

# Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: reproducción y autonomía en foco

Natalia Magnone Alemán\*

Mariana Viera Cherro\*\*

En este artículo discutimos teóricamente las condiciones de posibilidad para la autonomía reproductiva femenina. Luego del abordaje teórico llevamos esta discusión a tres instancias específicas: el recurso a las tecnologías de reproducción asistida, la atención al parto y el asesoramiento para la interrupción de un embarazo no deseado.

La autonomía reproductiva refiere a la capacidad de tomar decisiones en esta dimensión de la vida a partir de la evaluación crítica de las estructuras de sometimiento y a su vez contar con las condiciones para materializar tales decisiones. Pone en diálogo así las decisiones y acciones de los sujetos con el contexto social, cultural, político y económico más amplio.

El mandato de maternidad biológica para las mujeres y la medicalización de la reproducción humana son fibras vertebrales del tejido social y cultural que enmarca las decisiones reproductivas. En este artículo discutimos las condiciones de posibilidad para la autonomía reproductiva femenina tomando éstos como aspectos centrales.

**Palabras clave:** autonomía, reproducción, feminismo, ética, biopoder.

## 1. Ética feminista y autonomía reproductiva

La tarea de los feminismos a través de la historia ha sido denunciar y poner en tela de juicio los discursos y dispositivos que sostienen las relaciones de poder desiguales entre varones y mujeres; las múltiples formas, más o menos visibles, por las cuales las desigualdades se perpetúan y proponer caminos que, además de cuestionar, permitan revertir estos procesos.

Haciendo énfasis en el carácter político de esta postura, seguimos la definición de Maffia (2005) quien plantea que feminista es una persona

... que acepta tres enunciados, uno descriptivo, uno valorativo y uno práctico. El enunciado descriptivo es que en casi todas las sociedades, y en aspectos que hacen a la dignidad humana, las mujeres están peor que los varones. El enunciado valorativo es que esto no debiera ser

\* Doctoranda en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social, FCS-Udelar. Magister en Sociología FCS- Udelar. Licenciada en Trabajo Social FCS-Udelar. Profesora asistente del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales Udelar. Correo electrónico: nmagnosa@gmail.com

\*\* Doctoranda en Antropología (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Udelar). Magister en Ciencias Humanas con énfasis en Estudios Latinoamericanos (FHCE, Udelar). Licenciada en Antropología Social (FHCE, Udelar). Profesora Adjunta del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (Udelar). Profesora Asistente del Instituto de Ciencias Antropológicas (FHCE) y del Centro de Estudios Interdisciplinarios Latinoamericanos (FHCE). Correo electrónico: marianaviera@yahoo.com

así. Y el enunciado práctico es que tengo la obligación moral de comprometer mi acción para evitar que esto siga así y colaborar para que cambie. (Maffia, 2005, p. 14)

El proyecto político feminista ha tomado la reflexión sobre la sexualidad y la reproducción como asunto sustantivo a fin de procurar trascender la tradicional vinculación entre ambas –vinculación simbólica y material– según la cual la finalidad primera de la sexualidad es la reproducción<sup>1</sup>. Esta vinculación no sólo invisibiliza el placer sexual sino que, cristalizada en mandato social, aplica principalmente para las mujeres abonando la supuesta relación: mujer=madre.

En este marco la maternidad comienza a ser definida como una categoría que, si bien tiene una función biológica como trasfondo, elabora un conjunto de asignaciones simbólicas con las que mujeres y hombres deben enfrentarse individual y colectivamente (Lozano, 2001). Las representaciones dominantes de la maternidad se construyen en función de las necesidades del contexto político y social, y en estricta relación con el sistema de relaciones de género que las subyace.

El feminismo de segunda ola visualizó la función social de la maternidad como punto clave dentro del sistema patriarcal para la dominación de las mujeres. Autoras como De Beauvoir (1981), Knibiehler (1991) y Badinter (1991) aportaron argumentos para mostrar el carácter de construcción cultural del supuesto “instinto materno”. A partir de indicios históricos sobre el significado de las prácticas de maternidad en distintas sociedades llegaron a la conclusión de que “... no existe el <<instinto maternal>>: en ningún caso es aplicable ese vocablo a la especie humana. La actitud de la madre es definida por el conjunto de su situación y por el modo en que la asume”. (De Beauvoir, 1981, p.592)

La desarticulación del vínculo simbólico y material entre sexualidad y reproducción fue un primer paso en la generación de condiciones para el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva por parte de las mujeres.

### Ética feminista

Al decir de Maffia (2005), la ética no refiere ni a la descripción de conductas habituales en una sociedad (la moral) ni a los preceptos que surgen de una religión (dogma). Es una disciplina filosófica que supone el estudio, la problematización y la justificación de los principios que dan forma a las normas y actitudes que predominan en una sociedad determinada. Por tanto, por definición ética es crítica de los argumentos racionales que sostienen los ordenamientos jurídicos, los hábitos y costumbres que rigen la vida colectiva. Al cruzar la ética con los feminismos surgen un conjunto de escuelas de ética feminista que, entre otros asuntos, se abocan a: la revisión de los principios que rigen la práctica feminista, la denuncia de la invisibilidad de la subjetividad femenina en la definición de los sujetos morales, así como las condiciones contextuales a la hora de plantear derechos humanos universales. (Maffia, 2005, pp. 1-2)

La supuesta “universalidad de las teorías morales” ha sido puesta en cuestión por la ética feminista. Cuando el término “hombre” -como sujeto de la teoría ética- se transforma desde el significado de “persona” al de “varón”, aumentan las posibilidades de la discriminación hacia las mujeres. En teoría ética esto sucede cuando las concepciones sobre la razón, el conocimiento y la naturaleza humana se expresan desde un punto de vista androcéntrico<sup>2</sup>. La crítica ético-feminista es un instrumento muy importante para disminuir el androcentrismo y con él la opresión de género. (Maffia, 2005, p. 9; Marín, 1993, p.8)

1 Hoy con las tecnologías de reproducción asistida estamos frente a un nuevo escenario donde la reproducción es posible sin sexualidad coital y heterosexual.

2 Definimos androcéntrico como aquel punto de vista que toma como eje el punto de vista del varón y lo universaliza. (Maffia, 2005:7)

Pensar en clave ético feminista permite develar los mandatos maternos y las obligaciones reproductivas que los sistemas jurídicos y políticos pueden querer imponer para la toma de decisiones reproductivas, pero fundamentalmente resignificarlos en virtud del contexto.

### **Autonomía reproductiva**

Cuando la maternidad se comienza a pensar en términos de proyecto más que de designio natural, cuando la coexistencia de métodos anticonceptivos y tecnologías de reproducción asistida hacen de la separación de la sexualidad y la reproducción no solo algo simbólico sino también material es preciso complejizar el campo de reflexividad en relación a la autonomía reproductiva.

Tomamos la noción de autonomía reproductiva, devenida de la autonomía de género definida por Fernández (2006) como el grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de otros. Ello supone la capacidad de instituir proyectos propios, tomando distancia crítica de las estructuras de sometimiento; producir acciones para lograrlos y contar con las condiciones para materializar tales decisiones.

Cuando desde el campo del feminismo se hizo hincapié en la necesidad de contar con derechos reproductivos como marco para la autonomía en esta dimensión se estaba pensando en aquellas prácticas que más claramente vulneran a las mujeres: la maternidad forzada, la negación de acceso a métodos de anticoncepción y el tránsito por situaciones de aborto en condiciones de ilegalidad. La demanda por el derecho a acceder a tecnologías de reproducción asistida se produce a posteriori y no supone aún un consenso entre feministas (Gual, 2011).

Por tanto la noción primaria de derechos reproductivos suponía la tensión entre una maternidad obligatoria, concebida como elemento de dominación patriarcal, y la contracepción como forma de liberación de la mujer. En tal

sentido, como vimos, las reivindicaciones feministas en torno a la cuestión reproductiva se remontan a la década de 1960 mientras que la formalización de la idea de los derechos reproductivos es bastante más reciente y ha recorrido diversas instancias: primero la descriminalización del aborto y el acceso a la contracepción, para más tarde tomar la senda de la reproducción como un derecho (de Melo Ávila, 1994 citado en Rocha & De Azevedo, 2009). El término derechos reproductivos es relativamente reciente y "(...) sus bases ideológicas se encuentran en los conceptos de integridad corporal y autodeterminación sexual, característicos del feminismo de la segunda ola". (Gutiérrez, 2004, p.132).

La pregunta sobre qué derechos reproductivos deberían demandarse a los estados para generar un marco de condiciones adecuado para la consecución de la autonomía reproductiva se complejiza cuando en la definición y materialización de las condiciones sociales para la reproducción penetran poderes que demandan un saber experto y por tanto "incuestionable".

## **2. El mandato maternal y la medicalización de la vida social**

La medicalización de la sociedad es el proceso por el cual los valores y parámetros técnicos provenientes de la medicina se difunden y comienzan a intervenir en nuevos espacios sociales. La concepción, el embarazo, el nacimiento, el crecimiento, el climaterio, la vejez y la propia muerte se vuelven un asunto médico y con ello "plausibles de ser codificados en términos de riesgo" y por tanto intervenidos.

Además de esta expansión del saber y poder en diversos espacios sociales, este proceso, definido como "medicalización", colonizó la comprensión de diversos aspectos de la vida social e individual (Illich, 1975:9). Es decir que el proceso de medicalización no se ha quedado sólo en el ámbito biológico individual, sino que ha logrado calar en la di-

mensión social, cultural y política, siendo una pieza fundamental en el diseño y ejecución de distintos componentes de la política pública. Un ejemplo de ello ha sido el enfoque materno infantil que predominó en las políticas en materia sexual y reproductiva rioplatenses hasta comienzos del siglo XXI (Abracinskas & López Gómez, 2006).

Michel Foucault (2002) alude a las formas crecientes de control de la vida reproductiva de la sociedad y de los sujetos por parte del Estado y de la biomedicina como la voz experta en dicho proceso, con el concepto de biopoder. El biopoder puede analizarse en dos dimensiones: una individual, lo que Foucault definió como anatomopolítica del cuerpo humano y otra dimensión social, la biopolítica de la población.

En la dimensión que hace al individuo, el biopoder se ha ocupado especialmente del cuerpo femenino y sus capacidades reproductivas. Entre otros asuntos, se ha responsabilizado fundamentalmente a las mujeres por la sanidad social naturalizando de esta manera su lugar de cuidadora y madre.

Parte de este ejercicio del biopoder supuso asimismo cambios en la constitución de la familia, sus funciones, hábitos, roles y costumbres, anclando la sexualidad a la familia conyugal reproductora (Fernández, 1994). La institución familiar debía garantizar la buena crianza de los niños y un cuerpo sano de trabajadores necesarios para la incipiente sociedad industrial. Para esto el poder médico impuso una serie de cambios en la alimentación, en la higiene y en la forma de los cuidados, utilizando a las mujeres como nexos para llegar al resto de la población. Fueron las garantes del cumplimiento de las nuevas tendencias en la forma de vida, inaugurando para sí el rol de responsabilidad afectiva y de cuidados en la familia. Mediante el control anatomopolítico del cuerpo femenino se buscó generar cambios en la dimensión que hace a la población (Foucault, 2002).

La dimensión simbólica de sostenimiento de tales cambios radicó en el culto a la madre, la familia como el lugar de los afectos

y la construcción del pudor femenino, entre otros.

Los nuevos discursos hacia la maternidad crearon la obligación para la mujer de ser ante todo madre, naciendo el mito del “instinto maternal” al que antes hacíamos referencia y la exaltación del amor maternal como valor favorable a la especie y a la sociedad (Badinter, 1991).

Este biopoder necesitaba de mujeres “obedientes” y “sumisas”, que se dedicaran al cuidado de la familia y materializaran este saber experto en sus rutinas domésticas, de cuidado y en sus comportamientos sexuales y reproductivos.

Una de las consecuencias más importantes de la creciente medicalización de la sociedad, según evalúa Iván Illich (1975), fue la pérdida de control de los sujetos sobre las propias condiciones de existencia, depositando en el saber experto las decisiones sobre sus cuerpos y sus posibilidades, entre éstas la reproducción. La habituación a un paradigma asistencial que demanda pasividad genera una subjetividad atenta a los mandatos de quien se define como el poseedor del saber con respecto a todo aquello que sea objeto de atención sanitaria.

Marisa Germain (2005) plantea que el proceso de medicalización de la vida social hace posible a la vez la existencia de ciertos bienes, fundamentalmente la persistencia de la vida biológica, en función de cuya defensa el individuo adulto puede ser, no sólo orientado, sino incluso forzado a actuar más allá o contra su voluntad. Se trata de lo que la autora define como “biolegitimidad”.

Otra de las características de la medicalización es su carácter iatrogénico, esto es, que produce efectos -predominantemente- negativos, a nivel de las condiciones de salud de los individuos. Esta iatrogenia posee tres dimensiones: produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios, enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad y tiende a expropiar la capacidad de los individuos para curarse a sí mismos. (Illich, 1975, p9). En la dimensión reproduc-

tiva podríamos agregar que produce ajenidad y distanciamiento con respecto a los procesos que suceden en el cuerpo femenino<sup>3</sup>.

La construcción de condiciones para la autonomía reproductiva no supone abandonar los aportes de la biomedicina en términos de saber sino poner en cuestión el ejercicio del poder en tanto biopoder.

### 3. Reproducción y autonomía. Reflexiones sobre reproducción asistida, parto y aborto.

#### Sobre la reproducción asistida

Las tecnologías de reproducción asistida (TRA) son herramientas biotecnológicas que buscan, a través de la manipulación de las gametas<sup>4</sup> femenina y/o masculina o de embriones humanos, establecer un embarazo. Si bien fueron originalmente pensadas para intervenir en casos de infertilidad conyugal, esto es, situaciones en las cuales las parejas heterosexuales no hubieran podido conseguir un embarazo luego de un año de relaciones sexuales no protegidas<sup>5</sup>, también pueden ser utilizadas para que parejas no heterosexuales puedan tener un hijo biológicamente vinculado (Diniz y Gómez Costa, 2006), lo mismo que mujeres o varones sin pareja. También recurren a las TRA parejas que quieren tener un hijo pero no tienen relaciones sexuales ni desean tenerlas.

3 La invención de las ecografías obstétricas, como parte del instrumental clínico, ha generado una serie de cambios en relación a la percepción de la gestante del producto y proceso del embarazo. Entre éstos el “borramiento” de la gestante como sujeto esencial de este proceso (Rapp, 1997).

4 Ovulo y espermatozoide, respectivamente.

5 El período de tiempo según la Organización Mundial de la Salud para definir una situación de infertilidad ha pasado de dos a un año. Este acortamiento de los plazos es otra manifestación de la cada vez más temprana intervención biotecnológica en esta dimensión.

Las TRA permiten asimismo preservar la capacidad reproductiva de mujeres y varones mediante la criopreservación de óvulos y espermatozoides en caso del posible deterioro de las gametas debido a enfermedades o tratamientos médicos que impacten negativamente sobre éstas. También para las mujeres que quieran postergar su maternidad, en tanto los óvulos tienen una capacidad reproductiva limitada.

Los feminismos han tenido diversas posturas con respecto al desarrollo y aplicación de las tecnologías de reproducción asistida. Para algunas feministas la ciencia es inherentemente patriarcal (Ana Martí Gual, 2011). En esta posición se ubican las neofeministas para las cuales el poder femenino está en la posibilidad de las mujeres de procrear. Las TRA profundizan la desposesión de este poder para transferirlo a la ciencia. Para otras feministas es -o deberíamos decir era-, posible un uso de la tecnología que democratizara las relaciones de género.

Las maneras en las cuales las TRA comenzaron a ser aplicadas llevó a que en la década de 1980, según Ana Martí Gual (2011) la oposición a las TRA se extendiera a todo el feminismo bajo el movimiento FINRRAGE (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering). Las feministas denuncian el carácter mercantilizado, eugenésico y patriarcal de la aplicación de estas tecnologías. En grandes líneas<sup>6</sup> se cuestiona la mercantilización de los óvulos para tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad y las desigualdades que en diversas dimensiones esta mercantilización produce y reproduce; se trata además de una mercantilización cada vez más temprana y “necesaria” según los criterios médicos (Viera Cherro, 2014). También se cuestiona la norma heterosexual que continúa rigiendo en el acceso a las TRA, donde el sujeto de asistencia prototípico sigue siendo la pareja heterosexual (Diniz & Gómez Costa, 2006) así como el impacto diferencial que sobre el cuerpo femenino y masculino tienen las in-

6 Para conocer en mayor profundidad las razones de estas críticas: <http://finrrage.org/>

tervenciones biotecnológicas. Los procedimientos de reproducción asistida, y por sobre todo aquellos de alta complejidad<sup>7</sup>, producen una medicalización de la mujer que no tiene parangón en el caso del varón. A la mujer se le dan hormonas para estimular la producción de óvulos y se la hace pasar por exámenes específicos para conocer en qué momento se produce la ovulación. En el caso del varón lo que se manipula es esencialmente el espermatozoide. Solo en casos graves se procede a abrir el testículo para recuperar espermatozoides y poder proceder a una intervención.

Tomar una decisión autónoma con respecto a si seguir o no un tratamiento de reproducción asistida supondría entonces sopesar las consecuencias sociales, culturales, económicas y personales del desarrollo y acceso a estas tecnologías.

Al mismo tiempo involucraría interpelar el deseo del hijo biológicamente vinculado (Diniz & Gómez Costa, 2006). Esta interpelación es en sumo difícil por cuanto supone tomar distancia del tejido simbólico en el cual el deseo del hijo biológico se inscribe de forma naturalizada. Podríamos decir con Foucault que el biopoder interviene en la propia conformación del deseo, “La relación de poder ya estaría allí donde está el deseo: ilusorio, pues, denunciarla en una represión que se ejercería a posteriori; pero, también, vanidoso partir a la busca de un deseo al margen del poder” (Foucault, 2002, P. 79)

7 Los tratamientos de baja complejidad suponen la manipulación de solo una de las gametas (espermatozoides u óvulo). Comprenden la inseminación artificial, intervención por la cual se transfieren espermatozoides mediante una cánula hacia la cavidad uterina, cerca de las Trompas de Falopio, en el momento en que la mujer está ovulando. En los tratamientos de alta complejidad se manipulan ambas gametas. Estos tratamientos comprenden la fertilización in vitro, la transferencia de gametos a la Trompa de Falopio; la transferencia de embriones a la Trompa de Falopio y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides en óvulos.

Si no hubiera existido desarrollo de las tecnologías de reproducción asistida no se hubiera podido pensar en la imposibilidad de tener hijos luego de cierto tiempo como un problema al que podía darse solución mediante la intervención de la tecnología reproductiva. Y tampoco sin una población que, habiendo descubierto ahora que tenía un problema, quisiera solucionarlo buscando un hijo biológicamente vinculado en lugar de recurrir a otras formas de filiación como la adopción legal o la adopción informal que, como subraya la historiadora Judith Schachter (2012), encuentran en nuestra cultura occidental moderna, menor legitimación. En un artículo en el que relaciona circulación de niños y tecnologías de reproducción asistida, la autora señala que ambas formas de filiación se encuentran culturalmente en extremos opuestos de un continuum. La medicalización de la ausencia involuntaria de hijos, como subrayan Diniz y Gómez Costa (2006), permite que el problema, y la búsqueda de una solución al mismo, se mantengan en la órbita de la medicina y no en otras instituciones, como podría ser la adopción.

La medicina reproductiva enfatiza además el carácter vinculante de la gestación, lo que en otro lugar se ha definido como uterización del vínculo (Viera Cherro, 2014). Así la existencia misma de las tecnologías de reproducción asistida con el énfasis dado a la vinculación biológica de la progenie, más que invita casi que obliga a la demanda del saber médico para tener descendencia.

Deberíamos preguntarnos entonces si generar autonomía reproductiva en este campo pasa por democratizar el acceso a estas tecnologías o por debatir si como sociedad debemos acompañar estos desarrollos, material y simbólicamente.

### La asistencia al parto

Si bien el embarazo y parto son procesos universales en tanto fisiología del cuerpo femenino, nunca ocurren como un “mero pro-

ceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales.” (Blázquez, 2005, p. 2)

En Uruguay se puede afirmar que las mejoras en la calidad de vida de la población en general y el acceso a servicios de salud con tecnología para el parto, en todo el territorio nacional, han aumentado sustancialmente la seguridad de las mujeres y los recién nacidos en este evento particular. Ahora bien, ¿qué aspectos del modo institucional de asistencia al parto pueden mejorar si se tiene en cuenta la autonomía reproductiva?

En Montevideo, como en la mayoría de las ciudades occidentalizadas, existe un modelo intervencionista de asistencia al parto que hace uso abusivo de la tecnología. Esto ocasiona cascadas de intervencionismos que aumentan la producción de “cesáreas innecesarias”. A su vez se viene constatando un crecimiento en la frecuencia de diversas prácticas obstétricas consideradas por la Organización Mundial de la Salud (1996) como ineficientes o dañinas. Por ejemplo, mientras este organismo afirma que en promedio los países deberían tener entre un 10 y un 15% de cesáreas, en Uruguay en el año 2012 se registró un 39,9% de cesáreas en el total de partos (dato extraído de la Unidad de Información Nacional en Salud).

Si bien existen investigaciones que muestran los beneficios del parto vertical, la gran mayoría de las mujeres son obligadas a parir en forma horizontal. El uso rutinario de la episiotomía<sup>8</sup> constituye un grave problema de salud porque es una lesión quirúrgica y hemorrágica que violenta la integridad anatómica y funcional de los genitales y de la plataforma orgásmica de las mujeres, la OMS recomienda que se utilice de forma restrictiva y no más que en el 20% de los casos; en el trabajo de parto se rompe la bolsa de forma rutinaria sin consultar a las parturientas; es común el uso de occitocina sintética para ace-

lerar el trabajo de parto sin una razón clínica clara; en general no se informa a las mujeres de las razones de las intervenciones sobre su cuerpo; no se permite la movilidad en el trabajo de parto y tampoco pujar y parir como las mujeres quieran ya que se las obliga a parir acostadas; existen situaciones de violencia verbal y de amenazas cuando las mujeres “se descontrolan” y no cumplen con la pasividad exigida por la institución de salud. (Magnone, 2011, p. 101)

En lo que hace a las opciones para el lugar de ocurrencia del parto, es de destacar que, desde el año 2011 el Ministerio de Salud Pública viene realizando declaraciones donde expresa la no recomendación del parto planificado en domicilio y anuncia impedir a las parteras asistirlo. Estas acciones se enmarcan en las líneas estratégicas del Documento Técnico de Maternidades (2012) en donde se plantea que el parto debe asistirse sólo en instituciones donde haya block quirúrgico. A partir de la puesta en práctica del Documento Técnico diversas maternidades de hospitales del interior del país ya no asisten más partos, y deben derivar a las mujeres hacia hospitales con block quirúrgico. El traslado, en pleno trabajo de parto, en ambulancias hacia hospitales departamentales, puede volver a generar iatrogenia, pues en momentos en que se debería proveer de tranquilidad, las mujeres deben enfrentar un traslado con el stress e incomodidad que éste conlleva.

El panorama descrito muestra que la orientación general de la política pública en salud obliga a que todas las mujeres tengan que parir en un hospital en donde se pueda hacer una cesárea. En una primera lectura esto puede ser muy auspicioso en términos de celeridad en el uso de la intervención. Sin embargo si tenemos en cuenta otros aspectos que derivan de esta decisión el problema se complejiza. Los hospitales con mayor grado de complejidad tienden a estar mejor preparados para enfrentar la patología pero peor preparados para enfrentar un evento de la vida reproductiva de las mujeres que no es necesariamente patológico.

<sup>8</sup> Incisión quirúrgica de la vagina y el periné que se realiza en el momento expulsivo del parto.

Si bien el parto no configura, en la mayoría de los casos, un evento patológico, el crecimiento de intervenciones en el parto se acentuó, según la OMS (1996, p. 3), cuando la siguiente afirmación errónea se instaló en el saber-hacer de los obstetras: “un nacimiento sólo puede ser declarado normal retrospectivamente” y de este modo “el cuidado durante un parto normal debiera ser similar al cuidado de un parto complicado” (OMS, 1996). Esto trajo serias desventajas: la posibilidad de que un acontecimiento fisiológico se convierta en un procedimiento médico; la interferencia con la libertad de las mujeres a experimentar sus partos a su manera y en el lugar que ellas elijan; intervenciones innecesarias y grandes costos para el sistema pues debe proveer cupos para un número elevado de parturientas.

En este marco la autonomía reproductiva, que se traduce en las posibilidades concretas para las mujeres de elegir en qué lugar tener a sus hijos/as, en qué postura corporal hacerlo, así como definir por qué profesional ser asistidas se ven francamente disminuidas.

Como vimos, una de las características del proceso medicalizador, según Illich es que impide el ejercicio directo del autocuidado: como resultado del establecimiento del monopolio del arte de curar por parte de los médicos, inhabilitando a los individuos para practicar el autoconocimiento y la autointervención terapéutica, “Es la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad por un servicio de mantenimiento que lo conserva equipado a las órdenes del sistema industrial”. (Illich, 1975, p. 207) La forma como la sociedad concibe hoy el parto deja muy poco espacio a las mujeres a practicar el autocuidado y la confianza en el devenir de un proceso fisiológico.

Tener en cuenta la ética feminista para abordar la asistencia al parto necesita de la deconstrucción de las “universalidades” vueltas en “verdades objetivas” que orientan las decisiones que se toman en las políticas pertinentes. ¿Cuáles fueron los argumentos racionales que rigieron a las políticas públicas y decisiones jurídicas que dan forma al modelo

de asistencia al parto en el país? ¿En qué medida el argumento medicalizador, orientador de las políticas de salud, contribuye a generar mandatos maternalistas y obligaciones reproductivas para el colectivo femenino? ¿En qué medida es “verdad” que cuanto más cerca se encuentre un quirófano es mejor la asistencia al parto? ¿Cuánto mejora la morbimortalidad materna y perinatal la obligación de las mujeres a someterse al mandato médico sin cuestionamiento?

Dejamos planteado el desafío de aprovechar los mejores aspectos de la biomedicina para que redunde en un contexto asistencial con mayor interés en respetar la autonomía reproductiva de las mujeres.

### **Ley 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo**

Las condiciones que esta ley estipula para que las mujeres puedan acceder a un aborto en condiciones sanitarias adecuadas - las cuales no son en sí mismas suficientes para la materialización de un aborto digno (Sanseviero, 2003)-, dan cuenta de la intromisión experta sobre el deseo de las mismas de no continuar con la gestación en curso. Esa voz experta proviene del campo médico, el cual obliga a las mujeres a gestionar su decisión en el marco de un protocolo que incluye entrevistas para revisar su decisión y no sólo a ejecutar la interrupción del embarazo - siendo en esta última instancia en la cual se necesita el saber experto del especialista ginecólogo/a-.

En el acto de limitar el aborto a un contexto sanitario, se está buscando garantizar la calidad técnica de la intervención, pero a la vez, este acto permite que el Estado ejerza un control moral sobre las mujeres ya que esta normativa exige que la mujer explicita los motivos que la llevan a tomar la decisión. Es este control moral el que da cuenta del poder biopolítico que, aún garantizado el derecho de abortar, sigue estando presente, limitando así la autonomía reproductiva plena de las mujeres que quieren practicarse un aborto en el marco de la ley. Ese poder hace parte de la

ley en la posibilidad de los médicos y médicas de “objetar conciencia” para no tener que practicar un aborto a una mujer que lo solicite y alcanzó su máxima expresión en el Departamento de Salto<sup>9</sup> hasta el presente año 2014.

La objeción de conciencia es un mecanismo que tienen su base conceptual y de derechos en la libertad de conciencia pero que produce necesariamente un conflicto en términos de derechos, el de la mujer a contar con un profesional que le practique el aborto y el del profesional de negarse a hacerlo como consecuencia de su libertad de conciencia. El problema es que la mujer depende del profesional para el ejercicio de su derecho. Existe una relación de jerarquía entre la mujer que no posee un saber experto que necesita y el profesional que sí lo detenta<sup>10</sup>. Diniz señala que la mujer y el o la profesional

Son sujetos diferentes, no por la naturaleza sino por el orden social y político. No podemos olvidar esa jerarquía: mujeres y médicos no están en igualdad de reclamar sus derechos. Las mujeres reclaman necesidades; los médicos creencias. Las mujeres se pueden morir si no realizan un aborto en condiciones correctas, los médicos se pueden sentir incómodos por la afectación de sus creencias privadas”. (Diniz, 2014, p. 50)

Decimos que la objeción de conciencia lesiona la autonomía reproductiva de la mujer que desea terminar con un embarazo no deseado en dos niveles: en tanto podría hacer imposible el procedimiento no permitiendo

así la materialización de los derechos y en un orden moral, al cuestionar su decisión en estos términos. Se pone en discusión el carácter de sujeto moral de la mujer para decidir la interrupción de un embarazo poniendo por encima la conciencia del/la objetor/a, por lo menos como una posibilidad. En el transcurso del texto jurídico se pone en entredicho la capacidad y los conocimientos de la mujer para llegar a la decisión de interrumpir su embarazo.

El procedimiento actual obliga a que luego de una primera consulta médica la mujer deba transitar una segunda instancia con un equipo interdisciplinario<sup>11</sup> que le informará sobre los riesgos de abortar y sobre alternativas posibles (como por ejemplo la adopción). Además pretende ser un ámbito de apoyo psicológico y social “... para contribuir a superar las causas que puedan inducirla a la interrupción del embarazo...”. (Art. 3°).

Si bien se coloca al aborto como un derecho reproductivo en un marco de atención especializada, controlando el mercado clandestino de atención a las mujeres que desean abortar y buscando impedir que se produzcan más muertes por abortos realizados en condiciones sanitarias inadecuadas, el énfasis está puesto en evitar lo que se define como “riesgo”: la muerte. Allí está puesto el acento de la ley, no necesariamente en favorecer las condiciones de autonomía de las mujeres. Las instancias de intervención post aborto, en las cuales se prevé el asesoramiento sobre anti-concepción, también están pensadas para evitar un futuro embarazo no deseado. Es decir que lo que prima en la ley es la prevención del riesgo.

Es por ello que, más allá de las limitantes que plantea a la autonomía reproductiva la legislación actual, la forma como se aplique la ley será definitorio en la diversidad de afectaciones sobre la autonomía de las mujeres, desde un proceso tutelado y moralizante de la

9 Uruguay está dividido geopolíticamente en “departamentos” sin autonomía judicial, solamente administrativa. En Salto todos los especialistas objetaron conciencia. Frente a esta situación comenzó a concurrir, de forma semanal y desde Montevideo, una ginecóloga a suplir esta ausencia que impedía llevar adelante el procedimiento. Esta situación se revirtió en la actualidad porque hay residentes de Ginecología que trabajan en el departamento y no son objetores.

10 Para una mayor profundización sobre las implicancias de la “objeción de conciencia” ver Cotidiano Mujer (2014)

11 Se prevé un equipo de tres especialistas: uno deberá ser médico ginecólogo, otro deberá tener especialización en el área de la salud psíquica y el restante en el área social.

decisión femenina, hasta el acompañamiento sanitario cuidadoso y respetuoso de sus opciones. El acontecer de este derecho será configurado según se produzcan las interacciones entre la mujer que consulta para interrumpir la gestación y el equipo de especialistas. No es el aborto per se el que genera sentimientos como el malestar o la culpa sino el marco cultural -de sentido-, en el cual éste se realiza. Los actores institucionales son claves en la elaboración de estas subjetividades. (Fernández Tajer, 2006)

De allí la importancia de la formación y sensibilización en derechos del equipo sanitario. En lo que hace al rol del Trabajo Social en estos equipos, le cabe velar por el respeto de los derechos reproductivos, aunque esto signifique cuestionar desde la práctica los contenidos de la ley que laceran la autonomía de las mujeres. Obviar las pretensiones moralizantes que instan a alterar decisiones de las mujeres y estar atentos/as a favorecer sus entornos sociales y afectivos para que puedan salir más fortalecidas en su construcción de proyectos de vida.

### **Reflexiones finales: pistas para trabajar hacia la autonomía.**

En los capítulos precedentes pretendimos mostrar que intervenir en cuestiones vinculadas a lo reproductivo no supone únicamente garantizar la asistencia médica del aborto, de la reproducción asistida o del parto. Tampoco alcanza con contar con una serie de derechos formales o incluso ser un sujeto capaz de demandarlos. Existe un paso anterior y es la capacidad de discernir de manera autónoma cuáles opciones y acciones, en este caso relativas a la reproducción, suponen realmente un avance para la persona en términos de libertad y para la sociedad en términos de equidad.

Entendemos que la reflexión sobre estos asuntos es una instancia válida para dar cuenta de la concepción que la sociedad tiene sobre la ciudadanía y en particular sobre la ciudadanía de las mujeres, ya que es sobre los

cuerpos femeninos que repercuten de forma más carnal la ausencia de condiciones para avanzar hacia la autonomía reproductiva.

La intervención del profesional de "lo social" en asuntos de reproducción con una perspectiva ética feminista debería estar orientada a ampliar la autonomía existente en la toma de decisiones y en el desarrollo de acciones por parte de las personas, lo cual supone antes que nada "problematizar las ideas que subyacen a las normas y actitudes predominantes en la sociedad" (Maffia, 2005). Solo una vez que se sopesa la autonomía apelar a los derechos en tanto demandas orientadas hacia la ciudadanía plena.

### **Referencias bibliográficas**

- Abracinskas, L. & López Gómez, A. (2006) Monitoreo de políticas públicas en salud sexual y reproductiva desde la sociedad civil. En Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Encuentro Universitario. Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en investigación nacional. Montevideo: Facultad de Psicología.
- Badinter, E. (1991) ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Barcelona, Paidós.
- Blazquez, M<sup>a</sup> I. (2005) Aproximación a la antropología de la reproducción. Revista de Antropología Iberoamericana 42: 1-25.
- Barrán, J. P. (1993) La medicalización de la sociedad. Montevideo: Nordan.
- Barrán, J. P. (1999) Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos, Tomo 3: La invención del cuerpo. Montevideo: Banda Oriental.
- Cotidiano Mujer (2014) Objeción de conciencia. Un debate sobre la libertad y los derechos. Montevideo: Cotidiano Mujer.
- De Beauvoir, S. (1981) El segundo sexo. España: Aguilar.
- Diniz, D. (2014) Voces y textos. En Cotidiano Mujer, Objeción de conciencia. Un

debate sobre la libertad y los derechos. Montevideo: Cotidiano Mujer.

Diniz, D. & Gómez Costa, R. (2006) Infertilidad e infecundidad: acceso a nuevas tecnologías reproductivas. En C. F. Cáceres et al. (Orgs.). *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina* (pp. 55-67). Lima: FASPA/UPCH.

Fernández, A. M<sup>a</sup>. (1994) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, A. M<sup>a</sup> (2006) *Poder y autonomía: violencias y discriminaciones de género*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Fernández, A. M<sup>a</sup>. & Tajer, D. (2006) *Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres*. En S. Checa, *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.

Foucault, M. (2002) *Historia de la Sexualidad, 1- la voluntad del saber*. Argentina: Siglo XXI Editores.

Germain, M. (2005). *Medicalización e Institucionalización de los Derechos*. Ponencia presentada en el Seminario Nacional Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en los efectores públicos de salud – Trato Humanizado, Rosario, Argentina.

Giberti, E. (1992) *Mujer, enfermedad y violencia en medicina. Su relación con cuadros psicósomáticos*. En E. Giberti & A.M. Fernández (comp.) *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Sudamericana.

Gual, A. M. (2011) *Maternidad y técnicas de reproducción asistida: un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*. Castelló, España: Memoria para optar el título de doctora, Universitat Jaume.

Guthmann, Y. (2005) *El discurso bioético y la legitimación de las nuevas tecnologías reproductivas*, *SeriAs para el Debate* 4 :93-111.

Gutierrez, M. A. (2004) *Silencios y susurros: la cuestión de la anticoncepción y el*

*aborto*. En C. Cáceres et. Alt. (eds.) *Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo el debate* (pp. 129-140). Perú: Universidad Cayetano Heredia.

Illich, I. (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la Salud*. Barcelona: Barral.

Knibiehler, Y. (2001) *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Argentina: Nueva Visión.

Lozano, M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías de la reproducción*. Barcelona: Memoria para optar el título de Doctora, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona.

Magnone, N. (2011) *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización*. Montevideo: Memoria para optar el título de Magister en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Magnone, N. & Viera Cherro, M. (2012) *El proceso de abortar a partir de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Disponible en: <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/32068/refererPageId>

Maffia, D. (2005). *Éticas y Feminismos*. Conferencia en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Marín, G. (1993) *Ética de la justicia. Ética del cuidado*. Disponible en: <http://www.nodo50.org/doneselx/assemblea/etica.htm>

Martin, E. (en prensa). *The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles*. University Chicago Press.

Nari, M. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, 1890-1940, Buenos Aires: Biblos.

OMS (1996). *Cuidados en el parto normal. Una guía práctica*. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva de la OMS.

Rapp, R. (1997). REAL-TIME FETUS/ The Role of Sonogram in the Age of Monitored Reproduction. En G. Lee Downey & Joseph Dumit (eds) *Cyborgs & CITADELS. Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies* (pp. 31-48) Santa Fe: School of American Research Press.

Rocha de Souza, A. & de Azevedo, V. (2009). Seleccionando deseos e restringindo direitos: reflexões sobre a elegibilidade individual em reprodução assistida. Ponencia presentada en el XVIII Congreso Nacional de CONPEDI, San Pablo, Brasil.

Rostagnol, S. & Viera Cherro, M. (2006). Derechos sexuales y reproductivos. Condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. En S. Checa, *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.

Sanseviero, R. (2003). *Condena, Tolerancia y Negación*. Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.

Schachter, J. (2012) Un nuevo giro en la teoría del parentesco: una mirada conjunta a la adopción y las técnicas de reproducción asistida (TRA). *Scripta Nova*, 395 .

Viera Cherro, M. (2014). *Lejos de París. Tecnologías de reproducción asistida y deseo del hijo en el Rio de la Plata*. Montevideo: Memoria para optar el título de Magister en Ciencias Humanas con énfasis en Estudios Latinoamericanos, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.