

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN SALUD REPRODUCTIVA: LAS MUJERES POBRES EN EL PUNTO DE MIRA

Pérez Declercq, Ana María
Departamento de Antropología Social y de Historia de América y África
Universidad de Barcelona
aperezdeclercq@yahoo.com

RESUMEN

El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación doctoral en el cual analizo, desde la Antropología de la Medicina, los procesos asistenciales referidos a las decisiones y prácticas para evitar un embarazo en un área urbana-periférica de la Ciudad de Salta. A partir de la revisión bibliográfica y la investigación en curso, el objetivo es analizar la promoción de la autonomía en salud reproductiva en el contexto de las políticas de desarrollo. Los argumentos de los movimientos feministas a favor de la autonomía fueron reinterpretados por los discursos desarrollistas que han puesto el foco en las mujeres pobres como cuerpos reproductores, estableciendo una vinculación entre salud de las mujeres y desarrollo económico.

A fin de contextualizar la aplicación del concepto de autonomía en las políticas de salud reproductiva, se realiza primero un breve recorrido por los ámbitos de la bioética y de los derechos sexuales y reproductivos.

Entre las conclusiones se destaca que el “empoderamiento” y la promoción de la autonomía en las decisiones reproductivas a menudo ocultan una verdadera estrategia de control social.

PALABRAS CLAVE

Autonomía, empoderamiento, decisiones reproductivas, derechos sexuales y reproductivos, políticas de desarrollo.

1. INTRODUCCIÓN

Autonomía, del griego "auto" (uno mismo) y "nomos" (regla o ley), es definida por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2009) como "la condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie". Respecto al ámbito de la salud reproductiva, la autonomía es entendida como libertad de decidir si se quiere tener hijos y cuándo se los quiere tener, sin sufrir coerción, violencia o discriminación.

En el largo proceso que implicó, y actualmente implica, la lucha por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, podemos señalar como un hito la aparición de la píldora anticonceptiva en la década de 1960, que inspiró el eslogan del Movimiento Feminista Francés "un hijo si quiero y cuando quiero", remarcando la posibilidad de elección individual respecto de la vida reproductiva. Podemos decir, siguiendo a Ciriza (2007), que la conquista del derecho a decidir sobre el cuerpo está marcada por la impronta dejada por la tradición liberal, "... una tradición para la cual el ciudadano es un sujeto neutro, sin cuerpo, sin vida cotidiana, sin dimensión privada, sin una ubicación precisa en el orden social y menos aún en los conflictos." (Ciriza, 2007:309)

El Programa de Acción de El Cairo, el primer documento político internacional aprobado por 179 países que promovió los conceptos de derechos en materia de procreación y salud reproductora, fue el resultado de un proceso en el que se implicaron movimientos feministas y cientos de movimientos de defensa de los derechos en salud. En el texto del Programa de El Cairo se hace mención al derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello y también, incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. La IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo (1994) y, un año después, la IV Conferencia Internacional de la Mujer realizada en Beijing (1995) establecen las bases para pasar de un paradigma que llevaba décadas para reducir la fertilidad y el crecimiento poblacional, a otro que destacaba los derechos sexuales y reproductivos.

En el marco de los derechos reproductivos, la autonomía se presenta bajo la idea del ciudadano abstracto que puede situarse fuera de las relaciones de poder y elegir de modo emancipado. Sin embargo, en la práctica el derecho a la autonomía sobre el propio cuerpo está atravesado por dispositivos institucionales, relaciones sociales, condiciones económicas, diferencias étnicas, de edad y de identidad religiosa, así como por conflictos internos o deseos divergentes en las mismas personas.

Los contextos concretos que rodean las experiencias sexuales y reproductivas revelan que para garantizar los derechos sexuales y reproductivos no alcanza con brindar conocimientos sobre salud reproductiva o servicios médicos, asimismo garantizar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo tampoco se reduce al respeto del principio bioético de autonomía en la relación médico-paciente. Como sugiere Corrêa (2006 en Harcourt, 2011), garantizar los derechos en materia de procreación y salud implica "revoluciones" en las relaciones de género, el desarrollo económico y las instituciones democráticas.

Las políticas en materia de salud sexual y reproductiva, en el marco de las políticas desarrollistas aplicadas en los países de América Latina en las últimas décadas del siglo XX, han hecho poco por cambiar las normas, las instituciones y las relaciones de género. Bajo la idea del "empoderamiento", estas políticas han puesto el foco en las mujeres pobres como cuerpos

reproductores, estableciendo una vinculación entre salud de las mujeres y desarrollo económico. Los dispositivos de intervención que se promovieron para estas poblaciones, señala Alvarez (2003), son un traslado de las prácticas de asistencialismo al derecho. Los argumentos de los movimientos defensores de los derechos de la mujer a favor de la autonomía fueron reinterpretados por los discursos desarrollistas que destacan a las mujeres como sujetos activos con “capacidades” de controlar una conducta reproductora considerada irracional.

El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación doctoral en el cual analizo, desde la Antropología de la Medicina, los procesos asistenciales referidos a las decisiones y prácticas para evitar un embarazo en un área urbana-periférica de la Ciudad de Salta. A partir de la revisión bibliográfica y la investigación en curso, el objetivo es analizar la promoción de la autonomía en salud reproductiva en el ámbito de las políticas de desarrollo. A fin de contextualizar la aplicación del concepto de autonomía en las políticas de salud reproductiva, cabe realizar primero un breve recorrido por los ámbitos de la bioética y de los derechos sexuales y reproductivos.

2. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN EL DEBATE BIOÉTICO

La aparición en Estados Unidos de la obra de Beauchamp y Childress, cuya primera edición es del año 1979, ha sido de gran influencia para la ética médica contemporánea. En el texto de Beauchamp y Childress los “principios de la bioética” son cuatro: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Los análisis de los autores vinculados al principio de respeto por la autonomía se remiten a las propuestas de Kant y de Stuart Mill. La corriente deontologista o Kantiana fundamenta los principios como normas morales autónomas que se imponen al sujeto por su propia fuerza o por su deber y, la corriente utilitarista, se remite a la tradición empirista inglesa que se ha expresado en el pensamiento de Stuart Mill. Para Onora O'Neill, la concepción de Kant sobre la autonomía está vinculada a la moralidad. Sin embargo, la autora encuentra que hay pocas evidencias de los fuertes vínculos que se plantean entre la moralidad y las concepciones de autonomía del siglo XX (O'Neill, 2003). En cuanto la relación del concepto de autonomía racional con Stuart Mill, señala O'Neill, que los defensores del siglo XX de la “autonomía racional” están cerca de Mill cuando dicen que lo que es éticamente importante no es la mera elección, o la mera independencia, sino específicamente la elección racional. Sin embargo, a diferencia de Mill los defensores del siglo XX de la “autonomía racional” no son utilitaristas, promueven la autonomía como un bien humano fundamental o valor (O'Neill, 2003).

El principio de autonomía desarrollado por Beauchamp y Childress es presentado como una extensión de la soberanía política a la de autogobierno individual. El principio de respeto a la autonomía le otorga a cada persona el “... derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales.” (1999:117). Este respeto, según Beauchamp y Childress, debe ser activo, “Respetar la autonomía obliga a los profesionales a informar, a buscar y asegurar la comprensión y la voluntariedad y a fomentar la toma de decisiones adecuada.” (1999:119)

En opinión de Rebecca L. Walker (2009), el creciente cuerpo de literatura sobre ética médica que plantea objeciones a la interpretación dominante que se hace del principio de autonomía en bioética, es todavía escaso en relación a lo que este principio implica tanto en la práctica como en el contexto y la forma en que se aplica. Junto a Walker, algunas de las autoras que se han dedicado a revisar el concepto dominante de autonomía y su uso en la práctica bioética, como

Onora O'Neill (2002), Rebecca Kukla (2005) y Sara Goering (2009), plantean que el concepto de autonomía se ha mantenido en gran medida indiscutido dentro de la literatura y la práctica ética médica y recuperan los aportes de las teóricas feministas.

Los tres fallos que Walker le encuentra al enfoque de Beauchamp y Childress sobre el principio de autonomía son: 1) que no identifica correctamente las acciones y elecciones no-autónomas, 2) que se da una idea falsa de las características de las acciones y elecciones que las hacen no-autónomas, y 3) que no ofrece motivos para la exigencia moral de respetar la autonomía. La autora comienza apuntando que la ética médica debe centrarse en el respeto de la persona autónoma, no de sus acciones, y ofrece tres casos hipotéticos a fin de ilustrar las diversas formas en que las personas que son generalmente autónomas pueden llevar adelante acciones o elecciones no autónomas.

Beauchamp y Childress caracterizan las acciones autónomas en términos de "electores normales" que actúan a) intencionalmente, b) con conocimiento y c) sin influencias de control que determinen la acción. Respecto a estas tres características Walker (2009) señala que en la edición más reciente de los "Principios de la Bioética" hay poca discusión de lo que se entiende por "intencional", pero que es un requisito que no admite grados, con respecto a la intencionalidad, las acciones son o no son autónomas. Los otros dos criterios, el conocimiento y el control de las influencias, admiten grados y, como Beauchamp y Childress apuntan a criterios que se cumplan fácilmente por "electores normales", requieren solamente una satisfacción "sustancial" de estas condiciones, no un completo conocimiento o una ausencia total de influencias (Walker, 2009). En cuanto al requisito de que las acciones autónomas estén prácticamente exentas de influencias controladoras, Walker (2009) señala que estas influencias se identifican con la "voluntariedad" y se analizan en detalle sólo en términos de control de otros, no obstante no hay una discusión detallada acerca de estos tipos de controles internos, solo se hace referencia a las enfermedades debilitantes, los trastornos psiquiátricos, y el uso de drogas como condiciones personales que socavan la autonomía.

Para Walker (2009) las decisiones de las personas deben ser respetadas, sin embargo este respeto no debe entenderse como cumplir con las decisiones hechas libremente y con conocimiento de los pacientes competentes. El respeto positivo para las/os pacientes como personas autónomas "...requiere la promoción de, y el respeto por, sus capacidades como tomadores de decisiones relacionales implicados en complejos procesos de auto-determinación." (Walker, 2009b)

Sara Goering (2009) encuentra dos clases de objeciones al concepto dominante de autonomía en la ética médica, por un lado, respecto al alcance de la autonomía del paciente, y por otro, en relación al enfoque individualista de la autonomía del paciente. Para la autora ambas objeciones sugieren que el respeto de la autonomía implica una alteración de la dinámica en el entorno clínico y, en coincidencia con Kukla (2005), una mirada atenta a las condiciones sociales que pueden disminuirla. Goering (2009) toma de las teóricas feministas el concepto de autonomía relacional y recupera tres aspectos: a) la importancia de las relaciones interpersonales de apoyo para permitir la autonomía, b) la comprensión de la autonomía como compuesto por un conjunto de habilidades o competencias, y c) las formas en que las circunstancias sociales opresivas, así como los agentes individuales, pueden forzar las decisiones.

2.1 Críticas y reformulaciones sobre el concepto de autonomía desde la perspectiva feminista

Uno de los ámbitos donde mayor discusión ha recibido el principio de autonomía ha sido el de las teóricas feministas. Las primeras críticas realizadas a finales de 1980 y principios de 1990 al concepto de autonomía, principalmente el difundido por Beauchamp y Childress, se ampliaron y se enriquecieron con una serie de propuestas que remplazaban las concepciones individualistas del principio de autonomía por concepciones relacionales, entre las teóricas feministas que desarrollaron el concepto de *autonomía relacional*, se encuentra Susan Sherwin, Anne Donchin y Mary Mahowald.

Susan Sherwin (1996), en particular, menciona como aportes de la ética feminista, la atención al contexto, a otros modos de razonamiento moral, a las relaciones interpersonales y a la inserción del individuo en la comunidad. Entre las críticas feministas a los conceptos de la bioética, Sherwin observa que el énfasis dado al principio de autonomía se presenta como sospechoso porque frecuentemente sirve para proteger los privilegios de los más poderosos. Las debilidades que Susan Sherwin observa en la concepción dominante de la autonomía son: la necesidad de elegir de un menú preseleccionado de opciones que pueden ser incompatibles con los valores y preferencias de la paciente, la autoridad del proveedor para determinar qué es lo que cuenta como una información adecuada, y la necesidad de un profundo sentido de la autonomía para evaluar las posibles presiones coercitivas (Donchin, 2001). Respecto a la concepción individualista y racional de la autonomía, Susan Sherwin señala:

“Al afirmar la primacía teórica del individuo, las teorías basadas en la autonomía caracterizan las obligaciones sociales y morales como esencialmente secundarias a las consideraciones basadas en el propio interés. Tratan a las comunidades y a los lazos que las unen como un problema que es preciso justificar, procediendo como si el concepto de un individuo separado de la comunidad tuviese coherencia. Ignoran el hecho de que nuestra identidad y nuestras preferencias son, en buena medida, el fruto de nuestra historia social y de nuestras circunstancias actuales.” (Sherwin, 1996:53 traducción propia)

Sherwin también hace referencia al carácter excluyente de la concepción dominante de la autonomía en bioética, que se basa fundamentalmente en que la autonomía se les atribuye solamente a aquellas personas cuya racionalidad es reconocida y “Aquellos que son declarados o percibidos sin uso de razón están, simple y llanamente, fuera del ámbito de protección de todo el discurso sobre la autonomía.” (Sherwin, 1996:53). Sobre los usos de la bioética, Sherwin advierte, que en lugar de ser un instrumento para desafiar la opresión, la bioética puede contribuir a la perpetuación de las prácticas sociales opresivas y a la intensificación de la desventaja de las mujeres y otros grupos marginados.

En busca de una alternativa a la concepción de autonomía que ha dominado en la teoría bioética, Anne Donchin analiza las particularidades que hacen al carácter distintivo de la práctica médica y la relación proveedor/paciente para dar forma a una concepción de la autonomía más adecuada para la práctica médica. Donchin (2001) advierte que el modelo formal contractual de la autonomía priva a las personas de prácticamente todas las particularidades, teniendo como norma un yo despojado de todas las relaciones sociales. El señalamiento de la dominación y subordinación basada en el género, en la raza y en la etnia, y de las implicaciones de estas diferencias en las relaciones sociales, es, para Donchin (2001), el más crucial para apreciar la distintiva contribución feminista al replanteamiento crítico de la teoría bioética. Donchin

menciona, en particular, a Susan Sherwin como una de las pensadoras feministas que ha llamado la atención sobre la contribución que numerosas prácticas médicas en la perpetuación de prácticas sociales opresivas.

Donchin atribuye un sesgo del carácter voluntario en la comprensión que Beauchamp y Childress hacen de las relaciones humanas, que la autora señala "en la suposición de que las personas son criaturas sociales sólo contingentemente, libres de aceptar o rechazar los principios morales que han interiorizado" (Donchin, 1995: 46-47 en Ells, 2001) En la concepción de autonomía dominante, la identidad de la persona, considerada racional y libre de elegir sus propios fines, se separa del contexto social que construye y facilita sus decisiones (Donchin, 2001:374).

En su análisis de la relación médico/paciente, refiere Donchin (2001) que la caracterización universalista abstracta de la autonomía que ha dominado la teoría de la bioética se basa en un modelo de paciente, que generalmente es un hombre en la plenitud de su vida, que se encuentra con el médico como un igual moral e intelectual. Por su parte, el médico es idealmente también un agente independiente, quizá al principio reacio a reconocer el derecho moral del paciente autorizado para tomar decisiones, pero por lo demás libre de actuar sin restricción externa. En esta relación proveedor/paciente, la caracterización universalista abstracta de la autonomía se aplica, señala Donchin, a situaciones en que la principal preocupación es el modo en que las personas pueden defenderse de las intrusiones no deseadas de los demás, colocando el foco en proporcionar normas que rijan el intercambio de información dentro de los escenarios de toma de decisiones.

Sherwin, junto a Donchin, es consciente que una concepción individualista y racional de la autonomía favorecen la difusión de modelos contractuales de la medicina, modelos que no tienen en cuenta las circunstancias sociales, culturales, económicas, ni favorecen la mejora de las relaciones y la superación de barreras e injusticias sociales y económicas. En cambio, la autonomía relacional, es una autonomía que tiene presente el papel de la opresión y el de los grupos sociales de pertenencia y que repara en las relaciones sociales que reducen la opresión, o que, por el contrario, la refuerzan.

Para entender la autonomía relacional, Sherwin propone una concepción del *yo* más amplia, un *yo relacional*. El *yo*, según Sherwin, debe estar inserto en el contexto, igual que las decisiones y la capacidad de decisión. En una propuesta de extender la mirada al contexto social, Sherwin aclara:

"A diferencia de la teoría tradicional de autonomía, que examina la calidad de las decisiones reales del agente, la teoría relacional evalúa críticamente también las condiciones sociales que plasman las elecciones del agente (...) la autonomía relacional nos invita a evaluar críticamente, no sólo al agente, sino también a la sociedad" (Sherwin, 1999:10-11 en Marsico, 2003:104)

Para Donchin (2001), el entender la autonomía como relacional da cuenta de una dimensión fundamental de las relaciones proveedor-paciente como es la red de relaciones dentro de la cual está ligada la vida de la/el paciente, relegada a la periferia por los esquemas conceptuales individualistas de la autonomía. También, una concepción relacional de la autonomía pone de relieve las características de la agencia moral que los teóricos liberales a menudo relegaron a los márgenes de la vida moral (Donchin, 2001). Anne Donchin propone, como modelo alternativo en las relaciones que se dan en los ambientes sanitarios, la relación entre hermanas (Donchin, 2001).

3. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LA “LIBRE” ELECCIÓN.

Una aproximación a los derechos reproductivos, y en particular, al derecho a decidir sobre el propio cuerpo, nos lleva a reflexionar, siguiendo a Figueroa (2000), sobre lo que implica el ejercicio ciudadano y la conciencia corporal. En opinión de Ávila y Gouveia,

“... el concepto de derechos reproductivos nace justamente de la acción de las mujeres como sujetos políticos y del conocimiento y la reflexión sobre las condiciones que la sociedad les ha asignado para el ejercicio de su vida sexual y reproductiva. Este concepto rompe con el determinismo biológico insertando la libertad de elección reproductiva dentro de un contexto más amplio de ejercicio de ciudadanía, que no se reduce a las garantías legales y a los beneficios frente al poder del Estado, sino que incorpora también la idea de participación en las decisiones públicas, generando con ello nuevos significados para la vida cotidiana.” (1996:164 en Figueroa, 2000:51)

No obstante cuando se procura garantizar el derecho a decidir libre y responsablemente el espaciamiento y oportunidad de tener hijos, se lo hace en referencia a cuerpos individuales y se sostiene una idea de ciudadanía que remite a la noción de público/privado. Sobre la existencia de una base de cuerpos individuales y de identidad sexual sobre la que se apoya el derecho a decidir, destaco la reflexión de Poovey (1992). El derecho a la “libre elección” refleja la idea de que existe una base “natural” para la identidad individual, que está ligada al sistema binario de normas genéricas que parecen derivar, pero que no derivan, de la diferencia sexual, con lo cual se establece “... un sistema de derechos diferencial de acuerdo al sexo y subsume un grupo de personas dentro de una categoría falsamente homogénea de ‘hombre’ en oposición a otro grupo falsamente homogeneizado, el de ‘mujer’” (Poovey, 1992).

En relación al dominio de lo “privado”, desde la teoría feminista se han realizado aportes importantes advirtiendo que la concepción de autonomía implícita en los derechos reproductivos es tributaria de concepciones liberales (Ciriza, 2007). La libertad como no interferencia, la clásica definición liberal de libertad, “... se fundó sobre la existencia de un ámbito privado lo más amplio posible resguardado de lo público donde no llegaban las leyes, ni la racionalidad, ni la reciprocidad, ni la igualdad.” (Brown, 2008). Poovey explica, “... al postular un dominio de lo ‘privado’ y un modelo autónomo de lo individual se desconoce hasta qué punto las relaciones sociales impregnan el hogar e incluso un dominio tan ‘personal’ como lo es la actividad sexual.” (1992:240) Sin embargo, como advierte Brown (2008), la atención al entramado de relaciones intersubjetivas presentes en la elección, “... no significa dar preeminencia a la comunidad por sobre la identidad individual ni apostar por lo que ha sido entendida una libertad positiva, es decir una que apele a definir algún bien común comunitario al cual las personas debieran seguir.” (2008:5)

Para no caer en las trampas que hacen del derecho a decidir un sucedáneo del sujeto libre moderno y sus formas esencialistas y, para no engañarnos ni engañar con fórmulas repetidas, es necesario pensar en las condiciones materiales y simbólicas en las que temas como el derecho a decidir sobre el propio cuerpo se incorporan en el espacio público.

Harcourt (2011) hace un extenso análisis de lo que significó la promoción de los derechos reproductivos con el Programa de El Cairo sin insertarlos en un marco macroeconómico más amplio. Sin considerar otros contextos culturales y económicos, las intervenciones médicas modernas y los acuerdos institucionales del Programa de El Cairo, se consideraron suficientes

para construir cuerpos reproductores sanos, capacitados y modernos en el contexto de prácticas médicas, técnicas y legales de Occidente (Harcourt, 2011). Luego con la introducción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el 2000, el programa de derechos sexuales y reproductivos se redujo a la salud y a la mortalidad materna, limitando el ejercicio de la ciudadanía a un umbral de derechos cada vez más mínimos, el llamado “umbral de ciudadanía”¹ (Ordoñez, 2003:105)

4. POLÍTICAS DEL DESARROLLO EN TORNO AL DERECHO A DECIDIR SOBRE EL PROPIO CUERPO.

En la promoción de la “libre” elección referida a la vida sexual y reproductiva de las personas confluyen los movimientos feministas, el discurso de los derechos humanos y las estrategias de desarrollo neoliberales. Recuperando los análisis Harcourt (2011) sobre las relaciones entre el discurso de los derechos humanos, la atención sanitaria y las políticas del desarrollo, el objetivo es desentrañar la concepción de autonomía implícita en los diferentes discursos y prácticas de salud reproductiva que la promueven en el contexto de las políticas de desarrollo².

La promoción que se hace del derecho a la autonomía en salud reproductiva, como ejercicio de libertad, es necesario situarla en el conjunto de relaciones sociales y políticas en que emerge y se articula este derecho. Recuperando la propuesta que adoptó Digilio (2010) para el análisis del principio de dignidad, se repasa en la trama de sentidos que se produce en el entrecruzamiento entre bioética y una serie de transformaciones biopolíticas que acompañan las políticas de desarrollo.

4.1 Las mujeres pobres en el punto de mira

Las políticas de desarrollo humano impulsadas por organismos internacionales se constituyen en un nuevo arte de gobierno que pone el foco en las poblaciones “más vulnerables”, entre las que las mujeres pobres constituyen un “grupo de riesgo”. Alvarez (2005) denominó “focopolítica” a esta nueva tecnología de poder³ que se materializa en el discurso del desarrollo humano y que implicó una ruptura con las anteriores formas de gobierno que promovían una política de la vida

¹ El concepto de “umbral de ciudadanía” es definido por Ordoñez “... como aquella frontera de disfrute fáctico de una serie de derechos civiles y políticos, así como económicos, sociales y culturales que permiten el desarrollo de los llamados derechos y valores ciudadanos” (Ordoñez, 2000:103) Pero el umbral de los derechos económicos, sociales y culturales está fijado y definido por un conjunto de índices mínimos de verificación que establecería una medida de vigencia fáctica de derechos ciudadanos fundamentales que, a su vez, sentaría las bases para definir los términos de inclusión-exclusión social.

² Las políticas de desarrollo son aquellas que se desprenden de las directrices de los principales organismos internacionales a cargo de “lograr el desarrollo”. La idea de desarrollo, señala Dellacasa (2011) “... supone, a la vez, una transformación o transición de una situación de no desarrollo o “subdesarrollo”, que suele calificarse como negativa y caracterizarse como “primitiva”, a una situación de “desarrollo” que reproduce el carácter avanzado de occidente. En esta idea puede reconocerse cómo subyace un fuerte componente evolucionista, que supone a las sociedades occidentales, civilizadas, como las que han llegado “más lejos” en términos evolutivos y por lo tanto, cuentan con herramientas para “ayudar” a los grupos menos favorecidos.”

³ Una nueva tecnología de poder en relación al despliegue de gobernabilidad del Estado moderno sobre la población y la regulación política de la vida al que Foucault denominó biopolítica. Preocupado por el cómo del poder, Foucault (1996) categoriza a la biopolítica como una técnica de poder dirigida a la multiplicidad de los seres humanos, que pone bajo control los procesos propios de la vida (nacimiento, muerte, reproducción, etc.).

o biopolítica. Alvarez precisa, “No es más la población en su sentido genérico como lo era en la biopolítica, sino los más pobres, los vulnerables y ciertas minorías los que constituyen de una u otra manera una amenaza para la estabilidad del sistema.” (Alvarez, 2005: 241).

El foco en la población “más pobre” se materializa en dos aspectos, por medio de la provisión de ciertos mínimos biológicos para satisfacer necesidades básicas, y paradójicamente, en una culturización de las capacidades de los pobres. En las políticas de salud reproductiva, ambos aspectos confluyen en la construcción de un cuerpo reproductor femenino al cual, por un lado, se le ofrecen servicios dirigidos a la salud materna y, por otro, se espera que una relativa autonomía con relación a las anteriores formas de tutela del Estado protector. En las políticas neoliberales de la década del noventa, la autonomía se traduce, como varios autores⁴ consultados coinciden en señalar, en un aumento de la responsabilidad de la población en la solución de sus propios problemas.

El recorrido previo a poner el foco sobre las “mujeres pobres” comienza en los años setenta, cuando las políticas de desarrollo consideraron que las mujeres ocupaban una posición clave en el desarrollo y debían ser favorecidas, este enfoque se conoció en el ámbito hispano con las siglas MED, Mujeres En el Desarrollo (Martín Casares, 2008). A partir de los años ochenta se comienzan a reconocer las limitaciones de centrarse exclusivamente en las mujeres y se introduce la perspectiva de género para entender la subordinación de las mujeres, este enfoque recibió el nombre de Género en el Desarrollo (GED) o Gender And Development (GAD) y luego, durante la década del noventa, el enfoque de género se convierte en un eje transversal en los programas y políticas de desarrollo y se incorporan el IDG (Índice de Desarrollo relativo al Género) y el IPG (Índice de Potenciación de Género) al Índice de Desarrollo Humano (IDH), que evaluaba la condición media de todos los habitantes de un país. Maite Lorente (2005) ejemplifica el modo en que género y desarrollo se vincularon en el discurso dominante del desarrollo humano señalando que aun cuando no existen programas que ayuden a solucionar conflictos de tierra, “... se pretende que la población entienda que ‘el género’ es un tema que les va a ayudar al ‘desarrollo’ de sus pueblos” (2005:19)

Los textos oficiales, los informes de antecedentes, las estadísticas y las pruebas de las Naciones Unidas, convirtieron las experiencias dispares de las mujeres de todo el mundo “...en el cuerpo femenino sexualizado genérico: mujeres pobres con una serie implícita de necesidades y derechos.” (Harcourt, 2011:46) Esta esencialización y universalización del cuerpo femenino también formó parte de una de las mayores críticas al Programa de Acción de El Cairo, según Harcourt, “Seguramente se había ganado en temas de salud y derechos reproductores, pero no se operaron cambios en la pobreza ni en la desigualdad social y económica”, y esta tendencia se reafirmó en el cambio estratégico hacia la salud y la mortalidad materna que se produjo con la introducción de los ODM en el 2000.

Los ODM fueron presentados como una estrategia de política y de comunicación para dinamizar la implementación de los Planes de Acción acordados en los años noventa y, como observa Harcourt (2011), centraron su atención en la habilidad biológica de la mujer para dar a luz, omitiendo a los hombres y a los cuerpos que no están embarazados, sustituyendo los aspectos más complejos y radicales de garantizar los derechos sexuales y reproductivos por la atención a la salud y a la mortalidad materna. El nivel de mortalidad materna, el número de nacidos vivos y los servicios ofrecidos era realidades que podían medirse, gestionarse y administrarse a partir de indicadores y objetivos acordados entre expertos técnicos.

⁴ Alvarez, 2003; Andújar, 2003; Huggins, 2002; Laurell, 2002; Tajer, 2000.

Volviendo a los dos aspectos en los que se materializa la “focopolítica”, en la meta de disminuir la mortalidad materna, que ocupa el quinto lugar entre los diez objetivos propuestos por Naciones Unidas en el programa ODM, se puede observar la relación que se establece en la solución a la mortalidad materna, que se centra en invertir en servicios de salud y promover del “empoderamiento” de las mujeres para que sean capaces de usar de manera efectiva los servicios de salud materna. Contribuyendo a la naturalización de las desigualdades y a la reducción de la mujer a su habilidad biológica reproductiva, los ODM encajaron con una lógica política de salud neoliberal “... que trata más sobre la creación de nuevos campos de inversión y expansión de servicios y bienes biomédicos que de la salud y los derechos de las mujeres per se” (Harcourt, 2011:79)

Las mujeres en el discurso dominante del desarrollo humano, como señala Harcourt (2006), no eran ya víctimas necesitadas de ayuda, “... sino un sujeto que trabajaba con un potencial productivo, un agente deseoso y útil para el desarrollo.” El supuesto de que la autonomía de las mujeres redundaría en el incremento de la calidad de vida de toda la sociedad, junto a otros supuestos como los que ejemplifica Harcourt (2006), “concede crédito a la mujer pobre y toda la familia se verá beneficiada” o “enseña a la mujer a prevenir la malaria y salvarás a toda la comunidad”, forman parte de las políticas del desarrollo que han reinterpretando los argumentos de autonomía y empoderamiento de los movimientos por los derechos de las mujeres.

“Dale poder a las mujeres y serán el motor del desarrollo” es una idea que sintetiza las políticas del “empoderamiento ligero”⁵, políticas que, como señala Harcourt, combinan el poder y el dinero y “sortean las dificultades de cambiar las reglas sociales, las instituciones y las relaciones que forman parte de las realidades que marcan la diferencia entre los géneros.” (2011:54). En concordancia con la reflexión de Harcourt, Alvarez (2005) considera que discurso del desarrollo humano opera como un discurso de verdad que, al tiempo que condena las situaciones que oprimen a las mujeres pobres, “No cuestiona ni propone modificar las causas que producen la desigualdad y la pobreza, sino que las naturaliza y las reproduce” (2005:268)

4.2 El discurso del empoderamiento

La concepción de autonomía presente en las prácticas y en los discursos de los programas de salud sexual y reproductiva, junto a otros conceptos como agencia y habilidades, debe analizarse en relación con las políticas del “empoderamiento ligero” que forman parte del discurso “humano” del desarrollo.

Junto al concepto de habilidad, otros conceptos, como agencia y capacidades, conforman el Enfoque de las Capacidades (EC) de Amartya Sen que ha influenciado fuertemente el discurso del desarrollo humano (Alvarez, 2005). Desde el EC, las habilidades serían las diversas condiciones de vida que pueden o no ser alcanzadas y equivalen a estados de bienestar. Respecto al concepto de agencia, Alvarez indica que Sen se refiere a “... la capacidad de obrar de los seres humanos más allá de las condiciones de carencia que poseen” (2005:257) y que para Sen los individuos son agentes y no meros depositarios de bienestar.

Tenemos entonces que, desde el EC, la “libertad de elegir” en salud sexual y reproductiva es entendida como una libertad positiva que, para Sen, representa la capacidad que tiene una persona de llevar la vida que prefiera y, la promoción de esta libertad, se centra en el

⁵ El “empoderamiento ligero” es una expresión que toma Harcourt (2011) de Cornwall (2007)

fortalecimiento de las “capacidades” de la persona para que consiga lo que desea en función de cierta información y de ciertos parámetros racionalidad en las elecciones.

Lo que queda oculto detrás de esta elección reproductiva presentada como elección individual son condiciones estructurales, entre las que se encuentran las reglas del mercado, y el deslizamiento de las responsabilidades hacia el individuo por sus elecciones. La posibilidad de elección entre distintos métodos anticonceptivos bajo esquemas de privatización neoliberales, aun cuando a través de políticas de salud reproductiva algunos de estos métodos se brindan de manera gratuita, es presentada, de acuerdo con Briggs (2005), “...menos como un derecho garantizado por el Estado que como una mercancía, que es vendida por instituciones privadas a unos ‘consumidores’ que realizan elecciones racionales y basadas en sus propios intereses.” (2005:114).

Desde el EC de Amartya Sen, la falta de control reproductivo por parte de las mujeres es un serio obstáculo a su esfuerzo por lograr la autonomía y, por el contrario, “Las estrategias de empoderamiento o potenciación de las mujeres se revelan como un factor decisivo del cambio social y del mejoramiento de las condiciones de vida de todos” (Guerra, 2002:190) La idea de que las personas son capaces de “tomar las riendas de su vida” denota una representación de la pobreza que fue consecuente con el discurso del desarrollo humano de los años noventa y que viene a remplazar un discurso que surgió a comienzos de los años sesenta, donde la pobreza se asociaba a la “negligencia”, la “pereza” y la “relajación” y estas conductas eran consideradas una traba al desarrollo (Alvarez, 2008). A partir de los años noventa lo que desde el discurso dominante del desarrollo se valora son las “potencialidades” de los pobres para generar recursos y subsistir en forma autogestionada.

El empoderamiento surge como demanda en los años ochenta a partir de grupos de activistas feministas (Batiwala; 1997; Young, 1997). Posteriormente el término empoderamiento, utilizado desde el discurso de los organismos internacionales de desarrollo, pierde el sentido político otorgado por los movimientos feministas y parece referirse más a la autoconfianza con énfasis en el individualismo. Harcourt plantea que en los noventa las Conferencias de la ONU y de los programas de desarrollo y de investigación sobre género que surgieron a su alrededor,

“... siguieron creando una figura de la mujer colonizada, pobre y marginal que necesitaba ser conducida, educada, capacitada para el trabajo, y la toma de decisiones en su localidad, a la que se le podía controlar desde el punto de vista reproductivo y sexual a través de una serie de procesos de desarrollo diseñados para ‘empoderar a la mujer’” (Harcourt, 2006)

Cabría preguntarse entonces por qué, cuando la mayoría de las prácticas de salud se presentan como una técnica fundamentalmente científica y la palabra autorizada para tomar decisiones sobre un tratamiento es la del profesional médico, en las elecciones de técnicas anticonceptivas se “empodera” a las mujeres para que realicen elecciones autónomas, ofrezcan su punto de vista y hagan uso de ciertos conocimientos o prácticas médicas.

Si nos situamos en el ámbito privado donde transcurre el encuentro médico/paciente, un ámbito de control cargado de componentes morales que son encubiertos por una pretendida neutralidad técnica, podemos pensar, junto a Taussig (1995), que la promoción de decisiones reproductivas autónomas oculta la apropiación del punto de vista de la paciente “... sólo para hacer más coercitiva y poderosa la ciencia del manejo de las personas.” (Taussig, 1995:139). En el mismo sentido, Rose (1997:33; citada por Bolívar, 1999:7) señala que la clave del cierto éxito social del

neoliberalismo es que “concibe a los actores de forma nueva, como sujetos de responsabilidad, autonomía y elección, y trata de actuar sobre ellos sirviéndose de su libertad”.

5. CONCLUSIONES

En el recorrido realizado, se puede observar como en las decisiones reproductivas operan discursos y prácticas que reiteran una construcción social hegemónica que naturaliza un modelo de sujeto autónomo y transforma las desigualdades sociales en elecciones individuales, haciendo a los sujetos responsables por las decisiones que toman sobre sus vidas. En coincidencia con el enfoque individualista de la autonomía de Beauchamp y Childress, alcanzar la libertad de elegir desde el enfoque de las políticas de desarrollo, depende de lo que el sujeto sea capaz de conseguir, de las maneras en que sea capaz de vivir, y no de su renta, disponibilidad de servicios sociales o satisfacción de necesidades básicas.

La incitación a “elegir libre y responsablemente” se hace presente como un imperativo ético que puede interpretarse como verdaderas estrategias de control social. Las prácticas orientadas a promover la autonomía se caracterizan por un modo moralista y normativo de abordaje que se inscribe en la idea de la “libre” individualidad de la modernidad. A partir de estas prácticas se crea la ilusión neoliberal de un sujeto aislado sin relaciones con los demás, mientras que su subjetividad es altamente regulada por las prácticas relacionales de poder que tienen lugar, entre otros espacios, en el encuentro médico/a-paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

Alvarez Leguizamón, Sonia (2008): *Pobreza y desarrollo en América Latina, El caso de Argentina*, EUNSA, Editorial de la Universidad Nacional de Salta, Salta.

----- (2005): "Los discursos minimistas sobre las necesidades básicas y los umbrales de ciudadanía como reproductores de la pobreza". En Alvarez Leguizamón, S (comp.): *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO. Buenos Aires.

----- (2004): "La pobreza: configuraciones sociales, relaciones de tutela y dispositivos de intervención. (Salta primer mitad del siglo XX)". En: Ministerio de Educación. Secretaría de Cultura de la Provincia de Salta. *Abordajes y perspectivas*. Secretaría de Cultura de la Provincia de Salta, Salta.

Andújar, A. (2003): "Ciudadanía y Liderazgo Femenino", II Congreso Iberoamericano de Estudios de Género; 24-26 de julio de 2003; Salta, Argentina. [Ponencia]. UNSa. Salta.

Batliwala, Srilatha (1997): *El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción*. En Magdalena León (Comp.) *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Tercer Mundo S.A. Bogotá.

Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1999): *Principios de Ética Biomédica*. Masson. Barcelona.

Bolívar, A. (1999): "La educación no es un mercado. Crítica de la 'Gestión de Calidad Total'". *Aula de innovación educativa*, 83-84 (julio-agosto): pp.77-82.

Briggs, CH. (2005): "Perspectivas críticas en salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales", *Revista de Antropología Social*. México, Vol. 14: pp. 101-124.

Brown, Josefina. (2008): "Libertad, cuerpo y derecho: notas desde una perspectiva feminista". En *Actas de Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*, Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Documento en línea: www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/.../Josefina_Leonor_Brown_28.pdf (Consultado: 2011, mayo 03)

Ciriza, A. (2007): "En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas de la abstracción del cuerpo real y el derecho a decidir". Publicado en: Hoyos Vásquez, G. *Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Documento en línea: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/hoyos/19Ciriza.pdf> (Consultado: 2011, mayo 03)

Dellacasa, María Alejandra (2011): "Las políticas de desarrollo en el campo de la salud en América Latina" en Adad, L. y Villafañe, A. (Coord.) III Jornadas Antropología Social del Centro Bonaerense "Redefiniciones y Continuidades: Debates desde la Antropología" E-book. ISBN: 978-950-658-276-0. Olavaria.

Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, (2009) Documento en línea: <http://www.rae.es/> (Consultado: 2012, marzo 03)

Digilio, Patricia (2010): "Interferencias entre biopolítica, bioética y dignidad humana" en *La dignidad humana. Filosofía, bioética y derechos humanos*. Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires.

Donchin, Anne (2001): "Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles", *Journal of Medicine and Philosophy*. 26 (4): pp. 365- 386.

Ells, Carolyn (2001): "Shifting the Autonomy Debate to Theory as Ideology". *Journal of Medicine and Philosophy* 26 (4): 417–430. doi:10.1076/jmep.26.4.417.3009.

Figuroa, J. G., Aguilar, B. e Hita, G. (1994): "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos", *Estudios Sociológicos*, XII (34): pp. 129-154.

Figuroa, Juan Guillermo (2000): "Identidad de género masculina y Derechos Reproductivos. Algunas propuestas analíticas", en *La Ventana*, No. 12, México, pp. 43-72.

Foucault, Michael (1990): *La voluntad de saber. Historia de la Sexualidad*, Vol. I. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

----- (1996): *La vida de los hombres infames*, Editorial Altamira. Buenos Aires.

Goering, Sara (2009): "Postnatal Reproductive Autonomy: Promoting Relational Auonomy and Self-Trust in New Parents". *Bioethics* 23 (1): pp.9-19

Guerra, María José (2002): "Presente y futuro de la bioética en España: de la normalización al horizonte global". *Isegoría: Revista de filosofía moral y política* 27: pp. 181–192.

Harcourt, Wendy. (2011): *Desarrollo y políticas corporales. Debates críticos en género y desarrollo*. Edicions Bellaterra, S.L. Barcelona. España.

Huggins, M. (2002) "Género, participación, empoderamiento y control social" en Costas, A. et. Al, *Saúde, Equidade e Género: um desafio para as políticas públicas*. Editora Universidad de Brasilia. Brasilia.

Kukla, Rebecca (2005): "Conscientious Autonomy: Displacing Decisions in Health Care". *Hastings Center Report* 35 (2): pp. 34-44.

Laurell L, A. C. (2002): "Globalización y reforma del Estado" en COSTAS, A. *ET. AL, Saúde, Equidade e Género: um desafio para as políticas públicas*. Editora Universidad de Brasilia. Brasilia.

Lorente, Maite (2005): "Diálogos entre culturas: una reflexión sobre feminismo, género, desarrollo y mujeres indígenas kichwuas." Universidad Complutense: Instituto Complutense de Estudios Internacionales, ICEI; 1. <http://eprints.ucm.es/11849/1/PP01-05.pdf>

Mahowald, M. B. (1996): "On Treatment of Myopia: Feminist Standpoint Theory and Bioethics" En Wolf, S. (ed.) *Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction*. New York: Oxford University Press. pp. 95-115.

- Marsico, Gaia. (2003): *Bioética: Voces de mujeres*. Narcea. Madrid.
- Martín Casares, Aurelia (2006): *Antropología del género*. Cátedra. Madrid.
- Menéndez, Eduardo (2005): "Intencionalidad, experiencia y función". *Revista de Antropología Social*. México, Vol. 14, pp. 33-69.
- (1997): El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, N° 69, pp. 237-270.
- Naciones Unidas (1995): *Población y desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994).
- O'Neill, Onora (2003): "Autonomy: The Emperor's New Clothes". *Aristotelian Society Supplementary Volume* 77 (1): pp.1-21
- OPS (1996): "Promoción de la Salud: una Antología", Publicación Científica n° 557. Washington, DC: OPS.
- Ordoñez, Jaime (2003): "Los derechos fundamentales como referente del paradigma de ciudadanía civil y de la definición de la frontera de exclusión social" en Cacitua, E.; Sojo, C. y Davis, Shelton (eds.) *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe* (FLACSO/Banco Mundial) Costa Rica.
- Poovey, Mary (1992): "The Abortion Question and the Death of Man." en Butler, J. y Scott, J. (ed.): *Feminists Theorize the Political*, Routledge, Chapman and Hall, Inc, USA: pp. 239-56.
- Sherwin, Susana (1996): "Hacia una ética feminista del cuidado de la salud". En: CAREAGA, Gloria; FIGUEROA, Juan G. & MEJÍA, María C. *Ética y Salud Reproductiva*. PUEG/Porrúa. México.
- Tajer, D. (2000): "Generando la Reforma" en COSTA et. Al.: *Saúde, equidade e gênero: un desafío para as políticas públicas*, Abrasco-Alames, Ed. Universidad de Brasilia. Brasilia.
- Taussig, M. (1995): "La reificación y la conciencia del paciente" en *Un gigante en convulsiones*, Barcelona, Gedisa: pp. 110-143.
- Walker, Rebecca L. (2009): "Medical Ethics Needs a New View of Autonomy". *Journal of Medicine and Philosophy* 33 (6) (diciembre 1): pp. 594 -608. doi:10.1093/jmp/jhn033.
- (2009b) "Respect for Rational Autonomy" *Kennedy Institute of Ethics Journal* 19 (4):pp. 339-366.
- Young, Kate (1997): "El potencial transformador en las necesidades prácticas: empoderamiento colectivo y el proceso de planificación". En Magdalena León (comp.) *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Tercer Mundo S.A. Bogotá.

