterado que un médico...En la ciudad se hacen veinte, treinta y cuarenta abortos por día... ¿alguna vez se ha enterado de que un médico está preso por hacer un aborto? Y si entra sale a la hora... **Un Estado maduro debe regular la ley... un Estado que respete los valores.** Creo que esto es una cuestión política que a un grupo le conviene y hace un kiosquito que no soluciona nada.. después de un año ¿qué problema han solucionado treinta ligaduras de trompas?...cuando tenemos un aumento del 30 o 40% de abortos, **abortos criminales.** Habría que ligarles las trompas a todas esas mujeres, o sea habría que ligarles las trompas a todos los pobres.... ¿qué han solucionado? lo único que han solucionado es la situación de un grupo de personas que con esto tienen un sueldito... no creo que hayan solucionado nada ni que vayan a solucionar ni es la forma de solucionar las cosas... **sí se liga más, mucho más y a gente que no lo necesita, no le quepa la menor duda.** Hay delitos que son facilitados por las leyes... Hay que ponerse a la altura de la gente. No es lo mismo una persona instruida que una no instruida ... Para eso tiene medios... (gente) que pueden trabajar en los distintos niveles de las zonas que correspondan... sin llegar a ese extremo... No se soluciona nada, con este kiosco que se han mandado... no han llegado a ninguna solución... se han provocado 9.000 a 10.000 **abortos criminales** que con buena educación se hubieran evitado. **Usted acá puede ver que cada tres embarazada hay un aborto, acá está, lo puede ver en este momento.** (Diego).*

Este médico reconoce el riesgo físico y de vida por el que pasan miles de mujeres en nuestra provincia por complicaciones de abortos, y sostiene que hay prácticas diferentes y desiguales según los recursos económicos con los que cuentan las mujeres, y que son las mujeres pobres las que arriesgan sus vidas, pero esta situación no le permite ver el problema como una cuestión de injusticia, sino de educación. Desde su perspectiva la ligadura de trompas no resuelve ningún problema, y por el contrario, se deduce de su discurso que el presupuesto destinado a ligadura debería reservarse para educación. Cuando Diego sostiene que un Estado maduro debe regular la ley, cuando dice “maduro” se está refiriendo a un Estado defensor de una visión única, que sostenga como universales determinados valores morales de una creencia religiosa en particular.

Es función del Estado legislar y gobernar para todos/as sus ciudadanos/as con independencia de sus creencias religiosas. Ninguna religión, en este caso la católica puede trasladar sus prohibiciones éticas a las políticas públicas, porque afecta a no creyentes o seguidores de otras religiones. Los preceptos morales de la Iglesia católica en las legislaciones o en las políticas públicas no son consistentes con la tolerancia en un país

pluralista. La religión Católica puede poner prohibiciones relativas a la anticoncepción a sus fieles pero éstas no son moralmente relevantes para practicantes de otros credos o personas agnósticas. El Estado y sus instituciones deben legislar para el conjunto de la ciudadanía, para una pluralidad de creencias, valores, credos, opiniones.

Respecto del proyecto de ley nacional y provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable, la iglesia cuestionó la distribución de anticonceptivos en los hospitales porque está a favor de los métodos llamados “naturales” de control de la natalidad. Se opone también porque supone que la ley alienta un criterio antinatalista que se inscribe en la línea del colonialismo biológico llevado adelante por los países desarrollados. En nuestra provincia la Iglesia hizo todo lo posible para evitar que fuera sancionada la ley y combatió por todos los medios que el proyecto de ligadura de trompas se convirtiera en ley<sup>33</sup>.

Respecto del impacto que la ligadura de trompas ha tenido sobre las mujeres, un profesional sostiene que la ligadura de trompas:

*“... da lugar a que lo que se hacía a escondida se haga a puertas abiertas y ya vamos a llegar al otro punto, vamos a llegar al aborto por voluntad propia y así andamos y así anda la sociedad. Así anda la familia. Se ha destruido la familia. Es un pasito más para destruir la familia.”* (Diego).

Del rechazo a la ligadura se pasa al rechazo al aborto y a la denuncia de la destrucción de la familia<sup>34</sup>. Como dice Susana Checa *“la anticoncepción y el aborto son prácticas realmente existentes y sus protagonistas son realmente mujeres que al regular su fertilidad, asumen un poder específico sobre procesos que comprometen a toda la sociedad. Al cambiar la relación con su propio cuerpo, modifican las que mantiene con todos los demás”*(CHECA; Susana, 1996: 61).

Las valoraciones personales sobre la sexualidad operan como reguladoras de las prácticas profesionales. A menudo los /las profesionales se erigen en jueces que aceptan la sexualidad femenina cuando se mantiene dentro de los límites de lo permitido o reconocen derechos sólo cuando la sexualidad está ligada a la procreación. Ante la pregunta: ¿Cuándo no haría una ligadura usted?, Hilda responde:

---

<sup>33</sup> Ver capítulo V, ítem 5.3.

<sup>34</sup> El rechazo al aborto, debe a que su práctica resiste y desafía el mandato social de la maternidad, porque separa reproducción de sexualidad y pone en cuestión cierto modelo religioso de sexualidad, maternidad y familia.

“... es un poco como colocar dispositivos en los centros de salud indiscriminadamente sin ver que **hay parejas que son promiscuas...** vos colocás un dispositivo a una mujer y tienen 8000 parejas, no no es así la cosa **no es que una sea tan libre de pensamiento que se lo va a colocar a cualquiera y ligadura menos (...)** acá se separa lo que es planificación de lo que es ligadura, es mucho más aceptada la planificación familiar donde vos incluís una cantidad de métodos casi todos **“reproductibles”** rápidamente sin necesidades de intervención quirúrgica, entonces la gente está como más a favor y por otro lado tenés el grupo de gente de pacientes no? que ya está muy al tanto de todo y por ahí te inventa cosas y te dic: -no yo no puedo tomar las pastillas porque... no me pongo el dispositivo porque... Y una a veces le pregunta porqué tu marido no usa el preservativo y porque no le gusta y bueno... que chille...” (Hilda).

Cuando hablamos de derechos reproductivos, no solo nos referimos a los derechos de las mujeres a regular su propia sexualidad y capacidad reproductiva, sino también a exigir que los varones asuman responsabilidades por las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad. Pero exigir que el marido de una paciente use el preservativo y en caso de negarse maltratarla por ello, es no comprender los límites sociales, políticos, económicos y culturales con los que se encuentran las mujeres para poder decidir acerca de sexualidad y anticoncepción, ni el contexto social signado por la violencia en el que muchas mujeres se encuentran.

Las formas de control y manipulación del cuerpo femenino son variadas y se desarrollan en diferentes niveles de la vida social, son ejercidas por acción u omisión, desde instancias estatales como es el centro de salud o el hospital a través de la imposición de métodos anticonceptivos o la negación al acceso y la información sobre anticoncepción.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos ciudadanos que inscriben en el orden político las diferencias sexuales o las diferencias de clases, etc. en orden a transformar prácticas que en la actualidad tienen el carácter de privilegio. Cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos nos referimos a la *“libertad de disfrutar la sexualidad sin asociarla a la reproducción y a un futuro de maternidad no elegido, al derecho al uso del propio cuerpo, al derecho al conocimiento sobre el mismo y el sistema reproductivo, al derecho a la procreación en circunstancia que la mujer o la pareja así lo determine, acceso a la información sobre todos los métodos anticonceptivos y a los servicios médicos de manera universal y gratuita, al derechos de no ser objeto de coacción o violencia por las elecciones o decisiones sexuales y reproductivas, a la protección eficaz contra enfermedades de transmisión sexual y el SIDA y adecuada prevención y tratamiento*



*de las enfermedades genitomamarias” (CHECA, Susana, 1996:63) Estos bienes de salud, simbólicos y culturales están a disposición de sectores de mayores recursos quedando excluidos los sectores mayoritarios de la población. Las mujeres deben poder decidir sobre la sexualidad, la concepción, la anticoncepción, el parto y la crianza, porque el control de su propio cuerpo es una condición para poder ser una persona libre y autónoma y una ciudadana plena.*

Los profesionales que se expresaron a favor de los derechos sexuales y reproductivos, opinaron sobre la capacidad de elección y la anticoncepción.

*“Yo creo que si la paciente está de acuerdo con un método anticonceptivo del cual el ginecólogo está totalmente en contra, yo creo que... si el médico no está de acuerdo... debe buscar otro médico y no se lo debe culpabilizar por nada, porque por ciertos principios ese médico no está de acuerdo con ese método, cada médico tiene su método y deberá buscar aquel médico que se adecue a la paciente, que se adecue al método anticonceptivo elegido por la paciente”.*(Guillermo).

*“Yo creo que tiene que ser un derecho de cualquier mujer. Cada uno tiene que poder elegir sin condición el método anticonceptivo que quiera y le resulte mejor, sin tener que hacer tanto trámite para pedirlo, a nivel privado lo hace quien quiera, para mí es una desigualdad, una injusticia que quien tiene plata pueda acceder y quien no, tiene que hacer mucho trámite... entonces es un derecho del que tiene y del que no tiene”.* (Mónica).

Algunas profesionales se expresaron respecto de la práctica del parto realizadas actualmente y la necesidad de educar en los derechos a las mujeres para que puedan exigir en relación a la concepción, el embarazo, el parto y el puerperio otro tipo de prácticas y poder ejercerlos.

*“...yo trabajo mucho con los derechos de la mujeres, si no los conocés no los podés hacer valer, entonces yo me baso en las recomendaciones de la OMS con respecto al parto humanizado con un fundamento científico y avalado por estas instituciones, **si no les enseñás los derechos a las mujeres pocas veces lo pueden hacer valer.** Hemos luchado unos cuantos por el tema del parto humanizado, que los fundamentos de ellos son justamente hacer valer los derechos de las mujeres, que reconozcan que puedan disfrutar del verdadero protagonismo de ellas, es su poder, que **puedan decidir por fin, con quién y cómo parir,** porque es **la única especie en el mundo que parimos atadas a una camilla, rodeadas de gente extrañas y separadas ahí de nuestro hogar.** Esto es por lo que estamos luchando (...). Pero distamos muchos de ser una institución que tenga partos humanizados. **Tenemos un altísimo porcentaje de cesáreas...** es importantísima también saber cuales son sus derechos y cuales son las pautas que debe tener una mamá para poder exigir (...) creo que todas las mujeres tienen derechos a acceder a métodos anticonceptivos gratis, eso sí, es algo que ya está dentro de la ley. Más que consentimiento informado, respetar los derechos, que ellas sepan cuales son para hacerlo valer... darles la posibilidad a través del programa de salud reproductiva de que puedan acceder fácilmente a un método*

*anticonceptivo... porque gracias a un buen método anticonceptivo pueden gozar libremente de su sexualidad ... y bueno dentro de esto está la ligadura tubaria que es una elección de un método que prácticamente es permanente pero ya no está catalogado como irreversible(...) esto de **hacer conocer los derechos los está obligando a los médicos a actuar de otra manera**. Y bueno es todo un cambio a algunos les agrada ... y hay otros que les cuesta todavía ver en el caso de las Licenciadas en obstetricia tenemos muchos conocimientos ... y que estamos para trabajar para las mamás y no para trabajar para ellos ... (Cecilia).*

La medicalización operada sobre los procesos corporales fisiológicos y patológicos de los cuerpos femeninos tiene a la maternidad como centro de apropiación y control social por parte de la ciencia médica. Respecto de la ligadura de trompas, los/ las profesionales que defendieron los derechos sexuales y reproductivos plantearon que habilitar esta práctica en los hospitales públicos resuelve una cuestión de injusticia, ya que posibilita el acceso a este tratamiento a mujeres de escasos recursos a través de los efectores del Estado.

*“A ver yo creo que esto de **la ligadura es equiparar un derecho, o sea que las mujeres que no tienen recursos también puedan acceder a esta práctica** (Sandra).*

*“Yo pienso que se tiene que acabar de una vez por todas entre ricos que se la pueden hacer y pobres que no se la pueden hacer, en cuanto al plano económico porque a nivel público todavía existen muchos resquemores y hay médicos que comparten pero no quiere jugarse en adoptar y ser partícipe de este método” (José).*

### **7.3.3. Heteronomía y autonomía: El derecho a decidir sobre el propio cuerpo.**

Cuando hablamos de **autonomía de género** nos referimos al grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección y no con la de los otros. Comprende la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas para lograrlos; implica un doble movimiento de subjetivarse como sujetos y objetivarse como ciudadanas. (FERNÁNDEZ; Ana María, 2003:140) En el sentido opuesto **heteronomía de género** es cuando una mujer está sometida a la autoridad o mandato de otro.

El principio de autonomía sugiere la capacidad de autodeterminación, independencia y libertad, el concepto de heteronomía en cambio se refiere a la subordinación a un orden impuesto por agentes externos y representa un modelo de subordinación. Los/ las profesionales que están a favor de que las mujeres puedan decidir sobre su propio cuerpo, coinciden en afirmar que a menudo, en sus prácticas, suelen

encontrarse con opiniones que difieren de sus perspectivas personales, y que de ninguna manera las diferencias ideológicas, culturales, etc. constituyen un motivo para imponer sus formas de pensar.

*“yo estoy totalmente a favor (de la ligadura de trompas) porque considero que una mujer es totalmente dueña de cuerpo y sabe hasta donde puede brindarle un lugar a sus chicos y cuanto o no puede brindarse a ello, hay mamás que tienen 3 chicos y ahí dicen basta y otras que con 10 siguen teniendo, viste, pero me parece que es un derecho que tiene la mujer y es totalmente respetable.”* (Cecilia).

*“Y tener en cuenta que **el otro es un persona que puede tomar las decisiones**, ¿porqué no respetar la decisiones que toman los demás?, si se equivoca y bueno a todos nos pasa en la vida que nos equivocamos. Yo la relación que trato de establecer con las pacientes, es de respeto con lo que ellas han decidido, independientemente que a veces no esté de acuerdo... o cuando que se yo muchas culturas, yo tengo varias pacientes bolivianas donde el único valor que tienen como mujer es ser mamá...el límite es el otro respetar al otro, respetar las decisiones que toma ... me gustaría que hubiera cambios más profundos y más rápido pero siempre está la decisión del otro ... nos preguntamos porque si están al alcance los métodos anticonceptivos ¿que pasa? ¿porqué sigue habiendo hijos no deseados, porqué aumenta el numero de abortos...y bueno, está el respeto del límite del otro, o sea a la decisión que toma el otro y bueno... y hay que esperar”* (Sandra).

*“...haciendo de lado mi cuestión ideológica, política y lo que yo técnicamente y profesionalmente consideré que era mejor... o me diga Dra. explíqueme como es el método Billings porque nosotros confesionalmente no estamos de acuerdo con otro, bueno me parece fantástico yo te explico que tenés esta tasa de embarazo y si aún así estás de acuerdo yo tengo la obligación... de explicarte gratis como funciona y además de explicártelo bien. El paciente plantea cual es el tratamiento mejor, cuál es el momento más adecuado para terminar el embarazo... cómo va a planificar la familia... el **médico que va a trabajar en planificación familiar tiene que tener la idea de que la decisión es consensuada. Yo no le puedo imponer a una pareja** cuál es el método anticonceptivo que tienen que usar en función de lo que a mí me parece es mejor, porque la pareja tiene sus códigos tiene sus posturas religiosas tiene su posición ética y tiene también códigos en cuanto al ejercicio de la sexualidad...yo creo que uno puede tener una postura filosófica, ética, moral que es la que **aplica a su vida**, pero yo **no puedo imponerle mi manera de pensar al resto de las personas** ...el consejero tienen que tener algunas habilidades, el conocimiento sobre aquello que va aconsejar..., pero también **tiene que tener una actitud abierta**, más para escuchar que para hablar”* (Laura).

*“Para mi lo más importante es **la mujer eso significa que ella tiene poder de decisión absoluto e inalienable de qué hacer con su cuerpo**. Y en eso es su voluntad lo que va a primar y no la de otro ese es para mi lo más importante, ni siquiera el marido no? ... **la decisión final generalmente la tienen la mujer o la pareja con responsabilidad**, eso es lo más importante. **El médico no puede coparticipar de la responsabilidad de decisión** porque puede mal interpretarse porque además es el **derecho inalienable de la mujer o de la pareja**...”* (Hugo).

Pero por otra parte están aquellos/as que se manifiestan en contra de que las mujeres puedan decidir libremente sobre sus cuerpos, dando lugar a conductas heterónomas, que delimitan las posibilidades de decisión de las mujeres. Los argumentos se sostienen en la incapacidad de las mujeres de pensar en su futuro y prever variaciones en su vida. Dice Marta:

*“Mirá, yo le digo: ¿señora qué pasaría si a usted se le mueren sus hijos?... Quieren que les cuente algo: una enfermera nuestra se quedó dormida... cuatro chicos... se incendia la casa, sólo saca uno, se le murieron los otros tres, y ella me pidió que le ligara las trompas, hoy viene y me dice - ‘si yo no me hubiera hecho ligar las trompas hoy podría tener otros hijos’. Cuántas las dejan el marido y se vuelven a juntar con otro y este le dice - ‘... si no me podés dar un hijo me voy a buscar otra mujer que pueda’ ... ¿sabés cuántas tengo de esas?... esa es la realidad, está todo tergiversado, esto tendría que ser (ligarle las trompas) a algunas mujeres con riesgo médico quirúrgico, y ahora todo el mundo se cree con derecho para que le liguemos la trompas.(Marta)*

Pero también está presente en los médicos/as la idea de quién decide. La lucha de intereses entre diversas disciplinas es evidente y las mujeres que quieren que se les realice una ligadura resultan ser el botín de guerra. Quién decide, la medicina, el derecho, los funcionarios, quién puede tener el patrimonio exclusivo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Dice Analía:

*“Ese sería mi posición... a mí me dicen que esto es **un tema del derecho**, entonces, **porque tienen derecho, están excluyendo que aquí la salud física, psíquica o social ... Yo no separo la salud del derecho ... tiene derecho a pedirlo, más vale que tiene derecho ... (pero) si entramos al tema del derecho sin el diagnóstico de salud creo que estamos errando en qué es la salud... Gineco no lo hace porque no está de acuerdo... Sarruf les va a explicar así que eso (el laparoscopia) es patrimonio de él... su servicio no lo hace, yo creo que... la mayoría también se opone... Entonces, el director nombra a una médica de guardia y a un médico de planta con un medio contrato cada uno para que hagan con lapa... laparoscopia, por operación. Esto es el tema. (Analía).***

*“Es fundamental, es parte de lo que le compete al médico obstetra **todo lo que sea reproducción corresponde a la obstetricia**”.* (Diego)

Finalmente esta expresión última sintetiza el poder que ha tenido la medicina respecto a la salud de las mujeres. La salud entendida desde una perspectiva integral, encuentra sus límites en este orden médico que dominó durante siglos y que hoy se resiste a perder su hegemonía.

#### 7.3.4. Concepciones en torno de la salud sexual: restringido vs. integral

El concepto de salud sexual y reproductiva de la OMS se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo a la falta de dolencias o enfermedades, que las personas estén aptas para tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de embarazos no deseados; poder regular la fertilidad sin riesgos de efecto secundarios desagradables o peligrosos, tener un embarazo y parto seguro y criar hijos/as saludables. La OMS sostiene que existen factores como la pobreza, el trabajo, el acceso a la salud y educación, las desigualdades de género, la violencia contra las mujeres, la baja condición social y personal, la falta de oportunidades, y factores de índole demográficos, como la formación temprana de pareja, fecundidad y envejecimiento que afectan a la salud de las mujeres.

Por lo tanto se habla de salud no sólo en términos de ausencia de enfermedades sino de “bienestar”, definición que va más allá del modelo biomédico que se centra en la enfermedad. Esta perspectiva de salud incorpora las condiciones socioeconómicas, ambientales, psicosociales y culturales que determinan el bienestar de las mujeres. Las posturas evidenciadas en las entrevistas a favor de una concepción de salud integral señalaron estos aspectos además de reconocer que la salud no puede ser patrimonio exclusivo de la medicina, sostienen la necesidad de que intervengan otras disciplinas para que las acciones sean consensuadas entre distintos/as profesionales, articulados en un Equipo Interdisciplinario. Dice Sandra:

*“Yo creo que se ha avanzado mucho al poder equiparar el riesgo social, el riesgo psicológico al médico. Acá hay una cosa importante cuando llega una paciente a hacer un pedido, es difícil, dividir los distintos riegos, una mujer que está en riesgo biológico, está en riesgo social, está en riesgo psicológico o sea que si nosotros tenemos en cuenta la definición de salud, la integralidad de lo biopsicosocial, y si es cierto que todavía hay una puja por ver lo que predomina pero nosotros tampoco podemos lograr que los médicos entiendan ... cual es la importancia de lo social, cual es la importancia de lo psicológico, que vean como afecta a la salud biológica de la mujer y de toda su familia... **la mujer no es solo una vagina.** Eso es desintegrar a la mujer es no tomar en cuenta sus otros aspectos y si bien es como que los médicos pretenden con esa hegemonía creer que lo biológico es lo más importante, y si no hay una causa biológica no puede ser, han ido entendiendo la importancia de otros aspectos y la respetan. Hay muchas pacientes donde ha predominado lo social y lo psicológico y ellos lo han aceptado” (Sandra).*

*“El rol que juegan los profesionales de la salud en la planificación familiar es en realidad un pequeño eslabón dentro del engranaje que hace al de la salud global de*

planificación familiar ... uno entra en los aspectos que hace a los derechos sociales de los profesionales y de la gente. El rol no es solo para el médico informar... en la relación que hay, de los profesionales con los pacientes o clientes como quiera llamarles necesitan, un rapport especial y sobre todas las cosas tiempo, mucho tiempo (...). **Creo que el modelo médico en planificación familiar es no solamente todo aquello que está ligado a la medicina exclusivamente sino que tengo la idea de una coparticipación en forma muy fluida interdisciplinaria ... lo ideal para mi es tener... privacidad que en estos momentos no existen a nivel público, y privacidad significa darle tiempo... el médico está obligado ... a conocer fundamentalmente el entorno porque todo aquello que gira alrededor de la necesidad de que la mujer demanda anticoncepción está ligada a otros aspectos: alimentación, educación, vestimenta, modelo de hogar, etc.** El médico tiene que tomar conciencia si verdaderamente estamos viviendo o esa pareja está viviendo dentro de un antro que yo le asigno de importante de enfermedad social o no. **El médico debe tomar conciencia si las necesidades básicas son o no satisfechas, eso es fundamental y hace al poder de decisión no solamente de la pareja sino al mejor de los asesoramientos que nosotros mejor podemos dar.(...)** (según) la definición de la OMS que el estado de salud no es solamente ausencia de enfermedad sino que un bienestar biológico psicológico y social... los médicos debemos tomar conciencia de qué es una enfermedad social para poder ser, un poco más elástico en las decisiones finales de practicar la contracepción quirúrgica (Hugo).

“yo creo algo que se debe hacer hincapié bastante es en la formación de los médicos en general, tocar y hacer hincapié en salud reproductiva porque es un tema que **no se toca mucho en la facultad** ...y que no le compete solamente al médico ginecólogo y obstetra sino que le compete a los clínicos, a los médicos de familia, ya que la O.M.S. inclusive ha aconsejado que a las asistentes sociales, al personal de salud puedan indicar un anticonceptivos siempre y cuando la paciente reúna una serie de preguntas que el médico le debe hacer o el personal de salud” (Guillermo).

Algunos/as profesionales mantienen una concepción acotada de salud, y argumentan que la salud es patrimonio exclusivo de la medicina, y que la salud reproductiva en particular es dominio de la obstetricia, y que ninguna “disciplina secundaria” puede aportar nuevos conocimientos.

“Hay razones de salud que puede afectar la salud de la madre ... una diabetes con lesiones orgánicas lo cual un nuevo embarazo la somete realmente a un riesgo y para eso no hace falta que intervenga una bioquímica una Licenciada, un montón de ñoquis para tomar esa decisión, **esa decisión la sabemos nosotros...** Cada uno debe hacer lo que sepa. Dentro de la obstetricia hay gente que puede dirigir y dentro de la parte de la maternidad e infancia tiene que dirigir la educación. Yo **pienso que a las mujeres le ligan las trompas por causas políticas nada más**, o sea no por razones humanitarias... le ligan las trompas porque es lo más fácil para ellos. Es lo mismo que dentro de unos años le corten los piecitos para que no gasten en zapatitos. Son soluciones drásticas no humanizadas a mí entender. **La Planificación familiar es patrimonio de la medicina.** ...Para mí son todos ñoquis no tienen otra cosa que hacer... le vuelvo a decir para mí esto es patrimonio de la obstetricia, como lo ha sido hace 30 años en la maternidad. **O sea a mí no hace falta que**

*venga una psicóloga a decirme que una diabética donde un embarazo puede poner en riesgo su vida me venga a decir que le tengo que ligar las trompas, no me lo tiene ni la bioquímica, ni la psicóloga, ni la visitadora social, uno ha estado preparado para eso...”* (Diego).

### **7.3.5. Sobre las razones para la ligadura de trompas y las diversas concepciones de los/ las profesionales acerca del tema**

La forma como se defina la ligadura de trompas conlleva una toma de posición que no sólo se relaciona con argumentos de orden científico. De los diez entrevistados/as, cuatro de ellos coincidieron en definirla como esterilización, tres como un método anticonceptivo irreversible, dos como una castración o mutilación y sólo uno la definió como infertilización. Tomemos sus palabras:

#### **Esterilización**

*“ahora la ligadura no es irreversible.... lo que pasa es que todavía no hay instituciones que lo hagan reversible..... yo **no lo considero una castración No es una mutilación** porque no se sacan las trompas se cortan. **Es una esterilización**”* (Hilda).

*“**no es irreversible** ... para (los /las que) tienen los medios para poder hacer la cirugía para una recanalización de trompas... **No es infertilización** ..., **vendría a ser una esterilización y lo mismo lo vamos a contemplar con el tema de la vasectomía**”* (Cecilia).

*“**es un método anticonceptivo y a su vez de esterilización, seguramente definitivo y eficaz**, que no trae ninguna consecuencia a posteriori nada más que la no fecundación de un nuevo ser”* (José).

*“ **infertilización...** en biología estirile, esterilidad es la imposibilidad de llevar adelante un embarazo, o sea la imposibilidad de quedar embarazada, infertilidad es la imposibilidad de llevarlo a término, o sea la mujer se embaraza y después lo pierde, **la ligadura tubaria y vasectomía son métodos de esterilización, porque la mujer no se vuelve a quedar embarazada, después decir que son métodos de infertilización es dejaría abierto el camino para que alguien dijera esto es abortivo...** con lo cual todos aquellos que tiene excusas para plantear que la única manera de anticoncepción es el Billing... (podrían) decir que no solo el DIU es abortivo sino que la ligadura también es abortiva”* (Laura).

Entre aquellos/ as profesionales que definieron la ligadura de trompas como una esterilización argumentaron que es un método reversible en el que puede alcanzarse la recanalización mediante otra operación, pero no se realiza en los hospitales públicos de Mendoza, porque no está contemplada en la Resolución y significa costos muy altos para el ya reducido presupuesto destinado a la salud, en este sentido es irreversible, ya que las

mujeres que se atienden en los hospitales no puede acceder al mismo. El señalamiento de Laura sobre el concepto de infertilización apunta no sólo a delimitar los usos incorrectos desde el punto de vista médico, sino a señalar los posibles usos políticos por parte de los sectores ligados al fundamentalismo católico.

### **Método Anticonceptivo irreversible**

*“La ligadura para mi es un método de anticoncepción que depende... que sea una amputación o castración depende de lo que sienta la paciente, hay pacientes que si no están preparadas o no tienen el deseo bien arraigado del método que eligen, puede ser vivido como una amputación a nivel mental, depende de cada paciente o como esté psicológicamente la paciente” (Mónica).*

*“Para mi es método anticonceptivo, es irreversible tiene 0,1 embarazo por cada 1000 ... Hay técnicas nuevas que no están todavía acá en Argentina de la colocación de clips, igual que en la vasectomía, que es la del hombre, se coloca clips y si la mujer desea a posteriori quedar embarazada se le saca el clip, cosa que acá todavía no tenemos ese sistema”(Guillermo).*

*“...cuando vos lees **bibliografía** está **encuadrada** dentro de distintos posicionamientos, yo lo que más adhiero a lo que he leído es **a considerarlo un método anticonceptivo irreversible**, es un métodos que después tiene poca posibilidades de que vuelvas a tener una fecundación...” (Sandra).*

Quienes definieron que es un Método anticonceptivo, plantearon que además era irreversible. El señalamiento de “irreversibilidad” liga la discusión, aparentemente técnica, a los debates llevados a cabo tanto en el campo profesional como político. Es particularmente interesante la observación de Mónica: no sólo se trata de una observación ligada a la peculiar perspectiva que su formación profesional le otorga, sino de un campo de debate abierto en el mismo hospital donde tanto ella como Analía trabajan.

### **Castración o mutilación**

*“mutilar, es mutilar una mujer” (Diego).*

*“No... yo si creo que se está ampliando a las razones que salen de un terreno de prevención y dignidad a un terreno de... es una **práctica castratoria**, entonces como castratorio, en esto, **el tema de la consideración de ... la dignidad humana** la castración requiere un límite. Entonces, a mi **no me pueden plantear que esto sea un tema de derecho...** Creo que **un tema como la ligadura hay que atenderlo como lo que es: desde el punto de vista médico es una cirugía castratoria**” (Analía).*



Los/ las profesionales que precisaron que la ligadura es una mutilación o castración de las mujeres, se mostraron contrarios a las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo por el Equipo Interdisciplinario (en el marco del PSSR) y precisaron la falta de límites en la práctica actual desde la Resolución, ambos especialistas consideran que esta posibilidad sólo puede ser habilitada por causas biológicas y autorizada por los portadores del saber (médico o psicológico) sobre los cuerpos de las mujeres y sus capacidades reproductivas.

### **Infertilización**

*“Hoy en día gracias a los adelantos de la medicina ya **no se habla de esterilización sino de infertilización transitoria quirúrgica o contracepción quirúrgica** que yo agregaría transitoria y esto lo digo por la posibilidad de revertir la situación. Hacer con la microcirugía una nueva posibilidad de recuperar el estado de fertilidad”*(Hugo).

La posición de este profesional, que define la práctica como una infertilización, de carácter transitorio, se liga a una abierta posición ética y política de reconocimiento de los derechos ciudadanos de las mujeres y de crítica de la defensa corporativa de la profesión

Al cruzar la variable definición de LT con el lugar que se le asigna a los distintos factores que intervienen en la decisión logramos los siguientes resultados. Entre quienes afirmaron que la LT es una esterilización, dos profesionales se mantuvieron a favor de restringir la práctica en casos de riesgo, considerando en primer lugar aspectos biológicos, pero no desconocen que puede haber riesgos psicológicos y sociales. Se mantienen dentro de los límites dados por la Resolución, mediante una seria evaluación de los aspectos médicos, psicológicos y sociales.

*“Yo pienso que a veces hay que hacerla a la ligadura... ante una situación de riesgo donde tal vez la mamá corra peligro no solamente físico sino también el riesgo social, porque por allí vez una niña que tienen trastornos psicológicos y que anda teniendo chicos y los tira o una violada. **Hay casos que hay que tratarnos de forma particular y que es necesario que la liguen. Más allá de que mi iglesia, mi cura va a decirme que no...**”* (Hilda).

*“No en forma indiscriminada no, nosotros tenemos un equipo interdisciplinario que se juntan en un consultorio y evalúan el pedido de la paciente que viene avalado por el consentimiento de su médico de cabecera, éste equipo formado por un médico gineco-obstetra, una sexóloga, una psicóloga, una asistente social, examinan cada expediente dándole prioridades a patologías previas, familia, número de hijos, vía de finalización de embarazos (partos o cesárea), edad de la paciente, estabilidad familiar tanto psicológica como económica”*(José).

Otros testimonios que se ubican dentro de la definición de LT como esterilización, plantearon no sólo su aprobación por razones de tipo terapéuticas sino también por razones de índole personales y anticonceptivas, es decir a favor de una esterilización electiva, efectuada exclusivamente en base a la autonomía personal y a los derechos personalísimos.

*“Yo... estoy totalmente a favor porque **considero que una mujer es totalmente dueña de cuerpo y sabe** hasta donde puede brindarle un lugar a sus chicos ... hay mamás que tienen 3 chicos y ahí dicen basta y otras que con 10 siguen teniendo... pero me parece que **es un derecho que tiene la mujer y es totalmente respetable**... si la ley amparara a los médicos, muchos médicos se animarían a hacerla.... los médicos en la parte privada con dos pesos de más lo hacen...”(Cecilia).*

*“... los pacientes tienen derechos... **quién soy yo, ahí estamos otra vez con una actitud mesiánica que la decisión la está tomando otra vez el médico o el Comité penalista, quién soy yo para aceptar o rechazar un pedido de ligadura tubaria. Si yo no soy la paciente, a mí no me van a ligar, no soy yo la que vive la realidad de la paciente.... La ligadura hoy se hace en base a ciertas normas de manejo de Comité, ella le está solicitando a alguien que decida por ella, de hecho hay un cinco por ciento de solicitudes que se rechazan, yo creo que la resolución se queda corta si la ley estableciera bajo que situaciones, a quienes, como bueno...la mujer tiene derecho a embarazarse y a no embarazarse también, tenga o no tenga hijos por las razones que sea, insisto una tiene que hacer muy bien un buen trabajo de asesoría, pero cuando una mujer tomó su decisión yo no soy quien para contradecírsela, yo le explico las cosas, qué pasa con la reversibilidad y si aún así lo decidió es una cuestión de derechos y de responsabilidades... si la cosa no resulta como vos esperabas no le echas la culpa a quién no la tiene, es tu decisión(...) la mujer tiene derecho pero que también tiene que tener conciencia de cuales son sus deberes y responsabilidades, la decisión es libre pero también responsable”**(Laura).*

Entre los/ las profesionales que sostienen que la LT es un Método anticonceptivo, dos coinciden en que es un derecho de las mujeres poder acceder a la ligadura en los hospitales públicos, pero reconocen que la Resolución no es suficiente, que es necesario una ley que garantice plenamente el acceso a las mujeres porque el trámite sigue siendo engorroso y como señala una trabajadora social quién llega hasta el final con los trámites es porque está plenamente convencida de que su decisión es lo mejor para su vida, por su parte otro profesional señaló ciertos reparos respecto de las razones sociales.

*“Yo creo que tiene que ser un **derecho de cualquier mujer. Cada uno tiene que poder elegir sin condición el método anticonceptivo que quiera y le resulte mejor, sin tener que hacer tanto trámite para pedirlo, a nivel privado lo hace quien quiera, para mí es una desigualdad, una injusticia que quien tiene plata pueda acceder y quien no tiene***

que hacer mucho trámite, si bien se ha agilizado, sigue siendo un tramiterío, entonces es un derecho del que tiene y del que no tiene no” (Mónica).

“Mi postura personal, yo creo que la capacidad que cada uno tiene de poder decidir sobre su vida, los derechos personalísimos que cada paciente tiene... poder decidir cuantos hijos tener, cuándo... creo que es fundamental. Y después todo eso de los médicos y sus temores, lo que existe en el código civil ha quedado fuera de contexto ... entonces cuál es el tema de los médico, qué es lo que ellos no quieren, las primeras posiciones fue que para ellos las medidas terapéuticas... solamente iban a realizar ligaduras de trompas ... cuando hubiera una especificación desde lo médico, de lo físico y lo biológico. Pero si nosotras tenemos en cuanta la visión integral de salud, o sea lo psicológico y social... también está en riesgo su vida, entonces, bueno, a partir de eso es como se trata de cambiar un poco la concepción...ese miedo que tenían antes lo médicos de poder realizar un intervención quirúrgica donde no se comprobara fehacientemente que había una razón biológica que pusiera en riesgo la vida de la madre o del bebe(...). Yo creo que una mujer que empieza el trámite y lo termina es porque está decidida, porque lo significa... sacar turno con todos los profesionales, en algunos casos van... con otros niños que tienen... a veces no tienen... ni para la mendobus, pero lo encuentran, es porque están muy decididas tenga 25 a 40 años, pero bueno, ese es un obstáculo que se nos ha presentado. Esa paciente no tendría posibilidades acá...”(Sandra)

“En cuanto a la ligadura tubaria ... estoy totalmente de acuerdo con la ligadura tubaria pero no en todos los casos... estoy de acuerdo... cuando una paciente tiene una paridad cumplida... en aquellas que tienen una contraindicación de embarazo...por problemas orgánicos (enumera)... pacientes que tienen tres o más cesáreas... pero no estoy de acuerdo en algunos casos sociales que puede que ... tenga dos o tres hijos, sea menor de 30 años y nunca haya intentado con otro método anticonceptivo siendo que estos son gratuitos ... entonces en esas pacientes no estoy de acuerdo... en algunos casos sociales ... no estaba totalmente de acuerdo porque... la ligadura tubaria es un método irreversible, entonces hay pacientes jóvenes que vienen a consultar, por ejemplo, hay pacientes de 22 años que tienen tres hijos y ... no tiene un vínculo afectivo muy estrecho puede que a los tres años se separe, forme de nuevo pareja y ese método es totalmente irreversible... entonces ahora, es como que las **pacientes a través de las informaciones que reciben de los medios de comunicación están más expuestas a la ligadura tubaria...** consultan más por ligadura tubaria, y muchas veces uno cuando la entrevista a la paciente y se da cuenta que... no ha usado, ... ningún método anticonceptivo anterior, entonces... uno le aconseja que no a la ligadura Tubaria... acá en OSEP... se utiliza la tripcia tubaria en pacientes con patología... o pacientes con 40 años con paridad cumplida ... Pero generalmente no se autoriza a las pacientes que no han probado con otro método anticonceptivo previo...” (Guillermo).

Las opiniones de los de los/ las especialistas que sostienen que LT es una mutilación o una castración, acuerdan que la única razón válida para realizar una ligadura es en caso de riesgo físico, en caso de que un nuevo embarazo comprometa la vida o la

salud de la mujer. Según Analía, por ejemplo, no hay muchas razones psicológicas para indicar una ligadura de trompas.

*“Hay razones de salud que puede afectar la salud de la madre... una diabetes con lesiones orgánicas... la somete realmente a un riesgo y para eso no hace falta que intervenga(n) ... un montón de ñoquis... esa decisión la sabemos nosotros”* (Diego)

*“Esto tendría que ser a algunas mujeres con riesgo médico...tenían que ser el riesgo... que no podía ser evitado de otra manera, entonces cada una hacia su evaluación. Desde el punto de vista médico si había riesgo... porque ya habían fracasado los anticonceptivos, pero estaba comprobado y el médico obstetra se da cuenta cuando están mintiendo (...) **Que había patologías de base... Desde el punto de vista psicológico, muy pocas veces, a pesar de lo biológico hay indicaciones de la ligadura. Es más... si me dicen la paciente está con un cuadro depresivo, yo, desde mi criterio... digo: no se hace, porque bajo una depresión las decisiones que se toman tienen que ver más con una fantasía de que, desaparecido algo desaparece la depresión, que con un proceso de elección. Entonces cuando la paciente sale de la depresión se encuentra con una realidad que generalmente sin depresión no hubiera tomado. Y lo otro es que las consecuencias a veces que esa amputación empieza a aumentar los trastornos psicológicos. Entonces, qué hay que evaluar desde el punto de vista psíquico: y que la paciente tenga un nivel de conciencia de realidad, su realidad biológica, psicológica y social, que le permitan tener fundamentos... saludables para pensarse en una amputación (...) ¿sí? Yo, seguro que le estoy cambiando muchas cosas que ustedes han escuchado”*** (Analía).

Finalmente el único profesional que planteó que la LT es una infertilización, respecto a las razones consideradas para la indicación de LT manifestó que en la corporación médica existe una profunda resistencia a considerar aspectos sociales y que estos resultan tan importantes como el biológico y el psicológico porque existe lo que el denomina “enfermedad social”, a si mismo se expresó a favor de que las mujeres puedan elegir este método si así lo decidieran”.

*“De manera que todas las causas no pueden ser centralizadas a lo biológico pura y exclusivamente o psicológico le doy importancia a lo social y eso es lo que se debe tener en cuenta”* (Hugo).

El siguiente cuadro a modo de síntesis señala el lugar que le asigna cada profesional a las razones biológicas, psicológicas y sociales de acuerdo con las diferentes definiciones en torno a la LT.

Definiciones de LT	Profesionales según sexo y edad	Lugar de los diferentes factores en indicación de LT
<b>Esterilización</b>	Mujer, Obstetra > de 50 años	Reconoce razones biológicas, psicológicas y sociales, en ese orden.
	Mujer, Obstetra < de 50 años	Reconoce razones terapéuticas en sentido amplio y electivo. <b>LT es un derecho</b>
	Varón, Médico Obstetra > de 50 años	Reconoce razones biológicas, psicológicas y sociales.
	Mujer, Médica Obstetra < de 50 años	Reconoce razones terapéuticas en sentido amplio y electivo. <b>LT es un derecho</b>
<b>Métodos Anticonceptivos</b>	Mujer Psicóloga < de 50 años	<b>LT es un derecho</b>
	Varón, ginecólogo < de 50 años	Reconoce razones biológicas y psicológicas, en cuanto a las razones sociales tiene ciertas limitaciones y reparos.
	Mujer, Trabajadora Social < de 50 años	Reconoce razones terapéuticas en sentido amplio y electivo. <b>LT es un derecho</b>
<b>Castración, Mutilación o amputación</b>	Varón, Médico Obstetra > de 50 años	Reconoce sólo razones biológicas
	Mujer, Psicóloga < de 50 años	Reconoce razones biológicas
<b>Infertilización</b>	Varón, ginecólogo, > de 50 años	Reconoce razones terapéuticas en sentido amplio y electivo.

Este cuadro nos permite visualizar rápidamente cual es la posición que cada profesional tiene sobre la LT, si hay alguna diferencia en las opiniones de varones y mujeres podemos destacar que fueron sólo mujeres quienes reconocieron la LT como un derecho, definida conceptualmente como esterilización y método anticonceptivo, considerando aceptable y necesaria la ligadura o esterilización electiva, que es la que se realiza con el único fin de no tener hijos/as.

Los profesionales que definen la LT como castración o mutilación, sólo aceptan la intervención en casos de riesgo biológico,

Una de nuestras hipótesis específicas señala: *“El modelo médico asistencial actual se basa en consideraciones predominantemente biológicas. Ellas se reflejan en la práctica concreta de la indicación de ligadura tubaria, que reafirma un concepto de salud de las mujeres asociada sólo a lo biológico”*.

En general y retomando los argumentos de los/ las profesionales, podemos decir en relación a la hipótesis, que si bien es cierto que de la observación del cuadro anterior tan sólo dos especialistas muestran características que se puede enmarcar en el modelo médico asistencial, que sólo reconocen razones biológicas para la práctica de la LT: Incluso quienes dicen aceptar otras razones más allá de las biológicas, mantienen una perspectiva acotada de la salud sexual y reproductiva y son portadores de concepciones autoritarias acerca de la relación con las pacientes o usuarias.

Si bien estos testimonios parecerían insuficientes para confirmar dicha hipótesis, las observaciones de campo permitieron advertir que, más que en las razones argumentadas la dificultad reside en las relaciones de poder existentes. Por una parte os/ las profesionales involucrados en el Programa de Salud Reproductiva o en el Consultorio de LT señalan la existencia de dificultades constantes para que contemple como indicación razones psicológicas o sociales. Antes de la Resolución la ligadura se hacía según los criterios personales y la voluntad de los/ las médicos/as de guardia. A partir de la Resolución, fue necesario contratar dos médicos para realizar la ligadura, mientras el resto de los/ las profesionales no médicos trabajan horas extras en el Consultorio Interdisciplinario sin reconocimiento económico. Por otra parte los jefes de los Servicios, de Maternidad, de Ginecología y Salud Mental son fuertes opositores a la tarea llevada a cabo por el Consultorio y a la LT.

La situación del Servicio de Ginecología resulta ejemplificadora: su jefe se opone que en su servicio se realice LT. Es uno de los pocos médicos que ha presentado objeción de conciencia por escrito, obligando a mantener una posición similar a los/ las profesionales que tiene a su cargo. En su carácter de “propietario” del laparoscopio se niega a que éste sea utilizado para la LT<sup>35</sup>. En el servicio de maternidad, el jefe es totalmente contrario a la práctica de LT y se resiste a que en el servicio se mencione la ligadura de trompas, lo grave, es que es en este servicio donde funciona el Consultorio de evaluación de LT y donde están internadas las mujeres que van a ser intervenidas. La jefa de salud mental es otra fuerte objetora del Consultorio: Su crítica expresa reside en el

---

<sup>35</sup> El laparoscopio es el instrumento que permite realizar las intervenciones de un modo menos cruento que laparotomía. Ver capítulo V

señalamiento de que la práctica de la laparotomía es más riesgosa que la laparoscopia. Sin embargo en un tramo de la entrevista ella ha señalado que:

*“yo no sé si vos te tenés que meter (en la vida de la gente), pero yo me meto científicamente, desde mi rol profesional y desde ahí miro la vida de los demás, y mi función diagnóstica de la mente para definir una castración definitiva en una mujer, es el derecho a la salud”*

Estos obstáculos nos permiten confirmar la permanencia de un modelo médico que puede utilizar el recurso con argumentos basados en razones biológicas como una estrategia relevante. Sin embargo, de lo que se trata ante todo es de la resistencia a perder el poder de decidir por otros. Incluso la admisión retórica de otras razones puede servir para mantener la hegemonía, el indisputable derecho a la última palabra.

*“Esto ha sido toda una lucha en el hospital que se haga una evaluación interdisciplinaria, por esto que hablábamos de la hegemonía médica. Antes de que existiera la normativa sobre ligadura tubaria y la existencia del consultorio, la ligadura dependía de la buena voluntad que tenía el médico en la sala de parto... a los médicos le ha costado un poco entenderlo, de hecho acá en el hospital el servicio de gineco ha firmado todo el servicio la objeción de conciencia porque no acepta la posibilidad de que haya causas sociales o psicológicas. El servicio se cierra a partir de que una mujer logra a partir de una orden judicial se le apruebe la ligadura, una paciente de 25 años y dónde las únicas causas que había para hacerle la ligadura era desde el punto de vista social, entonces acatan esa orden judicial, pero desde ahí en más el servicio, firma todo el servicio objeción de conciencia. Así que acá no se cuenta con esa posibilidad, es más en el servicio de gineco, hay un aparato para hacer laparoscópica ... y no se cuenta con esa aparatología... esto da origen a que se realice una operación que es mucho más complicada .... Para que veas la dimensión de la lucha que ha significado en el hospital, incorporar el tema de la ligadura desde lo psicológico y desde lo social(...), hay que gente que nos ha dicho que nuestro objetivo es castrar pobres, que lo que realizamos es un asesinato, nos ha costado mucho y nos ha significado muchas veces estar muy mal en el hospital..... Vos vas a entrevistar al Dr.... no quiere que esa temática entre en la maternidad, no se dónde quiere que llevemos el tema. (...)muchos médicos se enfrentaran ... porque perdían ese poder de poder elegir ellos .... hay una tendencia del médico a decidir sobre la vida del otro ” (Sandra)*

### **7.3.6. Consideraciones legales y Ligadura Tubaria**

En relación a las leyes, la mayoría de los profesionales, tiene información sobre la Ley de Salud Sexual y Reproductiva de la provincia y la Resolución Ministerial que autoriza la LT en los hospitales públicos, sobre la Ley y el Programa. Hugo opina que:

*“La legislación que existe en salud reproductiva es la ley 8633 del año 96, la conozco a pies juntilla con las resoluciones anexas, etc...Creo que esa ley que ha*

*permitido reportar al programa provincial de salud reproductiva, tiene la importancia, y que mucha gente no se da cuenta, es **que todos los ciudadanos somos iguales ante la ley, todos iguales, no es una ley compulsiva como lo es la ley vial, sino que yo puedo acceder a ella en caso de necesidad**, por otro lado es una ley que favorece económicamente a todos los usuarios de la misma a ponernos en un plan de equidad donde los insumos son dados gratuitamente...” (Hugo).*

Sin embargo la mayoría declaró que la actual legislación de la práctica profesional de la medicina y la carencia de legislación nacional apropiada hacen que muchos médicos/as se sientan desprotegidos ante posibles juicios por mala praxis.

*“...la mayoría de los colegas a lo que tienen miedo es que no están cubiertos por la ley, es decir... justamente porque **no ha salido una ley nacional... una ley nacional... que contemple la ligadura tubaria para que el médico se cubra, yo creo que con eso ... se acabaría el problema de tanta dudas...**” (Guillermo).*

*“**Sobre Ligadura conozco lo que conoce todo el mundo: que somos pioneros, Río Negro y Mendoza con media sanción de la cámara, en cuanto a la legislación de la tripcia tubaria y bueno.....yo pienso que se debería modificar el código penal, porque eso hace que uno pueda tomar conductas más libres que no pueda ser juzgado a posteriori por una práctica que algunos no comparten**” (José).*

*“**Yo creo que la ley impactaría porque habría menos resistencia, estaríamos menos cuestionados, trabajaríamos con más tranquilidad.... Me parece... importante para proteger también a los médicos porque el tema de la ligadura tubaria no es una práctica aprobada sino que se considera ilegal, porque los médicos se van a sentir más respaldados a los pedidos de las pacientes**” (Mónica)*

*“**Y pienso que si la ley amparara a los médicos, muchos médicos se animaría a hacerla mucho más .....**” (Cecilia)*

La cuestión fundamental parece residir en la falta de marcos legales apropiados y al nacimiento de una “nueva industria”, la de los juicios de mala praxis que, por una parte son vividos como una amenaza por la corporación médica y por la otra son verbalizados como reguladores que exceden incluso las convicciones éticas y los saberes técnicos de los sujetos: la inexistencia de una ley no habilita la ligadura sino a través de una frágil Resolución ministerial que no tiene fuerza de ley, que no instaura efectivamente la ligadura como derecho. La ambigua situación legal, señalan los /las profesionales, genera obstáculos

*“**La resolución se queda corta... porque permite que se generen trabas a nivel institucional ... los profesionales de la salud queremos protecciones, si a través de una resolución ministerial se transformó en una práctica permitida, bueno entonces,***



*legislémosla y démosle apertura para que puedan acceder todas las personas, porque además las resoluciones ministeriales son locales y cada uno lo maneja como puede, cuando sale algo con fuerza de ley y que dice esto está permitido, los pacientes tienen derechos ....”(Laura).*

*“Conozco perfectamente la Resolución Ministerial de ligadura o contracepción quirúrgica que desgraciadamente no llegó a ley sino a resolución. Es lamentable que no se haya podido concretar una ley de contracepción quirúrgica ...” (Hugo).*

El fantasma del juicio de mala praxis se sustenta en dos instrumentos legales que permiten interpretar la LT como lesión gravísima: el Art. 91 del Código Penal, que dice: *“Se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años, si la lesión produjere (...) la pérdida (...) de la capacidad de engendrar o concebir”.*

Y la Ley 17132 (1967) sobre Regulación de la Práctica de la Medicina, que en su Art. 18. inc. 20 dice: *“Queda prohibida a los profesionales, practicar intervenciones que provoquen la esterilización, sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todo los recursos conservadores de los órganos reproductores”.*

Sin embargo ambos instrumentos legales están subordinados, según señala una amplia bibliografía, a la Convención de la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer), que atiende el derecho a la protección de la salud de la mujer, incluyendo la planificación familiar, esto es el poder de decir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, teniendo acceso a la información la educación y los medios que permitan ejercer tales derechos, atendiendo el principio de igualdad entre los sexos, que tiene rango constitucional. Además, los Estados se comprometieron a instaurar medios apropiados o adecuados para conseguir la plena realización de los derechos reconocidos en esta Convención. Entonces, si la LT, es un medio para efectuar la planificación familiar, un método de anticoncepción, seguro y efectivo, toda norma local específica que sea limitativa de la LT, con anterioridad de la ratificación de la CEDAW por nuestro país, como es la Ley 17131 quedarían derogadas por la ley posterior.

En este trabajo se sostiene la hipótesis de que: *“Las restricciones legales del caso de ligadura tubaria en hospitales públicos no responden a razones médicas, sino a*

*argumentos morales, que conllevan un avasallamiento ético y jurídico de la autonomía personal de sujetas y sujetos”.*

Hemos podido advertir que las dificultades para la legalización plena de la LT, la pervivencia de regulaciones de la práctica médica obsoletas, que debieran haber sido reinterpretadas a la luz de la CEDAW, las tensiones entre la corporación médica y los abogados, la inercia institucional constituyen impedimentos escasamente atribuibles a razones científicas. Más bien parecen hallarse del lado de la dificultad para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos ciudadanos.

Del lado de las mujeres, ninguna de ellas - a partir de lo que se sabe por una serie de entrevistas realizadas por el Programa de Salud Reproductiva de la provincia- expresó ninguna clase de arrepentimiento, ni malestar, ni sentimientos de frustración:

*“el resultado es que todas las pacientes que se han realizado ligadura lo volverían a hacer ninguna se ha arrepentido, casi todas han establecido nuevos proyectos a nivel familiar, han mejorado sus relaciones sexual... o sea que ya ha dado lugar a que ellas puedan hacer proyectos personales y bueno, para nosotras es importante ver el seguimiento que pueda tener esto” (Sandra).*

Se puede decir que se ha reunido suficiente evidencia respecto de nuestra hipótesis: Las restricciones legales del caso de ligadura tubaria en hospitales públicos no responden a razones médicas, sino a argumentos morales, que conllevan juicios éticos sobre la autonomía personal de sujetas y sujetos. En la mayor parte de los casos quienes están en contra basan sus argumentos morales en una postura confesional y no en una interpretación del carácter universal de la ley, que debe regir para todos y todas, más allá de sus convicciones y creencias religiosas particulares.

### **7.3.6. Valoración de la Maternidad:**

Los discursos médicos tienen una gran importancia en la producción de significaciones colectivas acerca de lo femenino y lo masculino, su eficacia consiste en la creación de organizadores de sentido, es decir: definen lo que es pertinente y adecuado para cada sexo en cada cultura y momento histórico.

El discurso médico es una estructura histórica, social e institucionalmente específica de producción de enunciados, cuyos términos, categorías y creencias, incluyen

formas de organizar los modos de vida. No sólo definen quién está enfermo y quién no, sino que determinan que es lo correcto e incorrecto, lo permitido y prohibido sobre el comportamiento de cada sexo.

En cuanto a las mujeres se refiere el discurso médico, como hemos sostenido en los capítulos iniciales de esta tesis, define las formas de parir, establece qué es la maternidad, el comportamiento sexual, etc. construyendo diferentes representaciones sobre el cuerpo de las mujeres según las necesidades de cada momento histórico. Estas representaciones se han materializado institucionalmente justificando las desigualdades de género y han asignado diferentes significaciones a los cuerpos de las mujeres sobre la base de una lógica binaria que significa la diferencia como desigualdad en detrimento de las mujeres. Si el saber médico toma a la maternidad como objeto, logrando medicalizar todos los procesos vitales de las mujeres desde la menstruación, el embarazo, el parto, la crianza, la menopausia, etc., estas significaciones sobre el cuerpo femenino se cristalizan en el imaginario social.

Al recuperar las opiniones de los/ las profesionales respecto a la valoración que le asignan a la maternidad, descubrimos una serie de regularidades que nos permiten corroborar una de las hipótesis que han guiado este trabajo: *“El modelo (obstétrico y ginecológico) médico hegemónico de carácter curativo-asistencial-excluyente refuerza la naturalización de la función materna como mandato y destino, mientras que otros modelos no hegemónicos se sostienen sobre la base del respeto por el derecho a decidir y la autonomía de los/ las sujetos/as”*

*“Yo creo que el paso de una mujer por la maternidad es una **experiencia única** es algo muy lindo siempre y cuando el **embarazo venga buscado** y la **paciente tenga una pareja estable y sea deseado el embarazo**, yo creo que es un **momento muy especial de la mujer**. Que el personal de salud, ya sea enfermeros, asistentes sociales, médicos, cualquier persona, debería estar orgullosa de trabajar en una maternidad, porque este momento puede incidir en su futuro obstétrico y en su futuro personal y que es sumamente importante el parto de la paciente para tener contacto ya sea con el médico o con una asistente social o una psicóloga para que se le toque el tema de planificación familiar”* (Guillermo)

*“La maternidad es la Vida. asistiendo a **un milagro**”* (Diego)

*“la maternidad para mi, es **lo más sublime** que puede haber, es testimonio viviente de los afectos de dos personas que están unidas y que se quieren y yo creo que **un hijo es lo mejor que pueden hacer los seres humanos**, volcar en ellos nuestro modo, nuestras*

*inquietudes, nuestro gestos y verdaderamente lo más hermoso cuando lo hemos logrado”* (José)

*“Yo que pienso de la maternidad para mi es **un estado hermosísimo**, pero que no solamente pasa por la panza, claro para mi a lo mejor ver una mujer a lo mejor que está en una lista de espera para una adopción y que sabe que hay una mujer que está próxima y que le falta poco y ella está vivenciado su maternidad, me parece genial, **no veo la maternidad solamente como quién puede tener hijos** y me molesta mucho cuando la gente dice es adoptada, a mi realmente me molesta mucho”* (Hilda).

*“Para mi es **un momento sublime en la mujer**”* (Cecilia).

La maternidad es definida como: “experiencia única”, “es lo más sublime”, “es la vida”, “un milagro”, “un estado hermosísimo”, expresiones ligadas a dos operaciones reduccionistas, la naturalización y la sacralización de la maternidad. La primera, por lo general se suele poner de manifiesto tanto en los discursos de sentido común como en los discursos médicos. Cuando se considera como “natural” que la mujer sea madre, se adscribe este hecho al orden de lo biológico, porque la mujer no sólo cuenta con un aparato reproductor sino que además con el “instinto materno”.

El discurso médico a menudo reduce y fragmenta a las mujeres a la dimensión única y limitada de sus úteros gestantes. La mirada médica simplifica la maternidad a un hecho biológico que permite que la mujer toda pase a ser un útero y por reducción un fenómeno obstétrico, compuesto por signos y síntomas pasibles de observación y control. Los recursos humanos y materiales de las instituciones médicas están en función de cumplir con este modelo de mujer/madre y de atención a la paciente. Las pautas y normas que rigen el modelo institucional, son acordes con esas concepciones y objetivos. Las experiencias de la maternidad y la experiencia de la sexualidad han sido encauzadas en función de una visión de la maternidad institucionalizada que exige de las mujeres instinto maternal, generosidad y atención a las necesidades ajenas. La maternidad es sagrada, sin embargo, siempre que la descendencia sea legítima, mientras el niño/a lleve el nombre del padre, de allí que los comportamientos que amenazan estas instituciones, como los amores ilegítimos, el aborto, el lesbianismo se consideren desviaciones y actos criminales.

Sin embargo, si bien la característica biológica es necesaria para la maternidad, no es suficiente, un hijo/a debe estar inscripto en el orden del deseo, en el que intervienen tanto aspectos biológicos como culturales. La maternidad pertenece al ámbito de la cultura,

la significación de un hijo/a varía para cada mujer y pone en juego complejísimos procesos psíquicos, culturales y sociales, y no sólo biológicos.

La operación de sacralización de la maternidad, cuando se la identifica, con la “voluntad divina”, es el caso de las expresiones “Milagro”, “Vida”, “Sublime”, “experiencia única” impide pensar en otras alternativas: la no maternidad, el no deseo de un/a hijo/a, la decisión de interrumpir un embarazo, el deseo de hijos /as fuera de la institución del matrimonio y de la heterosexualidad obligatoria.

La sacralización de la maternidad, la naturalización de la condición femenina y la medicalización del cuerpo de las mujeres son recursos que sostienen y consolidan el mito Mujer = madre: naturalizando la exclusión de las mujeres del espacio público y reforzando su “natural afinidad” con el mundo privado y de los afectos.

Adrienne Rich formula una distinción entre maternidad como una experiencia personal y la maternidad como institución que exige seguir este mandato, sacrificando si es necesaria la propia vida. Rich sostiene que estos dos significados de maternidad se encuentran interconectados, por un lado señala la experiencia de la mujer con su capacidad reproductiva y con sus hijos/as, y por otro, la maternidad como institución cuyo propósito es mantener a las mujeres bajo el control masculino. La institución de la maternidad, es el mecanismo por el cual se le ha impedido a las mujeres tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas, ha mantenido a los varones alejados de las consecuencias de sus acciones sexuales y los ha liberado de la paternidad responsable, ha manteniendo a las mujeres subordinadas en el espacio estrecho de su hogar, y por lo tanto la ha mantenido alejada de cualquier proyecto o desarrollo de potencialidades que no sea la maternidad. (RICH, A., 1986: 47).

El testimonio de Cecilia es sumamente interesante porque señala una serie de aspectos conflictivos sobre la maternidad: las distintas formas de ejercer la maternidad, casos dónde el embarazo es interrumpido mediante técnicas rudimentarias y antihigiénicas que ponen en riesgo la vida de las mujeres, distingue embarazo y maternidad, señala cómo un embarazo no deseado, puede llevar a una maternidad deseada o a una maternidad obligada o forzosa, y cómo ésta última puede provocar “abortos tardíos”. Lo más

interesante es que distingue matices en las significaciones y valoraciones asignada por las mujeres a la maternidad según el estrato social al que pertenezca<sup>36</sup>:

*“...hay que verlo desde qué momento y desde qué mujer y desde qué momento de su vida, yo he visto nenas de 15 años que no sabían que por una relación, que lo que habían tenido era una relación sexual y habían quedado embarazada. **He visto una nena en terapia intensiva en el Lagomaggiore de 15 años, que se había perforado el útero con una aguja de tejer por querer abortar, he visto mamás años buscando un bebé y no poder quedar embarazadas y no poder tenerlo y adoptar un chiquito (que) para ellas fue el bebé soñado... no es lo mismo desear un bebé, yo puedo desearlo pero no buscarlo en este momento y me falló el método anticonceptivo, me quedé embarazada pero lo acepto. Puedo no desearlo puedo no buscarlo y me puedo quedar embarazada igual y está en mí aceptarlo o no, siempre es importante la aceptación de un embarazo para llegar a un buen término y a una buena maternidad** y a un vínculo importante entre la mamá y su bebé, sino caemos en lo que es un **aborto tardío** cuando esos chiquitos son descuidados, no los alimentan, no son queridos, en su contenido pero también haciendo un abandono. **Lo importante es la aceptación del embarazo, por eso te digo es muy sublime pero también depende de la situación de cada mamá. Es importantísimo que un bebé sea deseado planificado dentro de lo posible y no que sea una sorpresa...Para ingresar a ese programa...jefas de familia, jefas de hogar, tenían que ser mujeres que estuvieran solas a cargo de su familia y con alrededor de cuatro o más hijos cada una, históricamente era como un premio tener más hijos tenías más beneficios sociales o te podían dar la casita del barrio o tener más apoyo estatal... o... el plan trabajar o te podemos dar... Y por otro lado una viene...( y dice) que la importancia de los métodos anticonceptivos no son solamente para no tener un hijo no deseado sino para que ellas disfruten de la sexualidad... gente muy pobre... muy humilde, donde tienen la concepción de que lo único que pueden hacer, el único bien que pueden tener ellas es la maternidad y de los 15 años empiezan a tener... un embarazo por año y no saben a lo mejor lo que es disfrutar de su sexualidad, ...las comunidades peruanas y bolivianas cuando más hijos tenés mejor porque es un niño más que va a ayudar en la chacra... Y si vemos en el estrato medio o alto, la maternidad se posterga mucho más porque vos tenés otros ideales, otros proyectos de vida primero querés estudiar, te querés recibir, querés desarrollarte profesionalmente y después acceder a la maternidad, si vos ves los porcentajes en nuestras maternidades, tenemos muchísimo porcentaje de embarazo adolescente, que probablemente vos decís es medio ilógico porqué con tanta información? ¿cómo puede ser que tengamos tanta cantidad de chicas (adolescentes embarazadas)? y (por otra parte) un porcentaje elevadísimo ... de aumento de la edad materna en las mamás primigestas, que tienen estudios secundarios como mínimo o terciarios, es decir que tienen otros proyectos de vida como prioridad (antes) que la maternidad”*** (Cecilia).

Martha Rosemberg señala que “La relación maternal -dar vida- no depende de lo biológico, sino de la posibilidad de soportar un proyecto personal -tener un hijo- en relación con otros. El cuerpo no alcanza. El cuerpo femenino -lugar de origen común de

---

<sup>36</sup> Cecilia, recordemos es Licenciada en obstetricia y una persona interesada en parto humanizado,

varones y mujeres- tiene el poder de gestar. Pero este poder originario puede ser aplastado por la incapacidad de una mujer de dar sentido y valor al vínculo que surge de esa gestación. Es lo que sucede cuando el embarazo se produce en condiciones adversas a la realización de los proyectos de vida de la mujer. Tal vez por eso se insiste con la idea del "instinto maternal": porque aparece como vía predeterminada y única de realización de lo femenino. Hoy podemos encontrar en las numerosas variantes del ejercicio de la maternidad, tanto la persistencia de esta inercia cultural, como los indicios de su modificación a partir de que cada vez más mujeres conciben la maternidad como resultado de una elección voluntaria y no como una obligación compulsiva de coincidir con este ideal" (ROSEMBERG, Martha, 2002).

Sandra por su parte reconoce que la maternidad es un deseo con el que soñó toda la vida, es lo que le ha permitido realizarse como mujer y persona, pero a su vez considera que para muchas mujeres existen otros proyectos vitales más o tan importantes como la maternidad:

***"...yo tengo un hijo, si yo no hubiera sido nunca mamá, no me hubiera desarrollado realmente como mujer pero ese es mi caso, yo conozco personas que bueno sienten que su desarrollo pasa por otro lugar... y me parece que ... si alguien lo decide así tendrá que respetarse..., yo siempre digo que si no me hubiera enamorado y si no hubiera encontrado una persona con la cual poder hacer una familia lo mismo hubiera visto la posibilidad de tener un hijo... pero yo creo que uno tiene que ser muy consciente de todo lo que implica traer un ser humano, una personita al mundo desde lo afectivo, lo material, me parece que una tiene que pensar mucho en el momento en que decide la maternidad"*** (Sandra).

La institución de la maternidad no es lo mismo que la experiencia personal de las mujeres en la concepción y el cuidado de los hijos/as. La institución de la maternidad es un deber que se sostiene política e ideológicamente desde las legislaciones, por lo tanto una política que considere la maternidad voluntaria y responsable deberá reconocer el derecho al libre control del cuerpo. La maternidad como destino está fuertemente instalada en el imaginario social creando prescripciones, que legitiman ciertas opciones y obstaculiza otras alternativas para las mujeres.

---

sensibilizada ante las diferentes EXPERIENCIAS de maternidad.

Laura sostiene que una ley de planificación familiar o de ligadura de trompas debe contemplar una valoración y concepción de maternidad, y también una concepción de familia.

*“Yo creo que la sociedad en su conjunto y... la legislación debiera (n) expresar los valores éticos que una sociedad quiere vivir y en base a eso establecemos una norma.... La ley debe expresar los códigos en los cuales una sociedad quiere vivir. La ley también tiene que expresar qué valor le damos a la maternidad, si la familia es la célula base de la sociedad. ¿Qué perfil de familia queremos tener en la sociedad nuestra? donde se respete ¿qué valores, qué códigos, qué derechos? Y en base a eso pautar qué posibilidades da la ley, porque en definitiva la ligadura ¿porqué razones?, o la planificación familiar ¿porqué razones: biológica, sociales económicas?, porque en el conjunto la ligadura tubaria o la planificación familiar lo que está expresando es un modelo de familia que la cabeza de esa familia que es la madre, porque el eje de la familia es la madre, en latín cuando uno habla de la médula de una situación uno dice el “alma matter” y no el alma patter porque son roles distintos, pero desde el punto de vista en gestión de salud también, cuando prioriza los problemas de salud pública, el problema que lleva a que una madre se muera es absoluta prioridad porque la familia se desestructura, no es solamente una persona en edad activa que se muere, cuando se muere una madre la familia se desestructura, entonces esto tiene que ver con la calidad los valores éticos que le va a conferir las sociedad a la maternidad y que eso tiene que quedar claro en esa ley salga como salga el espíritu de esa ley tiene que ver mucho con el ejercicio de una maternidad responsable y plenamente ejercida...esto tiene que ver con los valores de lo que una maternidad es, en una sociedad siendo la maternidad algo tan importante no como institución sino como valor mismo, la maternidad es y debe ser una decisión meditada elegida y limitada a las posibilidades que cada mujer tenga, a mi me parece muy válido que una mujer crea que no está capacitada para el ejercicio de la maternidad, o lo que sea o no quiera tener hijos, me parece mucho más prudente que la que no está capacitada y no lo pensó y lo tiene lo mismo”.* (Laura).

El discurso de Laura, si bien matizado indica hasta qué punto la maternidad como institución pesa, aún en las concepciones de personas abiertas que la conciben como una alternativa vital.

Sin embargo la maternidad sigue situada en un cierto lugar de significación congelada, situada en el centro de la escena de la vida de las mujeres como integrantes de la sociedad. Su lugar como integrantes de la sociedad pasa de alguna manera por el ejercicio de la maternidad. Ha estado y está ligada a las políticas de Estado, como Cecilia lo señalara, continúa ocupando el centro de las representaciones imaginarias acerca de la feminidad, como se infiere del discurso de quienes la consideran destino sacralizado, e incluso de quienes, más flexibles, la sitúan en el corazón de la organización de la sociedad.



## CONCLUSIONES

Lo que nos propusimos a través de esta investigación es examinar el proceso de medicalización del cuerpo femenino a través del análisis de los debates éticos y políticos en torno de la práctica de la ligadura de trompas en la provincia de Mendoza. Para ello nos centramos en las significaciones que los /las profesionales asignan a las cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Nos centramos en el análisis de las posiciones relativas a la decisión de realizarse una ligadura de trompas, tomando en cuenta los fundamentos morales, éticos, políticos, ideológicos, etc. que sostienen en sus discursos.

Para cumplir con los objetivos planteados, nos basamos tanto en bibliografía teórica, en la recopilación de artículos periodísticos, rastreo de las leyes vigentes sobre LT, como en la recolección de datos primarios relativos a las valoraciones éticas y políticas de los/las profesionales de la salud, que se traducen en representaciones que los diferentes modelos médicos refuerzan o resisten. La realización de entrevistas semiestructuradas a informantes clave nos permitió advertir y descubrir en sus discursos y en sus prácticas concretas, observadas en sus lugares de trabajo, posiciones éticas y políticas que, si bien portan matices, refuerzan un modelo médico que se caracteriza por una concepción de la salud-enfermedad que asigna a los /las profesionales de la salud el equívoco lugar de erigirse en quienes deben decidir sobre asuntos como las capacidades reproductivas de las mujeres. Asimismo pudimos descubrir las prácticas y discursos de un modelo médico diferente, que presenta resistencia a la posición hegemónica y sostiene una perspectiva alternativa sobre la relación médico/ paciente, sobre el lugar de los derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres, sobre la articulación entre biología y psique, sobre el peso relativo de las razones socio -culturales. En estos casos prevalecen prácticas como la “consejería” y el Consentimiento Informado, que permiten el ejercicio de la autonomía y la libertad de las mujeres. Esta perspectiva se sostiene sobre un

claro reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos a la vez que sus portadores abogan por el reconocimiento del derecho a la ligadura tubaria en el orden de la ley.

El trabajo estuvo guiado por hipótesis específicas, que nos permitieron no sólo trabajar sobre aspectos delimitados de la práctica médica, sino que han abierto nuevas perspectivas de indagación y ampliado nuestros horizontes interpretativos. Las evidencias y hallazgos obtenidos en este estudio han permitido la corroboración de nuestras hipótesis, pero al mismo tiempo hemos podido matizarlas o afinarlas modificando aquellos aspectos que presentaban una visión tal vez demasiado reducida.

Una de nuestras hipótesis específicas señala que el modelo médico asistencial actual se basa en consideraciones predominantemente biológicas. Ellas se reflejan en la práctica concreta de la indicación de ligadura tubaria, que reafirma un concepto de salud de las mujeres asociada sólo a lo biológico. Si retomamos los argumentos de los/ las profesionales, podemos decir, que si bien es cierto que de la observación de las respuestas proporcionadas tan sólo dos especialistas muestran características que se puede enmarcar plenamente en el modelo médico asistencial y sólo reconocen razones biológicas para la práctica de la LT, es dable observar que incluso quienes dicen aceptar otras razones más allá de las biológicas, mantienen una perspectiva acotada de la salud sexual y reproductiva y son portadores de concepciones autoritarias acerca de la relación con las pacientes o usuarias.

En un cierto sentido se podría decir que los testimonios recolectados no aportan evidencia suficientes para confirmar esta hipótesis. Sin embargo las observaciones de campo permitieron advertir que, más que en las razones argumentadas, la dificultad reside en las relaciones de poder existentes. Los/ las profesionales involucrados en el Programa de Salud Reproductiva o en el Consultorio de LT señalan la existencia de dificultades constantes para que se contemple como indicación razones psicológicas o sociales. El prestigio de la profesión médica, las relaciones asimétricas entre los /las médicos /as y los /las demás profesionales hacen de la referencia a la biología la “última palabra”, aquello que proporciona la razón indubitable para realizar una ligadura tubaria ante la cual, incluso acérrimos opositores, retroceden.

En cuanto a uno de los aspectos que ha ocupado un lugar relevante en el debate público, la cuestión legal, sosteníamos una hipótesis según la cual las restricciones legales

del caso de ligadura tubaria en hospitales públicos no responden a razones médicas, sino a argumentos morales, que conllevan un avasallamiento ético y jurídico de la autonomía personal de sujetas y sujetos.

La observación y las entrevistas revelaron que muchas de esas restricciones se producen debido a la falta de marcos legales apropiados y al nacimiento de una “nueva industria”, la de los juicios de mala praxis que, por una parte son vividos como amenaza por la corporación médica y por la otra son verbalizados como reguladores que exceden incluso las convicciones éticas y los saberes técnicos de los sujetos: la inexistencia de una ley no habilita la ligadura sino a través de una frágil resolución ministerial que no tiene fuerza de ley, que no instaure efectivamente la ligadura como derecho. La ambigua situación legal, señalan los /las profesionales que sostienen posiciones a favor de la LT, genera obstáculos.

Hemos podido advertir además que las dificultades para la legalización plena de la LT, la pervivencia de regulaciones de la práctica médica que hoy resultan obsoletas, que debieran haber sido reinterpretadas a la luz de la CEDAW, las tensiones entre la corporación médica y los abogados, la inercia institucional constituyen impedimentos escasamente atribuibles a razones científicas. Más bien parecen hallarse del lado de la dificultad para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos ciudadanos.

En la mayor parte de los casos quienes están en contra basan sus argumentos morales en una postura confesional y no en una interpretación del carácter universal de la ley, que debe regir para todos y todas, más allá de las convicciones y creencias religiosas particulares de los /las profesionales.

Finalmente la hipótesis relativa a la maternidad ha operado de algún modo como eje estructurador de la tesis por cuanto ha permitido establecer articulaciones entre aspectos conceptuales y datos empíricos. Como es sabido la mayor parte de las prácticas de los servicios de ginecología y obstetricia están organizadas en torno de la maternidad. Partimos de la hipótesis de que el modelo médico hegemónico de carácter curativo-asistencial-excluyente refuerza la naturalización de la función materna como mandato y destino, mientras que otros modelos no hegemónicos se sostienen sobre la base del respeto por el derecho a decidir y la autonomía de los/ las sujetos/as.

En los capítulos iniciales de esta tesis hemos sostenido que, en cuanto a las mujeres se refiere, el discurso médico, define las formas de parir, establece qué es la maternidad, el comportamiento sexual, etc. construyendo diferentes representaciones sobre el cuerpo de las mujeres según las necesidades de cada momento histórico. Estas representaciones se han materializado institucionalmente justificando las desigualdades de género y han asignado diferentes significaciones a los cuerpos de las mujeres sobre la base de una lógica binaria que significa la diferencia como desigualdad. Estas narrativas han definido a las mujeres durante siglos como impuras, insaciables y lujuriosas, para transformarlas posteriormente en sexualmente pasivas y frías, destinadas a la maternidad. Es al comienzo del siglo XIX, cuando el saber médico toma a la maternidad como objeto, logrando medicalizar todos los procesos y momentos vitales, desde la menstruación, el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza a la menopausia.

El discurso médico ha tendido a reducir las mujeres a su útero multiplicando las estrategias para restringir otras posibilidades. Las representaciones del cuerpo femenino, la capacidad de embarazarse y parir terminó convirtiéndose en un destino heteroregulado, donde poco importaban las experiencias de las mujeres concretas, sus condiciones efectivas de vida, la pobreza o la persistencia de la violencia sexual como parte del horizonte de vida de miles de mujeres. La maternidad se convirtió a lo largo de los siglos en una “experiencia sublime” y en un mandato irrenunciable. De allí el duro combate contra brujas, sanadoras y curanderas. En este punto, sin duda la Medicina, ha sido una conspicua heredera de la ideología sexista de la Iglesia.

Nuestras entrevistadas y entrevistados no se apartan demasiado de lo esperable. Sin embargo algunas resquebrajaduras se han abierto en los últimos años. Aún así la maternidad como institución pesa, incluso en las concepciones de personas abiertas que la conciben como una alternativa vital.

La maternidad continúa situada en un cierto lugar de significación congelada, en el centro de la escena de la vida de las mujeres como integrantes de la sociedad, ha estado y está ligada a las políticas de Estado y continúa ocupando el centro de las representaciones imaginarias acerca de la feminidad, incluso entre quienes portan posiciones más flexibles que no pueden evitar situarla en el corazón de la organización de la sociedad.

La resistencia a la ligadura tubaria por buena parte de los/las profesionales de la salud, finalmente reside en el anclaje de las prácticas médicas en dispositivos de poder que conservan inercias y resisten la incorporación de prácticas o perspectivas innovadoras, tales como la consideración de las decisiones reproductivas como un asunto de derechos. Aún cuando muchos médicos portan otras posiciones, quienes mantienen en sus manos los mecanismos de decisión por ocupar lugares claves en el sistema de salud, continúan de esta manera sosteniendo que los médicos son los decisores naturales acerca de qué deben hacer las mujeres con sus capacidades reproductivas. A menudo quienes sostienen estas posiciones parecen colocados en un lugar tal que su palabra parece elevarse por encima de toda particularidad humana. En nombre del saber, la medicina, la biología misma, su juicio a menudo suena como si se tratara del propio juicio de Dios.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALLER ATUCHA y PAILLES, La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema, 1996, Marketing Social, Buenos Aires.
- ANZORENA, Claudia, **Las representaciones de la sexualidad femenina en el campo de las políticas públicas**, tesis de grado, Agosto del 2002, UNCuyo, Facultad de Cs. Políticas y Sociales, Sociología,
- BALÁN, Jorge y RAMOS, Silvina, **La medicalización del Comportamiento Reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares**, 1989, Documento CEDES, N° 29, Buenos Aires.
- BELLUCCI, Mabel, “De los estudios de la mujer a los estudios de género, han recorrido un largo camino...”, en FERNÁNDEZ, Ana María, **Las mujeres en la imaginación colectiva**, 1992, Paidós, Buenos Aires.
- BLANCO, Luis, “Autonomía personal, esterilización electiva y planificación familiar”, en **Derecho de Familia**. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia, N° 15, 1999, Abeledo-Perrot, Buenos Aires.
- BROWN, Josefina, **Los derechos reproductivos como derechos ciudadanos**, tesis de grado, 2001, Facultad de ciencias Políticas y Sociales, UNCuyo, Mendoza.
- CALVERA, Leonor, **El género mujer**, 1982, Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- CAMPAGNOLI, Mabel, “María Ester en el país de las pesadillas o de cómo rescatar nuestros cuerpos”, en **Aborto no punible: Concurso de ensayo “peligro para la vida y la salud de la madre”**, 1997, Foro por los derechos reproductivos, Buenos Aires.

- CAREAGA PÉREZ, G.; FIGUEROA, J. y MEJÍA, M. (comp.) “Introducción” en **Ética y Salud Reproductiva**, 1998, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, México.
- CECCHETTO, Sergio, **Consentimiento del paciente informado: dificultades procedimentales**, 2003, CONICET, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- CECCHETTO, Sergio, **Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina**, 2003, CONICET, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- CECCHETTO, Sergio, “Prólogo” en URBANDT, Patricia, **Esterilización Femenina Voluntaria en el Hospital público**, 2002, Suárez, Mar del Plata.
- CHECA, S. y ROSEMBERG, M., **Abortos hospitalizados: un problema de salud pública. Una cuestión de derechos reproductivos**, 1996, Ediciones El cielo por asalto, Buenos Aires.
- CIRIZA, Alejandra, “Democracia y ciudadanía de mujeres. Encrucijadas teóricas y políticas”, en **Teoría y Filosofía Política. La Tradición Clásica y las Nuevas Fronteras** compilado por Atilio Borón, marzo de 1999, EUDEBA, Buenos Aires.
- CIRIZA, Alejandra, “Consenso y desacuerdo. Los derechos reproductivos y sexuales como derechos ciudadanos de las mujeres en Argentina”, en **CATOBLEPAS**, 2002, revista crítica del presente N° 9, pp.18.[www.nodulo.org](http://www.nodulo.org),
- COOK, Rebecca, “El feminismo y los cuatro principios éticos”, en **Ética y Salud Reproductiva**, Programa Universitario de Estudios de Género, 1996, 1° edición, UNAM, México.
- DE BARBIERI, Teresita, **Sobre la categoría género. Una introducción teórica-metodológica**, 1993, Debates en Sociología. N° 18,
- EHRENREICH, B., ENGLISH, D., **Brujas, Comadronas y Enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad**. 1981, Horas y horas, Madrid.
- FERNÁNDEZ, Ana María, “Introducción” en FERNÁNDEZ, Ana María, **Las mujeres en la imaginación colectiva**, 1992, Paidós, Buenos Aires.

- FERNÁNDEZ, Ana María, **La Mujer de la Ilusión**, 1994, Paidós, Buenos Aires.
- FERNÁNDEZ, Ana María, “Mujeres: historia de una discriminación” en **Discriminación de Género y Educación en la Argentina Contemporánea**, compilado por Eleonor Faur y Cecilia Lipszyc, 2003, INADI (Instituto Nacional Contra la Discriminación, UNICEF, Buenos Aires.
- FOUCAULT, Michel, **Historia de la sexualidad**, 1986, Tomo I, siglo XXI editores, España.
- GLASER y STRAUSS, “El descubrimiento de la teoría fundamentada”, Capítulo II, III y V (Traducción, 1998, proporcionada por la cátedra de Técnicas de Investigación Social)
- GOGNA, M. y RAMOS, S., "El acceso a la anticoncepción: una cuestión de derechos humanos y de salud pública", en **Perspectivas bioéticas en las Américas**, Nº 2, 1996, FLACSO, Buenos Aires.
- GOGNA, M.; RAMOS, S. Y ROMERO M, **La salud reproductiva en la Argentina: estado de situación y problemas críticos**, en IV Jornadas argentinas de estudios de la población, Asociación de Estudios de Población de Argentina/Instituto de Investigaciones Geohistóricas- 1999, CONICET/Facultad de Humanidades, Resistencia.
- HARAWAY, Donna, “Saberes situados: el problema de la ciencia en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial” en **De mujer a género**, comp. por Cecilia Cangiano y Lindsay Dubois 1993, CEAL, Buenos Aires.
- JELÍN, Elizabeth, **Las mujeres y la cultura ciudadana en América Latina**, 1996, UBA-CONICET, Buenos Aires.
- LLOVET, J. J. y RAMOS, S., "Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas", en **Ciencias Sociais e Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-Americanas**, (edits) Hardy, E., Duarte Osis M. J. y Rodrigues Crespo, E., 1995, Campinas, CEMICAMP, Brasil.
- LLOVET, Juan José, “Transformaciones en la Profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo”, en **Salud, Cambio Social y política, Perspectivas desde América Latina** , varios autores Coordinadores Bronfman Mario y



Castro Roberto IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, 1999, Cocoyoc, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

- MACKLIN, Ruth, “Ética y reproducción Humana: perspectivas internacionales”, en **Ética y Salud Reproductiva**, 1996, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, 1° edición, México.
- MAINETTI, José Alberto, La transformación de la medicina, 1992, Quirón, La Plata.
- MENÉNDEZ, Eduardo, “Modelo Médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”, 1985, **Cuadernos médico-sociales 33**, Rosario.
- MILLET, Kate, **La Política sexual**, (1° edición 1969), 1995, Cátedra, Madrid.
- MORLACHETTI, Alejandro, **Aspectos legales para la atención integral de salud de adolescentes y jóvenes**, 1999, Programa materno Infantil, sub-programa salud integral del adolescente, Ministerio de Salud, Buenos Aires.
- PALMA, Zulema, “El aborto y los derechos sexuales desde el movimiento de mujeres en el contexto de la argentina democrática” en **Nuestros cuerpos nuestras vidas: propuestas para la promoción de los Derechos sexuales y reproductivos**, 1997, Foro por los derechos reproductivos, Buenos Aires.
- PANTELIDES, Edith Alejandra, **La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo**, 1983, Centro de estudios de Población- CENEP, Buenos Aires.
- RAMOS, S, “El enfoque social de la maternidad”, en **Por una maternidad sin riesgos**, (ed.) M. Bianco, 1992, FEIM, Buenos Aires.
- RAMOS, S. y GALIMBERTI, D.: "Mortalidad materna: problema de salud pública y problema ético, en **Temas de perinatología**, (ed.) E Koremblit, 1995, Editores Ascune, Buenos Aires.
- RAMOS, S.; GOGNA, M. Y ROMERO, M., **Derechos reproductivos y sexuales: hacia la ampliación de la democracia**, en Jornada Preparatoria del Tribunal Permanente por los Derechos Humanos de las Mujeres a la Salud, 1997, Foro Permanente por los Derechos de las Mujeres, Buenos Aires.

- RAMOS, S. Y SZULIK, D., "Los derechos sexuales son derechos humanos", en **Ética, investigación y ciencias sociales, Programa Salud Reproductiva y Sociedad**, (edit) Macklin, R.; Luna, F.; Figueroa, J. G. y Ramos, Revista El Foro de PROAMBA, año III, N° 7, junio de 2001, El Colegio de México, Ciudad de México.
- RICH, Adrenne, **Nacemos de Mujer: la maternidad como experiencia e institución**, 1986, Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer, España.
- RODRÍGUEZ, Marcela, "La situación legal de los derechos reproductivos y sexuales en argentina", en **Nuestros cuerpos Nuestras Vidas: Propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos**, 1997, Foro por los derechos reproductivos, Buenos Aires.
- ROSENBERG, Martha, "Malestar en el género y sujeto de la diferencia sexual", en **Actualidad psicológica**, junio de 1994, Año XIX N° 210, Buenos Aires.
- ROSENBERG, Martha, "Maternidad e instinto Maternal", marzo de 2002, publicado en revista VIVA de Clarín.
- ROSENBERG, Martha, "ONGs, feminismos latinoamericanos y movimientos sociales a 10 años de el Cairo", en **El Rodaballo** (revista de política y cultura), invierno de 2004, Año X, N° 15. Buenos Aires
- ROUSSEAU, Jean Jacques, "Emilio", Safian, 1955, Buenos Aires.
- SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo: "Introducción a la Ética", en **Ética y Salud Reproductiva**, (comp.) CAREAGA PÉREZ, G.; FIGUEROA, J. y MEJÍA, M. 1998, Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, México.
- SCOTT, Joan: "De mujer a género: teoría, interpretación, y práctica feminista en las ciencias sociales", en **De mujer a género** (comp) Cecilia Cangiano y Lindsay Dubois, 1993, CEAL, Buenos Aires.
- SHERWIN, Susan: "Ética, ética femenina y ética feminista", en **Ética y Salud Reproductiva**, (comp.) CAREAGA PÉREZ, G.; FIGUEROA, J. y MEJÍA, M.,

1998, Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, México.

- TORRADO, Susana, **Procreación en la Argentina, Hechos e ideas**, 1993, .Ediciones de la Flor, Centro de estudios de la Mujer, Buenos Aires.
- URBANDT, Patricia, **Esterilización Femenina Voluntaria en el Hospital público**, 2002, Suárez, Mar del Plata.
- VARGAS, Virginia, **Ciudadanías globales y sociedades civiles globales. Pistas para el análisis**, 2001, Foro Social Mundial, Bibliotecas de las Alternativas, Brasil.
- VIDELA, Mirta, **Los derechos humanos en la Bioética: Nacer, vivir, enfermar y morir**, 1999, Ad-Hoc, Buenos Aires.

#### **Informes y Documentos**

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Pacto Internacional sobre derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación de la Mujer, 1979.
- Declaración de la Asociación Latinoamericana de Medicina (ALANAM) sobre Ética en Medicina. Aprobada la asociación latinoamericana de Academias de Medicina, Quito, 1983
- Cumbre mundial sobre los Derechos Humanos, Viena, 1993
- Conferencia Mundial sobre Desarrollo y Población, El Cairo 1994.
- Cumbre Mundial sobre desarrollo, Copenhague, 1995.
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995

#### **Leyes**

- Constitución Nacional Artículo 31
- Constitución Nacional. Artículo 75, inciso 22
- Constitución Nacional Artículo 75, inciso 23
- ley 6433, Programa Provincial de Salud Reproductiva, Mendoza.
- Ley Nacional 25.673 Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Resolución N° 0307 Obra social empleados públicos.
- la Resolución N° 2492 norma que permite realizar el procedimiento quirúrgico de ligadura de Trompas de Falopio en los hospitales públicos.

- ley N° 17132. Reglamentación del Ejercicio de la Medicina,
- Ley N° 3450, Río Negro; Ley N° 533, Tierra del Fuego; Ley N° 4950, Chubut; Ley N° 2431, Neuquén; Ley N° 2079, La Pampa.  
[www.notivida.com.ar/indice\\_legislacion\\_provincial.html](http://www.notivida.com.ar/indice_legislacion_provincial.html).

## ANEXO I



### INDICADORES DE SALUD MATERNO INFANTIL -2002-

[→referencias y fuentes](#)

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Jurisdicción</b>												
<b>Total país</b>	<b>18,3</b>	<b>98,6</b>	<b>1,2</b>	<b>7,8</b>	<b>0,5</b>	<b>14,8</b>	<b>4,6</b>	<b>16,8</b>	<b>11,3</b>	<b>5,6</b>	<b>0,7</b>	<b>17,3</b>
<b>Región centro</b>	<b>16,6</b>	<b>99,5</b>	<b>1,2</b>	<b>7,9</b>	<b>0,3</b>	<b>12,7</b>	<b>3,1</b>	<b>14,9</b>	<b>9,7</b>	<b>5,3</b>	<b>0,5</b>	<b>14,7</b>
Ciudad. Aut. de Buenos Aires	13,6	99,5	1,2	7,4	0,1	6,6	1,4	10,0	6,4	3,6	0,4	8,6
Buenos Aires	17,0	99,4	1,2	8,2	0,2	11,9	3,2	15,8	10,0	5,9	0,5	14,9
Córdoba	16,6	99,5	1,2	7,6	0,3	14,1	2,9	14,8	10,0	4,7	0,5	15,4
Entre Ríos	19,5	99,8	1,1	8,0	0,7	17,7	1,8	16,5	12,3	4,2	0,5	19,1
Santa Fe	16,7	99,4	1,1	7,6	0,9	18,1	4,9	14,0	9,4	4,7	0,5	15,7
<b>Región Cuyo</b>	<b>19,1</b>	<b>99,2</b>	<b>1,1</b>	<b>7,4</b>	<b>0,4</b>	<b>14,8</b>	<b>7,6</b>	<b>15,8</b>	<b>11,2</b>	<b>4,6</b>	<b>0,7</b>	<b>20,0</b>
La Rioja	21,4	99,5	1,1	7,9	0,5	18,2	11,1	20,8	15,5	5,2	0,7	17,9
Mendoza	16,9	99,2	0,9	7,1	0,4	14,2	7,2	12,3	8,1	4,2	0,7	17,1
San Juan	22,3	99,0	1,5	8,0	0,3	13,5	6,1	20,2	14,6	5,6	0,9	26,6
San Luis	22,0	99,7	1,1	7,2	0,4	16,0	8,4	16,5	12,6	3,9	0,5	21,0
<b>Región Noroeste</b>	<b>23,1</b>	<b>96,2</b>	<b>1,2</b>	<b>7,3</b>	<b>0,6</b>	<b>17,1</b>	<b>6,9</b>	<b>19,9</b>	<b>13,4</b>	<b>6,5</b>	<b>0,9</b>	<b>20,1</b>
Catamarca	24,4	96,9	1,4	7,3	0,6	20,0	6,2	20,6	14,8	5,8	0,6	19,5
Jujuy	22,1	96,5	1,4	6,9	0,6	17,6	10,9	20,6	12,7	7,9	0,9	21,8
Salta	24,7	95,1	1,0	7,2	0,5	16,1	6,9	18,9	11,2	7,7	1,3	15,6
Santiago del Estero	22,1	93,3	0,8	7,5	0,8	18,9	6,8	12,4	6,8	5,6	0,8	10,2
Tucumán	22,6	98,5	1,5	7,5	0,4	15,9	5,3	24,3	18,9	5,4	0,7	28,8
<b>Región Noreste</b>	<b>23,9</b>	<b>96,5</b>	<b>1,1</b>	<b>8,0</b>	<b>1,0</b>	<b>21,0</b>	<b>8,2</b>	<b>24,5</b>	<b>16,9</b>	<b>7,6</b>	<b>1,2</b>	<b>24,5</b>
Corrientes	23,3	98,4	1,1	8,4	0,8	18,6	7,2	23,8	16,9	6,8	0,9	23,1
Chaco	24,9	96,0	1,0	8,0	1,3	24,2	7,8	26,7	17,8	8,9	1,5	22,6
Formosa	25,1	91,9	1,4	8,3	1,2	20,5	16,6	25,5	18,1	7,4	1,8	24,1
Misiones	22,9	97,7	1,1	7,4	0,9	20,2	4,6	22,3	15,3	7,0	0,8	28,0
<b>Reg. Patagónica</b>	<b>17,1</b>	<b>99,6</b>	<b>1,2</b>	<b>7,2</b>	<b>0,7</b>	<b>17,6</b>	<b>2,5</b>	<b>14,4</b>	<b>10,2</b>	<b>4,1</b>	<b>0,3</b>	<b>16,5</b>

Chubut	17,1	99,7	1,1	7,3	0,8	17,8	1,3	17,8	12,3	5,5	0,4	17,5
La Pampa	16,7	98,9	1,3	7,4	0,6	18,1	5,7	13,1	9,5	3,6	0,3	16,4
Neuquén	16,1	99,6	1,2	7,2	0,7	17,8	-	11,7	7,9	3,8	0,3	14,4
Río Negro	17,3	99,6	1,2	7,2	0,7	18,3	4,5	14,8	10,4	4,4	0,4	17,5
Santa Cruz	19,2	99,9	1,2	7,0	0,5	16,3	2,4	17,2	14,1	3,1	0,3	19,0
Tierra del Fuego	17,2	99,9	0,8	6,0	0,2	12,7	-	9,1	6,4	2,7	0,2	13,5

## Referencias y Fuentes:

- 1.- Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes) (2002) - MS Serie 5 N° 46/03.
- 2.- Porcentaje de nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales con relación al total de nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.
- 3.- Porcentaje de nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (<1.500grs.) (2002) (de peso conocido) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.
- 4.- Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer (<2.500grs.) (2002) (de peso conocido) MS Serie 5 N° 46/03.
- 5.- Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 15 años (2002) (de edad conocida) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.
- 6.- Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años (2002) (de edad conocida) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.
- 7.- **Tasa de mortalidad materna expresada por 10.000 nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.**
- 8.- Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.
- 9.- Tasa de mortalidad neonatal expresada por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.
- 10.- Tasa de mortalidad postneonatal expresada por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.
- 11.- Tasa de mortalidad de 1 a 4 años expresada por mil niños de 1 a 4 años (2002) MS Serie 5 N° 46/03.
- 12.- Tasa de mortalidad Perinatal ( expresada por mil nacidos vivos y defunciones fetales tardías)(2002) MS Serie 5 N° 46/03.



## ANEXO II

### "El nacimiento no es una enfermedad"

#### 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Estas 16 recomendaciones tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planificación, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada.

1. Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que prefiera.
2. Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
3. Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc.)
4. No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% sean por cesárea.
5. No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
6. No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del parto
7. No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.
8. Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se las debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

9. No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal)
10. No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
11. Debe evitarse durante el parto la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
12. No se justifica científicamente la ruptura artificial de membranas por rutina.
13. El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
14. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
15. Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.
16. Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

Estas recomendaciones se tomaron de un informe sobre "Tecnologías de Parto Apropriadadas" publicado por la OMS en abril de 1985.



## ANEXO III

### **Aspectos Sociales, Psicológicos y Médicos considerados en las Entrevistas, para la evaluación de Ligadura de trompas.**

#### **Aspectos considerados en el Informe Social:**

Datos de la solicitante:

- Apellido y Nombre
- DNI
- Fecha de nacimiento
- Nacionalidad
- Domicilio
- Estado civil
- Escolaridad
- ocupación

Datos de grupo familiar:

- Especificar Apellido y Nombre, vínculo, edad, fecha e nacimiento, escolaridad ocupación y salud de cada uno/a de los/ las integrantes del hogar.

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Números de gestas: Partos , cesáreas, legrados
- Hijos/as vivos/as, fallecido/as
- Embarazo Actual, en caso de estar embarazada, semana de gestación.
- Métodos anticonceptivos usados Anovulatorio, Oral, inyectables DIU, Preservativos, otros.

Observaciones:

Tiempo que inició el pedido de ligadura de trompas:

Datos de la Vivienda:

- Tipo de vivienda: casa, departamento, pensión, vivienda precaria, otros.
- Tenencia: propietario, alquilada, amortizada, cedida, terreno fiscal, otros.
- Infraestructura: agua, luz, gas de red, cloacas, gas envasado, pozo.
- Baño: instalado, precario, sin baño.
- N° de dormitorios:

Situación económica:

- Concepto de ingreso
- Importe
- Concepto de egresos, no incluye alimentación ni vestimenta: vivienda, cuota, alquiler, impuestos y servicios, educación, salud, medicamentos, estudios, transporte.

Conclusiones:

### **Aspectos considerados en el Informe Psicológico:**

- Aspectos semiológicos: atención concentración, juicio crítico
- Qué significa para esa mujer ligarse las trompas: qué cree, que piensa, que cree que sucederá después con su vida en general.
- Qué lugar ocupa para esa mujer en su vida la maternidad
- Sexualidad: mitos sobre la ligadura, Mujer = madre, sexualidad y reproducción.
- Conciencia de que el derecho de tener un hijo/a se transforma en el deber de no tenerlo cuando no están dadas las condiciones humanas de procreación, conciencia de que debe proteger su salud y que ese es un derecho.
- Evaluar si nuevos embarazos agravaría la patología de base
- Conciencia de que la ligadura reviste un carácter terapéutico ya que futuros embarazos podría significar un mayor deterioro de su salud.
- Evaluar red familiar contenedora
- Existencia y resultados de tratamientos psiquiátricos/psicológicos anteriores. Necesidad e futuros tratamientos. Evolución de trastornos (desestructuraciones y otras posibles luego de cada embarazo, consecuencias del puerperio)
- Embarazos anteriores: evolución, cuidados, controles
- Posibilidades del ejercicio de la función materna, discernimiento mínimo requerido que permite hablar de una decisión procreacional libre y responsable, es decir si se puede ser consciente y responsablemente madre. ( posibilidad de mantener vínculos cálidos con los/ las hijos/as, tolerancia a la frustración)
- Proyectos de vida.

### **Aspectos considerados en el Informe médico:**

Antecedentes gineco-obstétrico:

- Cantidad de gestas: Normales y Cesáreas
- Enfermedad geocológica: especificar cuales
- Abortos: especificar cantidad, espontáneos, provocados
- Mortinato: especificar Hijo/as fallecidos/as, causas.

Otras enfermedades:

- Diabetes
- Obesidad
- Várices
- Hipertensión
- Hepáticas
- Insuficiencia Cardíaca
- Otras, especificar

Antecedentes en el uso de anticonceptivos:

- Fracasos del método, especificar.
- Rechazo: (alergias, sangrado anormal, dolores de cabeza intensos, etc. )

Opinión del profesional:

## ANEXO IV

### Guía de preguntas para las entrevistas a Informantes claves

Cargo:

Años y experiencia profesional (pública y/o privada)

Entrevistas a médicos/as y parteras

1. ¿Cuál cree usted que es el rol de los/ las profesionales de la salud en la planificación familiar?
  - 1.1. Información / Asesoramiento
  - 1.2. Valor asignado a la capacidad de decisión del/a otro/a.
  - 1.3. Modelo médico
  - 1.4. Valores éticos
  
2. ¿Qué información me podría dar usted sobre la legislación que existe acerca de Salud Reproductiva de la Provincia?
  - 2.1. No sepa
  - 2.2. A favor / En contra
  - 2.3. Información sobre el PPSR
  - 2.4. Resolución ministerial de Ligadura
  
3. ¿Cuál es su posición sobre contracepción quirúrgica?
  - 3.1. A favor / En contra / A veces sí / A veces no
  - 3.2. Vasectomía / NO
  - 3.3. Esterilización vs. Anticoncepción
  - 3.4. Mutilación
  - 3.5. Irreversibilidad
  - 3.6. Causas biológicas/ sociales/ psicológicas
    - 3.6.1. Relación con la paciente

### 3.6.2. Relación con otras profesiones

4. ¿Qué conocimientos tiene y qué opinión le merece las regulaciones legales respecto del ejercicio profesional en el tema de la contracepción quirúrgica?
  
5. Reflexión final  
Valoración de la Maternidad

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	10
IDENTIDADES Y GÉNERO .....	10
1.1. DE LOS ESTUDIOS DE LA MUJER A LOS ESTUDIOS DE GÉNERO .....	12
1.2. EL GÉNERO, LA VARIABILIDAD DE UN CONCEPTO.....	20
1.2.1. Identidades de Género. La construcción del sistema de género.....	23
1.2.2. Debates Teóricos sobre la noción de Género.....	28
CAPÍTULO II .....	36
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS CIUDADANOS .....	36
2.1. TENSIONES: AUTONOMÍA E IGUALDAD.....	38
2.1.1 Asimetría entre varones y mujeres .....	39
2.2. “CIUDADANAS DE NUESTROS CUERPOS Y NUESTRAS VIDAS” .....	40
2.3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LOS TRATADOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS.....	47
2.3.1. Nuestra legislación en torno a los derechos humanos.....	47
2.3.2. Derecho a la Salud como Derecho Humano .....	52
2.3.3. Salud Sexual y Reproductiva como Derecho Humanos .....	55
CAPÍTULO III.....	61
DISCURSOS Y PRÁCTICAS MÉDICAS EN TORNO AL CUERPO DE LAS MUJERES.....	61
Medicalización Del Cuerpo Femenino.....	61
3.1. REPRESENTACIONES DE LA MEDICINA SOBRE EL CUERPO DE LAS MUJERES.....	63
3.1.1. Los primeros discursos médicos sobre las mujeres. ....	64
3.1.1.1. Representaciones del cuerpo femenino en la Edad Media: demoníaca e insaciable, sin alma y razón, Mujer “vasija”.....	68
3.1.2. El discurso médico en la Edad de la razón.....	70
3.1.2.1. De la Virgen a la Madre .....	72
3.1.2.1.1. Mujeres enfermas y Mujeres portadoras de enfermedades .....	75
3.1.2.1.2. Consagración de las mujeres a la maternidad y al hogar .....	77
3.1.2.1.3. La histeria, enfermedad del alma .....	81
3.2. DE LA MEDICINA DE LAS MUJERES. HISTORIAS DE LA PERIFÉRIA.....	83
3.2.1. De las mujeres sanadoras a la profesión médica.....	83
3.2.1.1. De mujeres sabias a brujas.....	84
3.2.1.2. Conocimientos empíricos vs. Conocimientos dogmáticos .....	86
3.2.1.3. Desarrollo de la profesión médica en Europa. Eliminación de las sanadoras .....	87

3.2.1.4. La Medicina, heredera de la ideología sexista de la Iglesia.....	89
3.3. VARONES Y MUJERES: LOS LUGARES EN LA PROFESIÓN.....	90
3.3.1. Enfermeras: un lugar exclusivamente femenino.....	91
3.4. TRANSFORMACIONES EN LA PROFESIÓN MÉDICA: SOBRE LOS EFECTOS DEL NEOLIBERALISMO Y LA FEMINIZACIÓN .....	94
3.4.1. Modelo y Discurso Médico Hegemónico .....	99
CAPITULO IV.....	106
FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN LA ARGENTINA.....	106
4.1. LA FECUNDIDAD EN LA ARGENTINA .....	106
4.1.1. Nudos conflictivos en salud reproductiva .....	111
4.1.2. Desigualdades en Salud Reproductiva.....	119
4.1.3. Medicalización del parto en la Argentina .....	120
4.1.3.1. Parto vertical .....	129
4.1.4. Parto humanizado.....	130
4.1.5. Los/ las médicos/as y anticoncepción .....	132
CAPÍTULO V .....	142
ESTERILIZACIÓN FEMENINA VOLUNTARIA EN EL HOSPITAL PÚBLICO.....	142
El Caso de La Ligadura de Trompas de Falopio en Mendoza.....	142
5.1. LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO. UN POCO DE HISTORIA .....	142
5.1.1. Avances legales en la Argentina: Leyes de contracepción quirúrgica.....	147
5.1.2. Ligadura de trompas de Falopio: ¿Esterilización?, ¿infertilización?, ¿castración?.....	151
5.2. LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO EN MENDOZA .....	153
5.2.1. Prácticas de Ligadura de trompas anterior a la Resolución .....	154
5.2.2. Sandra en el laberinto.....	155
5.2.3 Creación del Consultorio Interdisciplinario de Evaluación de Ligadura de Trompas en el Hospital Lagomaggiore.....	157
5.2.3.1. Circuito Operativo del Equipo Interdisciplinario de Ligadura Tubaria en el Hospital Lagomaggiore.....	161
5.3. PROYECTO DE LEY DE CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA EN MENDOZA .....	163
CAPITULO VI.....	177
DEBATES EN EL CAMPO DE LA BIOÉTICA: ACERCA DE LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA TRADICIONAL Y LA(S) ÉTICAS FEMINISTAS.....	177
6.1. BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE ÉTICA Y MORAL.....	179
6.1.1. Acerca de las corrientes dominantes: ética deontológica, utilitarismo y contractualismo .....	180
6.2. UNIVERSALISMO Y DIFERENCIAS. SOBRE LOS LÍMITES DE LAS ÉTICAS TRADICIONALES .....	181
6.3. LAS CRÍTICAS FEMINISTAS .....	182
6. 4. PAPEL DE LA BIOÉTICA EN LA CRISIS DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO.....	188
6. 5. ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA ELECTIVA. PRINCIPIOS BIOÉTICOS: AUTONOMÍA, BENEFICENCIA Y DOCTRINA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO. ....	191
CAPITULO VII .....	199



POSICIONES ÉTICAS Y POLÍTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN TORNO A LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO EN LA PROVINCIA DE MENDOZA.....	199
7.1. PERSPECTIVA METODOLÓGICA .....	200
7.1.1 Categorías de análisis e interpretación .....	203
7.2. EL TRABAJO DE CAMPO .....	204
Médicos/as .....	204
Obstetras/parteras.....	205
Psicólogas/os .....	205
Trabajadora social .....	206
Entrevista Colectiva al Comité de Bioética del Hospital Lagomaggiore.....	206
7.3 LAS/OS PROFESIONALES ANTE LA LIGADURA DE TROMPAS.....	208
7.3.1. Los principios éticos: Beneficencia y Autonomía .....	208
7.3.2. Sobre los valores morales y la tolerancia. Las dificultades para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.....	217
7.3.3. Heteronomía y autonomía: El derecho a decidir sobre el propio cuerpo.....	226
7.3.4. Concepciones en torno de la salud sexual: restringido vs. integral.....	229
7.3.5. Sobre las razones para la ligadura de trompas y las diversas concepciones de los/ las profesionales acerca del tema .....	231
Esterilización.....	231
Método Anticonceptivo irreversible .....	232
Castración o mutilación.....	232
Infertilización .....	233
7.3.6. Consideraciones legales y Ligadura Tubaria .....	239
7.3.6. Valoración de la Maternidad:.....	242
CONCLUSIONES .....	249
BIBLIOGRAFÍA .....	254
ANEXO I .....	261
ANEXO II.....	263
ANEXO III.....	265
ANEXO IV .....	269
INDICE .....	271