

Perspectivas Bioéticas. Buenos Aires: Ediciones del Signo. Año 11 Número 21 Segundo semestre de 2006

LUGARES Y SENTIDOS DEL ABORTO VOLUNTARIO: UN DIALOGO CON LA BIOÉTICA

Susana Rostagnol¹

Introducción

En este artículo me propongo encontrar algunas vías de diálogo entre la antropología y la bioética a propósito del aborto. Básicamente intentaré dar cuenta del aborto, en tanto hecho social, reflexionando a partir de sus prácticas, pensándolo en diálogo con algunas ideas provenientes de la bioética. La mayor parte del material empírico en que baso mis reflexiones proviene “Condena, tolerancia, negación. El aborto en Uruguay”, investigación en la que participé junto a un equipo multidisciplinario¹.

Conuerdo con Susan Sherwin² en su planteo que “la reflexión ética parece ser parte del vivir conciente: es la experiencia familiar de encontrarse uno mismo indagando qué se debe hacer o qué se debió hacer en momentos difíciles (...) [es la] búsqueda de un enfoque sistemático para poder evaluar las normas de justificación que se adoptan”.

El aborto/los abortos: bioética principialista/bioética feminista. Aportes desde la antropología.

Sigo la definición de aborto trabajada en Sanseviero³ donde se lo considera “en primer lugar, como un hecho social denso y complejo que ocurre en el contexto de relaciones de poder de distinto tipo: de género, económicas, legales-jurídicas; conlleva elementos del campo de la salud, de la sexualidad, de la moral y la ética, de los significados de la maternidad. Su complejidad está dada porque no se trata de la sumatoria de planos y relaciones, sino que el aborto ocurre en la intersección y articulación de esos diferentes planos y sistemas de relaciones”. De modo que no es posible referirse al aborto en abstracto, cada aborto voluntario ocurre en un momento dado, en un contexto de relaciones determinado, en una trama de significados específicos.

¹ Antropóloga, Investigadora y docente en el Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de la República, Uruguay.

Una forma de observar la pluralidad de abortos es a través de las distintas situaciones vitales que inciden para que las mujeres tomen la decisión de abortar: su momento vital (edad, proyecto de vida); ausencia de apoyo por parte de su pareja para compartir la crianza del hijo/a; momento interior/emocional que está viviendo la mujer; situación económica que no la habilita a criar un hijo/a; presión y/o censura social por el ejercicio “libre” de su sexualidad, del que derivó ese embarazo. Este arco de situaciones muestra que las decisiones no se toman en abstracto porque no existen universales ni respecto a la maternidad, ni al embarazo ni al aborto, sino por el contrario, están mediados por las circunstancias específicas presentes cada vez que se producen⁴. El único aspecto común a todas las mujeres que abortan voluntariamente es su determinación, su deseo de interrumpir ese embarazo; se trata de una razón íntima y subjetiva.

Volviendo a la definición de ética ofrecida por Sherwin, ésta debería permitirme indagar en “qué se debe hacer o qué se debió hacer en momentos difíciles”. La antropología, como ciencia de las diferencias, procura interpretar, explicar, conocer la diversidad cultural, siempre teniendo presente la tensión entre la universalidad y el relativismo. Hablar de la diversidad cultural es hablar de *otros* culturalmente diferentes, portadores de equipajes culturales diferentes, con códigos culturales también diferentes. Estamos enfrentados a un caso donde debe tensarse lo general y lo particular.

Las primeras teorías en bioética eran universalistas, tenían una tendencia a procurar normas y valores universales y descontextualizados. La teoría desarrollada por J. Childress y T. Beauchamp en su libro *Principles of biomedical ethics*, procura solucionar cualquier problema bioético a partir de los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Ha tenido una enorme influencia en el desarrollo mismo de la bioética, en parte por la seducción instrumental que provoca. Diniz y Guilhem son muy críticas, destacan que “... las diferencias existentes entre las innumerables culturas y mismo dentro de los arreglos sociales de cada cultura fueron deliberadamente ignoradas...”⁵. El principialismo es una teoría sociocéntrica, que debe ser entendida en el marco de la modernidad. Es preciso, sin embargo separar la teoría desarrollada por Childress y Beauchamp de su uso masivo, éste provocó un reduccionismo grosero del principialismo, al punto de hacerse referencias a los cuatro principios descontextualizados del cuerpo de la obra. Si bien hubo teorías alternativas al

principialismo (Pellegrino y otros autores), éstas no tenían la preocupación de dialogar con aquel.

Carol Gilligan en *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, inauguró una nueva etapa en las discusiones en el campo de la ética, al introducir la noción de “ética del cuidado”, típicamente femenina, contrapuesta a la “ética de la justicia”, mas abstracta y típicamente masculina. De acuerdo a Sherwin, Gilligan “extiende la definición de las consideraciones morales, de tal manera que el pensamiento femenino tradicional sea reconocido como moralmente relevante en lugar de deficiente. Debido a esto Gilligan incluye las experiencias y los enfoques morales característicos de las mujeres en la toma de decisiones morales dentro del campo del pensamiento moral legítimo”⁶. Tuvo un gran impacto tanto en los trabajos de feminismo, como en los de ética y en los de género, especialmente su énfasis en hablar de la ética en plural, la necesidad de considerar la diversidad en las discusiones éticas, ya que los distintos grupos sociales se sitúan en diferentes lugares con relación a un determinado dilema ético. Gilligan abrió las puertas para que las teorías feministas iniciasen sus incursiones en la bioética a partir de una perspectiva plural de la ética.

“La mayoría de [las mujeres] experimentan el mundo como una compleja maraña de relaciones interdependientes, en donde el cuidado responsable hacia los otros está implícito en su vida moral. El razonamiento abstracto de la moralidad, que se centra en los derechos de agentes independientes, es inadecuado para la realidad moral en la que viven.”⁷ La bioética feminista constituye una perspectiva crítica que valoriza la contextualización de los distintos grupos sociales, muchas veces en relaciones conflictivas entre sí; pero sobre todo, parte de la premisa de la existencia de una relación de poder que coloca a un grupo en situación de subordinación respecto a otro. Las relaciones de poder están ancladas también en situaciones coyunturales, específicas. Pero sobre todo, lo que caracteriza a la bioética feminista, es su compromiso para terminar con la opresión de género. A diferencia de las propuestas bioéticas iniciales, que suponían un conjunto de reglas universales, abstractas y, que basadas en la razón, podían resolver todos los dilemas éticos; la bioética feminista se presenta como una vertiente reflexiva y dialógica. Diniz y González⁸ destacan el pluralismo moral pacífico como referencia y valor que la caracteriza. Uno de los aspectos que las autoras señalan es que la bioética feminista le quita a la bioética tradicional su papel de sobrerregulador de la resolución de conflictos, y por otro no reconoce el principio nihilista del “todo vale”, que en nombre de la tolerancia hace a la inconmensurabilidad de la diferencia.

La bioética feminista enfatiza la necesidad de no subsumir en *diferencias*, la desigualdad, la opresión y la vulnerabilidad de ciertos grupos.

Existen otros abordajes contextualistas, además de la bioética feminista. Sherwin señala que a principios de los '90, era “claro para muchos bioeticistas que la estructura y los detalles de los casos específicos son elementos importantes para la toma de decisiones (...) muchos autores creen que no se pueden encontrar principios universales que gobiernan todos los casos en los que pueden surgir estos problemas”⁹.

Existen diferentes abordajes feministas de la bioética; algunos de ellos a igual que algunos contextualistas le dan un lugar a los principios dentro de la ética si bien niegan que éstos sean suficientes para resolver los problemas morales. Sherwin señala que su argumento contra la opresión está basado en principios que descansan en una concepción de justicia. Destaca que sin embargo, este principio “solo tiene sentido cuando los detalles contextuales relevantes se explican detalladamente”¹⁰.

Como hemos visto existen numerosos puntos de contacto entre los abordajes feministas y contextualistas; las principales diferencias se mantienen en el hecho que la bioética tradicional se pregunta por las responsabilidades de los profesionales de la salud y se centra en los dilemas que éstos deben resolver; mientras que la feminista procura explorar en los papeles y responsabilidades de *los otros*, los no profesionales de la salud en el cuidado y en las políticas de salud. Y en última instancia las éticas feministas destacan el lugar que ocupan los individuos en las estructuras de dominación y subordinación.

Los abortos

La situación de aborto.

Las mujeres abortan por distintos motivos y cada aborto es absolutamente único, al igual que cada embarazo y cada parto. Como reflexiona Petchesky, “en las mismas circunstancias para la misma mujer, la conciencia sobre el aborto es multifacética y contradictoria”¹¹. Entrevistando mujeres que habían pasado por la situación de aborto encontré que en algunos casos, sus discursos sobre el aborto no concordaban con su práctica, con haberse realizado un aborto (aquí el singular es importante, aunque se haya realizado más de uno, cada aborto es único). Esto no debe ser visto como un recurso para evitar la posible sanción social, sino que reviste mayor complejidad. Petchesky sugiere que la conciencia de las mujeres que interrumpen voluntariamente

sus embarazos “está enraizada en la moralidad de la práctica”; mientras que la decisión de abortar resulta de negociaciones entre la ideología, la realidad social y el deseo, lo que Petchesky denomina “moralidad de la situación” (I am saying that abortion is morally wrong, but the situation is right, and I am going to do it)¹². Los relatos de mujeres que habían practicado abortos, de personas pertenecientes a su entorno social, médicos, representantes legales y feministas reunidos en la investigación ya mencionada, expresan lo que Leal y Lewgoy¹³, denominan siguiendo a Bourdieu, nivel de la regla y nivel de la práctica. El primero incluye las representaciones sobre el aborto desde el deber ser, en la mayoría de los casos al amparo de una ontología substancialista, donde los individuos desde el plano discursivo y normativo afirman no estar de acuerdo con el aborto, por distintas razones. Por otra parte desde el nivel de la práctica, el aborto es una posibilidad y una realidad bajo determinadas circunstancias con un mayor o menor grado de aceptabilidad.¹⁴ En Uruguay existe una voz normativa que condena el aborto, y una práctica tolerante. El problema entre la condena normativa y la tolerancia de la práctica se resuelve a través del ejercicio de violencia simbólica hacia la mujer. “En presencia del aborto los médicos ‘se transforman en policías, jueces y sacerdotes’¹⁵: lo que significa el abandono de la misión de velar por el bienestar y la salud psicofísica de las mujeres, para sumir la tarea de vigilar conductas, castigar desvíos de la norma legal, y *orientar* moralmente. La subordinación de la ‘voz técnica’ a la ‘voz normativa’¹⁶ (...) supone la dimisión de su inteligencia acerca de la relación existente entre la denuncia y los niveles de morbilidad y mortalidad. Este conflicto de voces, en el ámbito privado, muchas veces es arbitrado mediante una actitud tolerante, mientras en el discurso público y en la práctica hospitalaria permanece anclado en la condena”¹⁷. Esto remite a una situación problemática en la práctica médica en relación al uso de métodos anticonceptivos y el aborto: el médico debe actuar como implementador técnico de las determinaciones de las mujeres, es decir informarles, y acatar las resoluciones que éstas tomen; o debe él tomar las decisiones. Villareal se refiere a esto como el conflicto entre los papeles moderno y tradicional del médico.¹⁸

A partir de agosto del 2004 que entra en vigencia la Ordenanza 369 del Ministerio de Salud Pública que incluye la normativa para un “Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, se produce una modificación en el escenario. Hasta el momento sólo en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell se realiza dicho

asesoramiento, allí se concentra el grupo de médicos ginecólogos que promovieron las “Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” que diera lugar a la mencionada ordenanza. Aparentemente, al amparo de la ordenanza ha disminuido sensiblemente la violencia simbólica como resultado de un cambio general en el discurso médico. Los dos primeros testimonios son extractos de una larga entrevista colectiva realizada en 2001 a un grupo de médicos del Hospital de la Mujer, CHPR. Los otros testimonios provienen las notas de los últimos meses del 2004 del trabajo de campo que vengo desarrollando en el CHPR¹⁹

“[médico]-...cuando la mujer viene a la consulta a decirte que está embarazada y que está valorando la posibilidad de interrumpir el embarazo (...) yo les digo que yo no puedo ayudarlas a terminar el embarazo, ni con información de a dónde puede concurrir ni con, por supuesto menos que menos, si la mujer viene buscando que le pueda hacer el procedimiento...

[entrevistador]- ¿Eso es invariable, siempre es esa la respuesta sea cual sea la demanda y la motivación?

[médico]- Si, yo la decisión que tomé es que yo me manejo en esos términos. Lo que no te puede decir [es] que pasaría dentro de diez años si el aborto fuera legal...”²⁰

“[médico]- Nosotros tenemos un concepto universitario sobre el aborto, que el aborto es criminal”²¹

“[mujer que consulta] -Ah, divino, me explicó todo! Me dijo que no tuviera miedo. Me mandó a hacer una ecografía para ver si estaba todo bien, y para estar seguro del tiempo gestacional. Después vuelvo con la ecografía. Tá, después, ellos no me hacen el aborto, no me dan las pastillas tampoco. Esa es la parte complicada, me contó una chica que también estaba esperando que es complicado conseguirlas.”

Si bien los médicos en su discurso público hacían referencia al plano legal, era más frecuente que aludieran a aspectos relacionados al orden moral; sin embargo, una vez que desde el estado se habilita el asesoramiento pre y post aborto, toman posiciones más flexibles. Lo interesante es destacar que algunos argumentos respaldados en aspectos morales y éticos; en realidad tenían un origen casi exclusivo en aspectos legales, o en su interpretación (resignificación) de los aspectos legales²².

Si se coloca el debate sobre el aborto desde una perspectiva pluralista necesariamente se parte de la premisa que las leyes que rigen la sociedad son acordadas

por los miembros de dicha sociedad, no la trascienden, no tienen un fundamento natural ni divino. Por lo tanto son los miembros de cada sociedad quienes se dan sus propias reglas de convivencia, sus leyes. Paradojalmente, con frecuencia aparecen las leyes, instituidas desde un poder que solo puede ser acatable o transgredido, pero no debatido y modificado.

El (la?) sujeto del aborto

¿Quién es el sujeto? ¿El/la que decide, la que decide y debe convencer a quien legítimamente puede decidir, la que decide y sufre las consecuencias de la acción clandestina, y más aún las consecuencias de la silenciosa sanción social, o el embrión-feto sobre quien recae la acción?

“El embarazo ocurre en un cuerpo que es ella y es de ella al mismo tiempo. La vida de ella es y está en ese cuerpo, el cual de repente se torna el cuerpo de un “otro” cuya vida potencial niega la posibilidad real del proyecto de vida de ella”²³ He aquí lo que hace a la complejidad del aborto.

Desde el campo médico, las referencias al aborto aparecen generalmente en relación a la morbilidad, o en discursos que ponen de manifiesto la percepción fragmentada del cuerpo. Esta fragmentación constituye una negación de la mujer sujeto. Abundan los discursos sobre el útero, el aborto es entonces un útero que se vacía. Las referencias al útero sustituyen metonímicamente a "cuerpo femenino": es la parte (útero) por el todo, que es el cuerpo de mujer. Existe una segunda metonimia por la cual "cuerpo de mujer" es la parte del todo "mujer", sujeto social²⁴. Si miramos la cadena al revés, se lee "mujer" (sujeto social) que se reduce a "cuerpo" que se reduce a "útero", lo social se reduce a lo natural, lo activo a lo pasivo. El discurso médico enfatiza la idea de la mujer-madre, transformándola en mujer-continente de ser-por-nacer. Aparece cierta dificultad en posicionarse frente a la persona. El aborto se refiere a una mujer que interrumpe su gravidez y no un útero vaciado. Sin embargo, paradojalmente la mujer -sujeto social- se reduce a un útero y el embrión se convierte en sujeto social.²⁵

Unos cuantos años atrás el desarrollo de un embarazo se seguía a través de las señales corporales de las mujeres. En las últimas décadas el ultrasonido toma el lugar de la conciencia corporal de la mujer y proporciona al médico un conocimiento sobre el feto con independencia de la gestante.”Los estados corporales que anteriormente indicaban el embarazo son sustituidos por señales exclusivamente visuales que transforman una serie de ecos en un *bebé*. El conocimiento corporal difuso de la mujer

acerca de su estado es transformado, reducido y restringido a la imagen del feto como una entidad separada o un *paciente*²⁶. L. Mitchel realiza un estudio sobre el ultrasonido con 49 mujeres primíparas en Canadá. Algunos de sus resultados muestran que se reserva el término *feto* a conversaciones entre médicos y para referencias de diagnósticos, mientras que en el examen de rutina, el ecografista se refiere a la anatomía, apariencia y actividad del *bebé* (el bebé juega, descansa, se despereza), señalando los movimientos fetales como síntomas de estados de ánimo (el bebé está feliz). Los avances tecnológicos que permiten ver el embrión contribuyen a la idea de independencia del feto en relación a sus madres, quienes permanecerían subordinadas a aquel durante el embarazo²⁷. Situación que continúa en el parto, donde el papel de la mujer es considerado prácticamente acesorio -al punto que el uso de anestésicos contribuye a la *buena realización del mismo*- atribuyendo el control de la situación al médico, encargado de lidiar con la tecnología de monitorear el estado del feto-bebé. Se dan una serie de pasos tendientes a asegurar el bienestar del feto-bebé recién nacido. Martin se pregunta hasta dónde esta articulación tiene que ver con el bienestar y la salud del bebé, o si de hecho esta actitud consiste básicamente en controlar a la mujer en su parto²⁸.

En muchas instituciones hospitalarias de la región cuando una mujer quiere hacerse una ligadura de trompas, los médicos son quienes toman la decisión en atención a diversos criterios como la edad y el número de hijos de la mujer, y si finalmente acceden, exigen la firma del esposo. Es decir la mujer no es considerada un sujeto moral capaz de tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo. Parece incongruente que estos mismos profesionales, frente a un embarazo, deliberan sobre los fetos adjudicándoles características de sujetos. "...los profesionales de la salud subordinan los intereses de las pacientes mujeres que solicitan su ayuda a los intereses de los fetos de tales mujeres, de los cuales los profesionales de la salud se erigen ellos mismos como protectores. Es decir, los derechos del feto son invocados para reducir el respeto a las decisiones que las mujeres hacen en relación la salud y el bienestar de sus familias"²⁹.

Esta aparente inversión jerárquica madre-feto, podría ser en realidad del médico en relación a la gestante, cuando éste se inviste en portavoz del feto-paciente, lo autonomiza de la madre-gestante. Lo que parece estar en juego es una fragmentación del poder de la mujer, el poder decisorio pasa por otros actores: médico, pareja, otros miembros de la familia, especialmente si es menor³⁰.

Todo lo expuesto nos conduce a preguntarnos, ¿dónde está la mujer?, mujer-persona, mujer-sujeto? Al respecto señala G. Tamayo, que las mujeres están en una situación de ausencia o precariedad de poder, junto a la no titularidad de sus derechos, A partir de ese lugar, lo único que puede reivindicarse es un límite al poder estatal y una protección a través de medidas legislativas, se trata de proporcionar lo que Tamayo denomina “las condiciones habilitantes para ejercer efectivamente las libertades y derechos en las esferas de la sexualidad y la reproducción”³¹.

Por otra parte, los resultados de nuestra investigación en Uruguay coinciden con la de Leal y Lewgel³² en Porto Alegre respecto a las circunstancias que hacen que una gestante considere hijo o hija al embrión. Como elemento definitorio aparece el deseo, es decir, la gestante desea ser madre, tener ese hijo o hija³³. Esto es independiente de la edad gestacional, puede incluso ser previo, en cuyo caso el resultado positivo de un test de embarazo pasa a ser el indicador que constata la existencia de un hijo o hija. Concomitantemente a ésto el embrión se convierte en persona cuando tiene un lugar social, es decir cuando forma parte de una red de relaciones, ésta en casos extremos puede reducirse a su madre; no obstante en general, la red de relaciones incluye una parentela y amigos de los miembros de la familia, así como ciertos espacios sociales que comienzan a reservárseles. Este aspecto viene a apoyar la posición de Sherwin y otros autores que señalan la imposibilidad de hablar del individuo como la unidad de análisis, sino que es preciso considerar que las personas solamente existen en marcos de relaciones sociales complejas. M. Mauss en su trabajo sobre la persona, ya había mencionado que ésta se definía por sus relaciones sociales.

Las mujeres que abortan. Subordinación y transgresión

“Abortar es protagonizar un discurso transgresor de la norma; silenciarlo es reasumir (con creces) los significados estigmatizantes que la norma representa”³⁴.

Nuestra investigación sobre el aborto en Uruguay, evidenció que para algunas mujeres practicarse un aborto constituía un hecho de opresión (aquellas para quienes el aborto voluntario constituye la manera más eficaz de negar/ocultar el ejercicio de su sexualidad de una manera “no autorizada socialmente”); mientras que para otras, constituía una transgresión al poder instituido (que las subordina), tomando decisiones sobre sí mismas, convirtiéndose de esa manera en sujetos morales. Las líneas divisorias no son claras, y en algunos casos, la situación contenía ambas circunstancias. Esto muestra que estamos frente a un hecho cuyo análisis exige tomar en consideración todos

los elementos que sutilmente se entrelazan en cada situación concreta. El análisis desde un enfoque teórico feminista permite ubicar el lugar de la opresión en cada caso particular. La opresión, como menciona Sherwin, “no es un fenómeno que pueda ser explorado adecuadamente en lo abstracto; los detalles contextuales acerca de la forma específica de la opresión, y acerca de otras características relevantes de la situación en cuestión, deben de agregarse para que las preocupaciones morales que surjan tengan sentido”³⁵; no obstante es necesario tener en consideración ciertos principios que aluden a la justicia y a la equidad para poder analizar las opresiones.

Todas las mujeres entrevistadas en nuestra investigación sabían que al abortar cometían un acto ilícito, lo que no representó razón suficiente para impedir que lo hicieran, ninguna manifestó pesar o culpa por haberse colocado al margen de la ley. Nos interrogamos junto a M. Rosenberg, “Hasta dónde la práctica del aborto puede ser leída como resistencia sorda e inconsciente a las definiciones hegemónicas de la mujer? (...) que resta fuerza a la dominación y que hay que legitimar -despenalizándolo”. Citando a Bell Hooks, afirma que “el poder básico de los oprimidos es actuar de manera desviada de la norma, rechazar la definición dominante”³⁶.

Este análisis exige una reflexión sobre el papel de la autonomía³⁷, entendida como la toma de decisiones en base a las propias convicciones sin mantener lazos de dependencia con personas o instituciones. Siempre van a existir lazos de interdependencia entre las personas, pero más allá de éstos, que no necesariamente se oponen a autonomía, existen ejes de poder que ubican a las mujeres en lugares de subordinación, lo cual dificulta su autonomía. Las mujeres que tomaron su decisión en forma autónoma consideraban que la autoridad para tomar su decisión estaba en sí misma. Los elementos internos que entran en juego son falibles, relativos y cambiantes, por lo que una decisión autónoma con frecuencia va acompañada de incertidumbre, angustia, idas y vueltas. Por el contrario, cuando la fuente de autoridad para tomar una decisión proviene del medio externo (heteronomía), pudiendo ser una fuente religiosa u otra; el nivel de incertidumbre y angustia parece ser menor. Hay un número importante de casos -siempre referido a la investigación antes aludida- donde la fundamentación o justificación para el aborto coincide lo autónomo con lo heterónimo: embarazos resultantes de una violación, riesgo de salud física para la mujer, edad (muy joven o muy mayor), razones económicas.

El camino para desarrollar un pensamiento autónomo es doloroso. La autonomía deja a las mujeres “sin libreto”, les quita los *beneficios* de la subordinación (la

seguridad de saber que se espera de ella, como actuar y que recibir); sin embargo parece ser el único que conduce a la libertad.

“Las mujeres transgreden la ley en forma sistemática y no punida, en un contexto de condena, tolerancia y negación, lo que representa al mismo tiempo una forma de empoderamiento, el abatimiento de derechos fundamentales y una experiencia de violencia física y simbólica, cuya expresión más permanente y significativa no parecen ser las muertes y las lesiones físicas ocurridas por abortos practicados en condiciones de riesgo, sino el silencio culpable de las propias mujeres acerca de esas experiencias. Su negación y auto invisibilización en tanto sujetos”³⁸

La mayor subversión: Se niegan a la maternidad.

Marta Lamas nos alerta sobre la necesidad de desmistificar la maternidad, y plantea en relación a la crianza que en occidente, salvo raras excepciones, “los hijos son propiedad privada de los padres (...) el carácter ‘privado’ de la crianza infantil ha marcado las políticas de reproducción de los estados nación”.³⁹ En concordancia con ésto, la regulación de la fecundidad es un tema privado, aunque algunos estados están preocupados por disminuir el aumento de nacimientos entre las adolescentes pobres. Por otra parte ningún país tiene una política social de asumir la crianza de los niños permitiendo el contacto cotidiano de sus padres, es decir que en aquellos países donde se condena el aborto, no se le ofrece apoyo a la mujer para criar el hijo resultante de un aborto no producido⁴⁰.

En nuestra cultura la maternidad es considerada un "destino" para toda mujer, al punto que con frecuencia ésta se legitima socialmente a través de su maternidad. Recordemos el drama de Yerma o el repudio del Sha de Irán a la princesa Soraya por su esterilidad. Las mujeres dan la vida -acto natural-, los hombres la quitan -acto cultural-. Esta misma idea rige la noción producción/reproducción; la producción implica trabajo, transformación de la naturaleza, asimilado a lo masculino; la reproducción, asociada a lo femenino, es el acompañamiento a la naturaleza.

Abortando la mujer subvierte el orden, está trascendiendo la naturaleza; está haciendo algo que, en el plano simbólico, está fuera de lugar. Cháneton y Oberti lo expresan de manera elocuente: "Este es el monstruo, la que no quiere ser madre. El crimen consiste en pretender atravesar los límites de lo humano. La humanidad de la mujer está permanentemente puesta en cuestión, entonces ella adquiere el estatuto ‘humano’ cuando se hace madre”⁴¹.

La “ética del cuidado” bajo sospecha.

El lugar que ocupa Carol Gilligan en el recorrido de la bioética es indiscutible; como ya mencioné, abrió las puertas para pensar la ética en plural. No obstante, su obra ha sido revisitada en la última década habiéndose desarrollado algunas críticas interesantes. Sherwin sostiene que la ética feminista debe reconocer la perspectiva moral de las mujeres, una perspectiva que incluya la ética del cuidado; con el alerta que “la habilidad que tienen las mujeres para el cuidado está de algún modo relacionada con el estatus de subordinación de las mujeres”⁴². Kuhse (citada por Diniz) en “Caring: Nurses, women and ethics”, sin dejar de reconocer el mérito de Gilligan, considera que la defensa de la eticidad femenina basada en “cuidar” acentúa las desigualdades de género, especialmente por su aspecto esencialista, que proviene de una naturalización de los papeles sociales de hombres y mujeres. Para Kuhse, la defensa de la ética del cuidado como ética femenina, remite a la mujer a su papel tradicional de madre, reforzando el papel tradicional de la maternidad como hecho natural, como destino. La *ética del cuidado* refuerza la fórmula *mujer-buena madre*.⁴³

Las mujeres -tomadas en su conjunto y más allá de la heterogeneidad del grupo-, además de compartir con los hombres una percepción androcéntrica del mundo que toman como dada -es decir incambiable y naturalizada-, desarrollan estrategias que les permiten vivir en su lugar de subordinación. Desde el inicio del proceso de socialización y a través de múltiples reforzamientos (tanto en el ámbito laboral como el doméstico), las mujeres desarrollan estrategias, que no solo les permiten hacer tolerable la dominación de que son objeto, sino que, bajo ciertas circunstancias, muchas sacan una aparente ventaja, aunque siempre reafirman y refuerzan la relación de subordinación -y por consiguiente, de falta de autonomía. Estas estrategias se corresponden con ciertos escenarios conocidos donde las reglas de juego son claras y todos saben las acciones que le corresponde al papel que desempeñan⁴⁴. Las estrategias de subordinación⁴⁵ son desarrolladas por todos los grupos que están en situación de subordinación. Es así que Sandra Harding⁴⁶ destaca que aquellas características que Gilligan propone para la moral propia de las mujeres, coinciden con las características de africanos y afroamericanos contemporáneos tanto hombres y mujeres, y parecen resultar de su lugar de subordinación. Alerta Sherwin que “debemos ser cautelosos al asumir con demasiada prontitud las dicotomías de pensamiento moral basadas en el género, cualesquiera que sea su origen empírico; dichas dualidades perpetúan los supuestos de una profunda diferencia entre los hombres y las mujeres, y limitan nuestras habilidades para pensar

creativamente acerca de las estructuras éticas y de poder que sean genuinamente neutrales en cuanto a género”⁴⁷. Es por ello que las feministas previenen en contra de darle valor a los rasgos que ayudan a perpetuar el status de subordinación de las mujeres. Muchos de los aspectos considerados femeninos, socialmente valorados (cuidado, delicadeza para ciertas tareas, entre otros muchos) son aquellos que los hombres desde una perspectiva masculina hegemónica valoran en las mujeres porque resultan beneficiosos para mantener el *status quo*.

¿Los derechos reproductivos entrampados?

La socióloga Teresita De Barbieri señala que “La expresión derechos reproductivos no hace referencia a un código o declaración expresa; por el contrario, señala un estado de preocupación compartido ante la evidencia de prácticas sociales contradictorias, planes y políticas estatales, internacionales y de organismos privados que se perciben contrarias a las normas universales que definen en las sociedades de hoy las categorías persona y ciudadano/a: la libertad, la igualdad y la dignidad de los seres humanos”⁴⁸. Por ello los derechos reproductivos no pueden limitarse a los legales; es preciso tomarlos como una posibilidad de darle titularidad a las mujeres para defender su cuerpo y su integralidad en tanto sujetos morales.

El ejercicio de los derechos reproductivos para las mujeres implica la libertad de decidir entre evitar un embarazo, continuarlo o interrumpirlo. Para que sea realmente un derecho debe haber condiciones habilitantes, es decir que implica obligaciones por parte de los estados para mantener la libertad, la salud, el bienestar y la vida de las personas. Coincidiendo con la posición de Gutiérrez y Durand, pensamos que “en la teoría y en la discursividad feminista la indivisibilidad de los derechos reproductivos con los sociales es perfecta, la reflexión es: ¿Cuánto de este ‘matrimonio’ es puesto en práctica a la hora de hacer las tareas domésticas? Es decir, en que medida la ‘sanción’ de los derechos reproductivos modifica las condiciones ‘habilitantes’, cuando éstas son inequitativamente distribuidas en la sociedad.”⁴⁹ Después de las Conferencias de Cairo y Beijing, varios gobiernos introdujeron programas de salud reproductiva, con los que sustituyeron los antiguos de planificación familiar. En muchos casos, la diferencia es exclusivamente semántica. Reivindicar los derechos reproductivos está bien, el problema radica en perder de vista que solo se los alcanza en la medida en que se desarrollan los derechos humanos en su integralidad.

Es preciso reconocer la diversidad y la pluralidad de especificidades. Giulia Tamayo llama la atención sobre el *principio de relevancia* “para que por un lado se reconozcan las diferencias no arbitrarias como la distinta ubicación y condiciones del sujeto femenino respecto del masculino en el proceso reproductivo y de otro lado, se corrija la desigual posición de las mujeres por causa de género con consecuencias sobre la forma de experimentar su sexualidad y enfrentar la experiencia reproductiva”⁵⁰ Esto muestra la imposibilidad de alcanzar un mundo de justicia partiendo de la consideración de individuos abstractos. Los derechos deben ser corporizados, no son abstracciones ellos mismos.

Finalmente, el aborto no puede subsumirse en los derechos reproductivos, va mucho más allá, su complejidad es harto mayor. Una mujer que aborta está subvertiendo el orden jerárquico que sostiene nuestra sociedad. ¿Qué papel puede o debe desempeñar la bioética en la búsqueda de alternativas a esta problemática densa y compleja? Coincido con Diniz y Gulhem en que “reconocer la diversidad de intereses morales y éticos de la humanidad es apenas mirar alrededor del sujeto trascendente y constatar que las moralidades concurren antes para el disenso que para cualquier forma espontánea y pacífica de armonía (...) es posible y necesaria la defensa de proyectos éticos que se amparen y defiendan presupuestos universales, tales como lo hacen las teorías críticas fundamentadas en las ideas de los derechos humanos o de los intereses de las mujeres. La cuestión, por lo tanto, es que entre esos dos tipos de universalismos -entre el universalismo burgués de las primeras teorías principialistas y el universalismo compensatorio de las teorías críticas- hay una diferencia de perspectiva respecto del orden social: el primero la protege, al paso que el segundo desea subvertirlo”⁵¹

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y NOTAS

¹ Sanseviero, Rafael *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo, Frontera Editorial, 2003

² Sherwin, Susan *Ética, ética 'femenina' y ética feminista*; en G. Coreaga Pérez; J.G. Figueroa y M.C. Mejía (comp.) *Ética y salud reproductiva*. México, PUEG, 1996 p 84.

³ Sanseviero, Rafael *op.cit* . p17

⁴ Este tema está ampliamente tratado en Sanseviero, Rafael *op. cit*, pp. 136-146.

⁵ Diniz, Deborah, Gilhem, Dirce “Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade”, *Série Anis*, 2, junio 2000.

⁶ Sherwin, Susan *op.cit* p 99-100

⁷ Sherwin, Susan *op.cit*. p 101.

⁸ Diniz, Debora; González, Cristina “Bioética Feminista: a emergência da diferença”. En, *Revista Estudos Feministas*. no. 2/98, pp.255-262.

⁹ Sherwin, Susan “Hacia una ética feminista del cuidado de la salud; en G. Coreaga Pérez; J.G. Figueroa y M.C. Mejía (comp.) *Ética y salud reproductiva*. México, PUEG, 1996 p 262

10 Sherwin, Susan *apud* p 267

¹¹ Petchesky, Rosalind *Abortion and woman's choice*. Londres, Verso, 1986 p. 365.

¹² Petchesky, Rosalind *op. cit.* p. 366.

¹³ Leal, Ondina F., Lewgoy, Bernardo "Pessoa, aborto, contracepção", en; O. F. Leal (org.) *Corpo e significado. Ensaios de antropología social*. Porto Alegre, Editora da Universidade/UFRGS, 1995 pp.57-76

¹⁴ Este aspecto está ampliamente tratado en Sanseviero, Rafael *op. cit.*, pp. 159-161

¹⁵ Tomado del prólogo, 'A favor de la vida' escrita por J.E. Pons, R. Medina y J. Cuadro (a cargo de las Cátedras A, B y C respectivamente de Ginecología de la Facultad de Medicina) al libro de L. Briozzo y otro, *Iniciativas sanitarias contra el aborto realizado en condiciones de riesgo*, SGU/SMU/Facultad de Medicina, Montevideo, pp.19-23.

¹⁶ Para un análisis sobre la utilización de un discurso técnico y uno normativo por parte de los médicos, ver Rance, Susanna, "Mejorando la calidad de atención post aborto: estrategias de intervención sociológica en territorio médico", En: M. Gogna; S. Ramos (comp.) *Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales. Desafíos y aprendizajes*. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Talleres Gráficos Leograf, Buenos Aires, pp. 105-115.

¹⁷ Sanseviero, Rafael *op. cit.* p.200

¹⁸ Villarreal, Jorge "Embarazo indeseado, aborto y ética profesional. Opiniones de un médico comprometido". *Simpósio Internacional en Honor del Dr. Christopher Tietze*, Rio de Janeiro 29-30, 1988..

¹⁹ Proyecto "Género, cuerpo y sexualidad" desarrollada en el Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de la República, Uruguay.

²⁰ Sanseviero, Rafael *op. cit.* p. 186

²¹ Sanseviero, Rafael *op. cit.* p. 184

²² Para un análisis del papel que ha jugado la "denuncia" realizada a partir de una resignificación de la ley hecha por los médicos, ver Sanseviero, Rafael *op. cit.*; y Rostagnol, Susana "Complicaciones post-aborto como una etapa del proceso del aborto: los distintos actores involucrados". *Seminario Internacional Monitoreo de la atención a las complicaciones post aborto en hospitales públicos de áreas urbanas*. Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires 21-22 abril 2003.

²³ Ardaillon, Danielle E a carne se fez verbo, aborto como versoes e como metáforas; *XXII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (AMPOCS)*, Caxambu, MG, 27-31 de octubre 1998, p 7.

²⁴ Este abordaje sobre el aborto está desarrollado en July Cháneton y Alejandra Oberti, "Cuando digo aborto...", En AEPa, CEDES, CENEP *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, 1998.

²⁵ Esta idea está trabajada en Rostagnol, Susana Aborto: territorio femenino, discurso masculino. Bitácora, 12.12.01 <<http://www.bitacora.com.uy/articulos/2001/diciembre>>

²⁶ Rapp, Rayna. "Real-Time Fetus: the Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction." In: Downey, G.L.; Dumit, J. (Eds.). *Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*. Pp. 31-48. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1997 p 38.

²⁷ Martin, Emily. *The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction*. Boston, Massachusetts: Beacon Press, 1992

²⁸ Martin, Emily *op. cit.* 148.

²⁹ Cita de Field, M.A. "Controlling the woman to protect the fetus", en *Law, medicine and health care*, 17, 1989, en Cook, Rebecca "El feminismo y los cuatro principios éticos", en G. Coreaga Pérez; J.G. Figueroa y M.C. Mejía (comp.) *Ética y salud reproductiva*. México, PUEG, 1996, pp.184-185)

³⁰ Para mayor análisis al respecto, ver Salem, Tania "As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto de embirao e a noção de pessoa", *Mana* 3(1): 75-94 1997

³¹ Tamayo, Giulia *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*, Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2001 p.37

³² Leal, Ondina F., Lewgoy, Bernardo, *op.cit.*

-
- ³³ Varios autores, tanto teólogos como feministas han defendido la idea que el embrión o feto adquiere calidad de persona cuando la mujer que lo lleva en su vientre lo quiere, es decir que es la conciencia de la embarazada que humaniza, da calidad de persona al feto, ver Petchesky, Rosalind, "Morality and personhood: a feminist perspective", en E. Frazer et al. (eds) *Ethics: a feminist reader*, Oxford Cambridge, Blackwell, pp 661-583.
- ³⁴ Sanseviero, Rafael *op. cit.* p.224
- ³⁵ Sherwin, Susan *apud* p 267
- ³⁶ Rosenberg, Marta "Las mujeres como sujetos... de las elecciones reproductivas a las condiciones de las mismas y los derechos que garantizan la libertad para tomarlas". En: Foro por los Derechos Reproductivos. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Buenos Aires, Talleres Gráficos Legraf, pp. 55-56.
- ³⁷ Este tema está ampliamente tratado en Sanseviero, Rafael *op. cit.* p.139-144.
- ³⁸ Sanseviero, Rafael *op. cit.* p.145
- ³⁹ Lamas, Marta "Aborto, derecho y religión en el siglo XXI", *Debates feministas*, 2003(27):141
- ⁴⁰ Marta Lamas analiza los casos en Francia, donde el Tribunal de Casación ordenó indemnizar a un joven de 17 años (sordo, con retraso mental y casi ciego) como resultado que su madre demostró haber padecido rubeola durante el embarazo, riesgo que había sido minimizado por su médico; un caso similar fue el de Lionel, niño de siete años con Síndrome Dawn, donde el mismo tribunal ordenó indemnizar porque la madre no había sido informada de la posible malformación. En ambos casos, se los indemniza por no haber sido abortados, o mejor dicho el estado se hace cargo de personas que nacieron por responsabilidad del estado. Lamas, Marta "Aborto: viejo problema y nuevos dilemas" *Perinatol Reprod Humana* 18:34-43, 2004
- ⁴¹ Chaneton, July; Obery, Alejandra "Cuando digo abroto...", En: Taller de Investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad, 3 *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, AEPA, CEDES, CENEP.
- ⁴² Sherwin, Susan Ética, ética 'femenina' y ética feminista; en G. Coreaga Pérez; J.G. Figueroa y M.C. Mejía (comp.) *Ética y salud reproductiva*. México, PUEG, 1996 p 104
- ⁴³ Esto está tomado de Diniz, Debora "Bioética e enfermagem", *Serie Anis* 14, junio 2000.
- ⁴⁴ Esto ha sido trabajado profundamente en Sanseviero, Rafael *op. cit.*
- ⁴⁵ Bourdieu desarrolla este concepto ampliamente en *La dominación masculina*, Paris, Seuil, 1998.
- ⁴⁶ Harding, Sandra "The curious coincidence of feminine and african moralities: challenges to feminist theory", en E. Feder Kittay, D. T. Meyers (eds) *Women and moral theory*, Rowman a Littlefield, Totowa, 1987.
- ⁴⁷ Sherwin, Susan *apud*
- ⁴⁸ De Barbieri, Teresita "Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México" (mimeo) 1993 citado por Figueroa, Juan Guillermo "Aproximación al estudio de los derechos reproductivos" *Reflexiones*, 1(8), octubre 1995.
- ⁴⁹ Durand, Teresa; Gutiérrez, María Alicia "Tras las huellas de un provenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivo", en: Tercer Taller de Investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad, *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*, Buenos Aires, AEPA, CEDES, CENEP. 1998 p 293.
- ⁵⁰ Tamayo, Giulia, *op. cit.*, p 73
- ⁵¹ Diniz, Debora; Gilheme, Dirce *op. cit.*, p. 11