

PODER MÉDICO Y CIUDADANÍA: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina

Avances y desafíos en la investigación regional

Roberto Castro y Alejandra López Gómez (Editores)

La publicación de este libro fue realizada en el marco del Programa de Apoyo a Publicaciones 2009 de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

Comité de Referato 2009 para el Programa de Publicaciones de la Facultad de Psicología
Prof. Ag. Joaquín Marques
Prof. Ag. Ana Hounie

ISBN 978-9974-0-0646-1
Diseño: Montini Diseño
Imprenta: MS Impresiones
Diseño de Tapa: Montini Diseño
D.L. 353.568

© D.R. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género
Facultad de Psicología - Universidad de la República
Tristán Narvaja 1674 CP 11200, Montevideo, Uruguay.
www.psico.edu.uy

© Universidad Nacional Autónoma de México
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Av. Universidad s/n, Circuito 2, Col. Chamilpa, C.P. 62210, Cuernavaca, Morelos. México
www.crim.unam.mx

Montevideo, junio de 2010.

ÍNDICE

Presentación	7
<i>Roberto Castro y Alejandra López Gómez</i>	
Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate.....	11
<i>Lilia Blima Schraiber</i>	
Aborto en Uruguay: tensiones y conflictos de los proveedores de salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres	27
<i>Alejandra López Gómez y Elina Carril</i>	
Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México.....	49
<i>Roberto Castro</i>	
De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México.....	73
<i>Cristina M. Herrera</i>	
Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos.....	101
<i>Joaquina Erviti</i>	
Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile.....	123
<i>Claudia Dides</i>	
Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil.....	137
<i>Sonia Hotimsky</i>	
Autores	157

PRESENTACIÓN

Roberto Castro (UNAM)
Alejandra López Gómez (UdelaR)

Los trabajos reunidos en este volumen son expresión de una línea de reflexión que actualmente se desarrolla en varios países de América Latina, en torno a un aspecto medular de la agenda política y ciudadana: el origen social de las resistencias que oponen diversas instancias de poder –en particular, aunque no solamente, las instituciones de salud y sus prestadores de servicios– frente a los procesos de apropiación y subjetivación de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres.

El libro es resultado del diálogo e intercambio que los diversos autores han sostenido, desde sus propias universidades, con la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y entre sí, en un esfuerzo por enriquecerse mutuamente y fortalecer la causa de la ciudadanía en salud reproductiva. Se trata de un intercambio entre universitarios que comenzó desde hace más de cinco años, y que ha encontrado otras expresiones y otros espacios de colaboración, como cursos de métodos cualitativos en salud y elaboración conjunta de propuestas de investigación sobre violencia sexual, entre otros.

Una expresión concreta de este diálogo fue la sesión *Poder médico y ciudadanía: el origen social de los conflictos que mantienen los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, llevada a cabo en el marco del XXVIII Congreso Internacional de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA) celebrado en Río de Janeiro en Junio del 2009. Ahí, los autores de los diversos capítulos de este libro presentaron una primera versión de sus trabajos, al tiempo que Lilia Blima Schraiber fungió como comentarista de los mismos. Al concluir dicho encuentro, resultó evidente que estábamos frente a una problemática de enorme trascendencia cuya dilucidación progresaba significativamente ante la afortunada coyuntura de ver reunido a un significativo grupo de académicos haciendo investigación original y comprometida en torno a la misma. Entonces optamos por seguir adelante con este empeño, y asumimos el reto de difundir nuestros hallazgos y reflexiones bajo la forma de un libro con perspectiva, metodología y rigor científicos. Al publicar este volumen, perseguimos el doble objetivo de comunicar, al menos parcialmente, el estado actual de nuestras investigaciones y

hallazgos críticos, y ofrecer una base que sirva para ampliar la discusión por toda la región convocando a nuevas y nuevos investigadores de las ciencias sociales y la salud que estén también trabajando estos temas.

El libro presenta las versiones dictaminadas y revisadas de aquellos trabajos que se presentaron originalmente en Río de Janeiro. De hecho, varios de los capítulos fueron significativamente reformulados mientras que otros fueron sustancialmente corregidos para su publicación en este volumen. Estamos ciertos que el material aquí contenido ha sido objeto de repetidas inspecciones y que está listo, por tanto, para exponerse al crítico escrutinio del lector.

El primer capítulo contiene el comentario y análisis de Lilia Blima Schraiber, quien elabora una reflexión articuladora del conjunto de los trabajos presentados, demostrando la efectiva unidad temática y política que los vincula a todos entre sí. Además de identificar nuevas preguntas de investigación que es necesario plantearse para generar un conocimiento científicamente riguroso y políticamente útil en esta materia, la autora propone y desarrolla una diferenciación clave entre la acción técnica y la acción moral de los prestadores de servicios de salud en el ámbito de la salud reproductiva, mostrando los efectos de lo que denomina la técnica moral-dependiente de dichos profesionales.

Alejandra López Gómez y Elina Carril presentan, en el segundo capítulo, algunos resultados de un estudio sobre las actitudes y prácticas de los proveedores de salud en Uruguay que asisten a mujeres en situación de aborto voluntario, desde la experiencia vivida por las propias mujeres. La práctica sanitaria en tanto práctica social específica es analizada en sus lógicas prácticas, en el sentido de sus acciones, en las modalidades de construcción del vínculo sanitario, en las relaciones de poder jerárquicas entre el personal médico y las mujeres usuarias frente a sus decisiones y derechos reproductivos, identificando las barreras desde el sistema y los proveedores de salud para contribuir a la autonomía y empoderamiento ciudadano.

En el tercer capítulo, Roberto Castro presenta el desarrollo conceptual y los primeros hallazgos de un estudio sobre los esquemas de percepción y apreciación que ponen en juego los prestadores de servicios de salud en México, en cada encuentro con las usuarias y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios del campo médico. El autor propone explorar con detalle el papel genético-estructural que juega el tipo de entrenamiento que reciben los médicos en su período de formación universitaria y en el hospital en la constitución de su habitus profesional, y sienta las bases de

una investigación orientada a identificar qué lógicas-prácticas funcionan en la cotidianidad de los servicios que dan lugar a diversas formas de violación de derechos reproductivos durante la atención del parto.

A partir de un estudio cualitativo desarrollado en México entre personal de salud de servicios públicos, Cristina Herrera analiza, en el cuarto capítulo, las dificultades de los practicantes para reconocer a sus pacientes mujeres como sujetos con derechos, en un contexto marcado por persistente misoginia y desconfianza en la justicia. Por una parte, la autora destaca el carácter normativo del orden médico, que desde un discurso autorizado por su supuesta cientificidad, patologiza y por esta vía re-privatiza un delito como la violencia contra las mujeres en el hogar. Y por otra, estudia el lugar que ocupa la mujer en el orden médico tanto en sus aspectos estructurales como en la especificidad de la cultura mexicana, a partir del análisis del discurso de estos profesionales en relación con sus pacientes mujeres que viven violencia de pareja.

El quinto capítulo, de Joaquina Erviti, documenta la vigencia de un orden corporal generizado, que se despliega con particular claridad en el ámbito de la reproducción, y en cuyo sostenimiento la estructura de poder del campo médico juega un papel central. A partir de los hallazgos de una investigación entre diversos tipos de varones, la autora muestra cómo en el discurso de los médicos las mujeres usuarias de los servicios de salud son sistemáticamente desconocidas como ciudadanas (ergo, con derechos) y concomitantemente reconstruidas como pacientes conflictivas que son disciplinadas de diversas maneras, al mismo tiempo que son clasificadas de acuerdo a los estereotipos de género dominantes. Tal disciplinamiento cumple la doble función de facilitar la intervención médica sobre su cuerpo y de reproducir un orden social y normativo que a su vez perpetúa las jerarquías de género vigentes.

El capítulo sexto, de Claudia Dides reflexiona sobre el vínculo entre objeción de conciencia y salud reproductiva en profesionales chilenos en dos casos paradigmáticos: la anticoncepción de emergencia y la esterilización voluntaria. La autora plantea varias preguntas respecto de la objeción de conciencia en el campo de la salud reproductiva y de los dilemas éticos (y políticos) de los cuales, como sociedad democrática, debemos hacernos cargo. Se muestra así que la entrega de servicios de salud en el ámbito de la reproducción y sexualidad puede pugnar con las convicciones de quien debe otorgarlos. El trabajo argumenta sobre la importancia de reglamentar estos dilemas y muestra que en muchos países se recoge la objeción de conciencia en una legislación específica o bien se desprende de las garantías constitucionales, al tiempo

que se protege la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos también reconocidos en la legislación.

Finalmente, el trabajo de Sonia Hotimsky muestra los resultados de una investigación etnográfica sobre la formación práctica en obstetricia realizada en dos prestigiosas escuelas de medicina en Sao Paulo, Brasil. Al caracterizar el currículum y el entrenamiento obstétrico en el nivel de especialización en ambas escuelas, la autora esclarece el funcionamiento, a veces dilemático, de algunos de los mecanismos que perpetúan la violación de derechos humanos en el espacio de los servicios de salud reproductiva, y muestra cómo la práctica de la obstetricia, en cuanto técnica moral-dependiente, se descalifica en la medida en que los derechos humanos fundamentales contemplados por el código de ética médica, son despreciados.

A todas luces, el libro es expresión del dinamismo de esta línea de investigación que el conjunto de sus autores/as han sabido imprimir a esta temática a través de la reflexión colectiva sostenida a lo largo de estos años. Quizás el mérito fundamental de los trabajos aquí presentados sea la articulación que ofrecen entre marcos teóricos multidisciplinarios bien consolidados e investigación empírica en escenarios concretos y con actores sociales de carne y hueso. De manera que lo que el lector tiene entre sus manos no es solamente un tratado de reflexiones abstractas sobre la materia, ni un conjunto de investigaciones empíricas sin anclaje conceptual. Sostenemos que la síntesis de ambas, tal como se muestra en esta obra, constituyen una sólida base para impulsar el conocimiento científico en materia de condiciones de posibilidad de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, y por lo mismo, para el impulso de la agenda política orientada a construir cambios concretos y avances mensurables en esta materia.

Por último, nuestro especial agradecimiento a la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República del Uruguay por su permanente apoyo al desarrollo científico y a su divulgación y, en particular, por considerar que esta propuesta merecía ser concretada destinando el apoyo financiero necesario para ello. Asimismo, agradecemos al Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México por el apoyo brindado para la traducción del portugués al español de dos capítulos de este libro. Y a Lucía Cristina Ortiz Domínguez por su empeñosa y dedicada labor de revisión de todo este documento.

Mayo de 2010

**ACCIÓN TÉCNICA Y ACCIÓN MORAL:
el doble carácter de la práctica de
los profesionales de la salud.
Apuntes para un debate**

:: Lilia Blima Schraiber

Introducción

Si bien es cierto que cada uno de los capítulos de este libro gira alrededor de un tema propio y distinto, muchos son los aspectos que los unen y mediante los cuales podemos abordar el conjunto de los trabajos. Tratan, todos, de cuestiones importantes acerca del poder médico frente a los derechos de las mujeres, registrando, de diferentes modos, los aspectos también diversos en los que observamos que el quehacer de los profesionales de la salud, aún de diferentes áreas de actuación, lejos de poner en práctica los derechos de las mujeres refuerza las desigualdades tradicionales en lo social y en lo cultural, y reproduce así los estereotipos de género formulados a lo largo de la historia. Desde la “mujer que miente constantemente, engaña y traiciona” hasta esa otra mujer cuyo máximo y permanente deseo es la maternidad. Por diferentes caminos y diseños de investigación, estos capítulos buscan entender la resistencia de los profesionales. Los trabajos muestran algunas de esas resistencias claramente ancladas en las creencias y convicciones de esos profesionales, que tienen que ver tanto con la condición de mujeres pobres, casi siempre mostrada como inviable en lo cultural, como con las posibilidades de emancipación de todas las mujeres, consideradas al principio como otra imposibilidad, cuya naturaleza radicaría en la incapacidad de ser de las mujeres y concebidas como incapaces de constituirse en sujetos libres y ciudadanas.

Los trabajos presentados, en otros aspectos, muestran la resistencia de los profesionales como una actitud que llamaré excusa tecnológica (Kiss, Schraiber, 2009), porque la negación está asentada en la discusión de la incompetencia técnica para tratar con las demandas y necesidades de las mujeres: profesionalmente no sabrían qué hacer. Esta última situación casi siempre se mezcla con la otra mencionada anteriormente y con muchos profesionales que efectivamente lidian o de algún modo han lidiado con el aborto, la violencia doméstica, el embarazo no deseado, la anticoncepción de emergencia, la mujer que reclama sus derechos o con la enseñanza de los profesionales del futuro quienes deberán enfrentarse a estas situaciones que escapan al clásico mal o demandas en la salud que puedan reducirse con facilidad a los males de la nosografía, alegando que lo hicieron bajo un carácter personal y no profesional (Kiss, Schraiber, 2009). Y de cierto lo hicieron amparados en sus propias ideas para mejor enfrentar tales situaciones, algunas de ellas críticas a la cultura de género y a la ideología dominante en sus contextos sociales y profesionales; otras, por el contrario, refuerzan las desigualdades sociales y de género, tal como se presentan aquí en los trabajos de investigación.

Por otro lado, se señalan las relaciones de esos modos de actuar en contextos tanto de las políticas públicas como de las condiciones de trabajo en los servicios y ejercicio de sus profesiones. En conjunto, las investigaciones presentadas han originado preguntas y nos remiten a los tres planos en que, con frecuencia, el propio campo de la salud ha sido criticado: el de las políticas, el de la planificación y gestión de los servicios y el de la práctica profesional. Así sería posible, frente a la ilegalidad que aún rige en diversos países referente a la práctica del aborto seguro, debatir la política pública de salud sobre la atención a las mujeres en situación de riesgo por un aborto inseguro o en situaciones de embarazos no deseados, como lo mencionan en su artículo, Alejandra López y Elina Carril. En el mismo plano de la política todavía es posible considerar la atención a mujeres en situación de violencia de género y las dificultades para estructurar los servicios en ese sentido dentro de un marco de atención integral, como lo señala Cristina Herrera. En otro plano, podríamos considerar con Roberto Castro, hasta dónde alcanza el dominio de la planificación y organización de los servicios un punto tal que sea posible atribuir a la calidad administrativa de éstos una reorientación de la cultura y normas profesionales en la salud para una nueva forma de tratar las necesidades de salud de las mujeres, de modo que se incluyan sus derechos sexuales y reproductivos. En ese mismo plano de las necesidades, sería posible que se trataran las responsabilidades de los servicios para atender las demandas aún cuando algunos de sus profesionales se refieran a la consciencia para objetar y no informar sobre medidas de anticoncepción de emergencia, como presenta Claudia Dides.

Sin embargo, a la par de las instancias políticas y organizativo-administrativas, en tanto figura de aproximación al debate de los derechos de las mujeres como parte de las cuestiones del campo médico-sanitario, quiero centrar mis señalamientos en un debate con un enfoque de tercer plano: el de las prácticas profesionales. Las razones que me llevan a ello radican, por un lado, en la producción de cierto modo reducida de estudios e investigaciones en ese ámbito si se la compara con el de las políticas de salud o de la gestión y administración de los servicios. Por el otro, este plano de las prácticas se configura, como apunta Joaquina Erviti, en espacios adecuados para “educar a las mujeres”, lo que se puede hacer desde la perspectiva conservadora de los roles de género o, al revés, buscando perspectivas emancipatorias y de equidad de género, y así fundamentar esa calidad pedagógica de las prácticas en los marcos de los derechos humanos y de las mujeres. Las posibilidades de hacerlo son dadas por una calificación muy específica e importante de la práctica de los profesionales de la salud, en particular. Se trata de la *autonomía profesional* en el campo de la atención a la salud, autonomía que se

origina como característica central del trabajo de los médicos con la reconstrucción de la práctica médica en la Modernidad (Ribeiro y Schraiber, 1994; Schraiber, 1995a) y que constituye hoy día uno de los focos principales de tensión y conflicto de la práctica médica contemporánea (Schraiber, 2008). Con base en esa raíz de la medicina en la Modernidad, en la que se da tanto la formulación del saber médico de base biomédica (Foucault, 1977, 1984) como el surgimiento del enorme poder adquirido por los médicos como agentes del Estado moderno (Freidson, 1970a), como representantes legítimos de la ciencia y como portadores/guardianes de la autoridad cultural de su uso social (Starr, 1982), la autonomía de los médicos fue, en mi opinión, el enlace construido históricamente entre dos cualidades de su práctica: la de un saber técnico-científico y la de un poder político y cultural-moral del ejercicio de ese saber con una regulación externa al corpus profesional (la organización corporativa de los médicos) casi nula. O como lo menciona Freidson (1970a; 1970b), un poder de disciplinar y evaluar a los otros y simultáneamente de permitir regularse o evaluarse únicamente por sus mismos pares. En la profesión médica esta autonomía ya ha alcanzado otras dimensiones de la vida laboral del médico, como el mercado de trabajo (la autonomía mercantil); el orden organizacional/administrativo (o también jerárquico) de la producción de su trabajo asistencial (la autonomía del consultorio privado) y el espacio técnico de la concreta acción del trabajo (la autonomía técnica). Pero si bien en la actualidad se restringe fundamentalmente a la esfera de la actuación técnica del médico, no deja de representar el espacio de la relación conocimiento-poder en que se dan las posibilidades de afirmar o negar lo social, lo cultural y lo ético-político al interior de su acción, al interior de la técnica (Schraiber, 2008).

Cuando se valora el enfoque de la práctica profesional, debo aclarar que tales prácticas profesionales las concibo como la producción del trabajo social, distinguiéndolas de constituir solamente una acción de aplicación del saber profesional -como es su enfoque en el campo de la sociología de las profesiones-, para tomar esa práctica como ejercicio de la técnica en el interior de un proceso de trabajo que se da en determinadas estructuras de la producción social (Schraiber, 2008). Desde tal punto de vista valoramos, como Freidson (1970a y 1970b) el mercado y las relaciones de trabajo como instancias que constriñen la autonomía profesional. Valoramos también la finalidad social que se busca alcanzar con la intervención técnica, es decir la utilidad social otorgada a lo largo de la historia al uso del saber médico en su aproximación y transformación de su objeto de intervención - en la Modernidad, la aproximación que toma el cuerpo como fuerza de trabajo y un organismo biomédicamente (o anatómica y patológicamente) considerado (Mendes-Gonçalves, 1984, 1994)-.

Es posible, también, caracterizar mi enfoque de la práctica profesional por los términos del lenguaje gerencial, en el que figura como el trabajo-fin de un servicio de salud (Schraiber et al, 1999). Es decir, la dimensión en que sucede la producción directa de los “cuidados”, considerando que el término “cuidado” se refiere aquí únicamente a la tradición de lo que llamamos la producción de una asistencia individual, que diagnostica y trata los casos y que se utiliza únicamente para indicar la intervención directa (técnica) en los pacientes o usuarias de un servicio, sin alusión a la crítica importante de la actualidad sobre el tecnicismo de esa intervención (Ayres, 2004). Muy por el contrario, esa expresión ‘producción directa de los cuidados’ expresa, por ahora, la intervención de carácter técnico, de naturaleza técnica-científica y biomédica, que caracteriza a y se origina en la profesión de los médicos pero se extiende a todas las profesiones de la salud, lo que también ocurrirá con cierto uso de la autonomía en la relación profesional-usuario (o paciente) dada la colonización del saber médico sobre los demás actores presentes en el campo de la salud.

Antes de avanzar en el plano de las prácticas profesionales es importante registrar que concibo estos tres planos –el de las políticas, el de la planificación / gestión de los servicios y el de las prácticas profesionales- como planos articulados de manera necesaria e imprescindible, para llegar a alcanzar el propósito de una atención integral en salud (Schraiber, 1995b). Si en el plano de las políticas definimos los consensos doctrinarios y las normas mediante las cuales podrán alcanzarse determinados derechos en términos de la atención a la salud, será en el ámbito de la planeación y la administración que tales normas y consensos se filtrarán a través de las redes o sistemas en que se organiza la distribución de los servicios para la población. Es importante decir que si la política de la salud reconoce los derechos de las mujeres, será necesario que dentro de la estructuración del conjunto de los servicios y en el funcionamiento interno de cada establecimiento de salud estos derechos se traduzcan también en acciones y flujos asistenciales que sean aceptados y valorados. Pero si todas esas pretensiones se quedan fuera del consultorio médico o del tratamiento del paciente o de cualquier otro profesional, cuando este profesional cierra la puerta para atender a la usuaria -delineando la imagen más fuerte de nuestra cuestión en cuanto a la importancia con que abordamos la práctica profesional-, la acción profesional no podrá concretar ningún consenso ético-político o ninguna norma práctica de realización de los derechos. Y pensemos que el profesional puede hacerlo exactamente por esa dimensión de autonomía técnica, ámbito en lo cual se inscribe la “educación de las mujeres”, como menciona Joaquina Erviti. Tal autonomía es ejercida en el núcleo duro de su práctica profesional en que procede al *juicio clínico* y a la

toma de decisión asistencial del caso. Por ello es importante, aunque menos explorado, atenernos a este plano en el cual, en los términos de Bourdieu (1974, 1996), el agente de la práctica, el médico o cualquier otro profesional de la salud, se reproduce culturalmente como sujeto de su profesión, en que reitera un “habitus” dado en su modo técnico de actuar (una práctica lógica de proceder determinada) que causa tensión y con ella produce conflictos por su innovación de esa misma cultura profesional. Reproducción e innovación están, en ese caso, dados al interior de cualquier acción práctica y se hace más compleja en esa posición de autonomía técnica con la que el médico puede, con mayor libertad, afirmar o negar en su quehacer profesional, aquellos consensos políticos acordados y, puede generar o excluir tecnológicamente los procedimientos técnicos que llevan a cabo o impiden, entre otras cuestiones ético-políticas, los derechos de las mujeres, sirviéndose de uno o de otro lado de las disposiciones organizativas y funcionales de los establecimientos de su actuación. Entonces, para el propósito de concretar en ese trabajo una atención integral que se cumpla de manera positiva, es importante suscribir los derechos de las mujeres y que la práctica profesional esté articulada a los planos de la política y la gestión de los servicios. Pasa a ser una cuestión fundamental estar al tanto de lo que se articula o desarticula, mediante el método más o menos autónomo de hacerlo efectivo frente de los demás planos, lo cual se torna en una situación fundamental para hacer valer los principios más generales de la atención integral de la salud.

Procediendo ahora a analizar los trabajos presentados en este libro desde la perspectiva de la práctica profesional, es importante señalar el hecho de que todos los trabajos, explicitándolo o no, terminan por examinar y señalar problemas centrales de la autonomía técnica en la práctica profesional. Refieren hallazgos empíricos en ese sentido derivados del ejercicio profesional cotidiano en los servicios de salud que tratan.

El aspecto central que trato de destacar relacionado con esos trabajos se refiere al hecho de que los profesionales de la salud parecen transitar con facilidad práctica y seguridad discursiva entre las dimensiones de los casos que asisten a las que ellos mismos concebirían como esferas extra-técnicas y las técnicas de tratamiento y asistencia utilizados. Es más, con esa seguridad discursiva que caracteriza al poder médico en la sociedad, en el trayecto entre ambas puede terminar por cubrir a las dos –la esfera propiamente técnica y la extra-técnica– con la cualidad de la práctica profesional. Así confieren significado profesional, cubriéndolas de valor y autoridad técnico-científica, apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y hasta económico y social de las mujeres y de los problemas de salud que conllevan sus deman-

das a los servicios. Tales apreciaciones están revestidas de, y en la práctica profesional funcionan con la calidad de *juicio moral*, que se mezcla con el propio juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales que hará cada profesional.

Observemos, por ejemplo, en el artículo de Alejandra López y Elina Carril, sobre el manejo de los servicios de salud frente a la práctica del aborto voluntario en las mujeres, que las autoras se valen del término ‘deslizamiento’ para referir ese tránsito fácil mencionado de lo técnico a lo moral, utilizado especialmente por los médicos, aunque no exclusivamente por ellos, al atender mujeres en casos de embarazo no deseado y de aborto. Las autoras muestran las diferentes conductas profesionales al interior de una misma organización de la producción del trabajo. Situación que nos remite a una diversidad de actuaciones que puede inscribirse y de hecho se inscriben, dentro de la práctica profesional. Tal diversidad de actuaciones la veo como producto de decisiones personales de cada agente de la práctica. En otros términos, como quien puede, hasta cierto punto, ser libre para cumplir o revisar las normas homogéneas del desempeño técnico-científico, o los objetivos asistenciales de la institución hospitalaria. Todo se pasa como si el profesional pudiera decidir qué hacer basado en sus creencias o valores estrictamente personales y no seguir las normas institucionales, a pesar de que el hospital en que actúa fue proyectado de manera política o planeado y/o administrado para llevar a cabo en ese trabajo-fin de la ‘producción directa de los cuidados’ un modo más igualitario de atender y llevar a cabo la intervención en los casos de abortos.

De manera similar, encontramos en el trabajo de Claudia Dides, en el que se valora la perspectiva bioética sobre el poder profesional y los derechos de las mujeres, la discusión sobre la posibilidad de ‘objeción de la consciencia’ por parte de los profesionales frente a las normas ya acordadas para el servicio. La autora se refiere a la objeción de consciencia como un problema ideológico, y no ético, cuando los profesionales se rehúsan a dar información sobre las medidas de anticoncepción a disposición de las usuarias, inclusive la anticoncepción de emergencia, en los servicios de salud. Pero la dimensión ética surge si a la par de negar las informaciones por objeción de consciencia, el profesional tampoco orienta a las usuarias que busquen otro médico o profesional del mismo servicio, imponiendo así su creencia o valor a todo el servicio. Dides examina en este proceder el poder del médico, el que se extiende a las prácticas de los demás profesionales, para no cumplir con los derechos de las mujeres, los derechos reproductivos garantizados en el plano de la política. Por otro lado, señala también la distinción entre la objeción hecha

por el profesional como un individuo y la responsabilidad social del servicio que debe proporcionar tales informaciones y recursos anticonceptivos, muy independiente de una actuación individual contraria, caracterizando así otra posibilidad de independencia personal en el quehacer del médico o de cualquier otro profesional.

Otro ejemplo de negación de los derechos de las mujeres y de su transformación de sujetos en objetos de la reproducción humana se encuentra en el texto de Joaquina Erviti, examinando cómo los profesionales actúan en los casos de embarazo o en la asistencia al parto. Por ejemplo en el caso de embarazo no deseado y que contradice sus propias creencias tradicionales de género en donde un embarazo es visto como “siempre bienvenido”, los profesionales caracterizan a esas mujeres como irresponsables, impulsivas y poco informadas de los métodos anticonceptivos. Así, en sus acciones como médicos también se ‘deslizan’, como lo denominaron López y Carril, de un proceder técnico-científico hacia a una acción personal-moral, lo que puede resultar en “violencia obstétrica” en los cuidados dispensados en el momento del parto. A partir de la construcción del cuerpo embarazado como un cuerpo “en riesgo”, y del propio parto como una patología, en el estudio que presenta Erviti una cuestión central es la necesidad de controlar a las mujeres embarazadas para que colaboren durante el trabajo de parto, lo que se convierte en una verdadera guerra justificando acciones violentas.

Cristina Herrera, a su vez, ofrece otro ejemplo para estudiar el modo en que los profesionales atienden en su práctica diaria a las mujeres que han sido víctimas de violencia doméstica, que, como sabemos, es perpetrada en la mayoría de los casos por sus compañeros íntimos (Kiss, Schraiber, 2009). La autora reflexiona la forma en que el discurso médico se ‘combina’ con otros discursos: de género, de discriminación étnica, de exclusión social. Por parte del profesional, se dirige a una mezcla, una mixtura entre un enfoque técnico-científico y otro moral que juzga el comportamiento personal de las usuarias, que es lo que ocurre cuando el profesional desconfía de las pacientes, que mienten o que no cumplen con sus orientaciones. Esa desconfianza produce orientaciones morales y no tratamientos de naturaleza biomédica. Los profesionales en este caso transforman sus consejos y opiniones de orden moral en prescripción médica, la que a su vez se basa en apreciaciones totalmente personales de las demandas de las usuarias, en este caso relativas a la violencia de género en contra de las mujeres.

Vamos a encontrar también una importante discusión sobre el plano de la práctica profesional en el trabajo de Roberto Castro, cuando se refiere a la

distinción entre problemas en la calidad de atención en sentido administrativo y problemas de la violación de los derechos de las mujeres por parte de los profesionales. Castro resalta la conexión de estos últimos a la cultura profesional y a la reproducción del orden médico, un orden en el que todo enunciado asume un carácter disciplinario, normativo, al mismo tiempo que se reviste de poder y autoridad médica, legitimando con este estatuto las percepciones y apreciaciones de carácter personal que estos profesionales hacen de sus usuarias, sus necesidades de salud y demandas y de sus derechos reproductivos y sexuales. O como lo sitúa Joaquina Erviti, los médicos normalizan los cuerpos, imponiendo una determinada forma de vida y cuidados. Así, con la sugerencia de Castro de explorar más a fondo tales percepciones y apreciaciones, se refuerza la importancia del plano de la acción profesional frente a las políticas y gestión de los servicios.

Y, para terminar, en el trabajo presentado por Sonia Hotimsky observamos el conflicto entre situaciones de cuidado y situaciones de aprendizaje, cuando se practican intervenciones o procedimientos técnicos que sirven solamente para el aprendizaje de los alumnos pero que no constituyen una necesidad de intervención médica, técnicamente hablando. La autora presenta el caso de una alumna de medicina que solicita a la doctora que la supervise en su etapa de aprendizaje profesional para llevar a cabo una episiotomía (técnica quirúrgica adecuada en muy pocos partos), porque puede ser su única oportunidad de practicar tal procedimiento. La solicitud se hace, sin embargo, en el parto de una paciente que no requiere de tal procedimiento. El episodio muestra el hecho de que entre el uso didáctico de la asistencia y la producción del cuidado a la paciente, se puede originar un conflicto. En este caso, lo defino como *conflicto moral* (Schraiber, 2008) porque la doctora que orienta a la alumna sabe que ella debe aprender el procedimiento, porque puede ser su única oportunidad, pero la paciente debe parir sin ese procedimiento. La solución adoptada por la doctora es eminentemente práctica porque no se ampara en ningún juicio técnico-científico (ni podría hacerlo porque la característica del conflicto es de naturaleza moral) y radica en su enunciado de que el procedimiento “*no es necesario pero no está equivocado*”. La doctora se evade así del ámbito técnico y científico de la toma de decisión hacia el ámbito del juicio moral porque de hecho (culturalmente, por el ‘habitus’ profesional) no piensa que pueda existir daño alguno para la paciente y no entiende que un procedimiento innecesario puede ser perjudicial (iatrogénico), en razón de la propia convicción de ‘el bien de la tecnología por la tecnología’. Esa concepción de la tecnología como un bien en sí mismo (y que no depende entonces de un uso determinado y juicioso), además de histórica y socialmente dominante, es parte del discurso del que los mismos médicos son

portavoces, en el que no aparece ninguna posibilidad de error en su juicio particular.

El conjunto de las ponderaciones que acabo de presentar después de examinar los diversos trabajos de este libro, más allá de haber comprobado la presencia de una dimensión extra-técnica con la dimensión técnica en el quehacer profesional, abre interrogantes en otras direcciones. Permítaseme resaltar dos de ellas: 1) ¿cómo y por qué pueden ser posibles asociaciones ideológicas, religiosas y morales en actos técnicos y científicos? o ¿cómo es posible conciliar tales perspectivas en un mismo quehacer profesional? y, 2) ¿es posible que sean dos dimensiones separadas que se muestran en una yuxtaposición? Es decir, ¿se trata del hecho de una dimensión técnica y otra extra-técnica en las cuales transitan los profesionales con facilidad? Si así fuera, la legitimidad de la dimensión técnica y científica cubre esa otra dimensión de la práctica de los profesionales de la salud, que permite posicionamientos políticos, discriminatorios por cuestiones de ideología y, en especial, **juicios morales**, siendo esto último, en mi opinión, la puerta de entrada de los demás con sus estereotipos y estigmas sociales. Al final, como consideramos, se otorga al conjunto (acción técnico-científica y acción moral) la representación de un acto profesional, cuya autoridad cubre la esfera de base meramente personal. Y así sucede en la configuración de la práctica de la salud, tan tecnológica en la actualidad, en especial en la del médico.

Esa posibilidad de ‘escapar’ a lo técnico-científico y sus normas de un proceder siempre igual, que uniforman las conductas de los profesionales, queda demostrada en este trabajo, situación atemorizante si se la observa en términos de la formación de profesionales, en especial de los médicos, que son sujetos centrales para mantener y ampliar el poder tradicional en el campo de la salud y que coloniza a los demás profesionales.

Vamos a encontrar también las mismas posibilidades de escapar a lo técnico-científico, dentro de la misma acción profesional en el contexto brasileño, como pude constatarlo en un estudio muy similar al de Cristina Herrera sobre el discurso de los profesionales de la salud en servicios del Sistema Único de Salud (SUS) en San Pablo, en casos de mujeres víctimas de violencia doméstica. Según su propia percepción se llevan a cabo acciones personales, muchas veces de carácter solidario con las mujeres y no acciones profesionales (Kiss; Schraiber, 2009). Sin embargo queda muy claro que tal actuación personal tanto para la usuaria como para el profesional fue la solución adoptada profesionalmente en ese momento y en ese contexto. ¿Cuál lógica práctica permite eso, como lo señala Roberto Castro en la referencia a Bourdieu? Y tal proceso,

¿se encuentra dentro/legitimado o no, en el 'habitus' profesional?

Varios estudios, sin detenernos en estas preguntas, señalan lo mismo que encontramos en todas las investigaciones presentadas en este libro. También, señalan el abuso en el quehacer profesional gracias al poder adquirido, situación que se observa constantemente en la actuación de los médicos pero que termina por extenderse al conjunto de las profesiones relacionadas con la salud. Por el contrario, y casi como un impedimento de continuar con ese abuso, es que muchos estudios resaltan y valorizan el punto de vista de las mujeres, usuarias de los servicios y pacientes a la vez, como los aquí presentados. Tal vez se convierta en el camino que facilite un modo contra-cultural de relaciones asistenciales, en las que el poder sea más simétrico y las pacientes o usuarias sean sujetos y ciudadanas. Darles la voz en la investigación es fundamental. Esa voz que porta el otro lado del poder médico en la escena, procura que las usuarias adquieran poder. Tal perspectiva coloca el conflicto en lo ético y lo político entre la tradición profesional y las nuevas situaciones de la asistencia, para buscar una atención más integral que incluya los derechos. Conflicto que se coloca en el campo en que también se otorga la autonomía profesional: el del juicio clínico y toma de decisiones asistenciales.

Mostrar los embates, los conflictos, todavía no permite profundizar ni esclarecer cómo y porqué fue posible tomar la acción moral dentro de la acción técnico-científica. Buscar una explicación profunda y fundamental es lo que propongo, para aproximarnos a la acción profesional en salud como una **'técnica moral dependiente'**, tal como conceptualicé la acción de los médicos en su conformación de la práctica social de la Modernidad (Schraiber, 1995a, 2008), exactamente en el surgimiento de profesión liberal y ejercicio de una práctica poco armada en lo tecnológico y que, por analogía, se la puede llamar una técnica más artesanal. La dependencia moral se revela aquí como la necesidad de un comportamiento personal dado, que se convierte en virtuoso desde el punto de vista moral y en parte de la ética profesional, frente a un tipo de técnica entonces disponible: un cuidado en el uso (o uso muy juicioso) de los recursos tecnológicos (todavía poco certeros o seguros), amplia disponibilidad de tiempo para vigilar los resultados y acompañar el caso (la total inseguridad de los resultados de la intervención), un atento cuidado a los síntomas y quejas (menos disponibilidad de medicamentos y de la seguridad de su eficacia), etc.

De esa raíz histórica extraigo la comprensión de la posibilidad de acción moral al interior de la práctica profesional y que persiste en la actualidad, como aquí bien se ha demostrado, a pesar de una configuración más tecnológica

como arreglo técnico de tal práctica hoy día. Hasta me atrevería a decir que, frente el paroxismo tecnológico actual, se trata de la transmutación de una técnica moral dependiente a otra, la prevaleciente hoy día, dependiente de la tecnología, que genera las tensiones y los conflictos que se encuentran en la base de la crisis de la medicina contemporánea y que en Brasil dio origen al movimiento por la **humanización de los servicios de la salud**, como puede ser el parto humanizado. En otras palabras, la dependencia de una etapa ética y moral de la práctica médica es de un orden tal que los cambios que la niegan, tal como ocurre con la introducción de la tecnología en el centro de la acción médica - como se observa a partir de los años 1970-1980 cuando surgió una medicina más apegada a la técnica y empresarial -, resultan en una crisis de la misma práctica y de la profesión. Esa crisis la delimito en el ámbito de los **vínculos de confianza** forjados y reproducidos desde la medicina liberal, vínculos que expresan desde los tiempos de esa práctica más artesanal, las relaciones intersubjetivas y las interacciones entre médicos y pacientes, o de los médicos entre sí y también entre médicos y otros profesionales de los equipos de trabajo en el sector de los servicios. La naturaleza de la crisis se encuentra exactamente en la ruptura de estas interacciones y, en consecuencia, en la pérdida de confianza como valor que gobierna, punto por punto, las prácticas de salud.

Me fue posible elaborar la definición de técnica moral dependiente y de la crisis de confianza más actual, en dos estudios secuenciales que llevé a cabo sobre la práctica de la medicina por medio de historias de vida de médicos (Schraiber, 2008). Me fue posible entonces reflexionar sobre el proceso de medicalización de lo social en que se proyecta la medicina de la Modernidad (Donnagelo y Pereira, 1976). Pude observar el doble movimiento del razonamiento de la medicina al construir, en la Modernidad, su saber de intervención para generar un doble orden técnico que se lleva a cabo en los marcos de una lógica-práctica relativa a la Modernidad. Califico tal movimiento en tanto doble, porque no se agota -como podría pensarse- únicamente en la construcción del conocimiento científico moderno, con su limitación biomédica de los aspectos sociales y culturales de las enfermedades, cuando transforma dolientes en dolencias (o enfermedades) de la nosografía médica. ¡Se trata, también, de esa restricción! Ocurre de forma muy clara en la elaboración de los diagnósticos durante el ejercicio médico en relación a su técnica. No obstante, esa restricción figura de otro modo en la secuencia del diagnóstico cuando el profesional formula el tratamiento del doliente porque este tratamiento no puede limitarse a resolver la enfermedad sino que debe corresponder a un **suceso práctico** más que a un **éxito técnico**, para lograr una solución de buena calidad en las demandas de las usuarias (si bien la

simplificación de tal suceso práctico en un acierto técnico sea la raíz de la crisis hoy en día). Para lograr el suceso práctico es necesario considerar los aspectos sociales y culturales de la enfermedad que se hicieron de lado en la restricción biomédica, la cual, por ser el mismo centro de la técnica, interpretará de otra forma tales aspectos como parte del tratamiento, prevaleciendo simbólicamente sobre los mismos en cualquier proceso de asistencia.

Por otro lado, y a modo de complementar ese doble orden técnico que articula el conocimiento científico con la solución práctica de los casos, pude constatar también un doble orden ético: el que confirma el valor social de la medicina y su compromiso ético, que es tratar al enfermo como corresponde a lo que se demanda a los médicos contemporáneamente con un restablecimiento rápido del cuerpo y, ese otro, que lleva a cabo el primer requerimiento ético, que exige del profesional, en lo individual, una actuación determinada, un comportamiento honrado, virtuoso, para sacar adelante su técnica. Un comportamiento, entonces, de orden moral observando, desde luego, el hecho de que todo lo que se considera virtud para el desempeño profesional ha cambiado, efectivamente, de los tiempos de la medicina liberal a éste, el de la medicina tecnológica. Ese espacio abierto por la propia construcción de la restricción y de la interpretación medicalizadora permite tanto una licencia en el uso de la ciencia, es decir, ese 'escape' a lo técnico-científico antes mencionado de ese que está subordinado a un comportamiento honesto o juicioso, así como el reconocimiento de éste, es decir, de la dimensión moral del juicio clínico y de la toma de decisión en la asistencia. Esta dimensión moral mucho contribuyó para que el profesional interactuara con el paciente en todos los sentidos necesarios para su técnica y para el éxito práctico de su intervención desde la medicina liberal hasta hoy, lo que también es la apertura pedagógica que existe en cualquier práctica médica, caracterizada por saber escuchar y prestar atención al otro, mediante el aconsejar y orientar que se ubican en la raíz de la medicina como práctica y tanto sirven a la prevención y promoción de la salud. Pero sirven también a los estereotipos, estigmatizaciones, evangelizaciones religiosas que se mezclan con los procedimientos técnico-científicos.

Si en la medicina liberal y más artesanal el sentido de tales aperturas era también por razones técnicas de la práctica, en que la dimensión más personal de actuación debía suplir cierta deficiencia de éxito técnico – en la actualidad dado por los recursos tecnológicos más recientes, como exámenes de diagnóstico o medicamentos, procedimientos quirúrgicos más seguros, etc. –, en el tecnicismo contemporáneo la dimensión moral permanece como factible y necesaria, aunque se resalte aún más la dependencia tecnológica

derivada del comportamiento honrado o virtuoso. Podemos pensar, en realidad, que la honradez o virtud está, hoy día, equivocadamente ubicada, según lo piensan los profesionales, en su capacidad de tener y permitir acceso a la tecnología, a los recursos de diagnóstico y de tratamiento. Así es posible que consideren que su ética ahí se agota y ya no es necesario valorar ni interactuar con el paciente o las usuarias.

Observo en la medicalización, en la que se valora lo orgánico en detrimento de lo subjetivo y del cuerpo tomado subjetivamente, no un proceso de separación o falta de consideración de lo social o de lo cultural, sino una forma determinada de tomar lo social y cultural a modo de subsumirlos en lo orgánico, considerándolos en el lenguaje y significados de lo orgánico. Así, los profesionales pueden cumplir la doble ética de sus servicios, hasta cuando no cumplen con los derechos de las mujeres. Al reinterpretar lo sociocultural con base en una naturaleza biomédica de los comportamientos, de las motivaciones, de los usos de los cuerpos y de los sentidos de esos mismos cuerpos y de la enfermedad y la propia asistencia, acreditan que responden a aquella instancia. Esa reinterpretación de aquello que de modo crítico a la medicalización vemos como una ausencia de manejo (demandas médico-sociales, subjetividades, derechos, etc.), se presenta para los profesionales como un adecuado juicio y decisión de ayudar, con lo que esa asistencia se convierte más en un tratar que en un cuidar, tal como se ha señalado en las críticas al tecnicismo. Si bien, para los profesionales, ello signifique la producción de cuidados buenos y adecuados.

Llamo la atención, entonces, a la pertinencia y necesidad de una mayor exploración sociológica y cultural de la continua reconstrucción, en su uso cotidiano, de ese saber médico y su tentativa medicalizadora, en una aproximación que articule su ejercicio en los servicios, en el plano de las políticas o de gestión y en los cuales la problemática de los derechos y de la ciudadanía ha sido colocada de manera prioritaria. Dentro de esa articulación será posible que el logro de los derechos y reconocimientos de la ciudadanía de las usuarias deje de ser una mera cuestión sistémica y administrativa para convertirse en una cuestión de la práctica profesional. De ahí la importancia de la propuesta expuesta en los trabajos de este libro, sobre la necesidad de investigar los esquemas de percepción y apreciación de los profesionales sobre las mujeres usuarias y de vincular tales esquemas al saber práctico del juicio clínico y de decisión asistencial que orienta al profesional en sus acciones.

Referencias

- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde, *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29.
- Bourdieu, P. (1996). *Razões Práticas. Sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus.
- Bourdieu, P. (1974). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Donnangelo, M. C. F., Pereira, L. (1976). *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder* (2 a. Ed). Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- Foucault, M. (1977). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd: Mead and Company Inc.
- Freidson, E. (1970b). *Professional Dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press Inc.
- Kiss, L., Schraiber, L. B. (2009). Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais [versión electrónica], *Ciência e Saúde Coletiva*, http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/lista_artigos.php.
- Mendes - Goncalves, R. B. (1994). *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec / Abrasco.
- Mendes-Goncalves, R. B. (1984). *Medicina e História. Raíces Sociales Del Trabajo Médico*. México: Siglo XXI.
- Ribeiro, J. M., Schraiber, L. B. (1994). A Autonomia e o Trabalho em Medicina, *Cuadernos de Saúde Pública*, 10 (2), 190-9.
- Schraiber, L.B., Peduzzi, M., Sala A., Lemes, M. I. B., Castanheira, E.R., Kon, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva* 4(2), 221-242.
- Schraiber, L. B. (1995a). *O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional*. *Cad. Saúde Pública*, 11(1), 57-64.
- Schraiber, L. B. (1995b). Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde *Saúde em Debate* (47), 28-35.
- Schraiber, L. B. (2008). *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

**Aborto en Uruguay:
reacciones de los profesionales
de la salud frente a los derechos
reproductivos de las mujeres**

:: Alejandra López Gómez y Elina Carril

Introducción

Este capítulo aborda la situación de la práctica clandestina del aborto voluntario en Uruguay. Se presentan y discuten resultados de estudios que hemos desarrollado los cuales ofrecen hallazgos sobre la relación entre los servicios de salud y las mujeres en situación de aborto inducido. Estos estudios forman parte de la línea de investigación sobre “Aborto voluntario, subjetividad y derechos”, desarrollados en el marco de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, realizados con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica. Ellos son *“Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contexto de ilegalidad y penalización. Un estudio con mujeres uruguayas (2004 – 2006)”*; *“Aborto voluntario: vivencias, significados y opiniones de varones de diferentes niveles educativos y generaciones (2006 – 2008)”* y avances de la investigación en curso *“Los servicios de salud frente al aborto voluntario. Opiniones y vivencias de los profesionales de la salud”*, iniciada en abril de 2009.

En Uruguay el aborto es considerado un delito siempre por la ley vigente N° 9763 de 1938, cuya pena puede ser atenuada o eximida por el Juez ante determinadas causales, siempre y cuando haya sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, salvo en el caso de riesgo de vida de la mujer, donde el plazo es mayor¹.

Los más de 70 años de vigencia de esta ley han demostrado su ineficacia. Por un lado, el aborto inducido es una práctica extendida en el país². Sin embargo, se han registrado muy pocos procesamientos por el delito de aborto en comparación a las estimaciones disponibles y los casos de procesamientos existentes remiten casi exclusivamente a situaciones de lesión grave o muerte de las mujeres involucradas. Por otro lado, nunca se implementaron las condiciones para habilitar el acceso a servicios de salud que practicaran abortos dentro de las causales establecidas por la ley, entre otras razones porque la tipificación del aborto como delito siempre y la ambigüedad para habilitar los atenuantes y eximentes de la pena, la hicieron in-implementable (Dufau, 1989). Se podría afirmar que esta ley punitiva lo único que ha promovido es la práctica clandestina del aborto, realizada en condiciones de

1 Las eximentes que establece la ley son cuatro: violación, honor de la familia, angustia económica y riesgo de vida y salud grave de la mujer.

2 Si bien no se dispone de estimaciones actualizadas, la última estableció 33.000 abortos para el año 2002 en un país con 48.000 nacidos vivos para ese mismo año (Sansevierio, 2003)

riesgo con impacto directo en la salud y la calidad de vida de las mujeres. La criminalización del aborto no parecería tener como principal objetivo la reducción de la práctica, sino el condicionamiento y la generación de un clima de condena afianzado en una doble moral con la correspondiente culpabilización y juzgamiento social de las mujeres que dan evidencia de haber practicado un aborto.

A partir de 1985, con la recuperación de la democracia en el país (1973 – 1985) el debate social y político sobre la despenalización del aborto, adquiere densidad e intensidad. El hecho de que se hayan presentado seis proyectos de ley a nivel parlamentario en los últimos 23 años (entre 1985 – 2007) da cuenta del interés por adecuar la norma a la realidad social de la práctica. El resultado del tratamiento legislativo en cada uno de los proyectos presentados tiene varias lecturas posibles, en las que se perfilan o se transparentan razones de negociación política, intereses electorales y la influencia de poderosos sectores preocupados por mantener el status quo³. A pesar de que no se han producido aún modificaciones al marco legal, el debate social sobre aborto se ha mantenido en la agenda, con períodos de alta intensidad y con un creciente número de voces que se posicionan a favor a la despenalización (Abracinskas y López Gómez, 2008; López Gómez y Abracinskas, 2009).

El involucramiento activo de diversos actores y de la ciudadanía en este debate está atravesado por las tensiones inherentes a los procesos de transformación cultural profunda que vive una sociedad. Algunos indicadores de ese proceso son los resultados de las encuestas de opinión pública que sobre la despenalización del aborto se realizan en el país desde 1990. El cambio en el posicionamiento de la opinión pública es notable en los últimos años. De porcentajes de aceptación del 25 % al derecho a decidir de las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo hacia fines de los 80's, a porcentajes que alcanzan el 63 % en el año 2004 y que se mantienen estables en las mediciones más recientes (Bottinelli, 2010).

La persistencia de la problemática social de la práctica ilegal del aborto voluntario con sus consecuencias en riesgos de salud, riesgos de vida, condena penal, condena moral y padecimiento subjetivo por las condiciones que impone la clandestinidad, son asuntos que progresivamente han adquirido

³ El último de los proyectos de ley "Defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva" fue aprobado integralmente por el Parlamento nacional y fue vetado por el Poder Ejecutivo en sus capítulos II, III y IV, precisamente aquellos que regulaban la práctica del aborto por sola voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación y luego de ese plazo en determinadas circunstancias. La ley finalmente promulgada N° 18426 (2/12/2008) es un marco general sobre salud sexual y reproductiva que no modifica la ley vigente sobre aborto.

visibilidad y consideración pública. El aborto ha salido del dilema de la práctica privada para colocarse como un asunto social, sanitario y político de relevancia para la convivencia democrática (López Gómez y Abracinskas, 2004, 2007, 2007b; López Gómez y Abracinskas, 2009; Carril y López Gómez, 2008, 2009; Sanseviero, 2003; Briozzo, 2003, 2007).

Los avances producidos en los últimos años en la calificación del debate público y la ampliación de la base social; la inclusión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la agenda social y política del país; la aprobación de la normativa sanitaria para la disminución del riesgo del aborto inseguro (ordenanza 369, Ministerio de Salud Pública, 2004); la progresiva inclusión de prestaciones en salud sexual y reproductiva en la práctica de los servicios; así como el fortalecimiento de alianzas entre distintos actores, conforman un escenario propicio para ir consolidando respuestas institucionales de mayor integralidad a problemáticas complejas que no se pueden abordar desde perspectivas simplificadoras.

Durante mucho tiempo, los servicios de salud en Uruguay no incorporaron en sus prestaciones la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto inducido. Si bien se asistían las complicaciones post – aborto, los procedimientos y las reacciones de los servicios y de los profesionales actuantes variaban notablemente, en la medida que no existían normativas sanitarias ni guías clínicas que orientaran sus prácticas. Prevalció el silencio y el ocultamiento impuesto por la ley que rige en el país y en la medida que la misma nunca fue reglamentada los servicios de salud no tenían indicaciones claras acerca de cómo proceder ante estas situaciones, ni tampoco estaba delimitado el alcance de su intervención. El tipo de atención y trato a las mujeres quedó sujeto a la actitud individual del profesional actuante. Así lo ilustró un estudio realizado en 2002 en el cual se afirmaba que la intervención dependía del marco valorativo y la sensibilidad de cada profesional y de las posibilidades subjetivas de cada mujer de solicitar el apoyo necesario. En este punto, la investigación concluía que la realidad del aborto practicado en condiciones de riesgo quedaba *“ubicado en el plano de las éticas individuales y las entrevistas realizadas a los profesionales dan cuenta de una diversidad de posicionamientos al respecto”* (López Gómez et al, 2003: p. 68).

En el año 2004 y en el contexto de debate parlamentario, el Ministerio de Salud Pública aprobó la Ordenanza N° 369 que consagra la normativa sanitaria “Medidas de protección materna contra el aborto provocado en condiciones de riesgo”, elaborada por médicos integrantes de las Clínicas de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República con el

aporte de otros profesionales de la salud y las ciencias sociales y de organizaciones feministas. La normativa reconoce el derecho de toda mujer en situación de embarazo no deseado de contar con información y orientación para la toma de decisión respecto a ese embarazo (atención pre aborto), así como atención integral y de calidad (incluyendo apoyo psicológico y orientación anticonceptiva) en el post aborto inmediato.

A pesar de ser una respuesta institucional de carácter nacional que aplica a todo el sistema de salud, la misma no se ha implementado en la mayoría de los servicios de salud públicos y privados⁴. Es escasamente conocida por las mujeres usuarias y si bien los profesionales de los servicios, en general la conocen, poco la aplican, según lo reportan los informes anuales 2008 y 2009 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay). Los resultados obtenidos a través del Observatorio permiten identificar algunas de las barreras que operan para la no implementación de la normativa en los servicios (MYSU, 2008, 2009).

En tanto medida para la reducción del riesgo de aborto inseguro, esta disposición ministerial permite a los servicios de salud intervenir en el *antes* y en el *después* del aborto inducido. Al permitir actuar en los márgenes de la ley (dado que el aborto inducido está tipificado como delito en el Código Penal) los servicios de salud y sus profesionales se limitan – en el mejor de los casos – a dar la información – y orientación – pero no más allá de ello. Por su parte, las mujeres pueden obtener información técnica en el servicio, pero deben recurrir a los circuitos clandestinos para acceder a la práctica ya sea ésta mediante misoprostol o mediante aborto quirúrgico. Se podría señalar que estas limitaciones de la intervención sanitaria tienen como contracara su contribución a revertir el desvinculo histórico entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto inducido.

En un contexto de ilegalidad de la práctica del aborto, las estrategias sanitarias para la disminución del riesgo por aborto inseguro son una oportunidad para contribuir a la transformación del modelo asistencialista y paternalista de los servicios de salud, así como al empoderamiento de las mujeres en el fortalecimiento del ejercicio de derechos. Si bien el cometido principal de estas estrategias está centrado en la reducción del daño y de la mortalidad materna, su implementación tendrá mayor impacto en la medida que incorpore un enfoque de derechos reproductivos y de género. Si así no fuera, será extremadamente complejo que los profesionales puedan transformar el

4 Desde 2008, la normativa consagrada en la ordenanza 369 del MSP está incluida en la Ley 18426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

sentido moralista que impregna sus intervenciones en el campo de la reproducción, en pro de un abordaje que promueva la ética de la autonomía y la autodeterminación de las mujeres (Carril y López Gómez, 2008).

Las limitaciones reseñadas confirman que para avanzar en la promoción, respeto y generación de garantías para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, se debe adecuar la legislación restrictiva de aborto a una que reconozca a las mujeres como ciudadanas capaces de tomar decisiones éticas sobre su vida sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, este marco normativo deberá otorgar un adecuado sustento para la intervención profesional en este terreno⁵.

Servicios de salud y modelo materno infantil: un campo en de-construcción.

Los enfoques integracionistas y desarrollistas que caracterizaron el decenio de la mujer (NNUU1975-1985) marcaron y hegemonizaron el terreno de la definición de políticas y programas dirigidos a reconocer y potenciar el papel de las mujeres y su contribución al desarrollo de los países. Este enfoque, denominado por algunas teóricas (Moser, 1991; Young, 1991) como Mujer en el Desarrollo (MED), tuvo su traducción en el campo de las políticas de salud, al enfatizar la contribución relevante que las mujeres realizaban a la salud de la población, mediante el desempeño de su rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar y responsable de las tareas y de la atención en el ámbito de lo doméstico (De los Rios, 1993).

El énfasis puesto en la jerarquía del papel de la madre, fortaleció la invisibilidad de la mujer en tanto persona y sujeto de derechos. El MED es el marco que ha sustentando el modelo materno infantil y los programas de nutrición de corte asistencialista dirigidos a las mujeres pobres, cuya finalidad principal se ha centrado en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, a través de la atención al binomio madre- hijo. Binomio centrado en la figura de la mujer en tanto madre y en la figura del niño/a en tanto hijo, estando ausente en esa relación la participación del varón en el ejercicio de la reproducción y la paternidad.

Históricamente, los servicios de salud de atención a mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio, no incorporaron estrategias de transformación de las condiciones que generan o que refuerzan la subordinación por género. La experiencia acumulada y los avances en el terreno de la investigación so-

⁵ La nueva Legislatura que asumió en febrero de 2010 deberá procesar un nuevo debate y búsqueda de solución jurídica a la problemática.

bre prácticas, necesidades, acciones y políticas en salud, han abierto nuevas perspectivas, generando conocimiento que permite orientar la atención a la salud de las mujeres desde otros enfoques (de Francisco, 2007). Las políticas y servicios de salud están desafiados a incorporar y atender -con criterio de transversalidad e integralidad- las necesidades estratégicas de género que buscan subvertir el orden jerárquico que coloca a las mujeres en posición de subordinación y como sujetos tutelados.

El enfoque Género en el Desarrollo (GED) que comenzó a construirse como nuevo paradigma hacia la década de los 80, permitió ubicar el papel central de la producción de salud y su atención institucional desde un enfoque de equidad de género. La identificación y análisis de-constructivo de los sesgos que sustentan el diseño, implementación y evaluación de políticas, programas y servicios de salud, en particular aquellos referidos a diferentes jerarquías sociales (género, clase, raza – etnia, orientación sexual y edad) ha posibilitado la visibilización tanto de las relaciones de poder entre mujeres y varones y su impacto en la salud, como en la relación médico-paciente y al interior de los equipos de salud (Burke y Eichler, 2007).

Desde el enfoque GED se ha realizado una significativa contribución al análisis del cuerpo de las mujeres como campo donde se anuda y donde anida el ejercicio de poder de género, en particular cuando se trata de la sexualidad y las decisiones reproductivas. Concebir a las mujeres en su condición de sujeto sexuado y sexual, sociocultural, histórico, político, subjetivo y en tanto ciudadanas (es decir sujetos con derecho a tener, ejercer y exigir derechos), demanda cambios radicales en los paradigmas y modelos de atención en salud así como en las prácticas de las profesiones involucradas.

El paradigma de la salud sexual y reproductiva reconocido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en Cairo en 1994 (Naciones Unidas, 1994), basado en criterios de género, equidad, integralidad y derechos, interpela los marcos interpretativos que han prevalecido en los servicios de salud y en las prácticas profesionales. Al promover transformaciones culturales profundas, trastoca los modelos mentales que han sostenido la formación y las prácticas profesionales, así como el diseño de las políticas públicas y los servicios. La deconstrucción ideológica y práctica del modelo tradicional materno infantil –que ha reinado la oferta de servicios de salud hacia las mujeres, así como organizado las prácticas profesionales– exige desandar la ecuación mujer = madre como un dato natural para incluir las representaciones del deseo y del no deseo de hijo, ambas como legítimas producciones subjetivas y sociales. El proceso de garantiza-

ción, protección, respeto, apropiación, ejercicio y defensa de los derechos sexuales y de derechos reproductivos como derechos humanos, dependerá fundamentalmente de la legitimación y reconocimiento social de estos derechos y de la generación de las condiciones (sociales, culturales, subjetivas, políticas) para su pleno ejercicio. En tal sentido, los derechos sexuales y los derechos reproductivos son uno de los ejes de construcción de ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática, en la medida que se refieren al *poder* de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva y a la disponibilidad de *recursos* (simbólicos y materiales) para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. Para poder ejercer estos derechos con igualdad debe estar garantizada la *libertad* de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y tener condiciones de *justicia* para que las decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos) (Correa y Petchesky, 1994).

Aborto voluntario y servicios de salud

La incorporación de la perspectiva de género y de derechos sexuales y reproductivos en la práctica de los servicios de salud constituye uno de los desafíos más relevantes en el cambio de modelo de atención y genera una serie de tensiones que vienen siendo documentadas en la investigación nacional y regional desde hace - por lo menos - quince años.

La relación de los profesionales de la salud - del personal médico en particular- con el aborto inducido, es un tema explorado en la agenda de investigación en América Latina. En 1994, González de León desarrolló un estudio sobre los médicos y el aborto en México y reportó que la mayoría de los profesionales e instituciones de la salud mantenían una posición conservadora y reservada frente al tema, a pesar que lo consideraban un importante problema social y de salud pública (González de León, 1994; González de León y Salinas, 1995). En 1995, una investigación realizada en servicios de salud de Capital Federal y Gran Buenos Aires (Argentina) reportó que la actitud de los profesionales variaba de un servicio a otro y aún entre los médicos de diferentes guardias de un mismo hospital. En todos los casos se trataba de resolver el problema de emergencia de salud, pero la relación hacia la usuaria oscilaba desde la indiferencia hasta la violencia física y/o psicológica. Según este estudio, la relación médico - paciente estaría enmarcada por la desconfianza y la presunción de que la mujer en situación de aborto miente, lo cual generaría que los profesionales apelasen a su experiencia empírica

para discriminar si el aborto fue espontáneo o provocado. Según la autora: *“el aborto pone en funcionamiento una serie de reacciones profundamente enraizadas en la subjetividad de los agentes de salud, fundadas en modelos ideológicos referidos a la maternidad y la sexualidad, a la vez que reactualiza prejuicios de clase y refuerza relaciones de poder propias de la atención médica en nuestra sociedad”* (González, 1995: p. 167-197).

La pertenencia a uno u otro sexo y su incidencia en las valoraciones, percepciones y actitudes de los médicos, fue analizada por Gogna, Ramos et al (2001) en un estudio sobre la perspectiva de los médicos acerca de la anti-concepción y el aborto. Las autoras reportaron diferencias significativas en las opiniones de varones y mujeres que abonan la discusión sobre las posibles implicancias de la feminización de la ginecología y la obstetricia sobre la práctica médica, así como una mayor permeabilidad a la perspectiva de derechos reproductivos en las profesionales mujeres. A su vez, señalan que las instituciones y los profesionales de la salud han sido actores controvertidos en el debate sobre la despenalización del aborto, en el cual, sin embargo, ocupan un lugar privilegiado al mediar en las decisiones reproductivas de las mujeres, ya sea por actuar activamente o por omisión.

Según los resultados de una revisión realizada sobre estudios en el tema, Faúndes y Barzellato (2005) apuntan que una gran proporción de mujeres que se enfrentan a embarazos no deseados o no planificados son prácticamente invisibles para la mayoría de los obstetras, siendo la complicación post aborto la única interacción que numerosos especialistas asumen frente al tema ante la cual se observa que la condena moral es la primera reacción.

En el marco de un proyecto más amplio, Erviti, Sosa y Castro (2006) estudiaron las percepciones y actitudes del personal médico en México frente al aborto voluntario, encontrando que los profesionales no pueden dejar de fluctuar entre un discurso clínico y uno normativo, desprendiéndose en este último la marca de los estereotipos dominantes de género que ofician como fundamentos para explicar su práctica y la de sus pacientes. Los autores señalan que en la indagación clínica que realizan los médicos ante situaciones de embarazos no planificados o complicaciones de aborto:

“se desliza un tono amenazante, intimidatorio, que bajo la apariencia de un recurso estrictamente clínico (y que puede, efectivamente, ser vivido así por muchos médicos), reproduce, con su mera formulación, un conjunto de prácticas normativas destinadas a “llamar al orden” a quienes se han salido de él” (Erviti, Sosa y Castro 2006: p. 637-665).

Desde una perspectiva bioética, en la relación médico - paciente se privilegia el principio ético de “no dañar” como una obligación primaria (principio de no maleficencia) por sobre el de “beneficencia”, principio que ha regido la ética médica desde el juramento hipocrático. Este principio que se sustenta en la obligación del médico de actuar siempre en bien del paciente, ayudarle a recuperarse y mantener su salud física o psíquica, ha sufrido un giro. En los últimos años, ha ganado legitimidad la idea de que quien debe decidir el bien para el paciente, es el propio paciente (Rotondo, 2007). Esta posición se contradice con el modelo paternalista que ha caracterizado tradicionalmente la relación médico-paciente y que se expresa también en otros profesionales de la salud. Algunos autores han demostrado que en las interacciones cotidianas que se establecen entre prestadores de servicios y usuarias, las conductas de los profesionales de la salud, están mediadas por procesos de etiquetación de las usuarias en función de ciertos atributos individuales, estereotipos e imágenes sociales y de género (Roth, 1986; Ellison, 2003; Waitzkin, 1991, citados por Erviti, Sosa y Castro, 2006).

El estudio cualitativo en base a entrevistas en profundidad a mujeres que vivieron la experiencia del aborto voluntario que hemos realizado durante los años 2004 y 2007 en Montevideo⁶, permitió observar que las mujeres recibieron diferentes respuestas de los servicios de salud a los que acudieron con embarazos no deseados o con abortos incompletos. Según relataron estas mujeres, algunos profesionales las trataron con respeto, lo cual generó alivio y tranquilidad. En otros primó la censura y la condena promoviendo el surgimiento de sentimientos de culpa y malestar emocional en las mujeres. Si bien no todas ellas habían estado expuestas a prácticas inseguras de aborto (desde el punto de vista biomédico) significaron la experiencia como violenta siendo la clandestinidad la que produce este efecto, instalándose ya no como dato de contexto sino como texto que determina el proceso (Carril y López Gómez, 2008, 2009).

Decidir realizarse un aborto es una decisión vital significativa y como tal, no está exenta de contradicciones y ambivalencias. El contexto de ilegalidad determina que ese proceso tenga características particulares. Las respuestas emocionales, entre ellas el alivio, el malestar o el sufrimiento psíquico, que las mujeres experimentan frente a un aborto voluntario, requieren de un análisis que incluya la dimensión inconsciente. El cuerpo se impone a mujeres y varones emitiendo mensajes continuos que la psique deberá tramitar,

6 Carril y López Gómez, “Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización.” Proyecto I + D, realizado con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (2004 - 2007).

ya que todo placer o sufrimiento asentado en el cuerpo tiene una expresión psíquica y viceversa. Representaciones conscientes e inconscientes que dan forma a otra dimensión del cuerpo, el cuerpo subjetivo. El cual no es solamente huella de la experiencia corporal directa, sino que se entreteteje con las que imponen los discursos sobre el cuerpo, creando una compleja trama fantasmática entre la fuerza del soma y la de la cultura, poderosa fuerza que imprime valores, restricciones, imperativos. Este cuerpo subjetivo, es también el cuerpo que se expresa en la experiencia del aborto.

Al separar mediante el acto, sexualidad y reproducción, el aborto moviliza en las personas implicadas (y en la sociedad en su conjunto), las representaciones que se tienen sobre el cuerpo, la maternidad, la sexualidad y la moral sexual que rige para el universo femenino. El modelo hegemónico de sexualidad femenina (altruismo, heterosexualidad, maternidad como instinto, fidelidad, amor romántico, entre otras características) que ha sido productor y rector de modalidades de vivir la sexualidad en mujeres y varones, ha tenido fisuras a pesar de su alta eficacia simbólica. Estas se pueden observar en prácticas sexuales y reproductivas diversas (entre ellas el aborto voluntario), que lo desdican y confrontan. A pesar de ello, el modelo no deja de operar en la subjetividad de unas y otros, generando malestar y sufrimiento.

Esta situación atraviesa las prácticas de los servicios de salud y de sus profesionales. El imperativo sexual para las mujeres, la penalización del aborto como reflejo del mismo y la práctica clandestina del aborto voluntario como expresión de desacato, operan no sólo en la subjetividad de las mujeres sino también en los profesionales que las asisten.

Cuando una mujer llega a un servicio de salud con un aborto incompleto o con un aborto con complicaciones, la atención que reciben - en la medida que no existen claras indicaciones desde el servicio de salud - depende del profesional actuante. Someterlas a esperas innecesarias, ubicarlas en salas junto con mujeres recién paridas o el rezongo, son prácticas que reportaron las mujeres entrevistadas. Por ejemplo, el uso del legrado sin anestesia como método evacuador es otro indicador del maltrato institucional.

La distancia interpuesta por los profesionales ante el dolor físico y subjetivo que puede sentir una mujer luego de haber utilizado misoprostol ilustra lo difícil que puede resultarles a los profesionales colocarse en el lugar del otro. Las vivencias en el cuerpo que produce el aborto con medicamento, no necesariamente coinciden con lo que se supone se debe sentir, desde el punto de vista médico. Es que el cuerpo biológico es una cosa y el cuerpo subjetivo

es otra; si bien están intervinculados, remiten a dimensiones diferentes y necesariamente distinguibles. El cuerpo es una unidad compleja, integral y multidimensional. Se produce en el escenario de relaciones sociales, culturales, políticas y afectivas en un tiempo histórico, a partir de la materia basal que constituye el organismo. Por ello, no se puede pensar ni sentir el cuerpo de forma aislada, sin relacionarlo con estas condiciones y las trayectorias biográficas que determinan el devenir de cada sujeto. En el espacio corporal, se encuentra grabada la historia personal y social, las marcas de los estereotipos, mandatos y normativas sociales que acompañan las socializaciones de género y de clase. Esto determina, en buena medida, las diferentes vivencias y experiencias de las mujeres que han usado misoprostol para interrumpir un embarazo. Los profesionales parecerían disociar ese cuerpo biológico del cuerpo subjetivo cuando se enfrentan al dolor que relatan las mujeres. Desde su lugar, ¿lo pueden comprender realmente?

En la articulación persona – rol profesional⁷ se ponen en juego de manera compleja las trayectorias biográficas, las ideologías, las creencias y valores de la persona junto con la implicación⁸, la formación técnica, las relaciones jerárquicas, el mandato social y las expectativas de desempeño en el campo profesional específico pero también con el escenario sociohistórico en el cual se inscribe su intervención. Cabe preguntarse ¿cómo se combinan estas dimensiones en cada profesional actuante para producir reacciones de rechazo, indiferencia y/o empatía ante una mujer que abortó voluntariamente?

La expresión reiterada “*Te felicito, ¡estás embarazada!*”, que relataron las mujeres como respuestas de profesionales que las atendieron ante la constatación del embarazo, ¿da cuenta de lo impensable que puede resultar incluir el no deseo de hijo como posibilidad? La naturalizada ecuación embarazo = felicidad = felicitación ¿debe entenderse como un “punto ciego” (un impensado) en la práctica profesional de la salud? En estas situaciones ¿cómo resuenan en la subjetividad de los profesionales, en sus elecciones e historias de vida, las de sus pacientes? ¿Qué hacen (subjetivamente hablando) con lo que les devuelve la realidad de sus pacientes?

Ello podría ayudar a comprender por qué rara vez se les pregunta a las mujeres cómo se sienten, cómo se produjo el embarazo, si fue buscado, si intervino

7 Noción acuñada por Rothman A. y Vilaseca G., 2001.

8 Desde la perspectiva del Análisis Institucional postulado por René Lourau, implicación es un concepto que refiere al conjunto de relaciones conscientes y no conscientes que el actor mantiene con la institución, con el sistema institucional y con los actores entre sí. Al decir de Lourau: “(...) el conjunto de las relaciones, conscientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional. La segmentaridad y la transversalidad actúan en el sentido de especificar y modificar las implicaciones de cada uno de ellos, mientras que la ideología procura uniformarlos” (1975: 270).

el azar o si fue consecuencia de una situación de violencia. Habitualmente, el origen del embarazo queda silenciado, salvo que sean las propias mujeres quienes lo pongan en palabras. No es menor el dato sobre el origen. De ello dependerá, en buena medida, el posicionamiento subjetivo frente al embarazo y la futura maternidad en esa mujer concreta.

Cuando el embarazo no es deseado, las felicitaciones resuenan como una ironía en los oídos de las mujeres. Así lo vivió Celia, quien ya había sido felicitada por un ginecólogo de guardia al llevar el resultado del análisis. Se le indicó una consulta con un ginecólogo de policlínica, a la que accedió. Mientras era revisada por el médico, éste le preguntaba a la enfermera cuál había sido el resultado de un análisis hecho el día anterior a otra paciente. La enfermera entonces le dijo: *“Ay, contentísima, estaba embarazadísima, saltaba de la alegría, gritaba, llamaba por teléfono a toda la familia para que viniera”*. Mientras, Celia *“piraba”*⁹. Por tratarse de una mujer fuerte, directa y consciente de sus derechos como paciente, los interpeló: *“Miren que yo no estoy contenta así que les pido por favor que encaren ¿no?”*.

Pero no todas las mujeres tienen las mismas condiciones de posibilidad de expresión que tuvo Celia. En general, frente a los profesionales, las mujeres no expresan directamente el malestar por ese embarazo ni su deseo de interrumpirlo. En esta autocensura se reconoce el efecto de una doble trasgresión: el no deseo de hijo y la voluntad de abortar. Sentimiento y acción que se sancionan socialmente a través de diferentes pero eficaces leyes: una moral, la otra jurídica. Esta doble sanción, es transmitida de manera explícita o implícita por parte del personal de salud, aumentando la angustia y –cuando existe– la ambivalencia y la culpa.

Otro ejemplo de lo que genera en los profesionales la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto se puede observar en la manera como proceden ante la indicación de ecografía como parte de la atención¹⁰. Este estudio puede estar médicamente justificado pero puede ser emocionalmente contraproducente para la mujer. Algunos ecografistas van mostrando el embrión a través del monitor y las mujeres se esfuerzan en disimular sus sentimientos. Como nos dijo Noelia: *“yo miraba para otro lado, pero él insistía y me mostraba, yo trataba de hacerle así (alude a que asentía con la cabeza) porque ¿qué le voy a poner? ¿Cara de qué? Trataba de disimular.”* Noelia

9 Término que proviene del Lunfardo y de uso frecuente en expresiones juveniles en el Río de la Plata: pirado: loco.

10 La indicación de ecografía forma parte de las Guías Clínicas de la atención pre aborto establecida en la Ordenanza 369 del Ministerio de Salud Pública (2004).

no quería ese embarazo pero aún segura de la decisión tomada, no fue fácil para ella enfrentarse a la imagen que le devolvía el monitor: *“me dio un poco de impresión cuando me mostraron el corazón como latía, ahí quedé como medio angustiada, impactada. Hubiera preferido no ver nada”*.

Por su parte, Amelia relató la misma reacción. Ella creía que el misoprostol había tenido efecto, pero cuando se hizo una ecografía se enfrentó a la realidad de que el embarazo seguía su curso. También debió enfrentar el entusiasmo de la ecografista cuando le confirmó que estaba embarazada: *“y ahí”* dijo Amelia, *“monitores enfrente a mi cara, ahí me enfrentan, ese fue como el primer enfrentamiento así a... estás embarazada ¿no? hay algo que crece adentro tuyo”*.

Otro relato lo aportó Shirley quien buscó asesorarse a través de diferentes vías cuando constató que estaba embarazada. Sentía que recibía información contradictoria y esto la ponía más ansiosa y le preocupaba. Por ello, decidió ir al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)¹¹ en búsqueda de asesoramiento. Lo hizo con cierto temor a ser censurada, esperando *“un sermón”* porque otras mujeres le habían dicho que en el hospital *“primero intentaban persuadirte para que no lo hicieras...”*. Sin embargo, se encontró con un profesional que la escuchó y para su desconcierto, no recibió los temidos rezongos. Le indicaron un análisis de sangre para saber el tipo de RH, una ecografía para saber el estado del embarazo y la edad gestacional y le recomendaron en caso de abortar, que se realizara una nueva ecografía post evento de modo de confirmar que el procedimiento hubiera sido completado. Shirley no aceptó hacerse la ecografía previa y tuvo sus motivos: *“no, ecografía antes no me voy a hacer, porque si lo veo, no me lo saco”*.

María de 49 años, profesional y con una hija, se había hecho tres abortos. El primero cuando era muy joven y aún no había tenido a su hija. Los otros dos, en los últimos diez años. En su caso, el portavoz del cuestionamiento moral fue su psicoterapeuta. María no se esperaba esa respuesta, por el contrario, buscaba la comprensión y el apoyo profesional. Recordando la situación, reflexionó: *“la censura al aborto no es solamente de los católicos, ni de los cristianos, ni de la religión, es censura desde el prejuicio, pienso que se trata de cosas muy profundas, (...)”* María aludió así a un tema clave: los posicionamientos sobre el aborto no reposan sólo en ideas sino en concepciones profundas que también atraviesan los enfoques que sustentan las prácticas “psi”¹².

11 El Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) ha sido pionero en la implementación de la Ordenanza 369.

12 Refiere a aquellas que se desarrollan desde la psicología y la psiquiatría.

En muchas ocasiones, las intervenciones técnicas en el campo de la sexualidad y la reproducción, encubren valoraciones morales, detrás de un supuesto abordaje profesional. Lejos de la neutralidad necesaria y de una ética por la autonomía y la autodeterminación de las personas para tomar sus propias decisiones, este tipo de intervenciones “moralizantes” provienen de posiciones ideologizadas, paternalistas e infantilizadoras, generando o reforzando el malestar en lugar de colaborar en su dilucidación, elaboración y alivio. Su análisis exige un trabajo de elucidación¹³, es decir de deconstrucción y reconstrucción al interior de cada campo disciplinario y de cada profesión, de cuales son los supuestos ideológicos y éticos y las condiciones socio-históricas que posibilitaron y sostienen sus producciones teóricas y sus dispositivos tecnológicos, en lo que al abordaje de la sexualidad y la reproducción se refiere.

En otro estudio cualitativo que desarrollamos con varones montevideanos de diferentes edades y niveles educativos durante 2006 y 2008¹⁴, con el cometido de conocer los significados y vivencias sobre el aborto inducido, fue interesante observar cómo algunos varones (especialmente aquellos de edades avanzadas y con estudios terciarios) cuestionaron espontáneamente el lugar social que se le asigna y que se espera ocupe el profesional médico ante las situaciones de embarazo no deseado. Al colocar a la mujer en tanto sujeto de derechos en el centro de la escena, estos varones cuestionaron que fueran otros - a quienes denominaron “*intermediarios de la verdad*” - y no la propia mujer, quienes tuvieran la potestad de definir si ese aborto es aceptable o no aceptable. Este lugar de “intermediario de la verdad” sería encarnado por “personajes” que, por su jerarquía social tienen el poder (real o imaginario) de influir en el curso de determinados acontecimientos vitales. Son los productores de sentido, es decir aquellos actores que generan discursos de alta eficacia política y simbólica y que juegan un papel relevante en la producción de significados y discursos sobre sexualidad y sobre trayectorias reproductivas socialmente esperadas. Aquellos que Barrán (1990) definió -en su historia de la sensibilidad en el Uruguay- como agentes represores, figuras sociales cuya palabra produce efectos notables en la subjetividad de las personas (maestros, médicos, padres, curas, policías).

Con el antecedente de los dos estudios referidos, desde 2009 estamos conduciendo una investigación específica sobre servicios de salud y aborto indu-

13 En el sentido de Castoriadis: pensar lo que se hace y saber lo que se piensa.

14 López Gómez, A.; Carril, E. “Aborto voluntario: significados y opiniones en varones de distintas edades y niveles educativos”, realizado con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (2006 - 2008).

cido¹⁵, en base a un diseño cualitativo centrado en profesionales de la salud que actúan en el subsistema público y privado. Se busca conocer los significados atribuidos a las situaciones de aborto voluntario y las representaciones sociales sobre las mujeres que abortan; conocer los marcos interpretativos y éticos que sostienen las prácticas y los dispositivos técnicos y analizar los posicionamientos subjetivos e ideológicos de los profesionales de la salud tomando en cuenta el tipo de profesión y el sexo. Se plantea también identificar barreras (institucionales, culturales, subjetivas) para un abordaje integral en los servicios de salud de las situaciones de aborto voluntario y, analizar en qué medida y cómo los profesionales incorporan en su discurso la perspectiva de derechos reproductivos.

Este estudio nos permite colocar el foco en la relación entre profesionales de la salud y derechos reproductivos de las mujeres en situación de aborto voluntario. El hecho de incluir en la muestra teórica a profesionales de la medicina, la enfermería, la psicología y parteras que actúan en los servicios de salud públicos y privados, favorece un acercamiento al problema de estudio desde la configuración de las distintas profesiones. Más allá de la centralidad que ocupa la Medicina como profesión reina en los servicios de salud, recuperar la palabra de otros profesionales que integran los equipos de salud, favorece un análisis de mayor complejidad acerca del papel que juegan las distintas profesiones en el campo sanitario ante estas situaciones. Si bien aún no disponemos de un análisis detenido del material de campo, sí podemos señalar algunas cuestiones emergentes.

Por un lado, los significados asociados al aborto voluntario y al rol profesional estarían delimitados fundamentalmente por tres dimensiones: el rol y la naturaleza del campo profesional; la biografía personal y el sexo-género del profesional. Los profesionales de enfermería y psicología tienen un posicionamiento ideológico y subjetivo más permeable al reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres que los profesionales de medicina y parteras. Son las mujeres quienes tienen más capacidad humana de desarrollar empatía ante las situaciones de aborto voluntario y, especialmente aquellas que han vivido personalmente la experiencia, tienen mejor posibilidad de establecer rapport con las mujeres que consultan.

Por otro lado, parecería predominar en los profesionales médicos una visión sobre el aborto voluntario como un acto que - irremediabilmente - deja se-

15 López Gómez, A., Carril, E. Los servicios de salud frente al aborto voluntario. Significados y perspectivas en profesionales de la salud de distintas profesiones" con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (2009 a la fecha).

cuelas psicológicas en las mujeres. A pesar que la evidencia disponible señala que ello depende de las circunstancias, los motivos y las condiciones en las cuales tuvo lugar la decisión, los profesionales hacen un deslizamiento de sentido. Los sentimientos de tristeza o de angustia que pueden expresar las mujeres ante la toma de la decisión o en el post aborto inmediato son interpretados como efecto traumático duradero. Surgen entonces algunas preguntas ¿es posible para estos profesionales comprender que éstos son sentimientos esperables ante una decisión vital difícil? ¿Por qué se les atribuye un signo negativo asociado a un trauma psíquico irreparable? Si bien estas consideraciones ameritan un mayor análisis, constituyen las primeras hipótesis sobre las que deberemos trabajar en profundidad.

A modo de conclusión

El cambio en el modelo hegemónico de atención de corte materno infantil que ha reinado en los servicios de salud, hacia uno que integre y promueva los derechos sexuales y reproductivos, implica transformaciones profundas en los sustentos conceptuales, ideológicos y éticos y en las lógicas que rigen la práctica de profesionales de la salud. La incorporación del enfoque de derechos supone desandar un recorrido que ha colocado a las mujeres como objetos de la atención sanitaria (pacientes o usuarias) muy distante de su reconocimiento como sujetas de derechos y ciudadanas con capacidades plenas.

La relación sanitaria entre profesional y mujer usuaria, se basa en una ecuación saber - poder, que hace de esta relación jerárquica, un vínculo complejo atravesado por determinantes de clase y género. Uno de los dispositivos de control social de mayor eficacia simbólica ha sido el ejercido por la Medicina con el cuerpo de las mujeres, mediante el disciplinamiento de la sexualidad y la reproducción, a través de su medicalización (Barrán, 1990, 1992, 1995), incluida la medicalización del deseo.

Los servicios de salud y sus profesionales, durante mucho tiempo, han renegado la alta incidencia de la práctica del aborto inducido y los efectos de la clandestinidad en la vida y la subjetividad de las mujeres. El sector salud en su conjunto tuvo dificultades en asumir que estaba, por lo menos, frente a un problema de salud pública. El incremento de la muerte de mujeres por aborto inseguro en el año 2002, hizo salir del clóset a un sector (el sanitario y en particular el médico) que hasta ese momento se había mantenido al margen del debate social y político que transitaba Uruguay. Si bien el marco legal que penaliza el aborto sigue vigente en el país, existen normativas sanitarias

desde 2004, que permiten la actuación de los servicios y profesionales de la salud para prevenir abortos inseguros.

La débil voluntad política por parte de la autoridad sanitaria y de las direcciones de los servicios de salud para su aplicación ha hecho que la normativa sea poco conocida por las mujeres y escasamente implementada por los profesionales, hasta el momento. En los casi seis años que lleva desde su aprobación, esta normativa se implementa en pocos servicios y se han detectado barreras de tipo institucional, socio-cultural y subjetivo-ideológico que operan inhibiendo su puesta en práctica. Estas mismas barreras funcionan como obstáculos para la transformación del modelo materno infantil y la inclusión de los derechos reproductivos en distintos componentes de la atención a la salud de las mujeres.

Para incorporar la normativa a la prestaciones que brindan los servicios de salud se requiere el desarrollo de estrategias claras por parte de la autoridad sanitaria sobre la importancia de su implementación, la fiscalización de su cumplimiento en base a parámetros de calidad de atención, la formación de los recursos humanos en salud y derechos sexuales y reproductivos y la divulgación amplia a la ciudadanía de la existencia de este recurso que les garantiza el derecho a ser atendidas y apoyadas en caso de situaciones de embarazo no deseado y aborto voluntario. Si bien la normativa tiene las restricciones que impone el marco legal vigente y solamente permite la intervención del servicio de salud en el antes y el después del aborto, su existencia es un paso importante para minimizar riesgos y para preparar a los servicios de salud ante un cambio legal que habilite la realización de abortos institucionales por sola voluntad de la mujer.

En la medida que este cambio legal no se produzca y el aborto se siga resolviendo en la clandestinidad, los servicios de salud y los profesionales que en ellos actúan deberán convivir con las tensiones legales que supone atender a mujeres en estas situaciones. La normativa brinda un marco que permite tender un puente hacia las mujeres en situación de aborto. Si bien esta respuesta del sistema es insuficiente, podría contribuir a transformar los criterios que han regido la práctica sanitaria, al colocar en el centro de la atención el derecho de las mujeres a acceder a información técnica para tomar sus decisiones; contribuyendo a desarticular el lugar de “intermediarios de la verdad” en que los profesionales de la salud han quedado ubicados, cuando se trata del aborto y las decisiones reproductivas de las mujeres.

Referencias

- Abracinskas, L., López Gómez, A. (2008). Social and political debate on abortion in Uruguay. *IDS Bulletin, Unsafe Abortion: a development issue*. London 39 (3).
- Abracinskas, L. (ed.). (2007). *El aborto en debate. Dilemas y desafíos para el Uruguay democrático*. Montevideo: MYSU.
- Abracinskas, L. (2007b). Problemas complejos, intervenciones integrales. Aborto inseguro, mortalidad de mujeres, reducción de riesgos y daños y ejercicio de derechos. En: Briozzo L. (ed). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Ed. Arena.
- Abracinskas, L. (2004). *Mortalidad Materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante*. Montevideo: MYSU – DAWN.
- Barran, J.P. (1990). El disciplinamiento. *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo 2. Montevideo: Ed. Banda Oriental.
- Barran, J.P. (1992). El poder de curar. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 1. Montevideo: Ed. Banda Oriental.
- Barran, J.P. (1995). La invención del cuerpo. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 3. Montevideo: Ed. Banda Oriental.
- Bottinelli, O. (2010). La opinión pública frente al aborto. En: MYSU *Cuadernos Aportes al Debate sobre Salud, Ciudadanía y Derechos*. Montevideo, 1(2).
- Briozzo, L. (2003). Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis – Estrategias para su reducción. *Revista Médica del Uruguay* 19, 188-200.
- Briozzo, L. (2007). Los valores de la profesión médica y los equipos de salud en la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En: Briozzo, L. (ed.) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Ed. Arena.
- Burke, M.A. y Eichler, M. (2007). The Bias Free Framework. *Global Forum for Health Research*, Ginebra.
- Carril, E. y López Gómez, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Ed. Trilce.
- Carril, E. y López Gómez, A. (2009). Aborto y subjetividad. Un estudio uruguayo. *IX Jornadas Internacionales del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. (Versión CD).
- Correa S. y Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. *Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights*. Boston.

de Francisco, A., Dixon – Mueller, R. y D'Arcangues, C. (2007). Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. *Global Forum for Health Research, World Health Organization*. Ginebra.

De los Ríos, R. (1993). Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, EEUU: OPS.

Dufau, G. (1989). *Regulación jurídica del aborto en el Uruguay*. Montevideo: Serie documentos GRECMU.

Erviti, J., Castro, R. y Sosa Sanchez I. (2006). Las luchas clasificatorias entorno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos*, México. 24(72), 637-665.

Faundes A., Barzellato, J. (2005). *El drama del aborto. En búsqueda de un consenso*. Bogotá: Ed. TMSA.

Gogna, M., Ramos, S. et al. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.

González, A. I. (1995). Crimen y castigo: el aborto en Argentina. En: González, S. (ed). *Las mujeres y la salud*. México: PIEM/COLMEX.

González de León, D. (1994). Los médicos y el aborto. *Salud Pública De México*, 37(3), 248-55.

González De León, D. y Salinas, A. A. (1995). *Atención del aborto en México, una aproximación a las actitudes de los médicos. Reporte de investigación*. México: UAM – X, DCBS.

López Gómez, A., Benia, W., Contera, M. y Güida, C. (2003). Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. *Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

López Gómez, A. y Abracinskas, L. (2009). El debate social y político sobre el proyecto de ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva. Montevideo: *Cuadernos de UNFPA*, 3(3).

Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Ministerio de Salud Pública. (2004). *Ordenanza 369, Medidas de Protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo.

Moser, C. (1991). La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género. En Guzmán, Portocarrero y Vargas (comp.) *Una nueva lectura: Género en el Desarrollo*. Lima: Ed. Entre Mujeres, Flora Tristan.

MYSU. (2008). Informe 2008 Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva. Montevideo.

MYSU. (2009). *Informe 2009 Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva*. Montevideo.

Naciones Unidas. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo.

Rothman A. y Vilaseca G. (2001). Control, supervisión, covisión. Devenires en el análisis de la articulación persona – rol profesional. Madrid: *Revista Clínica y Análisis Grupal*, 23 (86), 165 – 172.

Rotondo MT. (2007). Análisis ético del aborto provocado en condiciones de riesgo. En Briozzo, L (ed.). *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Ed. Arena.

Sanseviero, R. et al. (2003). *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz.

Young, K. (1991). Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres. En: Guzmán, Portocarrero y Vargas (comp.). *Una nueva lectura: Género en el Desarrollo*. Lima: Ed. Entre Mujeres, Flora Tristán.

***Habitus* profesional y ciudadanía:
hacia un estudio sociológico sobre
los conflictos entre el campo médico y
los derechos en salud reproductiva en
México¹**

:: Roberto Castro

¹ Investigación financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), proyecto 83466. Un especial agradecimiento también a Lucía Ortiz, asistente de este proyecto, que ha realizado una admirable labor de búsqueda de información.

Introducción

Un artículo recientemente publicado en la revista *Salud Pública de México* da cuenta en términos estadísticos de las quejas médicas atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)² en el periodo 1996-2007 (Fajardo-Dolci et al, 2009). El artículo reporta que durante estos años la Conamed recibió 18,443 quejas, de las cuáles la más alta concentración (15%) corresponde a la especialidad de ginecología y obstetricia. El artículo asimismo consigna la extrañeza de los autores respecto al hecho de que sólo el 5% de las quejas provienen de usuarias de la Secretaría de Salud, siendo que esta institución atiende a un tercio de la población general, la de más bajos recursos de este país. Para explicar esta “baja demanda” de atención de quejas de la población que acude a los centros de salud de esta institución, los autores vagamente hacen referencia a “factores de tipo sociocultural *ya analizados en México*” (pp.124, cursivas nuestras). Para sustentar esta última afirmación, los autores refieren a otro trabajo donde se afirma que el escaso número de quejas de la población puede deberse a “la pobre cultura de la población para enfrentar a quienes tradicionalmente han sido figuras de poder, los médicos” (Valdés, Molina y Solís, 2001, p.453).

Tenemos así, expresada en un párrafo, toda una agenda de investigación que la salud pública y la biomedicina apenas pueden vislumbrar, pero que sólo puede ser planteada adecuadamente desde la perspectiva de las ciencias sociales. En efecto, la investigación convencional, como la citada más arriba, no acierta sino a constatar las estadísticas que dan cuenta de la existencia de un grave problema médico-social y de derechos, pero no logra sino quedarse en la orilla de una intuición más bien vaga y general que anticipa la importancia de los llamados “factores socioculturales”.

En este trabajo queremos presentar la fundamentación general y los primeros hallazgos de una investigación actualmente en curso en México, cuyo objetivo es identificar los orígenes sociales de la frecuente violación de derechos de las usuarias de los servicios públicos de salud reproductiva, que se ha venido registrando en las últimas décadas en este país. Nuestra investigación busca identificar las características estructurales (y estructurantes) centrales del *campo médico*, y del *habitus* profesional de los prestadores de servicios de salud, así como del *habitus* de las usuarias de esos servicios, con el fin de

2 Institución pública creada en Junio de 1996, con el fin de “contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios” (Diario Oficial de la Federación, 1996).

descubrir, en el terreno de las *lógicas-prácticas* que se ponen en juego en el espacio de la consulta médica, los factores que inhiben el desarrollo de una *cultura ciudadana* en salud, y facilitan la violación de diversos *derechos* de las usuarias de los servicios.

Tras presentar los antecedentes generales del problema, en la primera parte discutimos los conceptos de salud reproductiva y ciudadanía en salud, en tanto categorías centrales de nuestro análisis. Posteriormente introducimos los conceptos sociológicos que estructuran nuestra indagación: campo médico, *habitus* profesional y violación de derechos reproductivos en el espacio de la salud. En la tercera parte, entonces, planteamos el problema de investigación que nos ocupa específicamente, y delineamos el enfoque metodológico que estamos adoptando, en el marco de una línea general de indagación en la que hemos venido trabajando en los últimos años y que también mencionamos brevemente. La cuarta parte presenta algunos resultados preliminares de este proyecto. Mostramos ahí la génesis escolar de un *habitus* profesional autoritario que, es nuestra hipótesis, jugará un rol determinante en el problema de la violación de derechos de las mujeres, más adelante, durante los años de la práctica profesional. Finalmente, el trabajo concluye enfatizando el carácter preliminar de nuestros hallazgos y la necesidad de continuar con esta investigación, capitalizando la información que hemos acumulado en proyectos previos y manteniendo la perspectiva sociológica y de derechos humanos que nos ha guiado hasta ahora.

Antecedentes

Desde hace varios años se han acumulado diversas denuncias que señalan que en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres. Si bien la investigación sobre esta materia se inició desde la década de los ochentas (Bronfman y Castro, 1989), es el discurso de los derechos humanos y el activismo de las diversas organizaciones feministas lo que ha permitido posicionar centralmente en la agenda política esta cuestión. En el ámbito internacional, por citar sólo un ejemplo de particular relevancia, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer documentó la existencia de diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú (CLADEM, 1998) así como la ejecución de un programa de Estado para la imposición de la anticoncepción quirúrgica entre los sectores más vulnerables y desprotegidos de esa población (CLADEM, 1999).

En el caso de México también desde hace varios años se ha acumulado conocimiento sobre la existencia de este tipo de abusos. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha emitido más de 100 recomendaciones sobre esta materia en los últimos años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios para las que se comprobó la violación de sus derechos humanos y/o de salud.³ Nuestra propia investigación nos ha llevado a identificar algunos de los mecanismos interaccionales (entre prestadores de servicios y usuarias), así como institucionales, que se ubican en el origen de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto (Castro y Erviti 2002, 2003 y 2004). En otras ocasiones se ha tratado bien de investigaciones oficiales, como la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (CONAPO, 1995) o la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (IMSS, 1998), cuyos datos sobre problemas de violación de derechos reproductivos han trascendido; bien de informes de investigación académica (Figuroa, 1990); o bien de denuncias individuales que publican diversos medios de prensa, ya sea porque las afectadas logran hacer llegar su caso a estos medios, o porque se trata de demandas que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres⁴.

Derechos reproductivos y ciudadanía en salud

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación a los diversos aspectos de la reproducción. El gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en la visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los *derechos humanos*. Así, el concepto de salud reproductiva incluye el derecho a la salud sexual, que a su vez incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura, y sin riesgos. Incluye también el derecho al acceso informado a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a *acceder a servicios de salud adecuados* que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos (Cook, Dickens y Fathalla 2003).

3 Rastreo hecho por el autor en la página de la CNDH (<http://www.cndh.org.mx>), así como en las Comisiones Estatales de Derechos Humanos.

4 Un rastreo por internet en tres periódicos nacionales (El Universal, Milenio, y La Jornada) nos llevó a identificar 115 notas periodísticas sobre este tipo de abusos, en esta década.

Desde la perspectiva de los *derechos humanos*, la aplicación operativa de la definición de salud reproductiva exige cambios en la concepción y planeación de los servicios de salud, en la promoción de modos de vida sanos y en las respuestas a las exigencias para mejorarla (Langer, 1999). Además requiere que los servicios de salud consideren la *calidad de la atención* que prestan como uno de los elementos principales, así como la adopción de un enfoque integral en la prestación de los servicios de salud reproductiva (OPS, 1998). Pero sobretodo requiere de investigación que permita conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan la *práctica* profesional de los prestadores de servicios en materias como la sexualidad, la salud y los derechos reproductivos, la maternidad y el proceso obstétrico, particularmente en condiciones críticas como las urgencias obstétricas. Sostenemos que un conocimiento de esta naturaleza nos ayudaría a identificar mejor los principales determinantes del maltrato y de la violación de derechos de las mujeres que se registran en este contexto, así como las condiciones que obstaculizan el pleno desarrollo de la agenda de la salud reproductiva en el espacio de la salud.

El concepto de *ciudadanía* es central para realizar investigación sociológica entorno a derechos en salud. Se refiere a la condición de los individuos que, en razón de su pertenencia a una comunidad política determinada, poseen ciertos derechos que deben y/o pueden ejercer, y ciertas obligaciones que deben cumplir, con la finalidad de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen (Hindes, 2002). El concepto deriva de Marshall (1950), que propuso distinguir tres dimensiones: la civil, la política y la social. Esta última es la que incluye, entre otros, el derecho a acceder a los servicios de salud y de ser atendido en ellos con plena autonomía y dignidad.⁵

La investigación sobre ciudadanía debe diferenciar entre las cuestiones normativas (esto es, *lo que deben ser* los ciudadanos, lo que se postula desde los documentos oficiales y regulatorios) y *lo que en realidad son* a partir de las condiciones materiales que enmarcan su existencia. Debe también distinguir las variaciones en la apropiación subjetiva de los derechos y de la posibilidad de hacerlos valer, pues tales diferencias se anclan en las desigualdades de género, de clase y de etnia, por mencionar sólo a algunas (Stasiulis y Bakan 1997; Harrison, 1991).

5 Siguiendo la tipología de Turner (1990), cabría diferenciar dos tipos de ciudadanía, según su origen: la *pasiva*, que es básicamente otorgada por el Estado, esto es, que va de arriba (los poderes del estado) hacia abajo (los integrantes de la sociedad); y la *activa*, que es básicamente conquistada por los individuos, esto es, que va de abajo hacia arriba.

En esta investigación resulta crucial la noción de *ciudadanía* en su aplicación a la salud reproductiva, tanto del lado de los profesionales que la atienden como de las usuarias de dichos servicios. La ciudadanía se refiere a la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente. En el caso de los prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.), los derechos y las condiciones laborales constituyen un punto medular de su práctica. En el caso de las usuarias, la *ciudadanía reproductiva* se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos, por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo.

A partir de lo que hemos encontrado en investigaciones precedentes, sabemos que muchas mujeres que sufren maltrato durante la atención institucional de su embarazo y parto, *optan* por no protestar y asumen como culpa suya el maltrato recibido por haberse “portado mal”, por no haber reprimido suficientemente sus expresiones de dolor, por haber exasperado a los médicos (Castro y Erviti, 2002).

En países como México, de más está insistir, amplias capas de la población permanecen alejadas de un auténtico desarrollo de la ciudadanía en tanto condición subjetiva, personal, esto es, en tanto capacidad efectiva de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos⁶. Al mismo tiempo, sin embargo, los documentos de la Organización Mundial de la Salud que postulan a la salud reproductiva como un derecho implican un tipo de ciudadanía universal y homogénea. Si bien se reconoce la existencia de países con muy diversos grados de desarrollo económico y social, la apuesta en estos documentos es incentivar al conjunto de las naciones a avanzar hacia un estándar universal de derechos (OMS, 2004). Existen numerosas recomendaciones acerca de las leyes que deben impulsarse y la normatividad que debe adoptarse para avanzar hacia esa meta. Pero lo que no existe aún son investigaciones que indaguen sobre las condiciones materiales, culturales, e ideológicas que dificultan el cambio real, progresivo, de los individuos de una condición de meros objetos de atención médica (o pacientes), a otra de *ciudadanos*.

6 Las teorías de Marshall, Harrison, Turner y otros suponen un ciudadano universal, indiferenciado por género, que en realidad no existe. Las mujeres han sido excluidas de los procesos de ciudadanía, y ahí donde han alcanzado un estatus sólido de ciudadanas lo han hecho más tarde que los hombres y sólo después de largas luchas políticas (movimiento de mujeres). El acceso a la ciudadanía es un proceso altamente estructurado por género y etnicidad, además de clase social. Por tanto, el desarrollo de la ciudadanía social implica una honda transformación tanto de las relaciones de género como de las relaciones de clase y etnia (Walby 1994).

Una muy importante raíz de esta carencia es la apropiación que ha hecho el campo médico de este problema. Bien se trate de formas *menores* de maltrato, o bien se trate de claras violaciones de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud, estamos frente a lo que el discurso médico hegemónico refiere como un mero problema de “calidad de la atención”, en una de sus variantes. Pero sería ingenuo, a los efectos de esta investigación, adoptar esa perspectiva *gerencial* e imaginar que sus soluciones se refieren a cuestiones meramente técnicas y de suficiencia de recursos.

Por el contrario, la vía adecuada para hacer del maltrato a las mujeres en los servicios de salud reproductiva y de los atropellos que ellas sufren con frecuencia en ese espacio, materia de estudio sociológico, consiste en construir el objeto desde la perspectiva de los derechos en salud. Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto *ciudadanas*, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construir las como *pacientes*, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como beneficiarias *pasivas* de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas. Ver las cosas desde la perspectiva de los derechos implica abrir la ruta para mirar a los prestadores de servicios no nada más como profesionales que, en la medida de sus posibilidades, cumplen con un determinado estándar de calidad, sino también como agentes sociales comprometidos *activamente* (si bien, casi nunca concientemente) en el sostenimiento de un orden –el orden médico– que, a veces muy a su pesar, se estructura sobre la base de un conjunto de prácticas de poder que los victimiza en primer lugar a ellos mismos –los años de formación, el internado, la residencia médica, son prueba de ello– y que apuntan exactamente en sentido opuesto a lo que implica la noción de *derechos* (Erviti, Castro y Sosa, 2006).

***Campo* médico, *habitus* profesional y violación de derechos reproductivos**

En términos sociológicos un *campo* “puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu y Wacquant, 2005:150). Tales posiciones pueden identificarse materialmente, así como clasificarse en función de las relaciones que guardan entre sí (de dominación, subordinación, homología, etc.). Al mismo tiempo, es posible rastrear las determinaciones que las posiciones imponen a los actores o agentes que forman dicho campo. El *campo médico*, entonces, está constituido por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y regla-

mentos, la *cuestión sanitaria* de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; y, desde luego, por los y las usuarias de dichos servicios.

El *campo médico* presenta una paradoja crucial: por una parte, las instituciones públicas de salud son un *espacio de ejercicio de la ciudadanía*, en tanto que constituye un derecho social el acceso a ellas; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura *disciplinaria* diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la *obediencia* y la *conformidad* de las usuarias con los dictados del poder médico. El funcionamiento de los hospitales y de los servicios de salud en general está pensado bajo una lógica médico-administrativa altamente racional. Por ello, desde el ingreso a la institución de una mujer a punto de parir o de una mujer que busca acceso a métodos de anticoncepción, se realizan una serie de prácticas tendientes a garantizar la funcionalidad institucional. Dichas rutinas, sin embargo, no siempre son percibidas por las mujeres como prácticas concordantes con las necesidades de atención y seguridad que requieren (Stevenson, 2004; Campero et.al., 1998; Galante, 1996). El círculo paradójico se cierra: a los hospitales públicos las mujeres acceden en su calidad de ciudadanas⁷, porque es su derecho. La atención que ahí reciben, sin embargo, es vivida en términos despersonalizantes y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (i.e. trato de ciudadana y no de paciente) se ve reducida al mínimo o eliminada.

Se trata entonces de *dos lógicas-prácticas diferentes*:⁸ la de las mujeres en proceso de parto o que buscan servicios de salud reproductiva y la de los prestadores de servicios de salud. Cada una de ellas se expresa en *prácticas* específicas cuya problemática coexistencia⁹ se sitúa en el origen de la producción y reproducción de muchas formas de maltrato y abuso que el

7 Si bien no sabemos con qué grado de asunción real de sus derechos acuden a los servicios. También podría ocurrir que acudan a los servicios no porque sepan que es su derecho, sino pensando que es una dádiva que les dispensa el Estado.

8 Bourdieu advierte sobre la necesidad de guardarse de buscar en las producciones del *habitus* más lógica de la que hay en él: "la lógica de la práctica es ser lógica hasta el punto donde ser lógico cesaría de ser práctico" (Bourdieu, 1996, p.86).

9 Ya sea que coincidan (como en el caso de pacientes que se someten plenamente al personal de salud) o que colisionen (como en el caso de pacientes "dificiles" que quieren ver sus opiniones tomadas en cuenta).

establishment médico suele etiquetar como *problemas de calidad*, pero que desde la perspectiva ciudadana pueden denominarse *violaciones de derechos sexuales, reproductivos y de salud* de las usuarias. Lo que queremos decir es que la “mala calidad” de la atención que el orden médico ve en los casos de abuso y maltrato, ciertamente puede estar vinculada de origen a deficiencias en las competencias técnicas y a omisiones o errores de juicio médico, pero no se agota sólo en ello.

En efecto, lo que está en juego en el campo médico es el predominio de un grupo –la profesión médica– sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer los esquemas dominantes de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación y evaluación de los diversos actores del campo. Hace varias décadas Freidson demostró que el rasgo central de una profesión es su autonomía, es decir, la capacidad de delimitar por sí misma su propio saber, así como su ámbito de intervención (Freidson, 1970). Al poseer el control sobre su propia materia de conocimiento¹⁰ –en permanente expansión– el campo médico ha dictado también los términos en que cabe estudiar los problemas de la “calidad de la atención”. Esto es, la manera en que se ha definido el estudio de los problemas de calidad de la atención es un efecto directo de la estructura de poder y del funcionamiento del campo médico. De ahí el silencio que se ha guardado desde esta perspectiva sobre la cuestión de los derechos en salud y sobre la violación de los mismos en las instituciones. Así se explica que casi la totalidad de la investigación sobre este problema sea de carácter médico-gerencial o de salud pública; que se haya centrado ante todo en los aspectos meramente interaccionales entre médicos y pacientes y en las cuestiones de abasto de recursos y de medicamentos; y que se haya excluido de la mirada al menos cuatro cuestiones centrales desde la perspectiva de la sociología, estrechamente entrelazadas entre sí:

- a) la manera en que se forma a los médicos en las universidades y en los hospitales de enseñanza;
- b) la estructura rígidamente jerarquizada del campo médico;
- c) las condiciones de trabajo en las grandes instituciones de salud, y
- d) el impacto de estas cuestiones en el desarrollo del *hábitus* médico.

¹⁰ Aunque no necesariamente tenga el control sobre sus *condiciones* de trabajo. A este respecto es muy ilustrativo el largo debate de las décadas pasadas y ésta, sostenido entre diversos autores y el propio Freidson, entre otros muchos, sobre la ruta que ha seguido la profesión médica, y el esfuerzo por dilucidar si lo que ha enfrentado es ante todo un proceso de *desprofesionalización* o de *proletarianización*.

Este conveniente silencio ha permitido reducir el problema de la violación de derechos en el espacio de la salud a un mero problema de calidad de la atención, por ende monitoreable a través de indicadores simples –de estructura, proceso y resultado, según enseñó Donabedian (1988)– y con “soluciones” basadas ante todo en la *ética*, la buena voluntad y la cooperación de los médicos; en el incremento de los recursos y, en todo caso, en la capacitación para la amabilidad en el trato con los usuarios (tal como se propuso la Cruzada por la Calidad, impulsada por la Secretaría de Salud a nivel federal en México, hace pocos años). No sorprende, por tanto, el reiterado fracaso de las múltiples iniciativas y programas de mejoramiento de la calidad, tal como se evidencia en las numerosas demandas penales y quejas por mala práctica médica, así como en diversos estudios sobre esta materia.

El *hábitus médico* es el conjunto de predisposiciones *incorporadas* –esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales– que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano. El *hábitus* es la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquellas (Bourdieu, 1991). El principio de la acción social, dice Bourdieu (1999), estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: entre la historia hecha cuerpo en forma de *hábitus*, y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del campo médico. Para explorar las vastas implicaciones de esta formulación debemos preguntarnos: dado que los prestadores de servicios de salud,

- han incorporado en forma de *hábitus* las relaciones de poder del campo médico;
- poseen una “actitud natural” ante el mundo, en términos de Husserl (1988), que es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación, y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo;
- y enfrentan múltiples presiones laborales para atender una numerosa consulta con escasos recursos,

¿en qué medida es posible para ellos establecer relaciones *ciudadanas* con las usuarias de servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, en la rendición de cuentas, en el trato igualitario?

Es éste un cuestionamiento que no ha sido formulado así por los estudios convencionales de “calidad de la atención” –salvo tibias alusiones a las arduas condiciones de trabajo de los médicos en las grandes instituciones públicas de salud– porque la investigación en esta materia está atrapada por –es producto de– la lógica del propio campo médico. Sólo rompiendo esa atadura, sólo objetivando a la violación de derechos de las usuarias de servicios de salud reproductiva como un problema cuya génesis debe buscarse también fuera de lo que ocurre dentro del consultorio; sólo concibiendo a estos “problemas de calidad” como un *epifenómeno* del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el *hábitus* de los médicos y de las usuarias de los servicios, sólo en esa medida será posible hacer una investigación auténticamente científica, desde la perspectiva de la sociología, en esta materia.

Que la calidad de la atención no es un problema meramente gerencial, técnico y de disponibilidad de recursos, quedó demostrado desde hace varios años, con el desarrollo de investigaciones sobre esta materia con perspectiva de género. Matamala (1995) y otras autoras argumentaron que los estudios que se centran en la caracterización de la estructura, el proceso y los resultados –sin menoscabo de la utilidad de esa información– sólo fortalecen al modelo biomédico. Y, junto con otras autoras, abrieron la investigación en esta materia *del lado de las usuarias* (Casas, Dides e Isla, 2002). Los recientes estudios sobre consentimiento informado, y sobre los sesgos de género presentes en los encuentros médico-paciente, hicieron contribuciones muy importantes para la objetivación sociológica del problema. Esos estudios fueron decisivos para incorporar la cuestión de la ciudadanía y los derechos reproductivos y de salud de las mujeres, así como para mostrar la existencia de determinantes de género en la formación de los médicos. Pero incluso esas investigaciones omitieron abrir la caja de Pandora *hacia el otro lado*: no del lado de las usuarias de los servicios, sino del lado de los prestadores de los servicios. Es decir, omitieron problematizar las cuestiones de la violación de derechos de las usuarias a modo de poner en el centro de la mirada a la *fábrica social* de los médicos y de las instituciones de salud, para poder explorar desde ahí las determinaciones más profundas, invisibles en tanto estructurantes del campo médico e incorporadas en forma de *hábitus* de sus agentes (Castro, 2008).

El problema y el método

Si bien la acción legal en torno a los casos de violación de derechos de las mujeres en las instituciones de salud es indispensable para combatir la cultu-

ra de la impunidad y el encubrimiento existente en algunos ámbitos, y para alcanzar una verdadera equidad de género en ese marco, sostenemos que ese tipo de medidas no bastan por sí mismas para cambiar las cosas. También es necesario el estudio sociológico de los mecanismos que hacen posible los *desencuentros* que mencionamos más arriba entre prestadores de servicios de salud y usuarias, en el marco de los servicios de salud reproductiva. Más aún, una acción verdaderamente *preventiva* tendría que estar orientada a identificar aquellas condiciones y aquellos conflictos asociados a la deficiente oportunidad y calidad de la atención que *anteceden* a la violación de derechos propiamente dicha, pero que constituyen un paso en esa dirección. Es necesario explorar qué *esquemas de percepción y apreciación* ponen en juego los prestadores de servicios de salud en cada encuentro con las usuarias y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios o campo médico (médicos de primer y segundo nivel; médicos generales y médicos especialistas; paramédicos y enfermeras, trabajadoras sociales, etc.); qué patrones de interacción, y qué estrategias de comunicación y sometimiento se activan en ese nivel *micro* de realidad; qué *lógicas-prácticas* funcionan en la cotidianidad de los servicios que, al mismo tiempo que pueden pasar casi inadvertidas (debido a su carácter rutinario), juegan un papel central en la generación de las condiciones de posibilidad que desembocan en ese fenómeno social que llamamos *violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud*¹¹.

Del planteamiento anterior se desprende una vasta línea de investigación que debe explorar simultáneamente las características básicas del *campo médico* en nuestro país, así como el *habitus* de sus principales agentes. Ello con el fin de documentar y acreditar el papel que juega el encuentro de esas dos formas de lo social en la producción de las diversas formas de *violación de los derechos* de las mujeres en el espacio de la salud.

La hipótesis de trabajo es que la violación de derechos reproductivos, bien durante la atención del parto, bien en el marco de los servicios de salud reproductiva en general (con el concomitante problema de “calidad de la atención” que se le asocia, pero que no es lo mismo) es fundamentalmente un efecto de la estructura de poder del *campo médico* y de la *lógica-práctica* que caracteriza el *habitus* de los prestadores de servicios. La cuestión, desde

11 Este proyecto representa la continuación de una línea de investigación que hemos venido impulsando en los últimos años en este campo. Es posible clasificar en dos grandes áreas los avances que hemos completado hasta ahora, y cuyos resultados han servido de punto de partida para esta nueva investigación: a) los estudios sobre percepciones y prácticas de parte del personal médico en los servicios de gineco-obstetricia (Castro y Erviti, 2002 y 2003; Erviti, Castro y Sosa, 2006; Bronfman y Castro, 1989; Castro y Erviti, 2004; Erviti, Sosa y Castro, 2007). Y b) los estudios sobre percepciones y apropiación de derechos de parte de las mujeres (Erviti, Castro y Collado, 2004).

luego, es dilucidar de manera sistemática y científica la forma en que ambas problemáticas están ligadas.

En este capítulo sólo podemos esbozar los primeros hallazgos que hemos obtenido al explorar la génesis social del *habitus* médico en los años de formación universitaria y hospitalaria.¹² Buscamos identificar en el currículum oculto (que se aprende en forma paralela al currículum oficial), el conjunto de reglas, conminaciones, valores entendidos, estrategias de adaptación, interiorizaciones y prácticas, que dan lugar a la suma de predisposiciones autoritarias que, como médicos, aprenderán eventualmente a desplegar para imponerse sobre las usuarias de los servicios (Apple, 1986, 1987). Y que, ya en funcionamiento, se reflejará como una predisposición que, al entrar en contacto con una estructura propicia del campo médico, redundará en una mayor probabilidad o riesgo de vulnerar los derechos de las mujeres.¹³ Retomando a Pierre Bourdieu, sostenemos que un análisis sociológico de la educación que reciben los médicos nos lleva, de hecho, “a la comprensión de los ‘mecanismos’ responsables de la reproducción de las estructuras sociales y de la reproducción de las estructuras mentales que, por estar genética y estructuralmente ligadas a aquellas estructuras objetivas, favorecen el *desconocimiento* de su verdad y, por tanto, el reconocimiento de su legitimidad” (Bourdieu, 1989:5, *itálicas añadidas*).

Los resultados que siguen se basan en un muy somero primer análisis de 11 grupos focales con médicos¹⁴, de tres estados de la república, en diferentes niveles de formación: residentes, especialistas jóvenes (de menos de 45 años de edad) y especialistas de más de 45 años de edad, todos de las áreas de gineco-obstetricia y medicina familiar. En total son más de 100 médicos los que han participado en estos grupos.

12 Como hemos señalado, la investigación en su conjunto explorará también el *habitus* de las usuarias, así como la estructura del campo médico en su conjunto. Nos apoyamos, además, en el análisis estadístico y de contenido de las denuncias de mala práctica médica presentadas ante la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, y la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, entre otras.

13 En otros trabajos mostraremos a dicho *habitus* en funcionamiento, propiamente. Aquí sólo queremos dar cuenta de la génesis escolar del mismo, de algunos de los aprendizajes e interiorizaciones cruciales de los años de formación, que serán determinantes para ser médico o médica de la forma en que se suele ser en nuestro contexto.

14 Estos 11 grupos focales corresponden a un primer año de trabajo de campo. Durante el segundo año (en curso) realizaremos seis grupos focales más en otros estados de la república, y aún durante el tercer año buscaremos realizar otros seis.

Primeros hallazgos

Los preguntas abordadas en la discusión en los grupos focales abarcan un amplio espectro de temas, que van desde los motivos para haber estudiado medicina (cuyo análisis permitirá discernir la naturaleza social de la *vocación*) hasta las características de la práctica profesional cotidiana.¹⁵ Sin embargo, en lo que sigue nos centraremos únicamente en los hallazgos relativos a los años de formación.

Al respecto cabe señalar cuatro dimensiones que han surgido hasta el momento y en las que, por la consistencia de los testimonios a lo largo de los grupos, se puede identificar la existencia de un programa paralelo de aprendizaje, de un currículum oculto, no menos importante que el currículum propiamente académico u oficial que deben cubrir los estudiantes de medicina. La primera se refiere a los aprendizajes sobre la *imagen* personal que el estudiante debe proyectar sobre los demás. Desde los comienzos en la facultad, los futuros médicos aprenden que es esencial vestir siempre de blanco, impecablemente, sin ninguna mancha evidente, pues esto último es fácilmente motivo de censura por parte de los profesores. Deben asimismo usar ropa bien planchada pues las arrugas sobre la misma serán también motivo de regaños y castigos. Se trata de un trabajo institucional de construcción de una nueva identidad, la del médico, que comienza desde el primer semestre de la carrera bajo el deber de *aparentar* que se es médico¹⁶. Los largos años de formación permitirán hacer la transición de la apariencia a la plena asunción de la identidad, pero es preciso comenzar con lo primero tempranamente. La admonición de un profesor, tal como la recordó uno de los participantes, resume cabalmente el mandato contenido en estas reglas: “de aquí en adelante ustedes ya son distintos. Ya no eres cualquier cosa, ya deberías comportarte distinto porque traes el uniforme blanco y eso te diferencia de la gente”.

15 Los grupos focales que estamos realizando con médicos exploran temas como sus experiencias en los años de formación en la facultad y como especialistas; su exposición al currículum no oficial de la carrera de medicina; los aprendizajes en torno a los valores entendidos, las jerarquías, los secretos profesionales dentro de la profesión; sus años como residentes y su elaboración acerca de las experiencias duras que debieron vivir en el contexto hospitalario a manos de otros colegas o de sus superiores; su historia laboral como prestadores de servicios de salud; su experiencia como gineco-obstetras; y sus percepciones sobre diversos temas sobre las mujeres que atienden: su origen, su condición social, sus embarazos y partos; “el deber ser” de las mujeres durante el embarazo (en particular durante el embarazo de alto riesgo), en salas de parto, y durante el puerperio: lo que es “bueno” y “conveniente” para ellas; sobre las condiciones materiales y organizativas de su trabajo hospitalario; sus percepciones y experiencias sobre su interacción con los diferentes niveles de la jerarquía médica; sobre sus derechos y condiciones laborales; sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y sobre la posibilidad de cambiar o mejorar la práctica diaria.

16 Los interaccionistas simbólicos mostraron la importancia de trabajar sobre las apariencias externas como un recurso que ayuda a transformar la identidad en la dirección deseada. Ver, por ejemplo, Goffman, 1989.

La construcción de la nueva identidad se finca lo mismo en procesos de *diferenciación* que de *identificación* social. Ejemplo de lo primero es el hecho de que los alumnos varones aprenden que no está permitido el uso de aretes ni el pelo largo, pues tales rasgos “relajan la disciplina del grupo”. Ejemplo de lo segundo es la frecuencia con que, desde los inicios de la carrera, los alumnos reciben trato de “doctor” o “doctora” por parte de sus profesores. Se trata de prácticas constituyentes de una identidad que trabaja activamente para refrendar esa imagen que exalta la ideología médica de un profesional claramente identificado con cierto tipo de masculinidad o feminidad, que a su vez son íconos de un conjunto de valores tradicionales que hacen “respetable” a quien los exhibe y le confieren autoridad.

Pero la promesa de autoridad contenida en esa imagen idealizada llegará sólo al cabo de un largo proceso de formación. Para ello, es preciso sobrevivir a una segunda dimensión importante de aprendizaje, que se refiere al papel de *los castigos y el disciplinamiento corporal* en la formación del médico. Desde los primeros semestres de la carrera, los estudiantes de medicina aprenden la centralidad del castigo como recurso didáctico mediante el cual se les forma. En particular, es en los años del internado y la residencia que el castigo es usado como un vehículo para la trasmisión de conocimientos. Hay un sinnúmero de faltas, omisiones, carencias técnicas y equivocaciones, normativas en la práctica de un aprendiz, que los superiores detectan en los internos y residentes, que éstos no necesariamente estaban en condiciones de evitar (pues no habían recibido la instrucción correspondiente y no se suponía que conocieran el correcto proceder), y que son corregidas a través de castigos. No es que los castigos se apliquen únicamente ante la reiteración de una falla: se usan en primer lugar como recurso didáctico, como forma de transmisión del conocimiento. Pero, obviamente, sirven al mismo tiempo como recurso de disciplinamiento y de afianzamiento de una jerarquía. Durante los grupos focales hemos recolectado decenas de descripciones de situaciones en las que los participantes recibieron un castigo. Lo más revelador es que en varias ocasiones los participantes señalaron que no había habido ninguna falta, por mínima que fuera, que pudiera explicar el origen del castigo. ¿Por qué se les castigaba entonces? La respuesta de uno de los participantes lo resume con claridad: “era marca personal, porque el otro quería marcar su jerarquía. Y sin derecho a réplica porque te duplican el castigo”.

Los castigos más típicos, ya en los años del internado y la residencia, son la prolongación de las guardias, que últimamente, ante la prohibición de imponer guardias de castigo, se llaman eufemísticamente “guardias complementarias”. Son jornadas de trabajo extenuantes que se extienden por varios días,

que se traducen en un enorme desgaste físico y emocional de los castigados. Otras sanciones frecuentes son la obligación de investigar sobre la materia en que se cometió el error y presentar un artículo al respecto en un breve lapso (sacrificando horas de descanso); la desacreditación frente a los pacientes y los pares; la obligación de repetir el llenado del expediente de los pacientes, y muchas otras más.

A través de la dinámica de los castigos, el orden médico se revela nítidamente a quienes desean ser parte de él: se aprende, por una parte, que hay jerarquías, superiores, que pueden en todo momento remarcar su condición de tales. Y por otra, se aprende que no es posible sustraerse a esta forma de proceder, no digamos, por supuesto, tratando de desafiar a un superior, sino incluso cuando se aspira a no replicar el maltrato que se ha sufrido en carne propia sobre los residentes que están a cargo de uno. La obligación de castigar a los de menor rango se impone, a veces, porque de no hacerlo los médicos de mayor rango castigarán a quien se negó a castigar. Pero a veces los propios agentes desconocen porqué ahora actúan de la misma manera que antes detestaron en sus superiores. Como señaló uno de los participantes: “yo criticaba a los R3 y ahora estoy haciendo lo mismo... esas son cosas que pasan por alguna razón, y a lo mejor lo estamos haciendo por inercia o de manera inconsciente...”.

Claramente asociado al tema precedente, la tercera dimensión de aprendizaje que queremos destacar aquí se refiere al orden de las *jerarquías* dentro de la profesión. El campo médico, como el militar, está rígidamente organizado en líneas de mando y compuesto por agentes de diferente *rango*. La centralidad de tales jerarquías se aprende no sólo mediante la dinámica de los castigos antes descrita, sino a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días de estudiante en la facultad. Junto al cúmulo de testimonios de agradecimiento que los participantes expresan hacia muchos de sus mentores, también abundan los testimonios acerca de maestros en la universidad que sistemáticamente humillaban o descalificaban a los estudiantes en clase (“Los mismos que te van formando te empiezan a desalentar en los primeros semestres”).

La cuestión es aún mucho más evidente durante los años de la residencia médica. Ahí los médicos en formación aprenden que un residente del primer año (R1) sólo está autorizado a hablar con su inmediato superior, el residente de segundo año (R2), pero de ninguna manera con un R3 o R4 (aún cuando se trate de también de médicos en formación casi de la misma edad). El R1 se dirige al R2 como “doctor”, lo mismo que el R2 al R3. Pero este último debe

dirigirse al R4 y a los superiores de éste como “maestro”. Y, naturalmente, el trato hacia los superiores es siempre hablando de usted, jamás tuteándolos.

Por otro lado, es bien conocida la formación que deben adoptar los médicos cuando se pasa la visita a los pacientes: “primero va el maestro, luego el doctor, después los residentes 4, 3, 2 y 1 y al último el interno y detrás el estudiante.” Lo que indica que el orden de las jerarquías se despliega incluso visualmente, y que su importancia en el campo médico se internaliza gradualmente, día tras día, a fuerza de socializar dentro de la estructura hospitalaria, bajo las reglas de comportamiento y de etiqueta que ahí operan. Un ejemplo paradigmático del valor simbólico de esta jerarquización del campo, y de sus efectos, se resume en la siguiente descripción contada por uno de los participantes en un grupo focal: “un estudiante llega temprano a clase... se llena el salón. Al final llega un R3: paran al estudiante”.

No sorprende entonces que al referirse al duro trabajo que deben realizar los internos y los residentes del primer año, varios residentes de segundo y tercer año hayan explicado las cosas con una simple sentencia: “En el hospital hay roles. Hay peones”.

Las dos últimas dimensiones mencionadas, la del disciplinamiento sistemático y la de las jerarquías, adquieren una realidad particularmente acuciante cuando se les mira desde una perspectiva de género. O dicho en otras palabras: la cuarta dimensión que conviene enfatizar aquí se refiere al *disciplinamiento de género* que está vigente en el campo médico a lo largo de toda la carrera profesional.

Desde los primeros años en la facultad, suelen presentarse agresiones contra las mujeres, que éstas deben superar si de verdad aspiran a convertirse en médicas. Abundan los ejemplos: el del profesor que al entrar a clase les preguntaba a las mujeres qué estaban haciendo ahí, si deberían estar vendiendo verdura en el mercado; el de aquel otro que mandaba a las mujeres a sentarse en la parte posterior del salón, y sólo permitía que se sentaran al frente a aquellas que estuvieran dispuestas a “enseñar pierna”; la de aquella que, gracias a sus altas calificaciones, había ganado ya la exención de un examen, cuando fue obligada a pasar al frente del salón para que el maestro pudiera “admirar su figura”. Al negarse a hacerlo, fue obligada a presentar examen.

El hostigamiento hacia las mujeres no necesariamente disminuye cuando termina la licenciatura y se accede a los años de especialidad. Además de la obligación que se impone a muchas de ellas de presentar pruebas de no-

embarazo antes de comenzar, hay testimonios acerca de médicos-docentes que tratan de desalentar a las mujeres que quieren hacer una especialidad: “mejor ponga un consultorio de medicina general al lado de su casa para que pueda atender a su esposo y a sus hijos”. También hay evidencias de que ciertas especialidades, como cirugía y urología, entre otras, están material y simbólicamente cerradas para las mujeres. Tal exclusión se logra mediante prácticas concretas de hostigamiento sistemático a aquellas mujeres que intenten cursar alguna de estas especialidades.

A todo lo anterior se suma la colaboración de los y las usuarias de los servicios de salud. Las residentes y especialistas participantes reportan que en general el público suele referirse a ellas como “señoritas” (y rara vez como “doctora”), mientras que, por el contrario, cualquier personal masculino, incluyendo los enfermeros y los camilleros, suelen recibir el trato de “doctor”.

Conclusión

La génesis del *habitus* médico que opera en los servicios de salud reproductiva puede rastrearse desde los primeros años de formación universitaria, pasando por los años del internado y los de especialización. En este trabajo apenas hemos planteado el enfoque general de nuestra investigación, y hemos esbozado los primeros hallazgos en el estudio de dicho *habitus*.

Hemos identificado, por lo pronto, cuatro dimensiones centrales del currículum no oficial que deben aprender e interiorizar los estudiantes de medicina y los médicos que están haciendo su especialidad en gineco-obstetricia o medicina familiar. Tales dimensiones se refieren al cultivo de una imagen, al papel de los castigos y el disciplinamiento corporal, al orden de las jerarquías y al disciplinamiento de género.

La suma de aprendizajes que derivan los médicos de ese currículum paralelo puede recapitularse a través de varias frases de síntesis que aportaron los propios médicos especialistas participantes cuando se les pidió que resumieran qué les parecía todo aquello, visto ahora en retrospectiva, habiendo ya superado todas esas pruebas, y siendo lo que son hoy en día, gineco-obstetras o médicos familiares en pleno desarrollo profesional. Sus respuestas:

- “También eso es formación”
- “Se aprende a resistir”
- “Nos forma el carácter”

- “Para mí fue muy adecuado, muy drástico, muy duro para que uno pusiera mayor atención en las cosas”
- “Fueron tratos fuertes que al final rindieron frutos”
- “Eso te forma, te curte, te jala...”
- “Entonces aprendes que la disciplina te va formando también y que es parte de ti y que la debes de entender y la debes aceptar como formativa, como propia tuya, para mejorar un poco, a veces se caía en el abuso, pero esto te da jerarquía... y eso te forma y eso te da una valoración de lo que es el respeto, lo que es la lealtad y muchas cosas más”.

Son respuestas que denotan que estos agentes han completado el camino de la socialización, y han sido adoptados plenamente por la institución a la que aspiraron pertenecer. Ahora la encarnan, hablan en su nombre, y pueden incluso fungir como sus promotores ideológicos, como cuando uno de ellos señaló que el currículum paralelo de aquellos años de formación le permitió “aprender a ser un médico que se entrega”, poniendo así en circulación nuevamente la imagen del médico sacrificado que trabaja, ante todo, por el bien de los demás. O como cuando se expresan con gratitud de quienes los maltrataron severamente en el pasado, pero a quienes se les reconoce como un mérito haber sido tan exigentes.

Estamos frente a un aparato, el de la educación médica, que funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de los años y para quienes no desertan en el camino, convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica. Se trata de un aparato que inculca un *habitus* profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el disciplinamiento del cuerpo y en el cultivo de cierta imagen; en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa; en la desigualdad de género.

Son todos éstos rastros de un *habitus* que aún es preciso analizar en funcionamiento, en el espacio hospitalario, en plena interacción con las usuarias de los servicios. Un *habitus* cuya lógica-práctica aún es necesario reconstruir dentro del campo médico al cual pertenece y cuya *necesidad* –en tanto conjunto de predisposiciones estructuradas por, y estructurantes del campo médico– aún hay que demostrar.

No estamos, entonces, aún en condiciones de señalar que ese *habitus* así inculcado desde los años de formación está en el origen de la violación de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud. Pero ciertamente hemos dado un paso en esa dirección. Nuestros siguientes avances deberán mostrar que las dimensiones de ese *habitus* que aquí hemos discernido (más las que se añadan, como resultado del análisis actualmente en curso), efectivamente propenden al mantenimiento de un estilo autoritario en los encuentros con las usuarias, y que dichas propensiones están efectivamente en el origen de la violación de derechos y de las múltiples formas de maltrato que se registran en el espacio de la salud sexual y reproductiva. La ruta general está trazada en términos conceptuales y metodológicos.

Referencias

- Apple, M.W. (1986). *Ideología y currículo*. Madrid: Akal.
- Apple, M.W. (1987). *Educación y poder*. Barcelona: Paidós y M.E.C.
- Bourdieu, P. (1989). *The State Nobility*. Stanford University Press: Stanford, CA.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1996). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bronfman, M., Castro, R. (1989). Discurso y Práctica de la Planificación Familiar en América Latina. *Saúde em Debate* (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES Londrina, Paraná, (25), 61-68.
- Campero, L., et al. (1998). 'Alone I wouldn't have known what to do': a qualitative study on social support during childbirth in Mexico. *Social science and medicine* 47(3) 395-403.
- Casas, L., Dides, C., e Isla, P. (2002). *Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva*. Santiago de Chile: CORSAPS.
- Castro, R. (2008). Prólogo. La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico. En: Castro Vásquez, Ma. Del Carmen. De pacientes a exigentes. *Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud* (pp. 17-24). Hermosillo: El Colegio de Sonora.

Castro, R. y Erviti, J. (2002). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: B. Rico, M.P. López y G. Espinoza (coords.). *Hacia una política de salud con enfoque de género* (pp. 245-263). México: SSA-UNIFEM.

Castro, R. y Erviti, J. (2003). Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, November, 7(1), 90-110.

Castro, R. y Erviti, J. (2004). El DIU y la obtención del “consentimiento informado” bajo presión: Hallazgos de una investigación sobre violación de derechos reproductivos en México. Ponencia presentada en el IX Congreso latinoamericano de medicina social, salud: un derecho a conquistar, Lima, 11 al 15 de agosto de 2004.

CLADEM. (1998). *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: CRLP, CLADEM.

CLADEM. (1999). *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*. Lima: CLADEM.

CONAPO. (1995). Encuesta Nacional de Planificación Familiar.

Cook, R. J., Dickens, B. M., y Fathalla, M. F. (2003). *Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics, and law*. New York: Oxford University Press.

Diario Oficial de la Federación. (1996). Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 3 de Junio de 1996.

Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Erviti, J., Castro, R., y Collado, A. (2004). Strategies used by low-income Mexican Women to deal with miscarriage and ‘spontaneous’ abortion. *Qualitative Health Research* 14(8), 1058-1076.

Erviti, J., Castro, R., y Sosa, I. (2006). Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos* 24(72), 637-665.

Erviti, J., Sosa, I. y Castro, R. (2007). El respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. La construcción profesional de los derechos reproductivos. Ponencia presentada en el XII Congreso de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, marzo de 2007.

Fajardo-Dolci, G. E., Hernández-Torres, F., Santacruz-Valera, J., Hernández-Avila, M., Kuri-Morales, P., y Gómez-Bernal, E. (2009). Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública de México*, 51(2), 119-125.

Figueroa, J.G. (1990). Anticoncepción quirúrgica, educación y elección

anticonceptiva. Trabajo presentado en la *Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México.

Freidson, E. (1970). *La profesión médica*. Barcelona: Taurus ediciones.

Goffman, E. (1989). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hindes, B. (2002). Neo-liberal citizenship. *Citizenship studies*, 6(2), 127-143.

IMSS. (1998). Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.

Galante Di Pace, M. C. (1996). La atención institucional del parto: contrastes culturales y calidad de los servicios. *Primera Conferencia por una Maternidad sin Riesgos*, Oaxaca.

Harrison, M.L. (1991). Citizenship, consumption, and rights: a comment on B. Turner's theory of citizenship. *Sociology*, 25(2), 209-213.

Husserl, E. (1988). *Las conferencias de París. Introducción a la fenomenología trascendental*. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM.

Langer, A. (1999). Planificación familiar y salud reproductiva, o planificación familiar versus salud reproductiva. En: M. Bronfman y R. Castro (coords). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (pp. 135-150). México: Edamex.

Marshall, T.H. (1950). *Citizenship and social class*. Cambridge: Cambridge University Press.

Matamala, M.I., ed. (1995). Calidad de la atención, género y salud reproductiva de las mujeres. Santiago de Chile: Reproducciones América.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2004) La salud en los objetivos de desarrollo del milenio. http://www.who.int/mdg/goals/041222health_mgdchart_sp.pdf (consultada el 12 de marzo de 2007).

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (1998). Población y salud reproductiva. 25 *Conferencia Sanitaria Panamericana*. 50 Sesión del Comité Regional, 21 al 25 de septiembre, Washington D.C.

Stevenson, F. (2004). Concordance. *Social theory & health*, 2, 184-193.

UNPFA (United Nations Population Fund). (1995). *Program of Action: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto: UNPFA.

Stasiulis D., y Bakan A.B. (1997). "Negotiating citizenship: the case of foreign domestic workers in Canada". *Feminist Review*, 57, 112-139.

Turner, B. (1990). Outline of a theory of citizenship. *Sociology* 24(2), 189-217.

Valdés, R., Molina, J. y Solís, C. (2001). Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Pública de México*, 43(5), 444-454.

Walby, S. (1994). Is citizenship gendered?. *Sociology*, 28(2), 379-395.

**De “pacientita” a ciudadana:
el largo y sinuoso camino de
las mujeres dentro del orden
médico en México**

:: Cristina M. Herrera

Introducción

La violencia de pareja ejercida contra las mujeres es uno de los obstáculos más contundentes y extendidos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos humanos en general, ya que parte de un sistema de normas y valores que niega a la mujer el estatus de sujeto libre y autónomo que define a la ciudadanía. Consecuencia directa de la violencia en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos es la incapacidad para decidir sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, si tener hijos o no, el número y espaciamiento de los nacimientos, el uso de anticonceptivos, la continuación o no de un embarazo, etc.

La cultura de género aún dominante en amplios sectores de la población en América Latina, establece que las mujeres no son dueñas de su cuerpo, sexualidad y reproducción porque estos aspectos de su vida, así como muchos otros, deben ser tutelados por una autoridad que en general es masculina, pero a veces es ejercida por mujeres en representación de aquella. La violencia contra las mujeres es una de las manifestaciones más visibles de ese patrón de control y disciplinamiento femenino en amplios sectores de la población mexicana, donde cifras recientes reportaron que entre 21.5% y 46.55% de las mujeres sufre algún tipo de violencia en el hogar por parte de su pareja (SSA/INSP 2003; INEGI 2004).

Aun así, las sociedades van cambiando y a estas estructuras se incorporan discursos modernos, dentro de los cuales el de los derechos de las mujeres plantea la necesidad de incorporarlas a la ciudadanía de la que gozaron anteriormente sólo los varones. Este se va imponiendo paulatinamente en nuestras sociedades y llega también al ámbito de la salud sexual y reproductiva. Es así como la agenda de los derechos de las mujeres va permeando, no sin dificultades y escollos, los debates y decisiones de políticas públicas y la legislación. Prueba de ello es la Nueva *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (Cámara de Diputados, DOF, 2007), que vincula a todos los sectores del gobierno, y el diseño e implementación de programas específicos destinados a favorecer su aplicación.

Este trabajo presenta resultados de una investigación cualitativa llevada a cabo en México entre profesionales de servicios públicos de salud, cuyo objetivo fue explorar los discursos y prácticas de estos agentes en torno a la violencia de pareja, problema que fue definido como de salud pública y que como se dijo, es objeto de políticas, programas y legislación desde hace re-

lativamente escaso tiempo en el país. La indagación se realizó en el marco del lanzamiento y operación de un programa específico del sector salud¹, dirigido a prevenir y atender la violencia intrafamiliar desde los mismos servicios públicos e incorporando la “perspectiva de género”. Para ello se difundió entre el personal médico la normatividad que les asigna obligaciones específicas en la tarea de prevenir, atender y canalizar casos de violencia de pareja hacia instancias de resolución del problema, incluidas las de justicia, y se realizaron esfuerzos de capacitación y sensibilización al personal de los servicios de salud, vistos éstos como la “puerta de entrada” de las mujeres a un camino de resolución del problema de la violencia.

El estudio realizado fue de tipo cualitativo, con una perspectiva de análisis del discurso, cuyo fin fue explorar los distintos elementos que se entretajan en los mapas mentales de los encargados de poner en operación el programa y que determinan en gran medida su manera de posicionarse ante la violencia contra las mujeres y en consecuencia de favorecer o no su prevención y atención. El análisis se basó en observación participante, diario de campo y entrevistas en profundidad a 58 profesionales de los servicios de salud de las tres instituciones públicas del sector², en tres estados del país que según datos de la secretaría de salud mostraron alta prevalencia de violencia de pareja³ (SSA/INSP, 2003). Entre ellos se entrevistó a 16 médicos(as), 14 enfermeros(as), 11 psicólogos(as) y 17 trabajadores(as) sociales. Para complementar la información, se realizaron también 24 entrevistas en profundidad –ocho en cada estado– a mujeres víctimas de violencia de pareja, contactadas en diferentes instituciones.

Desarrollo

El principal hallazgo de este estudio es que la propia estructura de autoridad del orden médico, que es normativo, excluyente, masculino y paternalista en el mejor de los casos, vuelve muy difícil un cuestionamiento de la visión tradicional de las mujeres, reforzando una visión de las mismas como sujetos

1 Se trata del programa nacional Mujer y Violencia, que es uno de los componentes del Centro Nacional Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en México y está orientado a prevenir y atender la violencia doméstica y sexual contra las mujeres en el país, en colaboración con una red de refugios para mujeres en situación de violencia extrema, operado por organizaciones de la sociedad civil. Este programa empezó a operar en 2002, hizo primero un diagnóstico de violencia contra las mujeres y desarrolló luego un modelo integral de atención y una estrategia de capacitación al personal de salud en la atención y en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana de atención a la violencia intrafamiliar (SSA/NOM-190). La Norma fue publicada con una serie de comentarios dirigidos a estos profesionales.

2 Estos son los servicios de salud para trabajadores del Estado, los servicios para trabajadores del sector privado y los servicios para población abierta (sin cobertura).

3 Estos fueron Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal.

a ser tutelados y no como ciudadanas. En los mapas mentales de los profesionales de salud se combinaban elementos del llamado "discurso médico" con otros provenientes de discursos de clasificación social como el de género, etnia y clase social, para dar por resultado esta visión. Cuando las mujeres son vistas como "deficitarias" en sus roles tradicionales de género -porque no han sido capaces de mantener la armonía familiar, que es una de sus principales tareas-, la respuesta más que ciudadana, es terapéutica. Esto las coloca en un lugar de pasividad y sumisión a la autoridad médica: el de las "pacientitas", una manera muy común entre el personal de salud de referirse a las mujeres que acuden a solicitar sus servicios.

Esta combinación de discursos se hizo visible ante preguntas acerca de los "sujetos" de la violencia doméstica. Se preguntaba al personal médico primero de manera más neutral y apelando a su saber de expertos, por ejemplo, "a qué población afectaba más este problema", "con qué frecuencia", etc., para pasar más adelante a indagaciones sobre "el tipo de mujer" que más lo experimentaba, y finalmente a cuestiones emocionales, como "qué siente al ver una mujer golpeada". Las que consideraron eran las "causas" de la violencia contra las mujeres revelaron discursos sobre el género, la raza o la clase social que si bien no eran directos -como tampoco lo eran las preguntas- mostraban que -fuera de su posición en el orden médico y apelando más a su "opinión" como individuos-, los profesionales estaban atravesados por prejuicios sociales que finalmente condicionaban su práctica profesional, aún cuando ésta apareciera como fundamentada sólo en la "ciencia".

Aparecieron así discursos tradicionales -cuando no misóginos- sobre el papel de la mujer en la familia, sobre la propensión de ciertos grupos a la violencia y en suma sobre el carácter "menos que humano" de ciertas categorías de sujetos, donde se mezclaban cuestiones étnicas, de clase y de género. Esta visión tiene consecuencias importantes para el lugar que se les asigna en el orden médico.

Los profesionales de salud no hablaron de *las mujeres* hasta que se les interrogó de manera explícita al respecto. Al plantearseles el tema de la violencia doméstica en general, apelando a su posición en el orden médico, inmediatamente hablaban de la violencia que sufren los niños y los ancianos por parte de los miembros adultos de las familias, especialmente las mujeres. Cuando se les señalaba que de acuerdo con los "datos estadísticos" eran éstas las principales víctimas de violencia doméstica, muchos de ellos acotaban: "sí, pero también hay hombres maltratados". Las burlas explícitas sobre las mujeres que sufren violencia fueron comunes fuera de grabación y notable-

mente entre los directivos de los hospitales a los que se contactaba en primera instancia para iniciar el trabajo de campo en estos centros. Comentarios misóginos apuntando a que las mujeres *a veces* merecían el maltrato –por ejemplo cuando no se arreglan para el esposo, “huelen mal”, “están gordas”, etc.– fueron pronunciados incluso por médicos encargados de coordinar las acciones de este programa contra la violencia en una jurisdicción de salud particular, tarea que por lo demás decían tomarse en serio por tratarse de “un problema grave”.

Fuera de esos “extremos”, la mayoría de los profesionales entrevistados expresó el deseo de “saber más sobre la violencia doméstica y en especial saber cómo tratarla”, pero al preguntárseles sobre las mujeres maltratadas y especialmente sobre sus sentimientos y sensaciones al verlas en los servicios, dejaban aflorar discursos de alto contenido misógino, culpabilizando a las mujeres por el maltrato sufrido, porque “se lo buscan”, “se dejan”, participan, también agreden, “les gusta”, o “son cobardes”. ¿Cómo interpretar estas aparentes contradicciones?. Aquí aparecen en los entrevistados articulaciones de discursos y desplazamientos entre diversas posiciones de sujeto (Foucault, 1983).

En el discurso médico, el paciente es tratado en tanto que enfermo y en la medida en que demuestra su disposición a ser razonable, sometiéndose al orden médico con el fin de recuperar las características propias del “hombre”, es decir la libertad que le hace escoger la razón (Clavreul, 1983). El enfermo, distinto del “hombre”, es siempre sospechoso de tomar decisiones contrarias a su salud, seguir los dictados del “organismo” en lugar de prescripciones desagradables, mentir, etc. ¿Qué esperar entonces de una mujer? El discurso sobre el “hombre” propio del humanismo es, como ya lo han advertido las feministas, masculino. En este caso, la mujer no sólo es sospechosa en tanto que “enferma” sino ante todo en tanto que mujer. Si hemos de tomar el discurso médico en serio, las mujeres no sólo están excluidas temporalmente de la razonabilidad, mientras dura su condición de enfermas, sino de manera permanente, por ser mujeres. Aquí el discurso médico se articula con discursos históricos sobre lo femenino y lo masculino, o sobre el género, que han destacado el carácter corporal, sensible e irracional de las mujeres en contraposición a la voluntad y la razón, que estarían del lado masculino. Este discurso, coincidente con la hegemonía del humanismo occidental, establece cadenas de equivalencias que equiparan lo femenino con la diferencia, la temporalidad, la anarquía, el error, el interés, la insanidad y la desviación, y a lo masculino con sus respectivos opuestos, la identidad, la universalidad, la cultura, el desinterés, la verdad, la sanidad y la justicia (Mohanty, 1991).

En el siglo XIX, recuerda Laclau (2006) el carácter irracional y patológico de la "masa" asociado con una vida inferior era comparado con la conducta de "los alcohólicos y las mujeres", que entre otras muestras de desorden manifestaban un "goce insano en la violencia". En contraste, las formas superiores de vida como las del individuo portador de la razón y la normalidad, eran identificadas con *el hombre*.

Se ha dicho que el orden médico es masculino, independientemente del sexo de quien ejerza la medicina, precisamente porque en este discurso la razón está del lado del médico y la pasión del lado del paciente. Como señala Clavreul (1983), la histérica es una mujer por la misma razón que del lado del saber hay un hombre. Todo aquello que no se somete al orden médico es sospechoso de una alteración del juicio y de la tendencia a seguir, en cambio, los caprichos del deseo. Por eso cuando una "patología" no tiene justificaciones para el orden médico, lo que se ve en ella es simplemente "búsqueda de placer", lo cual es visto con desagrado por el discurso moralizante de la medicina. De ahí la frase -velada o abierta- en el discurso de los profesionales entrevistados, de que "a las mujeres les gusta que les peguen". Como señalamos antes, esto las coloca fuera del orden médico que "ya tiene bastante con las enfermedades verdaderas" y las arroja al mundo de la "patología mental".

Los entrevistados se quejaron una y otra vez de que las mujeres no eran confiables y la credibilidad de su palabra, dudosa. También de que ellas no se sometían con facilidad a los consejos de los profesionales cuando éstos decidían intervenir instándolas a "no dejarse" o a denunciar a su pareja, ya que "reincidían" (el papel pasivo de *ser agredida* se convierte en activo: *reincidir*), lo que genera frustración en los médicos.

La "imposibilidad" de estas mujeres de volverse sujetos libres, autónomos y razonables parece condenarlas, dentro del orden médico, a una condición permanente de "enfermedad". Un médico, al ejemplificar la forma en que actuaba frente a una pareja que llega al consultorio con signos de violencia, donde el que típicamente toma la palabra es el agresor, comentó que salía en defensa de la mujer diciéndole a su pareja: "*¡Señor, la enferma es ella!*". Frase contradictoria si lo que se pretende es dejar hablar a la mujer, ya que el papel de enfermo -que por lo demás parece tener aquí cualidades ontológicas- es "silencioso". Este enunciado del médico muestra que su palabra es la única legítima, ya que no sólo se refiere a la mujer como "la enferma" sino que también hace callar al hombre que la acompaña, estableciendo así su autoridad sobre ambos. Aún así, sólo en pocos casos los profesionales hablaron del agresor como problema y, a lo sumo, lo hicieron algunos psicólogos de

manera exculpatoria, mencionando sus posibles traumas de infancia, frustraciones y, en última instancia, la imposibilidad de tratarlo, “por no aparecer en los servicios de salud”. La Norma oficial y el programa mismo no incluyen directrices explícitas relacionadas con los agresores.

A partir de las entrevistas se pudo indagar en las representaciones que tienen los profesionales de la salud acerca de “las mujeres”, tanto en relación con su papel social como en su posición en la situación de violencia conyugal. Las respuestas a la primera cuestión pueden agruparse en dos grandes categorías: se las ve como individuos (mujeres) o bien como madres y esposas y la violencia doméstica es juzgada en base a estas representaciones. Si bien muchos mantenían ambas posiciones alternativamente –la mujer tiene derechos como individuo y a la vez obligaciones familiares–, fueron más quienes, puestos a escoger, se inclinaron por privilegiar la segunda opción. Corroboramos esta tendencia de los profesionales a asumir el sentido común de género, cuando al ser interrogados por sus sentimientos frente a una mujer maltratada la amplia mayoría expresó, junto con comentarios misóginos, que lo que más les preocupaba era el ejemplo que estas madres “dejadas” daban a sus hijos.

Esa dicotomía de posiciones femeninas (madre o mujer) es analíticamente arbitraria pero identificable en el discurso de los entrevistados, y pudo matizarse con las respuestas dadas a la segunda cuestión, es decir, su lugar en la violencia. No necesariamente las visiones más tradicionales –en el extremo, la postura de que la principal obligación de la mujer es atender a sus hijos y esposo con abnegación y cariño y armonizar la vida familiar gracias a las dotes propias de su género (cuidado, sensibilidad etc.)– coinciden con una responsabilización de la mujer por la aparente “disfunción” familiar que implica la violencia en ella. De modo inverso, quienes veían a la mujer principalmente como individuo, titular de derechos propios, etc., no necesariamente responsabilizaban sólo al agresor ni veían a la mujer como una víctima pasiva de éste o de la cultura de género. Pudimos detectar entonces tres grandes visiones del papel de la mujer en la violencia:

1. la que llamamos “*culpable*”, donde encontramos una variedad de respuestas que sostienen la idea de que la mujer participa de la relación violenta, ya sea por una “patología” explicada de distintas formas, como se verá más abajo, por ser ella también agresora (de la pareja y/o hijos), o bien por permitir –o incluso “gozar” de– la violencia;
2. la que denominamos “*víctima impotente*” del sistema, donde la visión de la mujer es de debilidad, dependencia emocional e internalización de la devaluación social de que es objeto y

3. la que llamamos "*víctima racional del sistema*", donde las fuentes de su incapacidad para demandar el derecho a no ser agredida no son internas sino externas: arbitrariedad del sistema legal, falta de apoyo y redes sociales, inequidad socioeconómica y el riesgo de mayores agresiones en presencia de todo lo anterior. Aquí la mujer es vista como un individuo "racional" que en un contexto socioeconómico y cultural adverso evalúa las opciones y estratégicamente opta por un "mal menor". Las propuestas o ideas sobre lo que es deseable hacer respecto de la violencia dependerán fuertemente de estas visiones sobre las mujeres.

Pudimos detectar que las interpretaciones de los profesionales al respecto se basaban tanto en la interacción y diálogo con las pacientes como en preconcepciones, experiencias personales o estereotipos. Muchos declararon que las mujeres son poco confiables y mienten, si bien esta idea prevaleció más en los médicos que en el resto de los profesionales. Las enfermeras y en menor medida las trabajadoras sociales opinaban más de acuerdo con lo que las pacientes les habían "contado" o conocían a través de personas cercanas y tendían menos a considerar a las mujeres como "mentirosas". Sin embargo, en la mayoría prevaleció la ambivalencia: si bien cada entrevistado se ubicó con más claridad en una de las posturas mencionadas, su discurso contenía elementos de las otras. Por ejemplo, algunos que comprendían ampliamente las razones de las mujeres para guardar silencio con respecto a la agresión sufrida (notablemente la ausencia de respuestas institucionales a sus demandas), al mismo tiempo expresaban enojo contra ellas porque "no se dan a respetar", no "ejercen sus derechos" o simplemente "perdonan".

Ciertamente una gran mayoría de entrevistados, abierta o sutilmente, y por diferentes razones, tendía a culpar a la mujer por "permitir" la violencia en su familia; los agresores, curiosamente, permanecían invisibles en el discurso espontáneo. Al ser explícitamente interrogados al respecto, la actitud más común era la indiferencia, la negación, el rechazo o la perplejidad ("trato de comprenderlos pero no los entiendo"). Se empleó mucho más tiempo y energía en hablar de las mujeres agredidas y de su responsabilidad en la relación violenta, que del agresor. Algunos incluso sostuvieron que el machismo era culpa del "matriarcado" [sic] (las madres educan a sus hijos varones protegiéndolos y disculpándolos, mientras que a las hijas les enseñan a "aguantar"). Otras maneras muy frecuentemente expresadas de diluir la gravedad de la violencia hacia las mujeres, al ser interrogados al respecto, fueron la de anteponer la violencia que sufren otros miembros de la familia que son más "inocentes" (típicamente niños y ancianos) y la de enfatizar que los hombres también son agredidos por las mujeres (más que nada psicológicamente, a

través de la humillación). Esta postura fue mantenida tanto por hombres como por mujeres. Un médico que se declaró enfáticamente a favor de los derechos de las mujeres (a no ser agredidas, a abortar en caso de violación, etc.) y que condenó con igual énfasis la violencia masculina contra ellas –sobre todo si hay lesiones externas–, al mismo tiempo se quejó de que se protegiera tanto a las mujeres a través de programas especiales y se descuidara a los hombres “que también sufren, son humillados, a veces son padres solteros”.

La categoría de representaciones de la mujer que nombramos “víctimas del sistema”, por su parte, no sólo se refiere a la mención de los entrevistados de la situación objetiva de las mujeres que dependen económicamente de su pareja violenta y por lo tanto perciben como poco conveniente separarse de él (víctimas “racionales”), sino de manera preponderante alude a la supuesta asunción del discurso misógino por parte de las mujeres, por ejemplo cuando no denuncian porque los demás “van a pensar que fue su culpa”, por “temor a ser regañadas” o por miedo al qué dirán si se convierten en mujeres “separadas” (víctimas “impotentes”). Esto fue dicho por la gran mayoría de los entrevistados.

En el primer caso la decisión de no hablar, no denunciar, no separarse, puede ser vista como una conducta de algún modo racional, en la que las mujeres calculan cuál es el mal menor y prefieren aguantar la agresión de la pareja antes que la incertidumbre que plantea una situación de dependencia económica, especialmente en las etapas de crianza de los hijos. En el segundo caso, se trata en cambio de una conducta más bien inconsciente, incluso “encarnada”. Quienes asumieron esta postura, hombres y mujeres por igual, mencionaron el temor y el “respeto” de las mujeres a su pareja, la dependencia emocional, el amor y hasta el masoquismo. Nuevamente, se percibe una gran ambivalencia en relación con “las mujeres” en general: son racionales, astutas y calculadoras (y aguantan las agresiones por conveniencia) o bien son víctimas de un sistema de valores en el que fueron socializadas y que ellas reproducen como algo natural. Tienen derecho a no ser agredidas pero también “se lo buscan”. Son mal vistas tanto si adoptan un papel pasivo en la relación violenta como, peor aún, si toman uno activo. Estas afirmaciones estaban presentes incluso en el discurso de un mismo sujeto, quien expresaba de este modo cierta perplejidad ante lo que aparenta ser una conducta “patológica” por parte de las mujeres. El discurso médico, como demostró Goffman (1973), tiende a llamar patología a lo que en verdad ve como “desviación”: ¿por qué estas mujeres no hacen lo que deberían hacer? ¿Están cómodas en la “dominación masculina” o no pueden salir de ella?

Para entender esto quizás habría que introducir una distinción entre la *culpa* o "internalización" del discurso del agresor por parte de las mujeres y la *vergüenza* que sienten al fallar en el cumplimiento de un mandato que pesa sobre ellas y sufrir en consecuencia sanciones sociales. En el primer caso se asume subjetivamente una devaluación y se cree efectivamente que el maltrato es merecido; en el segundo, prevalece el temor a no ajustarse a lo que la sociedad o el grupo de referencia espera (las entrevistas a mujeres maltratadas muestran claramente ambas posiciones, incluso en la misma mujer).

Una enfermera dijo que denunciar era la mejor manera de perder el "miedo al agresor" y dejar de lado la "culpa". Denunciar sería, en este discurso, una forma de objetivar, de convertir al agresor en objeto (de denuncia) y no en el ser (superior) del que depende la integridad corporal y anímica propia (que suele ir acompañado de la culpa). Pero esto sucede en un tipo de violencia, que algunos autores llaman "terrorismo íntimo" (Johnson, 2005), donde la violencia va *in crescendo* a lo largo de varios años y genera dependencia por parte de la agredida. En general, cuando sucede, se llega a pensar en denuncias después de varios episodios de maltrato y como reacción a un agravamiento que ha traspasado algún umbral de tolerancia por parte de la mujer. Tampoco esto significa el fin de ese proceso, que se caracteriza por varias idas y vueltas, momentos de maltrato y "reconciliación" alternativos. Esto hace que la frase de muchos profesionales a sus pacientes: "hay una ley que te protege, úsala!", sea difícil de cumplir. Pero la inhibición para denunciar no sólo responde a los sentimientos de culpa, al terrorismo íntimo o a una especie de masoquismo o "gusto" por la violencia. El "temor al regaño" o a ser señaladas, que la mayoría de los entrevistados mencionó, son expresiones de *vergüenza* (social) más que de culpa (individual). Los mensajes que reciben las mujeres y refuerzan esta idea son "sabías que así era", "cuando te casaste sabías a lo que ibas", etc. Suponen asumir un mandato social que no necesaria o solamente implica culpa o alguna forma de "patología mental" como muchos entrevistados sostuvieron (masoquismo, personalidad pasivo-agresiva, etc.). En todo caso, es una falla en la tarea de hacer que "los caracteres de la pareja se acoplen" como dijo una psicóloga (tarea que se supone la mujer tiene habilidades innatas para desempeñar). Fueron varios los que mencionaron que el papel de la mujer es sensibilizar a los hombres y en especial a sus hijos varones.

Al indagar más en estas distinciones, los entrevistados mencionaron que, aunque no se consideren culpables, las mujeres piensan que es inútil denunciar porque "no les van a creer". Con esto pareciera que las mujeres "legítiman" el discurso masculino *pero no lo autorizan*, lo cual habla más de la

sociedad en la que viven que de sus propios problemas “mentales”. Una enfermera lo dijo de este modo: la mujer permite la agresión “*pero no cómodamente*”, es decir, no quiere romper normas sociales pero subjetivamente resiste (no se siente culpable, solo asume inconscientemente su devaluación social). La adaptación al lugar que les confiere el discurso social predominante sobre lo femenino, que es reproducido por sus redes sociales y familiares, da a las mujeres cierto *reconocimiento* social que no tienen quizás en el orden de los derechos.

Las entrevistas hechas a mujeres víctimas de “terrorismo íntimo” revelaron que este tipo de violencia no es un problema meramente “conyugal” sino que involucra a la familia extensa, especialmente en aquellas que siguen la pauta extendida en México de cohabitar con la familia de origen del marido. Esta costumbre, en un contexto de movilidad geográfica creciente, aleja a las mujeres de sus propias redes sociales. En estos casos se ponen en juego lealtades familiares y los parientes del marido, especialmente las mujeres, se dan la tarea de vigilar la conducta sexual de la esposa, controlar su uso del tiempo y cumplimiento de las obligaciones domésticas, con el fin de garantizar la preservación del honor del marido y a través de éste, el de la familia. Muchas veces, sin embargo, son también las redes sociales y familiares de la propia mujer las que reproducen el discurso del sometimiento conyugal. Los problemas de violencia suelen ser mantenidos dentro de estos ámbitos, a menos que haya que hacerlos visibles en casos graves, que ameritan hospitalización, o bien cuando efectivamente las mujeres han perdido todas sus redes por haber migrado solas o solo con su pareja y recurren a las instituciones de salud u otros servicios sociales (Agoff, Herrera y Castro, 2007).

Se mencionó repetidamente el miedo de las mujeres al rechazo de la gente por estar “solas” y al desprecio social a sus hijos si tenían padres separados. Si bien el incremento de madres solas ha atenuado un poco la condena social hacia este grupo de mujeres (“antes te excomulgaban”, dijo una entrevistada), el estigma no ha desaparecido, al punto que muchas “perdonan todo” a cualquier hombre que les haya “hecho el favor” de aceptarlas teniendo hijos de otro hombre. Esta circunstancia fue mencionada como parte de la explicación de la tolerancia de las mujeres hacia las agresiones de la pareja. Un hombre es bueno (no es un agresor) si la acepta a pesar de tener hijos de otro, y/o si la mantiene. Ellas asumen la responsabilidad de su conducta violenta: “no lo manden a llamar, yo les aseguro que no se va a volver a repetir”.

Queremos destacar con esto que la “explicación” de la permanencia de la violencia doméstica en la sociedad no se reduce a un único factor, como

tienden a ver los profesionales de salud al ser interrogados desde su posición en el orden médico. Ellos pueden enumerar muchos problemas de diverso orden e incluso decir, como repite la mayoría, que la violencia doméstica es "multifactorial" (la pobreza, el machismo, patologías mentales orgánicas, falta de habilidades para la comunicación con la pareja, falta de educación y de valores, etc.), todos unidos en un mismo listado que abona a la idea de un "diagnóstico", sin causa ni agente visible, pero en última instancia, una patología. Pero la patologización, dentro de este tipo de argumentación, está articulada con cuestiones de clase, etnia y género.

La relación médico-paciente es sustituida en el orden médico por la relación entre institución médica y enfermedad. Así como el "hombre" es separado del "enfermo", el médico tampoco habla desde sí mismo sino desde la autoridad que supuestamente le confiere el carácter científico del discurso médico. Muchos entrevistados aludieron a la experiencia acumulada, mencionando todos los lugares y puestos que habían ocupado en los servicios médicos, y sobre la necesidad de indagar en las causas de las lesiones de algunas de sus pacientes, varios lo tomaron como una cuestión de honor personal, de necesidad de "desenmascarar" las mentiras de las pacientes, porque esto significaba una especie de afrenta a su autoridad. Una doctora comentó: "Yo sí le pregunto: `oiga, a ver, ¿esto cómo estuvo?, ¿quién la golpeó?.. . porque esto no es una caída!... dígame la verdad'. O sea, les digo *que no me quieran ver la cara*, ¿verdad?". Es desde esta posición de autoridad social y moral que los profesionales de salud se atrevieron a intentar establecer las causas de la violencia doméstica, reflejando con ello una ambivalencia entre excluir el tema o introducirlo, aunque "patologizado", en el orden médico.

La autoridad de "la ciencia" les confiere a los médicos también una noción de "alcurnia" social que deben mantener, con el cultivo constante de una imagen de respetabilidad y virtud personal. Algunas de estas virtudes míticas son el desinterés y la generosidad. Como dijeron varios "les tenemos que transmitir esos valores que deben de tener". El saber y la autoridad que confiere la "ciencia" fueron invocados, tanto para justificar la atribución de "patologías" a quienes viven en situaciones de violencia, como para establecer distancias *sociales* con ellos. De este modo el orden "biológico" fue evocado tanto para deslindarse del problema en el orden médico como para hacerse cargo de él. En el primer caso, la violencia es vista como una ruptura del orden "natural" -que es armónico-, y sus causas obedecen a desórdenes morales, asunto que no compete a la medicina. En el segundo, hay una confusa mezcla de elementos biológicos y morales que determinan la conducta ("es *biología*... es cómo se criaron durante generaciones", según el discurso de varios entrevistados).

La disposición a involucrarse depende así del concepto que tengan los profesionales de salud de su propio papel social: si defienden el orden médico a secas, tenderán a deslindarse o en todo caso enviar las pacientes a salud mental o a trabajo social, si mantienen una idea más cercana a la de la “medicina social”, que incluye la educación, la prevención, etc., sentirán que la “falta de educación” es un mal que también deben intentar remediar por cuestiones de “salubridad” y *a veces de derechos*. Pero muchas veces esta idea de “medicina social” se sustenta en una epidemiología clásica, más que social, que si bien habla del sujeto en sus múltiples aspectos, termina responsabilizando al individuo del mal que padece, cuando en rigor, no está en sus manos controlar la mayoría de los factores que determinan su problema. La “educación para la salud” muchas veces se fundamenta en la ilusión de que una vez que el individuo conozca el problema y las maneras de prevenirlo, éste desaparecerá.

Para nuestros entrevistados, la población usuaria de los servicios públicos de salud es la gente “pobre” y sus ambigüedades hacia esta población, son palpables. De acuerdo con ellos, la “culpa” de su desorden la tiene a veces la “modernidad” o las condiciones actuales de la vida urbana, otras el machismo y en menor medida el autoritarismo a nivel político, pero la mayoría, aún cuando mencionaran esos elementos, no dejaban de señalar que en última instancia eran los mismos individuos los incapaces de acceder a los valores “modernos”, por “flojera”, vicios o tendencia a lo ilegal. “El alcohol los vuelve malos”, dijo una doctora; otra señaló que “la violencia es innata en los hombres, pero se puede controlar con la razón”. Estos sujetos, entonces, no tendrían la capacidad de “controlarse”. En esta línea, un tipo de agresión que varios consideraron inaceptable fue la “mordedura humana”, como denominaron a la mordedura hecha por la pareja de la paciente y, peor aun, cuando la consecuencia de ésta era una fractura ósea. Las mordeduras –que aparecen como características de un animal– fueron mencionadas en varios lugares. La violencia en general parece adjudicarse a quien carece de entendimiento o habilidad de comunicación o simplemente está cerca de la animalidad y esto está relacionado, sin duda, con determinados sectores sociales. La “educación” fue también asociada con el respeto al cuerpo, la “razonabilidad”, habilidades de comunicación y “una pareja más igualitaria”. Un psiquiatra comentó: “las mujeres *ignorantes* creen que ese es su destino, *son religiosas*, la religión les dice que esa es su cruz y que deben cargarla y aguantar porque son las esposas”. Lo moderno se opone aquí a lo religioso, que a su vez implica ignorancia.

La “falta de educación y cultura” se asocia con mucha frecuencia a la idiosincrasia de ciertas familias que reproducen esos patrones de manera casi “gené-

tica". Este patrón incluye la violencia social y familiar, la conducta delictiva, las adicciones, la suciedad y curiosamente, la sumisión, conductas privadas que trascienden al espacio público y revelan una *cuasi* naturaleza incivil. Como dijo una enfermera: "yo creo que es mucho *biología* (...) yo siempre he dicho que tanto *violencia* como que se descuiden *las calles*, la *basura* y demás es.. es todo *educación* (...) ignorancia, la *cultura* que han tenido desde el nacimiento y que después repiten en la edad adulta". Aquí la biología es llamada a prestar su modelo (la reproducción genética) a un argumento que es moral e incluso "estético" ["sería *bonito* que se quite *todo eso*"]. Esa fealdad, inmoralidad y en definitiva falta de orden, debe ser prevenida antes de que se propague porque constituye un riesgo social. Las enfermeras se declaraban más cercanas a las pacientes en comparación con los demás profesionales; los médicos y psiquiatras en cambio eran quienes más distancia social establecían con los pacientes, principalmente por tener "educación".

En general las discriminaciones por clase social parecían ocultarse detrás de las de género, a través de una caracterización de la violencia doméstica como problema de pobres, de gente no educada, de familias disfuncionales producto de patologías de las que se mencionaban más que ninguna otra las de las mujeres. Esto las volvía riesgosas en el discurso y no aptas para el mantenimiento del orden basado en la educación y los valores familiares. Las discriminaciones étnicas, salvo excepciones, no fueron explícitas, pero parecían subsumirse en el discurso de la discriminación por clase social, por ejemplo al decir que los sectores rurales o indígenas "son gente agresiva".

A través de estos discursos maquillados con argumentos pseudo-científicos y expresados desde una posición de autoridad no sólo conferida por el orden médico sino también por la pertenencia a una determinada etnia y clase social, los profesionales de salud parecen estar preservando la "respetabilidad de clase media" a que les obliga su posición en el orden médico. Podríamos pensar que este lugar social funciona para los profesionales de salud, si bien con algunas variaciones dependiendo de su lugar dentro del campo, como una "sobredeterminación de posiciones de sujeto" (Laclau y Mouffe, 2000). Es decir, una posición que lleva implícitas otras a quienes abarca y articula, por ejemplo la "clase" o la "etnia" (ésta fuertemente asociada con la primera). Curiosamente, los pocos entrevistados que se refirieron de manera explícita a cuestiones étnicas no eran necesariamente "*güeros*" como se suele decir en el discurso popular, sino mestizos. Pareciera entonces que la "bata blanca" que distingue a estos profesionales contribuye a "blanquear" simbólicamente un poco más el color de la piel, ya que quienes hablaron de cuestiones étnicas lo hicieron refiriéndose exclusivamente a los indígenas.

Para gran parte de los profesionales entrevistados la violencia suele ser patrimonio de las clases bajas, aunque algunos también hayan repetido el discurso según el cual ésta “nos afecta a todos”, como dicen los folletos y algunos mensajes mediáticos. Sin embargo, su propio grupo parece estar de algún modo inmunizado contra ella y cuando ocurre, es casi una excepción (“¿como puede dejarse golpear si tiene estudios, como yo?”). Sospechan, en cambio, que las clases muy altas sí experimentan violencia, quizás según el modelo que asocia el “espíritu aguerrido” con la aristocracia, en oposición a la “mansedumbre” pequeño-burguesa (Boltanski y Chiapello, 2002). Pero no se sentían autorizados a hablar de las clases altas, de quienes decían “no se puede saber nada porque, si sufren alguna violencia, lo resuelven en su casa o con médicos privados”. En los pocos casos en que fue abordado el tema de la violencia dentro de las clases pudientes, sin embargo, notamos una tendencia a imaginar a esta violencia como más “racional” o movida por el interés, ya sea económico (“se pelean por dinero”) o con el fin de humillar, para lo cual se usan los medios psicológicos más sofisticados. Especialmente hábiles en esto, según el discurso de varios entrevistados, parecen las mujeres de clase alta, porque tienen educación o quizás capital social propio, además de los medios económicos. El poder que confieren estos capitales aparece, siempre en el imaginario de los entrevistados, la mayoría de los cuales pertenecía a estratos medios, como una manera de evitar la posición “pasiva”, y por ello se enfatizaba la “reciprocidad” de género en las manifestaciones de violencia. Existe una creencia (reforzada por los medios que difunden supuestos resultados de “estudios científicos”) que en los estratos medios y altos prevalece la violencia “psicológica” y “económica”, mientras que en los bajos reina la violencia física y sexual, lo cual refuerza los estereotipos. Estas formas de violencia se pueden relacionar más fácilmente con la brutalidad, el desorden emocional y la patología, mientras que las primeras requieren de algunas habilidades mentales (el cálculo frío, por ejemplo, tan enaltecido por el género *thriller* del cine actual, que por requerir un ojo “educado” se asocia más con el gusto de las clases medias). En todo caso esas violencias tienen “una razón” o quizás no son una pura “sinrazón”, de ahí probablemente la insistencia de muchos entrevistados y entrevistadas, en especial los de menor jerarquía en los servicios, en diferenciarse de las pacientes gracias a *tener educación*. Como dice Cherrie Moraga (1988), se teme más a la similitud que a la diferencia.

En casi todos los entrevistados aparece el sentimiento de indignación porque la mujer “se deja” (agredir) en vez de “dejar” al agresor, o de responderle, lo contrario de “dejarse”. Un desplazamiento muy curioso de esta dicotomía “dejar/dejarse” en boca de varias de las mujeres profesionales, sin embargo,

se deslizaba hacia lo físico (*dejar* de cuidar la apariencia, el físico, la limpieza del hogar, cuestiones comúnmente asociadas con lo femenino, en suma, ser una "dejada") y con ello no evitar que el hombre busque otras parejas y/o la maltrate y humille ("ya no me sirves", "estás gorda", "estás fea", "eres frígida", fueron varias de las frases que las entrevistadas adjudicaron a las parejas de sus pacientes, como ejemplos de humillación ¿merecida?). Una frase muy socorrida entre ellas es "me da coraje como mujer" (que otras mujeres *se dejen*).

Curiosamente, en las entrevistas a mujeres maltratadas, el arreglo y la limpieza eran mencionados como los principales valores por los que otras mujeres cercanas al agresor –en particular la madre y hermanas– juzgaban a la pareja de éste y con ello reforzaban la idea de que si su virtud (y respetabilidad) estaban en duda, el maltrato era merecido. Si en los grupos más tradicionales la limpieza de la casa y el decoro en la vestimenta son expresión de pudor, decencia y buena conducta sexual por parte de una esposa y madre, en las mujeres más educadas o "modernas", cuya respetabilidad social además de la familia pasa por la profesión y los signos de status que da el consumo –como gran parte de las profesionales entrevistadas– esos valores se traducían en la búsqueda del arreglo personal, la "buena presencia" y el atractivo físico, no solamente para competir en el mercado laboral sino también en el matrimonial y con ello, evitar que el hombre busque otras compañías. Como dijo una trabajadora social, "son culpables porque 'se dejan' (...) aunque... hay mujeres que se cuidan físicamente para ser atractivas a sus parejas y sin embargo también sufren algunos maltratos".

Según muchas de estas profesionales, cuando la mujer está obligada a salir a trabajar, esto provoca reacciones violentas "porque el hombre es inseguro", pero también porque ella deja de cumplir varias de sus obligaciones y "descuida a la pareja" (...). Dos trabajadoras sociales que fueron entrevistadas juntas, dijeron que las mujeres que salen a trabajar "también son flojas... [porque] como ya trabajan y sienten que ya traen dinero a la casa, ya no quieren guisar, ya no quieren lavar", agregando que "también *uno* se busca los problemas, hay que ser realista". Reforzando la idea anterior, para estas profesionales el trabajo femenino remunerado disminuye la violencia sólo "cuando la gente tiene educación", porque al ser más *razonables* y saber comunicarse, los hombres (también educados) entienden que esto significa un ascenso social para la pareja y la familia. La mayoría de las profesionales cree, como dijo una de estas trabajadoras sociales, que "la mujer 'actualizada' (con mayor educación) es menos humillada y menos golpeada". Estas trabajadoras se distancian, se sienten un escalón más arriba que sus pacientes y expresan su temor a ser igualadas a ellas en términos misóginos y de clase.

El trabajo de la mujer fuera de la casa produce desintegración familiar y violencia, creen, a menos que se lo haga por superación personal, a través de una carrera o de estudios. Como dijo una psicóloga, “es una sensación de disgusto, porque digo: cómo es posible que *tú* te dejes manejar, pues *uno* es *mujer*, y pues *yo bien o mal estudié*, como que quisiera uno que esa persona entendiera (...) esa persona tiene un año menos que yo, o sea, *‘vete tú y veme yo [sic]’*”. La identificación “de género” en las mujeres profesionales se daba desplazándose de la tercera persona a la primera del plural: “*es la respuesta que damos: es por mis hijos, o es porque van a decir que es mi culpa*”, mientras que cuando toman distancia (por ser profesionales y no iguales a las pacientes) utilizan en cambio frases como “*ellas dicen, ellas creen*” etc. “No cooperan, no quieren denunciar [las mujeres de baja escolaridad, con tres o cuatro niños]. *Nos echan a perder el caso*”.

La misoginia a veces oculta el clasismo, y la educación es una manera velada de hablar de diferencias de clase. Muchas entrevistadas dijeron que la violencia sucedía “*incluso* en mujeres educadas” o que trabajan, lo cual resultaba mucho menos admisible ante sus ojos. Aquí es necesario introducir algunos matices entre las instituciones donde trabajan las entrevistadas, ya que las usuarias de los servicios de salud para trabajadores del Estado (ISSSTE) por ejemplo, a diferencia de las de los servicios para población abierta (SSA) o de la seguridad social para trabajadores del sector privado (IMSS), muchas de ellas aseguradas por el trabajo de sus maridos, suelen tener estudios (maestras, empleadas, etc.) y se encuentran socialmente más cerca de las profesionales de la salud. A ellas se les reprocha *dejarse* “aun teniendo estudios” o también –al decir de una enfermera– “dejarse maltratar por alguien que no tiene estudios”. En este caso lo consideran una falla en la autoestima, que genera vergüenza porque “lo permiten”.

Debilidad de carácter, sumisión, “nobleza” fueron asociados por algunos con la falta de estudios en la mujer, curiosa mezcla de virtudes y “defectos” como si se tratara de sinónimos, que podía aparecer en el discurso de un mismo entrevistado o entrevistada. Una delgada línea parece distinguir el fortalecimiento del carácter y el abandono del lugar de sumisión de la mujer que producen los estudios, y la adquisición de rasgos amenazantes, como la pérdida de “nobleza”. Si, de acuerdo con esta visión, los estudios son un arma de doble filo al tratarse de las mujeres, en el caso de los hombres, en cambio, sirven para contrarrestar la “natural” agresividad masculina; como dijo una trabajadora social: “a mí me sorprendió muchísimo porque *el señor* tiene una formación académica, pero pues le ganaba más su “prueba del ego”, o bien, en el caso de un hombre sin educación, “[la señora] tiene fractura de un dedo,

tiene la boca mordida, yo creo que le dio un beso bien apasionado". Estas personas les inspiran "coraje" (la mujer) y "asco" (el hombre).

Steph Lawler (2004) sostiene que las distinciones de clase no desaparecieron en la modernidad tardía sino que fueron desplazadas e individualizadas. Se desplazan a personas individuales (o familias) aprobadas o desaprobadas, normalizadas o patologizadas. El género es, para este autor, uno de los ejes centrales en los que las distinciones de clase son establecidas y mantenidas (y viceversa), a través de los significados de clase asignados a diferentes formas de masculinidad y feminidad. Al comparar el tratamiento público dado en Inglaterra a dos movimientos de protesta de "madres", uno de clase baja y otro de clase media, este autor concluye que las mujeres de clase baja son retratadas como incapaces de auto-reflexión y sus protestas, en consecuencia, desacreditadas; por el contrario, las mujeres de clase media son de antemano autorizadas para reclamar por sus hijos porque se las considera madres psicológicamente normales ("verdaderas" madres). Según Lawler, incluso para la izquierda (al menos la inglesa) la "infraclass" actual no tiene la dignidad del "proletariado" y es descrita con los mismos términos patologizantes; pero es un grupo esencial para la clase media, porque en las actuales condiciones le permite definirse. Según Angela McRobbie (2004, p.106) "a través del prisma de la individualización de las mujeres las diferencias de clase son re-inventadas por medio de la violencia simbólica y en el campo cultural y de los medios y se inscriben en el cuerpo femenino". De ahora en adelante, dice esta autora, "la joven madre soltera –y podríamos agregar la mujer maltratada- será vista como una persona abyecta, con una vida 'mal manejada', volviendo con ello a un estilo pre-feminista y pre-*welfare* de ver a las mujeres menos favorecidas".

Los discursos de los profesionales de salud que hemos entrevistado –tanto hombres como mujeres- parecen corroborar esta misma idea, que se forma en la confluencia de discursos sociales igualmente ocultos y diferentes del discurso médico: el de las distinciones de clase, género y etnia. Pero al ser enunciados por los profesionales de salud en sus propios términos, pueden verse reforzados, –no solo en los pacientes sino en toda la sociedad-, precisamente por ser ellos los representantes del discurso más autorizado para hablar de "patologías". También el discurso médico parece colonizar más que nunca el de la psicoterapia. Como apunta Nancy Fraser (2003) al respecto, "en la época post-fordista el enfoque basado en el habla e intensivo en tiempo, que favorecía el fordismo, tiende a ser eliminado de la cobertura de seguros y a ser reemplazado por psicología farmacológica de ajuste instantáneo". El auge de las neurociencias legitima esta tendencia, reforzando con ello la bús-

queda de causas a cada vez más problemas, en disfunciones cerebrales. A los psiquiatras se les envían los casos más “intratables”, justamente porque ellos pueden medicarlos, en general con antidepresivos o ansiolíticos.

Este amparo en la “biología”, nuevamente, resulta poco convincente cuando constatamos que a falta de un saber aplicable, los problemas son llevados al terreno moral. En relación con la violencia doméstica, una “patología familiar” tal como es definida, se culpa a las mujeres por “dejarse” (y dejar que ocurra), y en consecuencia se las juzga incapaces de juicio y de moralidad. La mayor “decadencia”, “vista” en los servicios de salud, se manifestaba en la figura de “madres adolescentes sin escolaridad, y en la manera que las trata su novio”. Según algunas profesionales es el “masoquismo” y/o el “amor” lo que les impide reaccionar, nuevamente sugiriendo el “doble filo” que implica la educación de las mujeres como mostramos en otro ejemplo: con estudios pueden abandonar el masoquismo pero también el “amor”. La caricatura de la feminidad y masculinidad “degradadas” que presentan estas entrevistadas se muestra en la percepción de que “las mujeres dejan que sus agresores hablen por ellas (lo que habla de una pérdida subjetiva) por temor a “que se vayan con otra”, mientras que “los hombres se juntan con sus amigos a presumir: son machos por golpear a la mujer y más machos por volverla a contentar”. Sin embargo, estas mismas entrevistadas también juzgaron como “degradadas” a las mujeres que por trabajar y ganar dinero creen que tienen derecho a dejar de cumplir su papel de trabajadoras no remuneradas.

Este discurso ambiguo, que identificamos en muchas de las mujeres profesionales entrevistadas -supuestamente “emancipadas”-, muestra la gran complejidad de la constitución subjetiva de las mujeres y la consecuente dificultad para lograr un “empoderamiento” femenino “por decreto”. Al asociar la capacidad de las mujeres de “contestar” la subordinación con una pérdida de los valores femeninos más constitutivos y reconocidos, parecen confirmar lo que señala Berlant (2000) cuando afirma que la praxis femenina es establecida como terreno de solidaridad y que las mujeres son exaltadas por tener un valor más simbólico que social, derivado de su experiencia en los terrenos del sentimiento íntimo y la sexualidad, configuración de contradicciones en virtud de la cual gana fuerza una “cultura sentimental” que *dificulta el logro de la plena ciudadanía* para las mujeres y otros grupos subordinados en virtud del “sufrimiento”. Esta autora, que centra su análisis en Estados Unidos, sostiene que la gente puede tener dignidad en los dominios del capitalismo nacional contemporáneo sólo en la medida en que habita el mundo pasivamente, viviendo a través de la negatividad en nombre del optimismo, mantenido por un estado (nación) de constante “mejoramiento”. En una línea

similar, Lois McNay (2004) señala que la feminidad es un lugar inestable y una posición difícil de ocupar para *ciertas mujeres* en virtud, no de su posición devaluada en el orden *falocéntrico*, como dicen algunas feministas, sino de la dinámica de las clases. Según esta autora, es porque carecen de capital económico y cultural que las mujeres de clase baja invierten tanto -económica y emocionalmente- en una *apariencia* de clase media, en la feminidad burguesa o en el matrimonio; ya que son formas de compensación ante la discriminación racial, de género o de clase, y de otorgarles una cuota de "normalidad psicológica".

La paradoja que plantea la violencia doméstica a estas mujeres, es que ese mismo discurso de promoción de la unidad familiar a cualquier precio -que se les recuerda en muchas de las instituciones a las que acuden en busca de ayuda- es el mismo que las devuelve a la "patología" de la que buscaban escapar. Podemos ver con todo esto que *en el campo de la medicina, así como en el jurídico, hay más de un discurso en juego* y que no necesariamente se aplican a un caso las reglas "oficiales" de ese campo. Como intentamos mostrar, un caso de violencia puede ser "diagnosticado" con argumentos morales, de género o de clase, disfrazados de "ciencia". Esto puede ser acatado porque esas "verdades" en parte coinciden con las de la *doxa* y sobre todo porque quien las enuncia, habla en representación de un discurso cuya autoridad es *cuasi* sagrada.

Discusión

El orden médico representa una autoridad científica pero también moral sobre la sociedad. Sus representantes, al mismo tiempo que hablan en nombre de la ciencia -a la que no se puede ofrecer una oposición razonable, de ahí su autoridad-, también forman parte de la cultura dominante en dicha sociedad.

En el presente trabajo quisimos mostrar cómo al ser interpelados sobre un problema difícilmente clasificable en el discurso médico -pero que ha sido definido como de salud pública-, los profesionales de salud echaban mano de discursos sociales que, combinados con el lugar otorgado al paciente dentro de ese orden, dan por resultado una visión y trato de las mujeres como objetos de tutela más que como sujetos con derechos. Esto, que tiene que ver con la estructura misma del orden médico y no sólo con las posiciones subjetivas de sus representantes, vuelve difícil la práctica de la ciudadanía en salud, como vimos en el caso de las mujeres que viven violencia de pareja. No obstante, esta dificultad no se origina en el ámbito de la interacción entre médicos y

pacientes sino que tiene sus raíces en las relaciones políticas más amplias entre la ciudadanía y las instituciones del estado.

El de ciudadanía es en sí mismo un concepto problemático. Como señala Agamben (2001), los derechos se atribuyen al *hombre* sólo en la medida en que éste es el presupuesto (que se disipa inmediatamente) del *ciudadano*, es decir de aquél cuya vida -en función de su nacimiento en un territorio (*natio*)- deviene el fundamento último de la soberanía del estado. En esta biopolítica, la vida humana sólo es definida en tanto aquello que se opone a una amenaza de muerte (no ya a manos de cualquiera, como en el estado de naturaleza, sino del Leviatán, que tratará de mantener esta amenaza latente todo lo que le sea posible). Es decir, la vida misma no tiene contenido más que como *supervivencia*. Para este pensador, el estatus de ciudadano (y de los derechos que éste otorga por el sólo hecho de “ser humanos”) revela su fragilidad constitutiva con la creciente visibilidad de refugiados, migrantes ilegales y en general toda aquella población hoy masiva que -por carecer de una “nación”- no tiene derechos, es decir, no es ciudadana.

Las declaraciones de los derechos del hombre, para este autor, tienen por función representar la figura originaria de la inscripción de la vida natural en el orden jurídico-político del estado-nación. Así la “vida” pasa a ocupar el primer plano en el cuidado del estado, y deviene su fundamento terreno. De ahí, señala Agamben (2001), y del hecho de que la palabra “vida” no tiene un significado científico intrínseco, la ideología médico-científica adquiere en la modernidad una función decisiva de control político⁴. También Badiou (2004) hace notar el carácter negativo de la definición de los derechos del hombre, que son derechos al “no-Mal”: a no ser maltratado ni en su vida, ni en su cuerpo ni en su identidad cultural. Si los derechos humanos son sólo los de la vida contra la muerte, el hombre es identificado con su pura realidad de ser viviente. Con esto, señala el autor, se cae inevitablemente en el contrario de lo que el principio parece indicar, “ya que este ser viviente (el animal) es en realidad despreciable, y se lo despreciará” (2004, p.37).

Los derechos del hombre aparecen en el mismo momento en que se reivindica el principio de la soberanía popular, donde opera otra ambigüedad constitutiva: la que distingue al *Pueblo* como cuerpo político integral, del *pueblo*,

⁴ La separación de la vida natural a partir de la vida política (prerrogativa de excepción del soberano), sostiene Agamben, se realiza ahora de forma cotidiana y masiva por medio de las representaciones pseudo-científicas del cuerpo, la enfermedad y la salud, y de la medicalización creciente de las esferas de la vida y de la imaginación individual. La vida biológica, forma secularizada de la “nuda vida”, constituye las formas de vida reales en formas de *supervivencia*, en cuyo seno se aloja el soberano invisible en formas de amenaza de accidente, violencia, enfermedad o extrañamiento (op.cit).

como subconjunto excluido, fragmentario y múltiple de cuerpos menesterosos, dignos de compasión. Uno pretende incluirlo todo en la vida política, mientras que el otro muestra la exclusión de la vida natural, que se sabe sin esperanzas, aquello que no puede ser incluido en el todo del que forma parte. El *pueblo* es aquello que existe y que sin embargo debe aún realizarse. Las clases pobres, los excluidos, la "nuda vida", son así para la biopolítica moderna una presencia embarazosa que debe neutralizarse, a través de la búsqueda de una unidad sin fracturas (nacionalismo, desarrollo), donde lo excluido desaparezca. El "pueblo" excluido, por su parte, para ser, debe proceder a la negación de sí mismo como *pueblo* (como categoría excluida) aunque en el proceso apele a ella. Lo mismo podría decirse de otras categorías como la de "las mujeres" (definidas en el orden androcéntrico como diferencia). que son reivindicadas por los movimientos que buscan incluirlas en los derechos, para abolirlas como categorías de exclusión.

La idea de ciudadanía aplicada al campo de la salud introduce una complejidad mayor, ya que en el ámbito médico, en tanto que orden normativo, opera más de un discurso: el humanista (ofrecer igual trato a cualquier representante de la humanidad) y "eugenésico", aquel que en nombre de la salud de la colectividad a veces debe actuar en detrimento de la voluntad o la preservación de ciertos individuos. Como señala Clavreul (1983), la medicina trabaja con el enfermo para restituir en él al Hombre, el que tiene derechos. Pero ¿son todos los enfermos restituibles a esta dignidad? En el orden médico, la fragilidad constitutiva del estatus de ciudadano que hemos comentado, adquiere un carácter dramático, en la medida en que, cuando la medicina está al servicio de la salud de la población, en un contexto restrictivo, de hecho escoge –aunque su discurso diga lo contrario– entre quiénes vivirán y quiénes no. La idea de merecimiento de atención, queda subsumida a criterios de una nueva "eugenesia social" aunque a veces se utilice un lenguaje de derechos. Por ejemplo, en las políticas de control de la natalidad o de combate a la violencia intrafamiliar como disfunción peligrosa para la sociedad, se apela al derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, pero con fines de control social. El merecimiento se vuelve entonces social, definido por el mercado o por otros mecanismos de clasificación de los sujetos, en esa tensión permanente en la idea de ciudadanía, entre incluir y excluir.

Dentro de los derechos humanos, el derecho a la salud no tiene un estatus claro (Stolkiner, 2006). Algunos filósofos del derecho inscritos en las corrientes filosóficas del liberalismo más ortodoxo lo consideran un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo que la única obligación del estado es limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de

los otros que pudieran dañar su salud. Otros, como Rawls (1971), desde una visión distributiva de la justicia, lo consideran un derecho positivo que se expresa como derecho a la atención de la salud, ya que involucra el accionar de terceros para garantizarlo. El concepto de derecho a la atención de la salud, señala esta autora, es una construcción social, producto de un consenso mundial ante la situación social, política y económica de la posguerra.

La posibilidad del reclamo de derechos por parte de los sujetos depende en gran medida de la subjetividad que se ha construido en la relación histórica que las instituciones estatales han establecido con la ciudadanía. En el caso de México, si bien algunos movimientos sociales han logrado avances importantes en la conciencia del reclamo de derechos, entre ellos el movimiento de mujeres, por largos años ha prevalecido una relación asistencial y clientelar entre el estado y la sociedad. Este tipo de relación, en la medida en que representa una distribución de bienes y servicios a cambio de lealtades políticas, coloca a los sujetos más en el lugar de consumidores que en el de ciudadanos. Las representaciones que los individuos han ido elaborando a lo largo de esta historia, sobre sus derechos o sobre la asistencia, marcan su forma de vincularse con los servicios de salud, permeada asimismo por esquemas de apreciación sobre las relaciones de género, de clase o de etnia.

Más allá de los compromisos estatales con estos derechos, que pueden ser variables, el principal escollo a la *práctica* de la ciudadanía en salud es el hecho de que la medicina ve a la salud, más que como un derecho, como un *deber* de todo ciudadano y, cuando éste pierde las facultades del “hombre libre”, razonable y autónomo porque ha perdido la salud, es el propio orden médico el que asume la autoridad para hablar y tomar decisiones en su nombre. El médico no se dirige al individuo en cuanto tal sino a *un representante cualquiera de la humanidad* y sólo en la medida en que se encuentra en situación de enfermo (sin preocuparse de los medios y razones de vivir del beneficiado).

La ciudadanía en salud, al tratarse de mujeres, es aún más problemática. En el orden médico las mujeres tienen un acceso doblemente denegado a la ciudadanía, por su lugar como pacientes (enfermas) y por ser mujeres.

Cuando el discurso administrativo-burocrático representa a las mujeres que viven violencia como víctimas, vulnerables y “deficitarias” en su papel tradicional (ya que han perdido su capacidad de autonomía, no pueden mantener la armonía familiar, etc.), la respuesta a su problema, más que ciudadana y *activa*, es terapéutica y *pasiva*. Esto ocurre porque si bien las políticas de salud, así como otras políticas sociales, apelan a las mujeres como agentes

activos (pilares de la familia), el papel de madres y esposas que constituye el núcleo de esa posición históricamente ha minado su capacidad de concebirse como individuos con derechos y libertades (además de obligaciones). Al entrar la apelación al *empoderamiento* de las mujeres en el discurso burocrático asistencial actual -y no en el jurídico con el mismo impulso, sino más bien en sustitución parcial de éste como en el caso de la violencia-, esa capacidad de agencia exigida a las mujeres es a la vez declarada inexistente, en tanto son constituidas como "poblaciones vulnerables". De ahí que el papel de "clientes" o "beneficiarias" de la ayuda social o de los servicios se sobreimponga al de agentes activas en las políticas de salud y en el reclamo de derechos. Esto se actualiza y refuerza en la interacción médico-paciente, debido a su peculiar estructura de autoridad y al papel que juega la ideología médico-científica en la biopolítica contemporánea.

El campo de los derechos es así un terreno de disputa que debe ser conquistado colectivamente, como lo han demostrado todos los movimientos sociales que fueron logrando ampliar la categoría de los derechos humanos a sectores antes excluidos de los mismos. Para que exista un reconocimiento jurídico-político de los individuos que han sido relegados al ámbito íntimo de la "vida natural", es necesario entonces un proceso de lucha por el reconocimiento social, por la inclusión en el cuerpo político, aunque para ello se deba usar el lenguaje ambivalente de los "Derechos del Hombre y del Ciudadano". Como señala Butler (2006), las concepciones que tenemos sobre lo que es un ser humano con derechos son normalizadoras (androcéntricas, etnocéntricas, heterosexistas, excluyentes, etc.) pero los movimientos reivindicativos están obligados a usar su lenguaje para empujar a nuevas categorías de sujetos dentro de esa definición de los derechos del "Hombre", de ahí el discurso feminista de los derechos de las mujeres como derechos humanos, en cuya declaración inicial no estaban incluidas. Como hemos señalado más arriba, a pesar de que el estatus de ciudadano refiere a un sujeto intrínsecamente frágil y precario, cuyos derechos son definidos negativamente y no están asegurados más que por la pertenencia a una nación, la de ciudadanía sigue siendo una categoría ideológica y políticamente necesaria para todos aquellos -y especialmente aquellas- que pugnan por la inclusión social y el respeto de sus derechos fundamentales.

Referencias

Agamben, G. (2001). *Medios sin fin. Notas sobre la política*. Valencia: Ed. Pretextos.

Agoff, C., Herrera, C. y Castro, R. (2007). The Weakness of Family Ties and Their Perpetuating Effects on Gender Violence: A Qualitative Study in Mexico. *Violence Against Women*, 13(11), 1206-1220.

Badiou, A. (2004). *La ética*. México: Herder.

Berlant, L. (2000). The Subject of True Feeling: Pain, Privacy and Politics. En: Dean J (Ed.). *Cultural Studies and Political Theory*. Cornell University Press.

Boltanski, L. y Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.

Foucault, M. (1983). *El discurso del poder*. México: Folios.

Fraser, N. (2003). From discipline to Flexibilization?. Rereading Foucault in the shadow of globalization. En: *Constellations*. 10(2); 160-171.

Goffman, E. (1973). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Johnson, M. (2005). Domestic Violence: It's not about gender – Or is it? *Journal of Marriage and Family*. 67, 1126-1130.

Laclau, E. y Mouffe, C. (2000). Posición de sujeto y antagonismo: la plenitud imposible. En: Arditti B. (ed.) *El reverso de la diferencia. Identidad y Política*. Caracas: Nueva Sociedad.

Laclau, E. (2006). *La razón populista*. Buenos Aires: FCE.

Lawler, S. (2004). Rules of engagement: habitus, power and resistance. En: Adkins & Skeggs (eds.). *Feminism after Bourdieu*. London: Blackwell Publishing.

Mc Nay, L. (2004). Agency and experience: gender as a lived relation. En: Adkins & Skeggs (eds.). *Feminism after Bourdieu*. London: Blackwell Publishing.

Mc Robbie, A. (2004). Notes on 'What Not to Wear' and post-feminist symbolic violence. En: Adkins & Skeggs (eds.). *Feminism after Bourdieu*. London: Blackwell Publishing.

México, Cámara de Diputados /Diario Oficial de la Federación. (2007). Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Obtenida el 12 de febrero de 2008, de www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf.

México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva /Secretaría de Salud. Obtenida el 12 de febrero de 2008 de <http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/>.

México, INEGI/INMUJERES. (2004). *Encuesta Nacional de la dinámica en los Hogares* (ENDIREH).

México, Secretaría de Salud. SSA NOM-190-SSA1-1999. (1999) *Norma Oficial Mexicana Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar*.

México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. (2003). *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres* (ENVIM).

Mohanty, Ch. (1991). Under western eyes En Mohanty Ch (Ed.) *Third World Women and Politics of Feminism*. Indiana: U. Press.

Moraga, Ch. (1988). Para el color de mi madre En: Ana Castillo y Norma Alarcón (Eds). *Esta puente mi espalda, Voces de mujeres tercermundistas en Estados Unidos*. San Francisco: ISM Press.

Rawls, J. (1971). *Teoría de la Justicia*, México: FCE.

Stolkiner, A. (2006). Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres:http://www.saludciudad.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=45 (consultado el 12/03/09).

**Construcción de los objetos
profesionales, orden corporal
y desigualdad social.
Una reflexión en torno a las
interacciones médicos-usuarias
de servicios ginecológicos¹**

:: Joaquina Erviti

¹ Agradezco el apoyo financiero otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), (Grant 41057). Expreso también el reconocimiento a las autoridades de las instituciones de salud por las facilidades otorgadas y, especialmente, a los médicos que accedieron a participar, cediéndonos parte de su tiempo.

Introducción

La cosificación de las mujeres en la implementación de las políticas de salud reproductiva y su contribución a la continua intervención médica sobre sus cuerpos ha sido tema de estudio en las últimas décadas. Asimismo, desde distintos foros se ha cuestionado la vigilancia médica ejercida sobre los cuerpos de las mujeres, especialmente en el ámbito de la reproducción, así como los obstáculos para el respeto al ejercicio de los derechos de las usuarias en los servicios de salud. En este sentido, se ha documentado acerca de la violencia institucional que sufren las mujeres durante la atención en servicios de salud (Castro y Erviti, 2003; D'Oliveira et al., 2002; Jacobson, 2009), con especial intensidad en los servicios de atención gineco-obstétrica, y que van desde la negligencia médica² hasta la violencia verbal y/o física, incluyendo bofetadas durante la atención del parto, no administración de medicamentos para calmar el dolor, realización de la episiotomía como forma de castigo, etc. Asimismo, en trabajos previos hemos mostrado cómo las actitudes y opiniones que tienen los médicos respecto a la sexualidad femenina, la maternidad y el aborto, permean su práctica y funcionan como filtros para evaluar en términos morales a las mujeres usuarias de los servicios de salud (Erviti, Sosa y Castro, 2007; Castro y Erviti, 2003; Erviti, Castro y Sosa, 2006).

Medicina, cuerpo y disciplina (el control social en la reproducción)

Tanto el cuerpo individual como el social y la población se han constituido en los principales objetos de la política moderna (Grosz, 1994). Así, el cuerpo es una expresión³ de los diversos regímenes, discursivos y no discursivos, que sobre él se aplican para la producción de cuerpos útiles y dóciles. Una de las técnicas fundamentales del poder disciplinario es la sanción normalizadora que establece los límites entre lo normal y lo anormal. La medicina ha jugado un papel central en la construcción de la normalidad (Foucault, 1983; Canguilhem, 2005), participando activamente por medio de los procesos de medicalización de la vida cotidiana y del control social de los cuerpos y de las sexualidades. Estos procesos conllevan la estigmatización de determinadas prácticas sociales consideradas como desviadas, con especial intensidad en el ámbito sexual y reproductivo (Foucault, 1977; Zola, 1975).

2 La negligencia médica, como forma de maltrato, se entiende como el castigo sistemático y disuasivo que se ejerce sobre una mujer por no someterse ante el sistema obstétrico, por ejemplo no acudir a la atención prenatal y no aceptar un método anticonceptivo (D'Oliveira et al., 2002).

3 El cuerpo-texto, desde la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1979).

Las nociones profesionales sobre los cuerpos, femeninos y masculinos, así como las asignaciones diferenciales en el ámbito reproductivo, definen las orientaciones médicas en torno a las decisiones reproductivas relacionadas con la anticoncepción, los embarazos, partos y abortos. Estas construcciones sociales y profesionales en el ámbito reproductivo están relacionadas con elementos sociales, políticos y culturales más que propiamente biológicos (Viveros, 1999). Los discursos profesionales participan también en la configuración de valoraciones sociales en relación con la sexualidad, la reproducción y la maternidad. A través de estos discursos y especialmente en las interacciones que ocurren en los servicios de salud reproductiva, a las mujeres se les asigna la culpa y se les penaliza por los embarazos “fuera de la norma” o socialmente “inconvenientes”, por los abortos, por no acudir a la atención prenatal y por los partos con resultados poco exitosos, entre otras cosas. Además de estas cuestiones, en el desarrollo de las formas de interacción que se establecen entre médicos y mujeres, intervienen elementos como el género, la clase social, la etnia, la edad, el estado civil y la situación social que participan en las evaluaciones morales que los médicos hacen durante los procesos de atención.

Los “expertos”, en este caso los médicos, construyen y normalizan los cuerpos, imponiendo una determinada forma de vida y cuidados. La promoción y diseminación de los discursos, prácticas y conocimientos de los expertos (los médicos) ha tendido a incentivar la creencia de que los individuos pueden manejar y controlar los riesgos de su propia salud, exigiendo a la población ciertas disciplinas sobre sus cuerpos (Lupton 1995; Turner 1992). El discurso hegemónico de la salud y el bombardeo de información en los medios de comunicación han creado una medicalización de la cultura popular que, llevada al extremo, genera ansiedad en la población y sitúa el problema de la salud en el nivel de lo individual, proponiendo respuestas también a nivel individual, lo que refuerza la culpabilidad e invisibiliza las dimensiones políticas del fenómeno (Chrysanthou, 2002). Esto es evidente en la mirada médica, así como en el control y vigilancia que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas y/o en edad reproductiva. Al respecto, se ha documentado acerca de la angustia que experimentan algunas mujeres embarazadas en estos contextos (Lupton, 1999).

Así, los discursos de los profesionales de la salud producen y reproducen identidades femeninas, así como etiquetaciones sobre la conducta femenina vinculadas con su afiliación genérica, mediadas por la moral hegemónica y el orden genérico prevaleciente que controlan y supervisan la conducta sexual y reproductiva. Asimismo se reconoce que la manera en que los individuos

se relacionan con el orden moral supone una afiliación al mismo tiempo que está condicionada por su obediencia a los imperativos que se desprenden de ese orden (en este caso referidos a la conducta sexual y reproductiva) (Amir y Orly, 1997). Asumir y definir un embarazo como no deseado contradice el orden moral y social prevaleciente en donde un embarazo es visto como “siempre bienvenido”. Esto coloca en el centro de la discusión el significado social de la maternidad, vista como un compromiso hacia el orden moral y hacia la sociedad a la que se pertenece. Estos compromisos, al igual que la construcción de las identidades, son mediados por los discursos oficiales y hegemónicos, donde la identidad femenina se ha constituido históricamente a través de la maternidad. Por otra parte, también se pone atención en el manejo de la “normalidad” no sólo física sino también social de la situación del embarazo, como un criterio que refleja normatividades acerca del recién nacido y de la madre, una lectura que se vincula con el significado social de la maternidad.

En los encuentros entre los médicos y las mujeres que definen su embarazo como “no deseado” se manifiesta y construye la normatividad hegemónica, así como interpretaciones de las leyes (del aborto, por ejemplo) en interacciones concretas. Estos encuentros son considerados como espacios adecuados para “educar a las mujeres”, promover el uso de anticonceptivos y resaltar la responsabilidad que éstas tienen para con su cuerpo y la comunidad. Resalta así que estos profesionales tienden a definir en sus discursos a las mujeres con embarazos “no deseados” que buscan su interrupción, impulsivas, y poco conocedoras de los métodos anticonceptivos, predominando tres características: irresponsables, poco comprometidas, insensibles (Amir y Orly, 1997). El uso de anticonceptivos sitúa socialmente a las mujeres, dado el rol predominantemente reproductivo asignado a las mujeres, lo que se refleja en el compromiso que éstas deben tener con la maternidad y con el control de los embarazos para no tener que estar en la situación de definir un embarazo como no deseado.

Medicalización del embarazo y parto

La medicalización del parto y su construcción como una condición patológica están ligados en sus orígenes a las nociones acerca de la mujer decente (era victoriana). Los partos fueron cada vez más atendidos sólo por médicos, y en esta situación los familiares eran excluidos físicamente y las mujeres anestesiadas y relegadas corporalmente del proceso del parto. El resultado fue que los médicos ganaron el control sobre el proceso y la consignación de las mujeres a las salas de parto. El parto medicalizado se mantiene y la

práctica de las parteras todavía es atacada por un conjunto de fuerzas del sistema médico, los administradores y los políticos (Plechner, 2000), y las mujeres que no se atienden los partos en el hospital son cuestionadas por ello. El parto se mantiene firmemente bajo el control médico y en ello participan tanto el imperativo tecnológico como las mismas mujeres que son renuentes a elegir alternativas, aunque éstas estén disponibles. En el proceso de atención hospitalaria del parto las mujeres son más vulnerables a la violación de sus derechos reproductivos, experimentando lo que se ha denominado la “violencia obstétrica”. En México, en el estado de Veracruz, desde 2008 se ha incorporado en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el concepto de “Violencia Obstétrica”, como un tipo violencia contra las mujeres⁴ (Gobierno del Estado de Veracruz, 2008).

También el embarazo y sus cuidados han pasado a estar en manos del control y la vigilancia médica. Incluso, en sociedades muy reguladas, la no prevención del daño fetal ha llevado a sanciones legales contra las mujeres embarazadas. Cada vez más las mujeres son forzadas a mantener tratamientos médicos y quirúrgicos para prevenir el daño en el feto. Esto ha llevado a un desafío sin precedentes a la autonomía de las mujeres donde los derechos de los fetos están remplazando a los derechos de las mujeres. Así, en estas sociedades, algunas mujeres han sido acusadas legalmente bajo el estatuto de abuso infantil durante el embarazo. Esto incrementa las desigualdades y lleva a una mayor discriminación hacia las mujeres pobres embarazadas por los problemas de acceso a la atención de salud y las condiciones de vida deterioradas, entre otras cuestiones. Se ha planteado que esto está relacionado con nociones acerca de la amenaza de salud que emana de los cuerpos de las mujeres pobres, y con la noción de que el cuerpo materno es el contenedor de miedos sociales y fantasías que van desde la visión del cuerpo de la mujer como peligroso y enfermo hasta la percepción de las mujeres pobres como inmorales e irresponsables (Plechner, 2000).

La asociación de los cuerpos de las mujeres pobres con la enfermedad y la inmoralidad, así como la noción de que ellas son una amenaza para la salud

⁴ En la citada ley se define como “violencia obstétrica”, la “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, 2009).

pública de la sociedad están vinculadas también con el surgimiento de políticas coercitivas que enlazan la esterilización con los beneficios de programas sociales. Aunque las esterilizaciones no son inherentemente “opresivas” y muchas mujeres eligen estos procedimientos, lo que se reclama son las imposiciones bajo amenaza de pérdida de apoyos sociales, por ejemplo en el Programa Oportunidades⁵. Además la experiencia de la imposición de métodos anticonceptivos y de esterilizaciones no consentidas pone en evidencia la existencia de valoraciones sociales jerárquicas en torno a la maternidad y los cuerpos de las mujeres lo que muestra la intersección de múltiples ejes de opresión en torno a la maternidad (Petchesky, 1990). Por ello, es importante problematizar el papel de la medicina y de los profesionales médicos en relación a las tecnologías médicas relacionadas con el control del embarazo y la atención del parto, en tanto estos profesionales son los que deciden quiénes y bajo qué condiciones pueden o no acceder a las tecnologías reproductivas disponibles, lo que facilita los abusos en la atención obstétrica en función de la posición social de las mujeres y de valoraciones ideológicas y morales.

Los ‘problemas’ de los embarazos y partos desde la medicina

Se ha mostrado que el modo en que se constituyen los problemas dignos de atención al interior de la práctica y la institución médica⁶ así como los procesos y prácticas formativas (Good, 2003) a través de las cuales se formulan las distintas dimensiones que constituyen las realidades médicas, se reflejan en las interacciones y atención brindada a la población usuaria de servicios médicos. Esto repercute en la institucionalización de las respuestas profesionales ante lo que se ha identificado y constituido como un problema digno de atención en el ámbito de la salud reproductiva y en concreto en los servicios de atención gineco-obstétrica. Ello tiene implicaciones sobre la validación que se hace de determinados discursos y problemas, así como en la percepción de las respuestas institucionales y políticas en la práctica profesional cotidiana. Las intervenciones vinculadas con lo que médicamente se considera riesgoso, se presentan como necesarias, justificables y basadas en criterios exclusivamente médicos y por tanto científicos y neutrales (Zola, 1983), y de esta manera alejadas de la lógica de los derechos reproductivos (Erviti, Sosa y Castro, 2007).

5 “Oportunidades” es un programa federal enfocado al desarrollo humano de la población en pobreza extrema que brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingresos económicos. Para más información, ver www.oportunidades.gob.mx.

6 Good (2003) considera central explorar la constitución de los objetos de atención médica en la práctica clínica contemporánea, así como los procesos formativos a través de los cuales se formulan determinadas realidades al interior de la medicina, asumiendo a ésta como una *formación simbólica*, entendida como “un modo de aprehender el mundo y de influir en él a través de símbolos” (pp. 168).

En este trabajo se busca comprender la manera en que los profesionales médicos construyen y definen discursivamente las respuestas profesionales ante lo que previamente han definido como un problema, un reto o un desafío prioritario en salud reproductiva, en concreto en los cuidados y la atención del embarazo y parto.

Método

Lo que aquí se presenta es parte de un estudio cualitativo realizado, durante 2004-2005, en servicios de salud públicos en las dos principales instituciones de salud en México –servicios médicos de seguridad social (IMSS) e instituciones de asistencia pública (SSA)– en dos entidades federativas del centro de México. A través de entrevistas a 31 médicos varones vinculados con la atención de procesos reproductivos, se indagó en torno a los esquemas de percepción y apreciación acerca de la reproducción (anticoncepción, embarazos, partos, abortos) y de las mujeres que demandan atención en los servicios de salud reproductiva, así como acerca de los sentimientos que les genera la atención y las prácticas específicas (exclusión y penalización) relacionadas con los derechos reproductivos. El proyecto de investigación fue aprobado por los comités de bioética de todas las instituciones participantes.

Las entrevistas se realizaron en hospitales, clínicas o centros de salud donde los médicos trabajaban y duraron en promedio hora y media. Paralelamente al registro de las entrevistas, se recopiló información adicional por medio de un diario de campo que permitió hacer anotaciones acerca del contexto de cada entrevista, de la comunicación no verbal que se estableció durante la misma, así como de explicaciones que al finalizar la entrevista muchos participantes continuaban ampliando en torno a la conversación sostenida.

La mitad de los participantes en el estudio tenía menos de 45 años y el rango de edad fluctuó entre los 23 y los 70 años de edad. Tres de cada cuatro entrevistados estaban casados y, en promedio, tenían más de dos hijos. Dos de cada tres (21) trabajaban en instituciones médicas de la seguridad social (IMSS) –en servicios de ginecología y obstetricia, materno-infantil, medicina familiar, urología y en las direcciones de los programas de salud reproductiva– y 13 en instituciones de asistencia social (SSA) –en centros de atención primaria y en servicios hospitalarios de ginecología y obstetricia– y en su mayoría (25) ejercían también la medicina en consultorios o clínicas privadas. Dos de cada tres contaba con al menos una especialidad, la mayoría eran ginecólogos. Todos los entrevistados habían estudiado en universidades públicas.

Para la codificación de las entrevistas se buscó organizar el material según los temas identificados como claves en la guía de entrevista: género, sexualidad, embarazo, anticoncepción, parto y aborto. La interpretación de los textos de las entrevistas se sustentó después de sucesivas lecturas de cada testimonio privilegiándose el método propuesto por la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967). Ante la diversidad de los discursos y el material obtenido en campo, se identificaron las regularidades empíricas, ambivalencias y contradicciones que emergieron durante esta fase y sobre las cuales se procedió a realizar un análisis más profundo.

La hipótesis interpretativa más general de este proyecto, perfeccionada gradualmente en el ir y venir entre la teoría y los textos de las entrevistas, es que los esquemas de percepción y apreciación de los médicos definen sus disposiciones y prácticas cuando atienden a las mujeres en los servicios de salud reproductiva.

Hallazgos y discusión

En los textos de las entrevistas emergen expresiones y reacciones que aluden a un orden social generizado en el ejercicio de la práctica profesional cotidiana, desde donde los médicos obtienen los elementos para interpretar las circunstancias y eventos que tienen lugar en las interacciones que establecen en su entorno profesional. Los hallazgos muestran que los médicos (varones), situados dentro de una institución de control social como la medicina, juegan un papel central en la producción y reproducción de nociones específicas acerca de la sexualidad y la maternidad.

Si bien se parte de reconocer la diversidad y heterogeneidad de los discursos, en las construcciones discursivas de los participantes emerge un entramado complejo de creencias, mitos y dispositivos sociales que permiten cuestionar la credibilidad de algunas mujeres y al mismo tiempo responsabilizarlas de los resultados de los embarazos. La existencia de dispositivos sociales de asignación y acatamiento de los cuidados y la responsabilidad ante los embarazos se despliega en las interacciones de los médicos con las mujeres en la atención del parto. Estos dispositivos aparecen más claramente identificados cuando se relata la manera en que los médicos se relacionan con las mujeres que “no cooperan” en la atención del parto. Las interpretaciones vertidas por los médicos en sus construcciones discursivas, respecto a evadirse de la atención a estas mujeres, se lee como un ‘castigo’, como un mensaje para que las demás mujeres sepan qué puede ocurrirles en la misma situación. En

este dispositivo social, el mensaje parece ser claro: es la mujer la que debe de cooperar con el médico ante un embarazo y es sobre ella que recaen las consecuencias más severas y el señalamiento social si los resultados no son positivos en términos de la salud y la vida del feto.

Los encuentros médicos/mujeres en los servicios de atención de parto

Los esquemas de percepción e interpretación de los profesionales médicos, así como la constitución de los objetos de intervención médica en los servicios de salud reproductiva –mujeres, embarazo, parto y aborto– definen las disposiciones y los modos de interacción, las actitudes y las valoraciones médicas en la atención de los procesos reproductivos, concretamente en la atención del parto. Los médicos deciden las formas de atención, sus modos de práctica, conforme al comportamiento anticonceptivo de la mujer, al cumplimiento de las indicaciones médicas en los cuidados del embarazo (asistencia y cumplimiento en la atención prenatal), a la evaluación de la credibilidad de la mujer, así como a otros criterios morales que permean sus decisiones durante el proceso de atención.

Para los profesionales que atienden a las mujeres en las salas de atención de parto, las mujeres embarazadas se constituyen en “objetos” de atención, construidas desde la noción médica del cuerpo-máquina, como “receptores” del feto⁷ que deben ser vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias, así como colaborar para el resultado exitoso del trabajo médico que es el nacimiento de un ser vivo en óptimas condiciones. De esta manera, en los encuentros obstétricos la mirada médica se centra en la salud y la vida del feto y es desde esa posición que interactúan con las mujeres y emiten indicaciones que las mujeres deben seguir sin cuestionarlas, so pena de ser culpabilizadas y penalizadas. A partir de la construcción del cuerpo embarazado como un cuerpo en riesgo, una cuestión central que emerge en los testimonios de los médicos entrevistados es la necesidad de controlar a las mujeres embarazadas y prepararlas para que *colaboren* con los médicos durante el trabajo de parto. En este contexto, los derechos reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud no son visibilizados y, por el contrario, entrarían en conflicto con los derechos del feto, a partir del desplazamiento de la mirada médica enfocada en la dupla madre-hijo hacia la mirada centrada en el feto.

7 Emily Martin (1987) analiza cómo el trabajo de parto fue construido profesionalmente como un trabajo mecánico realizado por el útero. De esta manera, según esta autora, el parto es visto por la medicina como un proceso de producción de bebés, en el cual los médicos controlan el trabajo de las mujeres y sus úteros. La mujer ocupa un lugar subordinado y pasivo en este proceso, desde esta creencia médica que identifica al útero como el principal responsable del trabajo de parto y cuyos movimientos son involuntarios.

Las mujeres en la atención del parto: ¿colaboradoras o protagonistas y ciudadanas?

En los testimonios de los médicos, las mujeres no son visualizadas como sujetos de derechos. La incorporación de la perspectiva de salud reproductiva y las recomendaciones vinculadas con el derecho a una atención digna resulta ajena a la lógica que prima al interior del campo médico y de las instituciones médicas, lo que podría estar vinculado con los roles y funciones sociales que asumen los profesionales médicos, así como con la manera en que la medicina ha sido instituida socialmente. Discursivamente, los profesionales médicos se presentan a sí mismos como actores obligados a intervenir sobre los cuerpos de las mujeres, como responsables de evaluar la situación de riesgo reproductivo y de definir las acciones a seguir en pro de preservar la vida y la salud del feto y también la de las mujeres embarazadas, en tanto en ocasiones las conductas de las mismas son vistas como irresponsables. Bajo esta lógica profesional, la presión a las mujeres para que acaten las indicaciones médicas no se construye como una falta de respeto a los derechos reproductivos. Por el contrario, la intervención de los profesionales médicos sobre los cuerpos, los deseos y las decisiones de las mujeres durante el embarazo y el parto, desde su mirada, se torna no sólo justificable sino deseable.

Ante la construcción de las mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva como desobedientes e ignorantes, las intervenciones médicas se presentan como una necesidad orientada a controlar los riesgos reproductivos. Es preciso señalar que no todas las mujeres son definidas como irresponsables, sino que los médicos elaboran y asignan determinadas identidades sociales a las mujeres durante la interacción con las usuarias, articuladas bajo la lógica del potencial riesgo reproductivo. Esto se presenta como resultado de la identificación de lo que médicamente se considera como riesgoso durante el parto, y en los testimonios se reconoce de esta manera a las mujeres que *no cooperan* con los médicos durante la atención del parto.

Las clasificaciones de los médicos sobre las mujeres responden a ciertos atributos y comportamientos que se vinculan con la situación social de la mujer y la del embarazo, la cual también estaría relacionada con los cuidados en el embarazo y la asistencia a las consultas prenatales.

En los testimonios emerge una gran irritación en los profesionales ante la “desobediencia” de las mujeres en trabajo de parto a las indicaciones médicas, entre otras a la obligación de mantenerse acostadas. Ante ello, las actitudes de infantilización de las mujeres y de un paternalismo autoritario, desde

los médicos, pueden verse como una estrategia que contribuye a reforzar el rol subordinado que se les asigna durante el trabajo de parto. Los médicos narraban sus experiencias en la atención obstétrica donde se dirigen a las mujeres con términos como “hija”, “mi reina”, entre otras, como se puede ver en el siguiente testimonio acerca de las experiencias en la atención de partos:

“Recuerdo muchos, por la gran ignorancia que tenemos. Ahorita vengo de la Tococirugía, hay una muchachita que se está parando, bueno, no se está parando, ahorita que fui estaba parada. O sea, se paró, ella dijo: “ya no quiero que me atiendan, ahí nos vemos”, agarró, se paró, se acercó a la puerta y pues entre que la jalen y no la jalen, les dije en un momento “espérenme tantito” y le dije: “¿qué pasa hija?”, y me dice: “es que me está doliendo mucho”, “pero mi reina ¿y nunca te dijeron que te iba a doler?”, dice ella: “mi tía me había dicho que me iba a doler mucho, que me iba a morir y mi mamá me dijo que no iba a sentir nada, entonces yo le creí a mi mamá y esperaba que no me doliera nada, pero me está doliendo mucho”. Entonces, eso es fundamental, debemos de darles educación a través de hablar con la verdad, el método ideal sería que a todas nuestras pacientes⁸ las bloquearan para que no sintieran dolor, eso sería lo ideal, pero no se puede, pero lo que sí se puede es irles dando información, pero información verídica, y les digo: “no es con la vecina, no es con tal y tal”; y también lo que les digo a mis pacientes: “un parto es para disfrutarlo, no para padecerlo”.

En este testimonio se sugiere que uno de los problemas que enfrentan los médicos en la atención de parto está relacionado con el bajo nivel educativo de la población atendida y la “ignorancia” de algunas mujeres acerca de lo que es un embarazo y un parto: “la gran ignorancia que tenemos”, haciendo referencia a la alta proporción de la población femenina con escasa formación escolar.

La cooperación en el parto se asocia con la información recibida y la no cooperación con la desinformación. Esto guarda relación con la visión médica de la atención prenatal como el periodo donde se capacita a las mujeres para acatar las indicaciones médicas, sin cuestionarlas, durante el embarazo y especialmente en la atención del parto. Un médico nos narraba “el peor caso de su vida”, el de una mujer *no-cooperadora* que, desde su punto de vista, por esa actitud tuvo un parto complicado: fue un parto terrible, fue terriblemente feo

⁸ Es notable que los médicos siguen refiriéndose a las mujeres con el término de pacientes, como se puede observar en los diferentes testimonios.

y todo porque ella no tenía ni idea. En el siguiente testimonio este médico da las razones por las que son frecuentes los casos de mujeres *no cooperadoras*:

“A la desinformación, a la no preparación, todo parto duele, algunas mujeres tienen cierto umbral al dolor, otras tienen otro, sin embargo aunque tengan un nivel muy bajo al dolor si tienen la preparación lo enfrentan de otra manera, lo enfrentan con más ánimo. Vamos, un caso así extraordinario que recuerdo, uno especial, y le digo a ella todavía “el peor parto de mi vida” (...) fue un parto terrible, no fue feo, fue terriblemente feo y todo por qué, porque ella no tenía ni idea, no quería estar embarazada, quería al muchacho pero no tenía idea de lo que era un embarazo, no tenía ganas de estar embarazada y mucho menos sabía lo que era un parto. Se enfrenta con todo esto en un día, porque en ese día creo que fue que captó que estaba embarazada, que tenía que tener a su bebé y etc., o sea, independientemente de los nueve meses que se bloqueó y no quería saber, ese día en especial fue terrible, porque tuvo que enfrentarse a su embarazo, a su parto y a todo y sin embargo tuvo otras dos bebés y fueron condiciones totalmente diferentes, porque entonces ya pudimos platicar con ella, ya fueron hijos deseados y en esos si fueron sonrisas, sonrisas y sonrisas.”

Este médico aludía a las características que desde el punto de vista de muchos médicos se asocian con la falta de colaboración de las mujeres durante el trabajo de parto: embarazo no deseado, desinformación y falta de preparación entre otras. Asimismo mencionaba las complicaciones relacionadas con ser un embarazo no deseado y la falta de colaboración durante el embarazo y el parto: “desde amenazas de aborto, preeclampsia, sufrimiento fetal y un parto mal llevado, porque simple y sencillamente no quieren al bebé y no quieren cooperar”.

La *no-cooperación*, la desobediencia a las indicaciones médicas, conlleva pues desde la mirada médica, determinadas actitudes y prácticas de estas mujeres, negativas social y profesionalmente. De esta manera las describen como personas irracionales, desobedientes e irresponsables porque ponen en riesgo la conclusión del proceso con un parto exitoso, es decir, son un peligro para la vida y la salud del feto y, desde esta lógica del riesgo, para los profesionales no pueden ser visualizados los derechos reproductivos de las mujeres. Un médico narra así los “*típicos comportamientos no-cooperadores*”:

“Básicamente es eso, el que no quieren hacer lo que uno les indica, que se avientan, que golpean, alguna de ellas, alguna

muchachita de 17 años, estaba sobre mi mesa de exploración y empieza a patear y le digo: “momento, momento espérame, me vas a destruir mi mesa, déjame te pongo una tablita para que le pegues todo lo que quieras”, ya no le volvió a pegar, la mesa hacía ruido, llamó la atención, pero como lo otro le iba a doler mejor ya no le pegó, pero básicamente la no cooperación es en primera, no logran relajarse para que el tacto no les lastime, no se relajan, entonces uno les quiere tocar, alzan su cadera, lógico, cierran sus tejidos y les duele, yo les digo: “a mí me puede doler mi dedo, pero a ustedes se les va a inflamar y les va a doler y les van a tener que seguir haciendo el tacto y les va a doler cada vez peor”; entonces esa es la primera y luego en el servicio de Tococirugía están para un lado, para el otro, respiran como quieren cuando se debe de mantener cierto ritmo de respiración entre dolor y dolor, para lograr recuperar a su bebé, deben estar recostadas sobre su lado izquierdo para que tenga mejor oxigenación su producto, sin embargo las que no están preparadas y no cooperan, se pasan para su derecha, se pasan para la izquierda, se sientan, se quieren levantar al baño, alguna vez me tocó una patada en la cara, de una paciente que ya la teníamos para salir el bebé, baja la pierna y me patea; sí, esas son todas las conductas.”

También emergen expresiones acerca del sufrimiento, del dolor que viven las mujeres, que se ajustan al conjunto de expectativas normativas constitutivas de los esquemas de percepción vigentes en la práctica médica. En las construcciones discursivas de los médicos sobresale cómo el dolor de parto se presenta como un requisito para lograr “un premio”, es decir como una prueba que uno debe de pasar para ser merecedor de algo, en este caso un hijo sano. De esta manera, se clasifica a las mujeres en trabajo de parto desde una mirada dualizadora, del bien y el mal: las mujeres que *cooperan* obtienen la recompensa a su sufrimiento y obediencia, y las que *no cooperan* sufren las consecuencias en su cuerpo de la falta de disposición de los médicos para atenderlas y de resultados del parto que podría ser negativos o implicar más sufrimiento para ellas y para el “bebé”, como lo vemos en el siguiente testimonio:

“(…) yo les digo: “los dolores de parto no es como cualquier dolor, un dolor de parto al final va a tener su premio, cualquier otro dolor podrá tener lo que quiera pero nunca va a tener un premio”, un dolor de parto sí tiene un premio al final que es el bebé y entre mejor cooperen, mejores condiciones del producto;

aun sea en forma de atención, no debiera ser, pero todo mundo batallaría por atender a alguien que esta sonriendo, todo mundo batallaría por atender a alguien que es amable, sin embargo todo mundo le rehuiría a alguien que esté pataleando o aventándose, vamos que aquí los estudiantes tienen que lidiar con eso, pero, por ejemplo, yo si una paciente es amable y permite, la atiendo; nosotros difícilmente atendemos partos aquí, pero si cooperan, si le echan ganas, nosotros les ayudamos de esa manera y las otras terminan hasta con aplicación de forceps, las que no cooperan.”

En los testimonios se aprecian imágenes estereotipadas de las mujeres que no obedecen las indicaciones médicas durante el embarazo y el parto que resultan de valoraciones morales de cómo debe ocurrir (el “ideal”) de la maternidad. De esta manera, se les construyen identidades cargadas de valores negativos, como irresponsables: “que no desean la maternidad”, “no quieren tener responsabilidades”, “tienen menos participación, no quieren tener dolor, no quieren tener angustia”. Atributos como ser joven, madre soltera, con un embarazo no deseado, bajo nivel educativo sobresalen en las identidades mencionadas por los médicos de las mujeres que no cooperan, como vemos en el siguiente testimonio:

“...desde que inicia su trabajo de parto empieza a quejarse, bueno, es normal que les duela mucho pero hay veces que, es común que digan: “pues ya, sáquenmelo, ya no lo quiero tener, ya me quiero ir”, es muy común. (...) Yo creo que falta de preparación y de conocimiento de lo que en realidad es un embarazo, porque yo creo que nadie les informa. (...) Si, en este caso era soltera, madre soltera, no es lo mismo un embarazo deseado que por más dolor que tenga, o sea es comprensible que se quejen, pero no decir que: “ya no lo quiero tener” o esto, porque se supone que es algo deseado, si ya está por salir pues qué bueno, o sea, quejarse lo normal, pero ciertas restricciones que van haciendo las pacientes y como que se van delatando, ahí uno sabe si es embarazo deseado o no.”

Las expresiones de ‘no cooperación’ son vistas, por algunos médicos como señales de que las mujeres no deseaban el embarazo. Tanto los síntomas de malestar de algunas mujeres durante el embarazo, como el “rechazo” del bebé que según sus expresiones manifiestan otras, son percibidos como datos clínicos que emergen directamente de cada caso. Lo que los médicos no suelen constatar es el carácter profundamente social de las interpretaciones que

hacen de estos “datos”, interpretaciones cuya génesis se puede rastrear en la estructura del campo médico incorporada en el habitus de los entrevistados. En los médicos se observan percepciones de que en las mujeres embarazadas hay signos y señales que revelan cuándo es un embarazo no deseado. Asimismo existe una lógica médica que articula las valoraciones “morales” de lo que es un buen embarazo, un buen trabajo de parto y un buen parto; así como de las posibles consecuencias en el parto de un embarazo no deseado que lleva a la ausencia de cuidados y la no cooperación durante el proceso de parto. Lo mismo ocurre con el carácter normalizador de la mirada médica. Las situaciones que constituyen una transgresión al orden prescrito, tales como no tener una pareja formal, u optar por ser madre soltera, o bien no contar con “educación suficiente”, se asocian más fácilmente con la posibilidad de mujeres “no cooperadoras”. En el siguiente testimonio, un médico narra cómo se clasifica a las mujeres desde los inicios del proceso:

“Sí, obviamente, cuando llega la paciente de inmediato se ve el tono en el que está platicando, de inmediato la alegría o no, de cuando escuchan el latir del corazón, la alegría o no de ver las imágenes y ya en el trabajo de parto o en el parto hay muchas veces que me ha tocado ver, que rechazan a su bebé, ni siquiera lo quieren ver ni agarrar, sí, es palpable cuando es un embarazo no deseado. (...) obviamente, porque si una paciente no desea el embarazo, no va a tener los cuidados necesarios que debe de tener por sí misma o por las indicaciones médicas, es obvio y eso repercute en un mal resultado, usualmente un buen embarazo pudiera orientar hacia un buen trabajo de parto y un buen parto y viceversa. (...) si no hay cooperación de la paciente pues obviamente las cosas pueden salir mal.”

Asimismo, la atención prenatal se plantea como un espacio para educar a las mujeres, de forma que si no van son unas “irresponsables” que “intencionalmente buscan problemas” y también se repite la actitud negativa contra las parteras y la importancia de la atención prenatal: “...hablando del método de control prenatal, nuestras niñas están muy mal educadas, bueno, niñas y adultas están muy mal educadas, (...) lo importante es la preparación que debemos de darle antes del parto, durante el parto y al final del mismo”.

Los estereotipos dominantes de género cumplen una función reproductora del orden social dentro del cuál se originan. Asimismo las definiciones que hacen los profesionales sobre su práctica son ante todo elementos constitutivos de un esquema de percepción y apreciación que los médicos ponen en

funcionamiento cada vez que se les presenta un caso de una mujer en trabajo de parto. Se trata de mecanismos de expresión y de reproducción de una estructura caracterizada por la desigualdad de género, estructura que los médicos incorporan a su habitus bajo la forma de esquemas de percepción y apreciación del mundo. Desde esta perspectiva se puede apreciar la doble verdad de la práctica médica⁹, esa que les permite a la mayoría de los médicos ser responsables, honestos y bien intencionados en lo individual, pero que al mismo tiempo los tiene cumpliendo funciones específicas en la reproducción de un orden social jerarquizado, desigual y autoritario (Erвити, Castro y Sosa, 2006).

Médicos y varones (parejas) en la reproducción del orden desigual de género

Sobresale en los testimonios, la demanda de apoyo de los médicos a la pareja u otro familiar como una estrategia para controlar a algunas mujeres en trabajo de parto: “*si no se puede definitivamente con la paciente, hablamos con los familiares para que la convenzan de que se quede o se la lleven*”. La presencia del varón, desde su posición de dominio en la pareja, se construye como el trasmisor de las órdenes del médico y controlador de la mujer, y desde esta visión, colabora también en la expropiación del protagonismo de la mujer y en la minimización de su participación: “lo único que tienes que hacer es colaborar”. La entrada del varón se construye como una forma de complicidad con el médico para controlar a la mujer y desde una imagen ideal de la pareja y las relaciones al interior:

“...me llegaron a tocar varias pacientes que no colaboraban mucho... uno les daba indicaciones de en qué momento pujar, en qué momento llevar a cabo la maniobra ginecológica para tratar de que en el momento de que ocurre la contracción, la paciente tenga que pujar, levemente aunque sea, para que el producto poco a poco vaya saliendo y son pacientes que no cooperan, no colaboran y nos dificultan la atención del parto. (...) el hombre le puede decir a la mujer “¿sabes qué? Tranquila, obedece las instrucciones del médico, estás en buenas manos, lo único que

9 La práctica médica se sustenta sobre una doble verdad objetiva, ya que por el grado de acumulación de conocimientos clínicos que ha logrado, por su nivel de especialización técnica, y por el manejo de tecnologías modernas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, es una *práctica profesional* orientada a brindar servicios de salud a la población, y por la forma en que estas jerarquías se expresan y se reproducen en el encuentro entre médicos y pacientes, la práctica médica es una *estructura de dominación* a la búsqueda permanente de los medios de su propia legitimación y perpetuación. La inmensa mayoría de los médicos no están conscientes del papel que juega la práctica médica como estrategia de dominación, y centran su atención en su práctica clínica, es decir su compromiso es con la dimensión técnica de la profesión, pero no por ello dejan de estar comprometidos con la dimensión política de su práctica (Erвити, Castro y Sosa, 2006).

tienes que hacer es colaborar” y la mujer al tener la presencia de su pareja, que para ella representa el amor, el cariño, la comprensión, puede colaborar más, (...) cuando de plano vemos que no hay mucha cooperación de parte de la mujer, sí le pedimos al esposo o pareja que se ponga la ropa adecuada para entrar a la sala de atención de partos y que trate de estar cerca de su mujer para que la convenza, la calme, que la tranquilice y sí ha dado buenos resultados, en pocos casos que tuve la oportunidad de hacerlo así, dio buenos resultados.”

Para concluir

Las clasificaciones que hacen los médicos acerca de las mujeres durante la atención del parto deben ser vistas como expresiones de la estructura de poder de la cuál los médicos forman parte. Por lo que más allá que pensar en prejuicios individuales de los médicos deben ser vistas como acciones pedagógicas, formuladas desde una posición de poder, que sirven para orientar la práctica de aquellos sobre los cuales se imponen (Bourdieu y Passeron, 2005). La frecuente asociación de los profesionales entre la cooperación de la mujer, la situación social del embarazo y los cuidados del mismo con la idea de caos o desorden que atribuyen a algunas de sus pacientes, refleja las normatividades que estructuran los esquemas de percepción y apreciación derivados de un orden social generizado. La asignación de la responsabilidad ante los embarazos no deseados y la construcción de una imagen negativa de este tipo de embarazos, se despliega en las interacciones de los médicos con las mujeres en la atención del parto. Estos dispositivos aparecen más claramente identificados cuando se relata la manera en que se relacionan con las mujeres que *no cooperan* en la atención del parto. Las interpretaciones vertidas por los médicos en sus construcciones discursivas, respecto a evadirse de la atención a estas mujeres, se leen como un *castigo*, como un mensaje para que las demás mujeres sepan que puede ocurrirles en la misma situación.

Estos resultados confirman lo que ya venimos documentando en otros trabajos (Erviti, Castro y Sosa, 2006), y es que la vigencia de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, en el marco de sus encuentros con médicos en el área de ginecobstetricia, es más probable en aquellos casos en los que los médicos perciben una mayor consistencia entre su diagnóstico del caso y sus propias expectativas normativas (producto de los esquemas de percepción y apreciación del mundo); y a la inversa, la violación de derechos reproductivos es más probable en contextos donde se produce un desencuen-

tro entre los datos clínicos y la interpretación médica que se hace de ellos y las expectativas normativas con las que funcionan los médicos. Es decir, la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres en el contexto hospitalario es un efecto de la propia estructura de poder del campo médico.

En este trabajo ha sido posible poner en evidencia la relación que existe entre el orden social generizado y los discursos producidos por los profesionales médicos en el ámbito reproductivo, en tanto es en ese orden social en el que estos discursos se enmarcan y adquieren sentido. En este orden social y corporal se han legitimado y construido regulaciones y controles corporales y simbólicos que mediante distintos mecanismos sociales contribuyen a mantener y reproducir las desigualdades (no sólo de género) en el área de la reproducción. Por ello, se vuelve pertinente dimensionar los cuerpos como territorios de las políticas, prácticas y representaciones específicas de las regulaciones de su uso reproductivo. Por ejemplo, el estigma social asociado con “diferentes tipos de maternidad” estratifica y categoriza a las mujeres por su estado civil, reproduciendo la violencia implícita en los modelos normativos de sexualidad y maternidad femenina y la retórica de lo que significa ser una “buena” mujer, madre y esposa (Ellison, 2003).

Es también relevante el papel jugado por la medicalización del embarazo y el parto, así como el hecho de ignorar las relaciones desiguales de poder presentes entre los géneros que termina por validar “especializaciones” y exclusiones basadas en la pertenencia genérica que responden al orden corporal hegemónico. Esto ha ocasionado que socialmente los varones sean conceptualizados como agentes que obstaculizan o facilitan la atención pero no como agentes co-activos, corresponsales y copartícipes en la misma, contribuyendo así a la subordinación de las mujeres. Asimismo se hace necesario cuestionar y evidenciar el papel que juegan las distintas instituciones sociales en la reproducción de las desigualdades de género y poder en el mantenimiento del orden social hegemónico. Las respuestas médicas se construyen en el marco de un orden social de género que asigna lo reproductivo como un rol y una responsabilidad femenina. En sus discursos, se identifica explícitamente a las identidades y roles de género como un factor que condiciona las interacciones y prácticas profesionales. De forma que determinados elementos, presentados como profesionales y neutros, responden a valoraciones que rebasan el ámbito profesional y que son profesionalizadas como una forma de legitimarlos y dotarlos de mayor autoridad.

En este mismo orden social y de género se enmarcan las políticas de salud reproductiva, políticas que, al tiempo que se dirigen a atender las necesidades

de la población, también emiten mensajes claros que “disciplinan” y educan desde su área a la población. Los discursos de los entrevistados apuntan también hacia una complicidad profesional con este orden social, complicidad que reproduce y genera formas específicas de desigualdad de género que permean y condicionan la práctica profesional de los médicos, sobre todo en materia de salud reproductiva.

Referencias

Amir, D. y Orly, B. (1997). Defining encounters: Who are women entitled to join the Israeli collective. *Women's Studies International Forum*, 21, 639-650.

Bourdieu, P. y Passeron J.C. (2005). La reproducción. *Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara.

Canguilhem, G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.

Castro, R. y Erviti J. (2003). Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico, *Health and Human Rights*, 7(1), 90-110.

Chrysanthou, M. (2002). Transparency and selfhood: Utopia and the informed body. *Social Science and Medicine*, 54, 469-479.

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la SSA. (2009). La atención intercultural del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud. Posición vertical del trabajo de parto. (consultada el 6 de mayo de 2010) http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/intercultural/Modelo%20de%20parto%20vertical%20en%20la%20S%20de%20Salud%2008.pdf.

D'Oliveira, A., Flavia, P.L., Diniz, S. y Schraiber L.B. (2002). Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359, 1681-1685.

Ellison, M. (2003). Authoritative knowledge and single's women's unintentional pregnancies, abortion, adoption, and single motherhood: social stigma and structural violence, *Medical Anthropology Quarterly*, 17(13), 322-347.

Erviti, J., Sosa, I. y Castro, R. (2007). Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. La construcción profesional de los derechos reproductivos (pp. E161-E165). *Salud Pública de México*, 49, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública.

Erviti, J., Castro, R. y Sosa, I. (2006). Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos*, XXIV(72), 637-665.

Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad 1 La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1983). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.

Glaser, B.G. y Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Gobierno del Estado de Veracruz. (2008). *Gaceta Oficial*, 28 de febrero de 2008.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Grosz, E. (1994). *Volatile bodies. Toward a corporeal feminism*. USA: Indiana University Press.

Jacobson, N. (2009). Dignity violation in health care. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1536-1547.

Lupton, D. (1999). Risk and the ontology of pregnant embodiment. En: Deborah Lupton (edit.). *Risk and sociocultural theory: new directions and perspective* (pp. 59-85). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and regulated body*. London: Sage.

Martin, E. (1987). *The women in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.

Petchesky, R. (1990). *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality and Reproductive Freedom*. Longman: New York.

Plechner, D. (2000). Women, medicine, and sociology: Thoughts on the need for a critical feminist perspective. *Health, Illness, and Use of Care: The impact on Social Factors*, 18, 69-94.

Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies. Essays in Medical Sociology*. London: SAGE Publications.

Viveros, M. (1999). Orden Corporal y Esterilización Masculina. In: Mara Viveros Vigoya y Gloria Garay Ariza (comps.). *Cuerpos, diferencias y desigualdades* (pp. 164-184). Santa Fe de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional.

Zola, I. (1975). In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Social Science and Medicine*, 9, 87-99.

Zola, I. (1983). *Sociomedical inquires. Recollections, Reflections and Reconsiderations* (pp. 247-268I). Philadelphia: Temple University Press.

Reflexiones sobre Objeción de Conciencia y Salud reproductiva en Chile¹

:: Claudia Dides Castillo

¹ Para la realización de este texto me he basado fundamentalmente en un trabajo iniciado con Lidia Casas, abogada con la cual hemos sostenido conversaciones e intercambiado ideas sobre la temática. Me permito entonces utilizar varias de las reflexiones y textos escritos.

Introducción

La modernidad y sus procesos de democratización han colocado en un primer plano la temática de la ciudadanía y el ejercicio de ésta en los procesos de desarrollo de las sociedades modernas, proceso que también se ha extendido al ámbito de la sexualidad y la reproducción. Un elemento central en la esfera privada han sido los cambios en la intimidad. Estos cambios se constatan en diferentes aportes de las investigaciones que se han enmarcado en la perspectiva de género, a partir de la deconstrucción de la sexualidad y la reproducción, así como la recuperación del concepto de “sujeto autónomo” y la discusión sobre la frontera entre lo público y lo privado (Dides, 2006).

Durante el 2007 se publicó un artículo en la Revista Acta Bioética de la OPS sobre *Objeción de Conciencia y Salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos* (Casas, Dides, 2007) estos casos se referían a la esterilización voluntaria y la anticoncepción de emergencia (AE), donde se evidenciaba los conflictos que persisten en el campo de la atención en salud respecto a estas situaciones.

Como es sabido y se constata permanentemente en América Latina, y en particular en Chile, han existido constantemente debates y polémicas asociados al ámbito de la sexualidad y la reproducción, principalmente a la hora de entregar nuevos conocimientos en el marco de los avances tecnocientíficos que posibilitan a las personas, y en particular a las mujeres, prevenir embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual incluido el VIH y también cuando mujeres y hombres hacen valer sus derechos sexuales y reproductivos en los distintos ciclos vitales. En este marco en el último tiempo en el país, se ha suscitado un debate particular que aparece cada cierto tiempo, se trata de la objeción de conciencia en la atención en salud sexual y reproductiva.

Este capítulo pretende dar cuenta de las tensiones que este término conlleva y el por qué este concepto puede suscitar confusiones al tener al menos una doble acepción, que explicaremos más adelante, obstaculizando la entrega de servicios en el marco de los derechos sexuales y reproductivos a mujeres y hombres.

La doble acepción del término de Objeción de Conciencia

La doble acepción del término de objeción de conciencia se relaciona por

un lado, con el *saber común* respecto al término. Este concepto se viene acuñando hace varios años en los países occidentales, relacionándose principalmente con una manifestación de **desobediencia civil**. La desobediencia civil se entiende como una manifestación activa, que tiene un carácter más político, ligado a personas cuyas creencias políticas y religiosas son contrarias a determinadas leyes de aplicación general. Estas personas, consideran que la decisión que es adoptada por la mayoría no satisface los estándares de justicia e igual respeto a todos los miembros de la comunidad y por tanto buscan su modificación. Este término es distinto al de objeción de conciencia, porque en general el objetor/a no busca un cambio, sino diferenciarse individualmente y por tanto que se justifique esta diferenciación a través del incumplimiento de una regla general (Casas, 2005).

Por otro lado, la objeción de conciencia supondría la *regulación de la exención de cumplimiento de una obligación jurídica fundamental*, derivada normalmente de las relaciones laborales o funcionarias (contrato de trabajo o estatuto funcionario), está dirigida a los poderes públicos y a los particulares y siempre se plantea frente a una obligación personal. Cuando un objetor/a realiza una acción está respondiendo únicamente a salvar su conciencia, ya sea por razones religiosas, filosóficas o políticas (Casas y Dides, 2007).

Esta doble acepción, y que a veces se convierte en confusión, ha estado presente en el debate en Chile a través de la entrega de la AE y la esterilización voluntaria. En esta perspectiva la noción de objeción de conciencia, es decir, la segunda acepción, plantea la pregunta de si la entrega de servicios de salud en el ámbito de la reproducción y también de la sexualidad puede presentar pugnas con las convicciones de quien las otorgue. Esta pregunta es la que intentaremos responder en este capítulo.

Se parte de la base que la objeción de conciencia es un derecho ya que de alguna forma permite el respeto de la diversidad en la medida que no cause daño al otro. Pero también puede permitir que al no querer otorgar información sobre algo en lo que no se está de acuerdo, pueda obviar información fundamental para la toma de decisiones en el campo de la reproducción y la sexualidad. Esto es más fácil observarlo en el campo de la atención en salud como lo veremos más adelante.

Algunos antecedentes sobre la Objeción de conciencia

Algunos antecedentes históricos permiten plantear que lo que está en tela de

juicio son las disputas político-ideológicas en torno a temas asociados a la reproducción y la sexualidad. Diversos antecedentes históricos tanto a escala mundial como en nuestro país, dan cuenta de las tensiones que conlleva este tema, puesto que en el fondo de la discusión ha estado y está la separación entre la sexualidad y la reproducción.

En Chile, los debates públicos relativos a la sexualidad y reproducción y su implicancia en las políticas sociales datan de mucho tiempo (Dides, 2006). A fines del siglo XIX, las nocivas condiciones laborales y las enfermedades afectaron la salud de niños y mujeres de tal manera que médicos higienistas y las feministas de la época convirtieron esta situación en los fundamentos para impulsar medidas de prevención social, que redujeran los costos propios de la urbanización e industrialización que experimentaba el país (Zárate, 1999). En este proceso se elaboró un discurso que se materializó en el siglo XX y cuyo objetivo central era colaborar en la tarea primordial de las madres: la dedicación por completo a sus hijos, valorada como la contribución femenina más útil y auténtica de la nación, y su posterior materialización en políticas (Dides, 2006).

Otro ejemplo de estas disputas político-ideológicas se expresan en las acciones del control de natalidad que se realizaron por el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) (Dides, 2006). En 1967 la Iglesia Católica reiteraba su oposición terminante al uso de anticonceptivos farmacéuticos y mecánicos. En respuesta a ello, el Director de Salud de entonces, Dr. Francisco Mardones Restat, explicaba que el S.N.S. proponía métodos de control a casos médicamente específicos, “...pero en ningún caso el S.N.S. plantea un control de la natalidad en Chile”. Esto correspondía a decisiones de política de ‘más arriba’ y reiteraba un principio intransable del S.N.S. respecto a dichas acciones: “nosotros tenemos otras razones para el control limitado de la natalidad. Cuatrocientas mujeres mueren y 50 mil son hospitalizadas por consecuencias del aborto criminal”. Como plantea Illanes (1993), ni la ley, ni la Iglesia cedieron: tampoco el S.N.S. Éste siguió desarrollando su acción como respuesta a un encuentro tácito y definitivo entre la ciencia y la sociedad.

Desde la década de los 90 en el país, las políticas en materia de salud sexual y reproductiva han sido fundadas sobre la base de los derechos de las personas a decidir el número de hijos, el espaciamiento y la oportunidad para tenerlos. Ello implica el derecho de las personas y/o las parejas a tomar decisiones libres e informadas sobre su vida reproductiva, teniendo acceso a la información, a los servicios y la educación necesaria. Garantizar el derecho a la salud comprende el respeto por la autonomía de las personas para decidir usar o

no anticonceptivos u otras acciones de regulación de la fertilidad. Para ello deben contar con información completa, veraz y oportuna.

En la década del 2000 un ejemplo paradigmático ha sido la comercialización y la entrega de la AE. Si bien el fallo del Tribunal Constitucional del año 2007 prohibió la entrega de AE con la excepción de casos de violación, en meses previos al fallo se presentaron demandas entre el Ministerio de Salud y la alcaldesa de Lo Barnechea (ver por ejemplo, “Municipalidad de Lo Barnechea contra Fisco de Chile”, 2007). A su vez, organizaciones estudiantiles demandaron a la alcaldesa de Concepción por la no entrega de servicios de AE, mientras que grupos de padres y el jefe de la comuna de La Florida han impugnado la constitucionalidad de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad respecto de la entrega de servicios a adolescentes (Corte de Apelaciones de Santiago, “Zalaquett y otros contra Ministra de Salud”, 2006). Todo ello sin perjuicio de la discusión en el Tribunal Constitucional respecto del requerimiento presentado por 32 Diputados solicitando la inconstitucionalidad del uso de ciertos métodos anticonceptivos (AE, DIU y pastillas combinadas) y la entrega de servicios a adolescentes (Casas, 2005).

Tal como lo señala Casas (2005) el debate que se suscitó desde la implementación de las normas, principalmente a partir de la entrega de la AE fue la supuesta objeción de conciencia de autoridades locales a la hora de proveer servicios para las usuarias en los consultorios. Esta conducta tiene una diferencia sustantiva con la definición expuesta de objeción de conciencia, puesto que los alcaldes buscaban modificar las normas. Sin embargo, en Chile no se cuenta con información estadística respecto a cuantos prestadores de salud han invocado a la objeción de conciencia para no hacer entrega de la AE hasta enero del 2010 donde sólo se permitía entregar a las mujeres que habían sido violadas.

Noción de autonomía y objeción de conciencia

Retomando lo anterior y volviendo a lo expuesto en la pregunta inicial, respecto a si la entrega de servicios de salud en el ámbito de la reproducción y de la sexualidad pueden presentarse pugnas con las convicciones de quien las otorgue, se hace necesario indagar sobre la noción de autonomía que subyace a la exigencia de prestaciones en salud sexual y reproductiva. Las prestaciones de salud en este ámbito tiene una exigencia de respetar la autonomía de las personas, en particular de las mujeres, tal como lo plantean Correa y Petchesky (2001). La noción de autonomía pierde densidad conceptual si no

está relacionada con condiciones que habiliten a hombres y mujeres para ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente. Sin información y sin servicios no es posible adoptar decisiones informadas y que satisfagan el derecho a la salud. En esta perspectiva, es importante hacer un paréntesis que se relaciona con el campo de la producción de conocimiento: se debe hacer un gran esfuerzo por investigar y reflexionar acerca de los componentes subjetivos de mujeres y hombres y la relación con el ejercicio de los derechos, pues podría posibilitar entender esos espacios síquicos mediados por lo social y cultural que muchas veces hacen dudar de esta relación. Esto implica un nuevo desafío para el campo de investigación.

Chile ha avanzado en integrar de manera incipiente los conceptos de derechos y autonomía. Sin embargo, aún deja mucho que decir respecto a como han interferido posiciones políticos-ideológicas fundamentalistas en contra de la autonomía de las personas. En este marco pensar la objeción de conciencia es importante pues puede resultar en un arma de doble filo. Esto último es posible afirmarlo puesto que la objeción de conciencia puede convertirse en un factor relevante respecto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la medida que las convicciones personales (religiosas, éticas, morales, filosóficas y políticas) de los prestadores de salud pueden interferir en la entrega de servicios. Esto y por las razones de inequidades existentes en nuestra sociedad puede constituir un impacto significativo para la población de mayor vulnerabilidad social, en particular para las mujeres. Un ejemplo de esta situación de inequidad es el acceso que existe por parte de mujeres y hombres que pueden consultar y pagar un médico para solicitar la receta de AE en desmedro de aquellas mujeres que su única posibilidad es recurrir a servicios públicos.

Todo ello puede exacerbar la inequidad social y de género, pues las mujeres son las principales usuarias en los servicios de salud sexual y reproductiva y experimentan directamente las políticas y las prácticas de los prestadores de salud. Este impacto podría ser aún mayor respecto de aquellas usuarias cuya capacidad de elección de entidad prestadora es limitada.

Si un profesional no entrega información ni servicios argumentando que el servicio o acción solicitada vulnera sus convicciones personales sin que existan resguardos por parte de los servicios de salud, ello provocaría indefensión y daños para las usuarias, vulnerándose todos los principios bioéticos, es decir, el respeto a las personas que debiera estar en la base de cualquier relación que se establezca en salud, el principio de la autonomía, el principio de la beneficencia y el principio de la no maleficencia.

Tal como señala Dickens (2009) el deber ético de revelar el conflicto de intereses que resulta de la objeción de conciencia de un prestador de servicios a participar en procedimientos dentro del ámbito del ejercicio de sus pares profesionales, es un deber no solamente ante los pacientes existentes y potenciales, sino también ante las instituciones como los hospitales y clínicas en donde el prestador de servicios propone establecer una relación profesional.

Sabemos a partir de múltiples investigaciones realizadas en Chile por ICMER y FLACSO entre otras (Díaz y Silvamonge, 1995; Matamala, 1995; Dides, Benavente, Pérez, Guajardo, Morán, 2008) que las personas que se atienden en los servicios de salud especialmente en el sistema de salud público, se ven enfrentadas a diversas dificultades para obtener atención oportuna, de calidad y de respeto a sus derechos. La literatura desde los ámbitos de la ética y bioética nos entrega información respecto a dos situaciones de objeción de conciencia: por un lado, las personas que, en su calidad de pacientes, se niegan a someterse a tratamientos o intervenciones médicas y por otro, aquellos proveedores de salud, que por razones de conciencia, se niegan a realizar determinados procedimientos médicos y prestaciones.

Las situaciones que conocemos en Chile en el ámbito de la atención en salud que se relacionan con la objeción de conciencia, se dan a conocer a través de denuncias en diarios y entrevistas a funcionarios/as, siendo las más frecuentes: servicios de anticoncepción y reproducción humana en general, servicios y consejería anticonceptiva para adolescentes, esterilización voluntaria, en la entrega, prescripción y venta de AE a mujeres y niñas víctimas de violación y en el uso de nuevas técnicas de reproducción asistida, entre otros. El caso del aborto es una excepción puesto que está prohibido en todas sus circunstancias. Sin embargo, de acuerdo a datos del Estudio sobre Opinión Pública sobre Aborto en cuatro países latinoamericanos (Brasil, Chile, México y Nicaragua) realizado por el Programa Género y Equidad de FLACSO-Chile, (representación nacional en cada país) los funcionarios de salud se ven enfrentados a un dilema ético cuando se ven obligados a realizar un aborto. Frente a ello las personas están mayoritariamente de acuerdo con que exista objeción de conciencia y que los profesionales de la salud puedan negarse a realizar un aborto si no se contradice con su postura personal. Es así como señalan que frente a un aborto legal el 76% de las y los chilenas/os, 73% de las y los mexicanos/as, 55% de las y los nicaragüenses y 60% de las y los brasileños/as se encuentra “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en que un médico pueda negarse a practicarlo cuando va en contra de sus creencias personales.

La objeción de conciencia en algunos casos en Chile se vislumbra más como un llamado político a que las mayorías reconsideren sus decisiones. En otros casos, se manifiesta bajo el ejercicio de un derecho legal pero puede encubrir una activa militancia. Lo que es más frecuente en el país es la negativa a la prestación de un servicio sin explicación al usuario/a, lo que termina siendo una mera y arbitraria negación de servicios que tiene repercusión en el ámbito de la responsabilidad administrativa, en los servicios públicos de salud y de incumplimiento de contrato y derechos del consumidor en los servicios privados. Esto sin perjuicio de la violación de los derechos fundamentales de los afectados.

En Chile, la objeción de conciencia es un tema de discusión pública emergente en la provisión de servicios en salud sexual y reproductiva. Como se ha señalado actualmente jefes comunales esgrimen razones de conciencia para bloquear la política pública en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Sin embargo, también han esgrimido razones de conciencia para no distribuir la AE en casos de violación en los servicios de urgencia. Por tanto, la perspectiva política-ideológica del alcalde o alcaldesa de turno va a incidir en las prestaciones que se hagan en el campo de la reproducción.

En un estudio realizado en el 2009 respecto a la entrega de la AE a través de la salud municipalizada se observó un descenso en la entrega entre 2008 y 2009 de un 53% a un 50,5%. Este descenso se debe a varios factores, primero al cambio de alcaldes en los gobiernos municipales por las elecciones del 2008; en segundo lugar, debido a que el Tribunal Constitucional no había fallado y se estaba esperando su decisión y tercero, por objeción de conciencia de algunos de los alcaldes (Dides, Benavente, Morán, 2010).

En síntesis, los prestadores de salud que prefieran servir por ejemplo a sus propios intereses religiosos o políticos al objetar participar en servicios de médicos que son indicados profesionalmente a través de una normativa, como es en la actualidad, enfrentan un conflicto de interés. Una vez que existe una relación prestador-usuario, el prestador de salud no puede abstenerse de manera ética de dar la atención legal que el o la usuaria está solicitando, sino tiene que derivarlo/la oportunamente a otro prestador. Existe un deber ético por parte del prestador/ra frente a los usuarios/as pero también frente a las instituciones como hospitales, consultorios y clínicas privadas.

Reflexiones finales

Por un lado, se constatan las resistencias en el mejoramiento de las políticas de salud fundadas en el reconocimiento del derecho a elegir de la población; por el otro, se avanza en el ámbito legislativo en el reconocimiento del derecho de las personas a provisión de servicios sin discriminación de ninguna naturaleza. Tal es el caso de la Ley de la No discriminación, ley de Deberes y Derechos en el marco de la reforma de Salud del país.

La objeción de conciencia puede ser un arma de doble filo como se planteaba anteriormente. Para que ella sea posible, necesita de regulaciones en la medida que respete a las otras diferentes en un contexto de sociedad democrática con una vida pública que debe dar cuenta de lo multicultural.

En este sentido es un desafío plantear la objeción de conciencia puesto que implica considerar distintas identidades culturales que se tejen con muchos hilos diferentes, pudiendo ser algunos de estos hilos comunes a personas cuyas identidades difieren en otros sentidos, incluso cuando son las diferencias el aspecto más sobresaliente.

Uno de los nudos de la objeción de conciencia se da cuando algunos grupos militantes de una causa buscan imponer sobre la sociedad los que ellos definen como la 'tradición' o lo bueno o verdadero que muchas veces se convierten en posiciones fundamentalistas. Cuando una sociedad decide sobre aspectos de la intimidad de las personas, lo que está haciendo es dar cuenta de una posición político ideológicas específica que representa solo un sector de la sociedad pero que inhibe la posibilidad de una gran mayoría de decidir sobre sus propios actos, sobre todo cuando es un Estado que ha reconocido los derechos humanos.

De acuerdo a Castoriadis (1988) el universo de significaciones que constituye una sociedad es reconocible en los discursos sociales que los grupos explicitan como discurso legitimado, con la finalidad de normar las relaciones de género, clase, etnia, etc. Es lo que denomina *sistema instituido* que corresponde al conjunto de significaciones sociales que ordenan, legitiman, disciplinan y definen los lugares y características de los actores y sus espacios sociales. En la disputa política-ideológica, que se expresa en el debate público sobre la comercialización y la entrega de la AE, son reconocibles los diversos discursos sociales que se van configurando en el proceso de debate que van tensionando las políticas públicas.

Las formas de regulación social de la sexualidad y de la reproducción en las sociedades modernas se institucionalizan a través de la de la ciencia biomédica como en el gran marco interpretativo sobreponiéndose, coexistiendo, conflictuándose y oponiéndose con marcos interpretativos religiosos, basados en razones de orden divino o cosmológico y que muchas veces pueden expresarse en los actos de objeción de conciencia. Este hecho ha quedado de manifiesto en el debate sobre la AE en Chile, donde coexisten dos marcos interpretativos. En el campo de disputa de la sexualidad y reproducción el valor de los discursos biomédicos y bioéticos ha alcanzado una legitimidad social de gran relevancia, así como los discursos religiosos conservadores. Por medio de estos discursos se expresan las representaciones del mundo, se formulan y reproducen ideologías y por ende los grupos ejercen poder, pretendiendo ejercer control sobre los conocimientos, opiniones y actitudes de las personas de tal manera de controlar indirectamente sus prácticas.

En este contexto es posible advertir que la objeción de conciencia necesita de reglas que mitiguen los impactos que puedan tener en la atención en salud sexual y reproductiva. Es decir, si bien es cierto en las sociedades democráticas y diversas es importante reconocer al otro como un legítimo otro, también es relevante evitar las brechas de desigualdad e inequidades sociales que se producen en la entrega de servicios de salud sexual y reproductiva. Esto implica desarrollar políticas públicas más inclusivas y respetuosas de las diferencias. Pero se debe tener en cuenta que si bien es posible normar que es obligación entregar toda la información y servicios a quien así lo requiere, también se debe considerar que si el prestador no lo quiere hacer por objeción de conciencia, debe obligatoriamente derivar a otro profesional en forma oportuna. Esto además requeriría de una población informada y con capacidad crítica, lo cual también se convierte en otro desafío. El punto y la duda que surge es si esto es posible cuando de lo que se trata es de una disputa político-ideológica que fundamenta el accionar de las personas y que influye en sus proyectos de vida.

Referencias

Casas, L. (2005). La Objeción de Conciencia en Salud Sexual y Reproductiva. Una ilustración a partir del caso chileno. En: Cabal, L. Motta, C. Compiladoras. Más allá del Derecho. *Justicia y Género en América Latina*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Center for Reproductive Rights, Ediciones Uniandes y CESO.

Casas, L. y Dides, C. (2007). Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos. En: Acta *Bioethica*. Santiago, Chile: Organización Panamericana de la Salud 13 (2).

Castoriadis, C. (1988). Lo imaginario: la creación en el dominio socialhistórico. *Los Dominios del Hombre: las encrucijadas del laberinto*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Correa, S. y Petchesky, R. (2001). Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En: Figueroa, J.G. *Elementos para el análisis ético de la reproducción*. México: Programa Universitario de Estudio de Género, Universidad Nacional Autónoma de México.

Corte de Apelaciones de Santiago, Zalaquett y otros contra Ministra de Salud, rol 4693-2006, 10 de noviembre de 2006. Santiago, Chile.

Díaz, S. S. y Silvamonge, M. (1995). *Realidades y desafíos: reflexiones de mujeres que trabajan en salud reproductiva*. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

Dides, C. (2006). *Voces de emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, UNFPA.

Dides, C., Benavente, C., Pérez, S., Guajardo, A. y Morán, J. M. (2008). *Estudio sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva*. Chile: FLACSO-Chile encargado por el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA-Chile.

Dides, C., Benavente, C. y Morán, J.M. (2010). *Entrega de la píldora anticonceptiva de emergencia en el sistema de salud municipal, Chile: estado de situación*. Santiago, Chile: Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile y UNFPA.

Dickens, B.N. (2009). *Las responsabilidades éticas de la conciencia*. En: IPPF. London: *Boletín Médico de IPPF*, 43 (04).

Illanes, M.A. (1993). En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...) Historia Social de la Salud Pública Chile 1880-1973. (Hacia una historia social del siglo XX). Santiago: Colectivo de Atención Primaria.

Matamala, M.I. (ed.). (1995) *Calidad de Atención, Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?* Santiago, Chile: Reproducciones América.

Municipalidad de Lo Barnechea contra Fisco de Chile, rol 4121-2007 del 11 Juzgado Civil. Santiago, Chile.

Zárate M.S. (1999). *Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920*. En: *Monográficas 1, Nomadías*. Santiago de Chile: Programa de Género y Cultura en América Latina (PGAL), Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.

**Formación en obstetricia:
los conflictos entre la enseñanza
y la capacitación médica y la
estructuración de los derechos
humanos en la atención del parto
en San Pablo, Brasil**

:: Sonia Nussenzweig Hotimsky

Introducción

Diversos autores han tratado el tema de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud.¹ En lo que se refiere a la formación médica exclusivamente, D'Oliveira, Diniz, y Schraiber (2002) así como Castro y Erviti (2003) sugieren que se trata de uno de los factores que ha contribuido a la enorme difusión de la violencia institucional en los servicios de atención a la salud de la mujer. La forma en que se estructuran las relaciones entre el saber y el poder dentro de la formación de los profesionales y en el vínculo con las mujeres atendidas por ellos; la baja prioridad que recibe la enseñanza de la ética y aptitudes asociadas a la comunicación; y las formas tradicionales de capacitación de los residentes son mencionadas por estos autores como algunos de los elementos de enseñanza y capacitación en el servicio asociados a la reproducción de ese fenómeno.

En este trabajo se pretende contribuir a la discusión a partir del esclarecimiento de algunos mecanismos que contribuyen a perpetuar las violaciones de los derechos humanos tal como se manifiestan en el espacio de formación y capacitación médica en los servicios de obstetricia en los hospitales de enseñanza. La base empírica de este trabajo proviene de una investigación etnográfica acerca de la enseñanza en obstetricia llevada a cabo en dos facultades de medicina de Brasil, situadas en San Pablo, la que dio como resultado la tesis de doctorado (Hotimsky, 2007), bajo la dirección de la Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber. En esa tesis, se realizó una caracterización de las propuestas curriculares y un examen de la experiencia de los alumnos en relación a la enseñanza teórica y práctica en obstetricia, a partir del análisis de los resultados de la pesquisa de campo realizada en un año y medio, entre 2004 y 2005, que contó con las técnicas de observación participante de las actividades de aprendizaje y entrenamiento en servicio, entrevistas semi-estructuradas con alumnos y residentes y, de modo complementario, el análisis de libros de texto y protocolos asistenciales.

Desarrollo

Se empieza aquí la descripción de un caso ilustrativo, que se presenta en la tesis y que se dio en el centro de obstetricia de una de las facultades, que denominaremos "Facultad Y". De conformidad con las normas de ética en la investigación, los nombres aquí presentados son ficticios.

¹ Véase en este sentido, D'Oliveira, Diniz, y Schraiber (2002); Castro y Erviti (2003); Hotimsky et al. (2002); McCallum (2006); Alves y Silva (2000).

Se trataba del segundo parto normal de Eliete, una paciente en trabajo de parto en el centro obstétrico de este hospital-escuela. Según la evaluación de Fernanda, la doctora en el primer año de residencia (R1), responsable de supervisar el trabajo de Silvia, la interna que acompañaba a la gestante, Eliete, no había, en principio, necesidad de llevar a cabo una episiotomía, incisión quirúrgica para alargar la abertura vaginal o perineo. Ese procedimiento era llevado a cabo rutinariamente en ese servicio en todas las gestantes, en su primer parto normal, y en otras situaciones que se considerara necesario. Se trata de una intervención dolorosa e incómoda en el postparto, que puede interferir con la función orgásmica y se asocia a riesgos de infección y a otros daños de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), la episiotomía es una práctica utilizada de manera inadecuada con frecuencia porque su aplicación se considera pertinente sólo en circunstancias no rutinarias, se recomienda como meta una tasa de 10% de episiotomías en partos vaginales (OMS, 2000, p. 30). Silvia contó que le había solicitado a Fernanda, antes del parto, su autorización para hacer la episiotomía en esa paciente; de hecho sabía que no era necesaria en Eliete. Por lo mismo pidió autorización para llevarla a cabo porque había asistido a tres partos normales hasta ese momento, en su etapa del 5º año de entrenamiento en servicio de obstetricia, todos sin episiotomía. Como pretendía especializarse en ginecología y obstetricia, consideraba importante ejercitar la práctica de tal procedimiento quirúrgico durante su internado. La alumna no tomó en cuenta el hecho que aún le restaban tres guardias en el centro obstétrico durante esa su etapa de formación y todas las guardias de obstetricia a lo largo de su 6º año para poder iniciarse en ese procedimiento. Pensaba que le estaba llevando mucho tiempo para tener su primera experiencia en el ejercicio de un procedimiento que aparecía comúnmente en el rol de actos quirúrgicos ejercitados en el internado por los estudiantes de medicina. Fernanda pudo constatar a la hora del parto que efectivamente no era necesario tal procedimiento pero, aún así, siguió adelante con el acuerdo que hiciera de antemano con Silvia. Se tomó la decisión de llevarlo a cabo sin ninguna indicación médica y sin consulta previa con algún especialista en obstetricia o ginecología. Además, en el centro quirúrgico no estaba presente ningún especialista en ese momento, ignorando las normas y los organigramas del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad que establecen que debería estar presente un especialista de guardia en el centro obstétrico en todo momento, y que sería éste quien tomara las decisiones de los procedimientos llevados a cabo y la supervisión de la capacitación durante el servicio.

Con posterioridad Fernanda le comentó a la interna:

“En realidad no era necesario la episio, pero llevarlo a cabo no fue una equivocación”.

Tal procedimiento se llevó a cabo, como sucede con frecuencia, sin ninguna anestesia o dosificación de analgésicos. Se efectuó durante el turno de la noche cuando en el centro obstétrico de la Facultad Y no está disponible ningún anestesista. Los anestesistas pueden comparecer en el turno de la noche únicamente en caso de urgencia o emergencia obstétrica. Además, Fernanda no hizo el intento de aplicar bloqueo como forma de analgesia local. Según se explicó, no le gustaba aplicar tal sistema porque muy rara vez había visto que esa forma de analgesia local “pegara”. Fernanda instruyó a Silvia de hacer el corte inicial de la episiotomía con bisturí durante una contracción de la paciente a fin de disminuir el dolor. Después le pasó una tijera y le instruyó lo que debía hacer para ampliar el corte. Después del parto y de retirar la placenta, Fernanda instruyó a Silvia, paso a paso, sobre cómo hacer la sutura de la episiotomía, esto es, la episiorrafia. Eliete gemía de dolor. Fernanda le preguntó:

“¿Tiene dolor? Va a doler un poquito pero no es insoportable, ¿verdad?”

Eliete respondió que no. Silvia hizo un punto que Fernanda consideró estaba mal hecho y le pidió que lo hiciera de nuevo. Fue instruyendo a Silvia, en cada punto, sobre la forma de colocar la aguja, en qué dirección debería penetrar cada capa del músculo, tejido subcutáneo y piel y cómo debía utilizar la pinza para auxiliarla y empujar la aguja para el otro lado de la capa que iba a ser suturada. Otro punto, muy profundo, el “punto del marido”², fue, según la evaluación de Silvia, mal ejecutado, de modo que le pidió que lo retirara y lo hiciera de nuevo. Eliete gemía mucho y Fernanda preguntó de nuevo, “¿Le duele o le incomoda?”; Eliete respondió, “¡me está doliendo!”. Fernanda le dijo entonces:

“Pero es soportable, ¿no? ¡No es peor de lo que sentiste cuando Alicia (nombre de la hija de la paciente que acababa de nacer) estaba pasando!”

Se nota que, en el comentario de Fernanda, el dolor y el sufrimiento expre-

² El llamado “punto del marido” es una sutura adicional llevada a cabo en el perineo para dejarlo más “apretado”, con el objeto, supuestamente, de proporcionar al hombre mayor placer sexual.

sados por Eliete, aunque no sea abiertamente negado, como ocurre frecuentemente en servicios obstétricos (D'Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002; Castro y Erviti, 2003), es minimizado por la profesional que le asistía. Con la sugerencia de que Eliete puede someterse a los procedimientos efectuados y soportar el dolor termina el “diálogo” con ella y el relato de este caso.

Para el análisis de la situación arriba descrita, cabe apuntar su semejanza con otras ocurridas en distintos contextos de formación médica. En ese sentido, se sabe que en la formación médica es común que los alumnos desarrollen estrategias con el afán de incrementar su “sentido de competencia” (Becker, Geer, Hughes y Strauss 2002[1961]; Good, 1995). En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en la década de 1950, un abanico más o menos amplio de intervenciones experimentadas por estudiantes de medicina en los cuerpos de mujeres negras en un servicio de asistencia al parto era, también, fruto de negociaciones entre estudiantes y residentes, porque, en sentido estricto, los primeros no podían efectuarlas. Las mujeres no eran consultadas, ni siquiera se les informaba que los estudiantes de medicina iban a someterlas a este ejercicio de práctica, con el que sus cuerpos se convertían en objeto de tal práctica.

En el contexto brasileño, con el volumen cada vez mayor de las cirugías de parto y donde la práctica de “poner la mano en la masa”, correspondiente a lo que se refiere como la capacitación “*hands on*” en el idioma inglés, se ha convertido en una tradición en la formación médica; el ejercicio de la práctica de la episiotomía, episiorrafia y el bloqueo genital tiende a ser una expectativa entre los internos durante su aprendizaje de obstetricia. Por lo general son incentivados en ese sentido por sus supervisores y por la misma propuesta educativa de la capacitación en servicio, sin importar los riesgos adicionales que puedan causar a las parturientas por la inexperiencia de los internos. Durante la investigación fue posible constatar que, aún en casos supervisados por obstetras, no se acostumbra consultar a las mujeres, ni siquiera informarlas, sobre la decisión de someterlas a una episiotomía, mucho menos informarles que será efectuada por estudiantes de medicina.

Como sugieren D'Oliveira *et al.* (2002), así como Castro y Erviti (2003), el distanciamiento entre alumnos y pacientes, construido a partir de marcos de diferenciación de género, “raza”, etnia y clase social y de la naturalización de las desigualdades, es un elemento esencial en el proceso de “cosificación” de los cuerpos de las mujeres, para que se transformen en objeto de su entrena-

miento. Tales mecanismos de reproducción estratificada (RAPP, 2001), dentro de nuestro contexto, determinan que pacientes de los grupos populares, que buscan atención en materia de salud reproductiva en hospitales-escuelas, sean sometidas al ejercicio de las prácticas de estudiantes de medicina.

La violencia de la situación retratada aquí es diferente de otras porque la interna convenció a la doctora a someter a una mujer en trabajo de parto a un acto quirúrgico doloroso y dañino a la salud, a pesar de que ambas consideraban que no era necesario, única y exclusivamente con el objeto de anticipar la capacitación práctica de la interna en tal procedimiento. Ese hecho constituyó una violación a las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina (CNE-CES, 2001), del Código de Ética Médica (1988) imperantes en ese momento, de la Constitución Brasileña y de diversos Tratados y Convenciones Internacionales de los cuales Brasil es signatario. Sin embargo, se trata de un evento habitual en el contexto de la formación médica. El cuadro 1 presenta partes de esta normatividad.

Cuadro 1: Normatividad presentada en Diretrices, Código de Ética, Constitución Federal, Tratados y Convenciones Internacionales

<p>Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina</p>	<p>Artículo 3: <i>El Curso de Graduación en Medicina tiene como perfil del alumno egresado/profesional o médico, la formación general, humanista, crítica y de reflexión, capacitado para actuar, bajo la pauta de principios éticos en el proceso de salud-enfermedad en sus diferentes niveles de atención, con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, desde la perspectiva de la asistencia integral, con sentido de responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía, como promotor de la salud integral del ser humano.</i></p> <p>Artículo 7: <i>La formación del médico incluirá, como etapa integrante de la graduación, el aprendizaje curricular obligatorio de capacitación en servicio, en régimen de internado, en servicios propios pactados y bajo la supervisión directa de los docentes de la propia Escuela/Facultad.</i></p>
<p>Código de Ética Médica</p>	<p>Capítulo I, artículo 2: <i>El objetivo de toda la atención del médico es la salud del ser humano, en beneficio de la cual deberá actuar con el máximo celo y lo mejor de su capacidad profesional.</i></p> <p>Capítulo III, artículo 29: <i>Queda prohibido al médico practicar actos profesionales que puedan ser dañinos al paciente, que puedan caracterizarse como impericia, imprudencia o negligencia</i></p> <p>Capítulo III, artículo 42: <i>Queda prohibido al médico practicar o indicar actos médicos innecesarios o prohibidos por la legislación del País</i></p> <p>Capítulo IV, artículo 46: <i>Queda prohibido al médico efectuar cualquier procedimiento médico sin esclarecimiento y el consentimiento previos del paciente o de su responsable legal, salvo en el inminente peligro de vida.</i></p>

	<p>Artículo 4: <i>La formación de médico tiene por objetivo dotar al profesional de los conocimientos requeridos para el ejercicio de las siguientes competencias y habilidades generales:</i> <i>Inciso II – Toma de decisiones: el trabajo de los profesionales de la salud debe tener como fundamento la capacidad de tomar decisiones bajo la visión del uso apropiado, eficacia y costo-efectividad, de la fuerza de trabajo, de medicamentos, de equipamiento, de procedimientos y de prácticas. Para este fin, los mismos deben poseer competencias y habilidades para evaluar, sistematizar y decidir las conductas más adecuadas, con base en evidencias científicas.</i></p>
Constitución Federal Brasileña	<p>Artículo 196: <i>La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tengan como objetivo la reducción del riesgo de la enfermedad y de otros agravios y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”.</i></p>
Tratados y Convenciones Internacionales Declaración Universal de Derechos Humanos	<p>Artículo 5: <i>garantiza el derecho a la integridad corporal.</i> Artículo 3: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva.</i></p>
Convención contra la Tortura y Otros Tratamientos o Penas Cruels, Inhumanas o Degradantes	<p>Artículo 16: <i>garantiza el derecho a la integridad corporal</i></p>
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	<p>Artículo 12: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva</i></p>
Convención sobre los Derechos de los Niños	<p>Artículo 24: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva</i></p>
Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	<p>Artículo 12: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva</i></p>
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	<p>Artículo 5: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva</i></p>
Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Social y Cultural	<p>Artículo 10: <i>garantiza el derecho especial a la protección de las madres</i> Artículo 15: <i>garantiza el derecho al beneficio del progreso científico y/o tecnológico</i></p>
Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	<p>Artículo 14: <i>garantiza el derecho al beneficio del progreso científico y/o tecnológico</i></p>

¿Cómo entender tal violación del derecho a la integridad corporal y la banalización de una práctica tan violenta y antiética?. ¿Cómo entender que pudo llevarse a cabo en el contexto de la formación médica y justamente bajo el pretexto de la capacitación en el servicio? Es evidente que Silvia y Fernanda

no reconocieron a Eliete como sujeto, mucho menos como sujeto con derechos. ¿Qué visión compartida puede ser ésta acerca de las pacientes bajo su cuidado? ¿Cómo es posible que el contexto de la formación médica abra espacio para la ocurrencia frecuente de situaciones como la que aquí se muestra?

A fin de que se pueda contribuir con las respuestas a esas indagaciones, de inicio se abordan algunos elementos de organización de los servicios en instituciones formadoras que hacen que la salud y el bienestar de las pacientes puedan ser tan desconsideradas y efectivamente perjudicadas en nombre del aprendizaje.

En este sentido, se resalta un aspecto del contexto en que se llevó a cabo la práctica aquí presentada: al hecho de que la atención se prodigaba sin la presencia de un especialista del área de obstetricia en el centro obstétrico. Tal situación se contrapone a lo establecido formalmente por los departamentos de obstetricia y ginecología de las dos instituciones investigadas, así como a las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina.³ Siguiendo los organigramas y escalas en las guardias de los obstetras, expuestos en las secretarías de los departamentos, en los centros de obstetricia y en los sectores de urgencias y emergencia obstétrica de las tres instituciones hospitalarias consideradas (los dos hospitales-escuela de la Facultad X y el hospital-escuela de la Facultad Y), existe una aparente valoración del papel desempeñado por los especialistas en la supervisión de la asistencia y entrenamiento en el servicio. Se intentó asegurar, con toda formalidad, que los internos y residentes en esos dos sectores de los hospitales estén bajo la supervisión constante de obstetras. Así, el número de especialistas es variable siguiendo las peculiaridades de la institución (hospital-escuela, terciario o secundario), los días de la semana (días hábiles/fines de semana y feriados) y los periodos del día (diurno/nocturno). Es probable que exista, sin embargo, un consenso según el cual la buena formación en obstetricia, ya sea en el nivel más elemental del profesional médico como en el nivel de especialización propiamente dicho, exige que uno o más profesionales con título de especialista coordine y acompañe de cerca el proceso de enseñanza y aprendizaje en el ámbito de los servicios investigados. Esos médicos especialistas son seleccionados por el departamento o por concurso público. Se supone, entonces, que se consideran profesionales médicos adecuados, con las cualidades necesarias para ejercer ese encargo profesional y pedagógico.

Mientras tanto, en los servicios investigados existen acuerdos más o menos informales que subordinan esos objetivos institucionales de la buena forma-

3 Véase el artículo 7 en el Cuadro 1.

ción y asistencia a los intereses individuales y colectivos de los profesionales que actúan en obstetricia en los turnos de guardia en esos hospitales-escuela. Algunos acuerdos reducen el número de obstetras responsables por la supervisión en la capacitación durante el servicio presentes en cada guardia. Esta situación genera una carga de trabajo extra en quienes cubren la guardia.

Otros acuerdos originan de manera inevitable lagunas en la supervisión directa de esos servicios por los obstetras. Uno de esos acuerdos, presenciado en ambas facultades, incluye la división de la guardia en el turno nocturno en distintos periodos: un periodo inicial en que uno de los obstetras responsables por la guardia se hace presente y otro período donde el mismo se retira del centro obstétrico, a veces acompañado de algunos residentes, dejando el hogar sin supervisión de obstetra. Otro acuerdo, presenciado apenas en la Facultad Y, es nombrado de “guardias dobles”, cuando el obstetra se responsabiliza por la asistencia y supervisión en dos centros obstétricos distintos simultáneamente. En esos casos, es decir, en presencia de estos dos tipos de acuerdos, es común que los residentes en el segundo año de especialización, ante la ausencia de los obstetras, sean obligados a asumir la plena responsabilidad de la supervisión directa de la capacitación y la atención en obstetricia en esos servicios. Pero tales acuerdos a veces resultan en situaciones en que los propios internos son obligados a prestar atención al parto sin supervisión alguna. Así, además de la carga extra en el ejercicio de sus funciones, pueden surgir situaciones de urgencia o emergencia en las cuales los residentes o los internos no tienen la suficiente calificación para lidiar con ellas de modo apropiado.

Una de las peculiaridades que llama la atención es la forma en que se lleva a cabo la división de la guardia en el turno nocturno. Práctica común en los tres servicios, ella tiende a suceder en aproximadamente el mismo horario, por lo general entre la medianoche y las dos de la madrugada, independiente del número de mujeres en el área de pre-parto, del número de profesionales trabajando en el centro obstétrico o de salas de parto disponibles. Está claro que eso no es mera coincidencia. Para que los obstetras y/o un grupo de residentes puedan retirarse del centro obstétrico a descansar durante su guardia, permaneciendo, al menos según el discurso, atentos a una distancia mayor o menor y dejando algunos residentes o solamente unos internos (conforme la institución) responsables del sector, es necesario “agilizar” los partos o, en la medida de lo posible, “limpiar el área”. Se refiere a la costumbre, la que se aprende desde el primer contacto con las guardias nocturnas en ambas facultades, de echar mano de diversas estrategias para “vaciar”, es decir, disminuir el volumen de casos a ser tratados en el área de pre-parto. En una

guardia nocturna observada en el hospital secundario de la Facultad X, una de las asistentes explicó:

“Uno intenta resolver lo que tiene que resolver para dejar la situación de la guardia lo más tranquila posible e ir a descansar”.

Hay la expectativa de que todos los colegas de la guardia nocturna se comporten de igual forma, pero no siempre es lo que sucede, como puede percibirse en el testimonio de otro profesional del mismo hospital:

“Me gusta trabajar en el primer horario (en la guardia nocturna) porque limpio el área para los colegas. Porque hay otros colegas que no hacen caso... Dejan para después los casos, no importa si los pepinos se quedan ahí para que los resuelva el colega, ‘¡el problema es de él!’”.

“Limpiar el área”, en el discurso arriba mencionado, se observa como una especie de “etiqueta” de quien está de guardia. Quien no entra en ese modelo de actuación es catalogado como un profesional que no quiere trabajar y que deja la carga de trabajo a sus colegas. Es evidente que no siempre es esta la motivación de aquellos que no comparten esa “etiqueta” en su actuación profesional. Algunos sencillamente no quieren “medicalizar” casos, “resolviéndolos”, es decir, actuar clínica o quirúrgicamente cuando juzgan que no hay indicaciones médicas que justifiquen la intervención considerada innecesaria o precipitada. Es por ello que sufren presiones tanto de sus colegas como de los anestesiistas y de residentes, en especial en los turnos de noche, para que se ajusten al patrón de actuación señalado.

Frente a lo aquí expuesto, se entiende un poco mejor el comentario que Fernanda le hizo a Silvia después del parto: “*En realidad no era necesario la episio, pero no estuvo mal haberla efectuado*”. Es muy probable que se refería a las diversas ocasiones en que presenció o participó con sus colegas y obstetras en situaciones en que se llevaron a cabo episiotomías y otras intervenciones, inclusive algunas prohibidas⁴ (la dilatación manual del cuello del útero, para acelerar ese proceso y la maniobra de Kristeller, en que se hace una fuerte compresión al fondo del útero para acelerar el período de expulsión) y otras no (los fórceps de alivio y la cesárea), sin ninguna indicación médica y violando así la integridad física y los derechos humanos de las gestantes, con el propósito de “limpiar el área”.

4 Se menciona en las clases y/o en los libros-texto que la dilatación del cuello del útero y la maniobra de Kristeller resultan en dolor y/o otros daños a la salud de las mujeres y/o a sus fetos. (Hotimsky, 2007).

Los acuerdos más o menos informales arriba señalados y la práctica de “limpiar el área” constituyen un componente del currículo oculto, es decir, procesos latentes de aprendizaje sin ser reconocidos formalmente (Rego, 2001; Hafferty, 2000). En términos generales, tales acuerdos transmiten a los alumnos y residentes la idea de que los profesionales responsables de la enseñanza consideran válido subordinar la calidad de la capacitación en servicio y la asistencia obstétrica prestada, a otras exigencias e intereses, individuales o del equipo médico de modo general.

Es importante señalar que esos acuerdos informales entre profesionales sirven de modelo y se reproducen entre los residentes para luego pasar a los internos en su práctica cotidiana, como ya observamos. Tales arreglos tienden a dar credibilidad a la idea de que la autonomía y responsabilidad profesional se adquieren, también, a través de situaciones en que el alumno, o residente, en ausencia de un profesional más experimentado, no tiene otra alternativa que ponerse a prueba y buscar “virarse”. Si los estudiantes en ocasiones se enorgullecen de las situaciones en que se “viraron” con éxito, es cierto que también han enfrentado situaciones en las cuales no contaban con la preparación adecuada y han dado como resultado consecuencias nefastas, cuando no trágicas, para las pacientes involucradas.

En ocasiones deben añadirse la “etiqueta de la guardia” y las presiones ejercidas por residentes e internos en el sentido de ejercitar y adiestrar ciertas intervenciones, actuando en esa misma dirección. Tales presiones por situaciones diversas pueden interpretarse, tal como lo sugieren Becker *et al.* (2002 [1961]) y Freidson (1988 [1970]), como propias del ambiente de trabajo y de la formación médica en el hospital-escuela, influenciando actitudes y comportamientos de profesores, residentes y estudiantes.

Es muy común que en Brasil se lleven a cabo intervenciones quirúrgicas innecesarias por cuestiones de la agenda social o de trabajo de los profesionales en servicios de atención al parto fuera de los hospitales - escuela (Dias, 2001; d'Oliveira *et al.*, 2002). Los esquemas de guardias y la rutina de “limpiar el área” corresponden a prácticas muy diseminadas en el mercado de trabajo, tanto en servicios obstétricos (Dias, 2001) como en otros sectores de urgencia y emergencia hospitalaria en Brasil (Deslandes, 2002; Sá, 2005).

Lo que indica este estudio, sin embargo, es que las instituciones de enseñanza médica constituyen un espacio privilegiado para el aprendizaje de esas prácticas de violación de la integridad física de las mujeres y de sus derechos humanos, y que también preparan a los estudiantes para el ejercicio profesio-

nal en los moldes que operan en el mercado de trabajo.

No obstante, el proceso de naturalización y banalización de las intervenciones quirúrgicas sin ninguna indicación médica no se restringe al currículo oculto, pues va ganando presencia en algunos espacios de la enseñanza formal. Un ejemplo de eso es el enfoque del “fórceps didáctico” en el salón de clase y los manuales de obstetricia que se describe brevemente a continuación.

La denominación de “fórceps didáctico” para el fórceps de alivio utilizado por profesores y estudiantes, es una forma de reconocer que su práctica no se relaciona necesariamente con la salud y bienestar de la madre y/o el feto. Tal práctica es normatizada en algunas facultades como elemento de la atención en el parto normal de todas las primigestas. En los Protocolos Asistenciales de la Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo (FMUSP) (Zugaib y Bittar, 2007), se afirma:

“Asistencia al segundo periodo:
(...) En las primigestas promovemos el fórceps bajo o de alivio con episiotomía media lateral (derecha o izquierda) o perineotomía”.

Como pude constatar, tal norma ha sido adoptada por la Facultad X. Un asistente comentó con los académicos durante una clase:

“Aquí en la escuela, ser primigesta es indicativo de fórceps por alivio materno-fetal. Es un instrumento útil y el hecho de aplicarlo no significa que se está frente a una situación drástica porque no se trata de un instrumento de último recurso. El fórceps didáctico se indica para el aprendizaje del residente. El fórceps indicado es el que se utiliza por indicación médica”.

Se puede observar que Fernanda, nuestra residente del caso expuesto arriba, podría acudir a otro ejemplo para reforzar su postura, uno dentro del contexto de enseñanza formal – al final, se enaltece la episiotomía sin indicación médica en determinadas circunstancias. Este protocolo es un ejemplo dentro del sistema de normas y valores establecido en que la formación médica niega formalmente a la mujer el control sobre su cuerpo y, así, le niega el estatuto de sujeto libre y autónomo que la define como ciudadana.

Es necesario decir, sin embargo, que no todos los alumnos están totalmente

de acuerdo con la práctica de las intervenciones innecesarias con fines didácticos. Un interno de la Facultad X, en entrevista, expresó su restricción a la práctica de fórceps didáctico, de la siguiente forma:

Entrevistado: “Tiene, tiene, tiene el parto con fórceps didáctico aquí dentro, fijate, de cierta forma yo entiendo, creo que debía preguntar primero a la madre si ella está de acuerdo, pero todo va bien.

Entrevistadora: ¿Entiendes qué?

Entrevistado: “Debía preguntar a la madre si todo está bien, no, porque, ah, ‘tú no necesitabas los fórceps, pero lo voy a usar, ¿de acuerdo?’ ‘Todo bien, doctor’, ‘Entonces está bien, no’, pero se le pregunta si todo va bien, paciencia (...)”.

Aunque haya sido el único entrevistado que estableció no estar de acuerdo con practicar un procedimiento innecesario sin el consentimiento de la mujer, es un indicador de que hay alumnos con objeciones semejantes. Así, a pesar de los esfuerzos en el sentido de naturalizar esa violación a la integridad física de las mujeres, las reacciones de los alumnos son, hasta cierto punto, heterogéneas. Tal vez hasta podamos interpretar su discurso como referencia a lo derecho al consentimiento informado y, por lo mismo, como indicio de una penetración, si bien tímida, del discurso de los derechos humanos en ese ámbito. Es importante señalar que un estudiante del sexo masculino haya manifestado tal preocupación, que se refiere, entre otras cosas, a las relaciones de género en la formación y ejercicio de la práctica de la obstetricia.

Si bien existen reacciones heterogéneas a la banalización de la violencia institucional en el contexto de la enseñanza y capacitación, ésta todavía representa un gran obstáculo para poder consolidar los derechos humanos en la formación médica en obstetricia.

Consideraciones finales

A partir de los años setenta, los movimientos sociales, y en particular, los movimientos feministas de distintos países han denunciados la violencia perpetrada contra las mujeres, llamándose la atención, entre otras cosas, hacia la violación de los derechos humanos en el proceso de asistencia al parto. La repercusión de esos movimientos en el escenario internacional contribuyó para que la perspectiva de género fuese incorporada a la agenda de los derechos humanos transformándola de modo que la promoción y la protección de los derechos sexuales y reproductivos fuese integrada a ella (Dora, 1998).

En Brasil, el proceso de redemocratización se hizo acompañar por los avances significativos en el reconocimiento de los derechos humanos en marcos legales. La constitución brasileña del 1988, aprobada a raíz de ese proceso de redemocratización, es considerada una de la más avanzadas con relación de la incorporación de los derechos humanos, ante las cuales se incluye el derecho universal a la salud. Y, respecto a las convenciones internacionales, la ratificación de varias de esas mencionadas arriba se dio en ese proceso de redemocratización también. Así, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada por la Naciones Unidas el 1979, fue ratificada en el país el 1984; la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, aprobada el 1984, fue ratificada por Brasil el 1989; la Convención sobre los Derechos de los Niños, aprobada el 1989, fue ratificada por Brasil el 1990; y el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado el 1966, fue ratificado por Brasil en 1991.

En el área de la salud, la agenda de dos derechos humanos ha permeado los debates y se ha insertado en la normatización de las entidades representativas de diferentes corporaciones y ha influenciado decisiones de políticas públicas. Avances en cuanto a la incorporación de los derechos humanos en el área de la salud están presentes en el Código de Ética Médica de 1988, y de 2010, y en el Código de Ética de Enfermería en el 2007, todos los cuales hacen amplias referencias a los derechos humanos de los pacientes.

Particularmente, respecto a la formación en la área de la salud, las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina (2001) representaron un significativo avances en el sentido de la incorporación de los derechos humanos como marco de la normalización del proceso de enseñanza y entrenamiento médico. Entre los esfuerzos emprendidos en el área de educación para los derechos humanos, se menciona también el Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos liberado en 2004 por el Gobierno Federal.

Ciertamente esos esfuerzos han contribuido para diseminar y dar legitimidad a las luchas por la promoción y la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Tal vez puedan haber contribuido también para dar más visibilidad a la actual crisis enfrentada por la obstetricia brasileña, una de las ‘campeones del mundo’ de cesáreas y con tasas de mortalidad materna más o menos estabilizadas desde mediados de la década de 1980⁵. En San Pablo,

5 La razón de mortalidad materna (RMM) (muertes maternas / 100.000 nacidos vivos) viene oscilando desde el período 1983 - 1985, entre 53 a 55 (Brasil 2009).

la encuesta realizada por el Consejo Regional de Medicina entre 1996 y 2002 constató que la tóco ginecología es la especialidad que recibe el mayor número de denuncias y, entre éstas, 86% se refieren al área de obstetricia y 14% al de ginecología. La situación es preocupante para las entidades profesionales que, incluso, sugieren que la formación pueda estar contribuyendo a eso (Cadernos Cremesp, 2002). Mientras tanto, a pesar de la creciente visibilidad de esa temática y de la gravedad de la crisis en la cual se encuentra el área de obstetricia, las violaciones de derechos humanos en los servicios de la salud reproductiva y, particularmente, en la asistencia al parto, han seguido ocurriendo como apuntan las denuncias en los órganos de la prensa y en distintos trabajos publicados en Brasil desde la década de 1990, algunos de los cuales son referencia en la presentación de este trabajo.

Se buscó aquí aclarar algunos mecanismos que contribuyen a perpetuar las violaciones de los derechos humanos como se manifiestan en el espacio de formación y capacitación médica en los servicios de obstetricia en los hospitales. Aunque algunos de estos se expliciten en el espacio formal de enseñanza, como buscamos ejemplificar en referencia a los protocolos asistenciales, otros son explicitados en el ejercicio de la práctica por medio de acuerdos informales, entre otras cosas. Esos acuerdos subvierten las normas y subordinan los objetivos institucionales de la buena formación y asistencia a los intereses individuales y colectivos de los profesionales que actúan en obstetricia en los turnos de guardia en esos hospitales-escuela. Se buscó mostrar el modo por el cual esos acuerdos alteran significativamente el proceso de trabajo y, consecuentemente, la “producción” de los partos en los centros obstétricos. Un conjunto de intervenciones sin indicación médica, innecesaria y riesgosa y que violan la integridad física de las parturientes, son efectuadas para acelerar el “ritmo” de “producción” de partos en algunos períodos, o sea la “limpieza del área”, para crear momentos de descanso para los profesionales, residentes e internos. Por supuesto, en la medida que esas estrategias no suelen producir un control de la demanda por la asistencia obstétrica, es decir, en la recepción de los servicios, con frecuencia generan más tensiones en la asistencia, cuando no crean lagunas en el proceso de supervisión del entrenamiento en los servicios de los hospitales.

Llama la atención el hecho de que esos acuerdos, que alteran substancialmente la organización de los servicios de atención al parto, sean informales llámanos la atención. Es importante que algunos de los procedimientos de “limpieza del área” realizados en los centros obstétricos cotidianamente, que son innecesarios, sean proscritos. Esos hechos apuntan al papel fundamental del currículo oculto en el entrenamiento obstétrico, pues familiariza a

los futuros médicos, particularmente los que pretenden especializarse en el área de obstetricia, con las reglas informales que operan en el mundo del trabajo y regulan la organización de los servicios obstétricos, donde también subvierten las normas institucionales, el código de ética médica y violan los derechos humanos de las mujeres.

Como sugiere Talal Asad (1997, p.290), el uso de la tortura o del trato cruel, inhumano y degradante requiere la retórica de la negación en el estado moderno. Donde ocurre, se hace en secreto, es decir, para que se pueda efectuar es importante que no sea reconocida oficialmente. Cuando se “descubre”, se convierte en objeto de escándalo, de condenación moral. Tal vez eso nos ayuda a comprender el papel esencial que desempeñan los elementos del currículo oculto arriba delineados en la reproducción de marcos de diferenciación de género, “raza”, etnia y clase social y de naturalización de las desigualdades presentes en la sociedad brasileña, en el proceso de formación médica. El hecho de ser oculto también es esencial para llevar a cabo el proceso de “cosificación” de los cuerpos femeninos, para que se conviertan en objeto de su entrenamiento. Así, para que los derechos humanos de las mujeres sean promovidos y protegidos en los servicios de asistencia obstétrica es esencial intervenir en las organización de esos servicios, principalmente en las reglas informales que regulan el proceso de “producción” del parto dentro y fuera de las escuelas médicas.

Referencias

Alves, M.T.S.S.B. y Silva, A. A. M. (orgs.). (2000). *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luis: UFMA: Unicef.

Asad, T. (1997). On torture or cruel, inhuman, and degrading treatment. En En A. Kleinman, V. Das y M. Lock (Eds) *Social Suffering* (pp. 285 - 308). Berkeley: University of California Press.

Becker, H.S., Geer, B., Hughes, E.C. y Strauss, A.L. (2002). *Boys in White: student culture in medical school*. New Brunswick: Transaction Publishers, 2002. [Publicado originalmente en 1961 por University of Chicago Press]. Brasil.

Ministério de Saúde. (2009). *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*. [versión electrónica: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_obtido_materno.pdf]. Brasília: Ministério de Saúde.

Castro, R. y Erviti, J. (2003). Violation of Reproductive Rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, 7(1),90-110.

Cadernos Cremesp. (2002). *Ética em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Cremesp – Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. (2001). Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Ingressado em 2007 (20 abril).

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica. Resolução CFM no 1.246/88. (2001). *En Código de Ética Médica e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e dos pacientes*. São Paulo: CREMESP.

D'Oliveira, A.F.P.L., Diniz, S.G. y Schraiber, L.B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359, 1681-85.

Dias, M.A.B. (2001). *Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ].

Dora, D.D. (1998). No fio da navalha. En D.D. Dora y D.D. Silveira (Eds), *Direitos Humanos, Ética e Direitos Reprodutivos* (pp. 37-42). Porto Alegre: Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero.

Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge: with a new afterword*. Chicago: University of Chicago Press (Publicado originalmente en 1970).

Deslandes, S.F. (2002). *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Good, M.J.D. (1995). *American Medicine: The quest for competence*. Berkeley: University of California Press.

Hafferty, F.W. (2000). Reconfiguring the sociology of medical education: emerging topics and pressing issues. En C.E. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont. *Handbook of medical sociology* (pp. 238-57). New Jersey: Prentice Hall.

Hotimsky, S.N., Rattner, D., Venancio, S.I., Bógus, C.M. y Miranda, M.M (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, 18(5):1303-11.

Hotimsky, S.N. (2007). *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

McCallum, C., Reis, A.P. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(7),1483-91.

Organização Mundial da Saúde. (2000). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial de Saúde. [Versión realizada con apoyo de OPAS y JICA, a partir del original inglés publicado el 1996, OMS/SRF/MSM/ 96.24].

Organização de las Naciones Unidas (1984). *Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes*, Organização das Nações Unidas. Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/doc_penas.php (Acessado em 9 de Março de 2010).

Organização de las Naciones Unidas (1965). *Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial* Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/doc_cs.php (Acessado em 9 de Março de 2010).

Organização de las Naciones Unidas (1979). *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139389por.pdf> ((Acessado em 9 de Março de 2010).

Organização de las Naciones Unidas (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php (Acessado em 9 de Março de 2010).

Organização de las Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pacto1.htm> (Acessado em 9 de Março de 2010).

Rapp, R. (2001). "Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory." *Medical Anthropology Quarterly* 15(4):466-477.

Rego, S. (2001). Ética médica – 3: A ética na formação dos médicos. En M. Palácios, A. Martins, A.O. Pegoraro (orgs.). *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética* (pp. 108-33). Petrópolis: Vozes.

Sá, M.C. (2005). *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Zugaib, M. y Bittar, R.E. (2007). *Protocolos Assistenciais Clínica Obstétrica FMUSP*. São Paulo: Editora Atheneu.

Autores

ELINA CARRIL BERRO (Montevideo, 1950). Es licenciada en Psicología de la Universidad de la República, Uruguay (UDELAR) y es psicoanalista. Profesora Adjunta e Investigadora en la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género; docente del Área de Psicoanálisis e integrante del Centro de Investigación Clínica en Psicología (CIC-P), Facultad de Psicología (UDELAR). Miembro Habilitante y docente de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP) y docente del Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de AUDEPP. Cuenta con estudios de posgrado en género y psicoanálisis. Especializada en las áreas de subjetividad y salud reproductiva, género, psicoanálisis. Es autora, junto a Alejandra López Gómez, del libro “Entre el alivio y la culpa. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad”. Ha publicado diversos trabajos en revistas y libros sobre tópicos de género, subjetividad y psicoanálisis y salud reproductiva, a nivel nacional e internacional.

ROBERTO CASTRO PÉREZ. Es sociólogo (UNAM), con una maestría en estudios de Población (Exeter, Inglaterra) y un doctorado en sociología médica (Universidad de Toronto). Es investigador del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es autor de múltiples trabajos de investigación sobre la experiencia subjetiva de la salud y los padecimientos, violación de derechos en los servicios de salud, violencia contra las mujeres, violencia en el noviazgo, ciudadanía y salud, derechos reproductivos y otros temas afines. Es autor de *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, así como *Violencia contra las mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*, ambas editadas por el CRIM-UNAM. Actualmente desarrolla investigación sobre el origen social de las prácticas médicas autoritarias en instituciones públicas y tiene en prensa *Teoría Social y Salud*.

CLAUDIA DIDES CASTILLO. Socióloga, Universidad Arcis. Magíster en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Profesora Investigadora FLACSO-Chile (2007 a la fecha). Directora del Programa Género y Equidad FLACSO-Chile (2006 a la fecha). Consultora en temas de sexualidades, salud sexual y reproductiva y derechos del 2000 a la fecha para organismos

nacionales e internacionales. Miembro del Consultivo Latinoamericano del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia CLAE (2010). Investigadora y docente en varias Universidades chilenas en temas de sexualidad, salud sexual y reproductiva y bioética: Universidad de Santiago, Universidad Diego Portales, entre otras. Ha escrito diversos artículos y libros de autoría propia y como coautora sobre los temas desde 1996 a la fecha. También ha dictado conferencias y ponencias tanto en Chile como en el extranjero.

JOAQUINA ERVITI ERICE. Doctora en Sociología por la Universidad de Barcelona. Es investigadora en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México. Integrante del Grupo Interuniversitario COPOLIS. Sus áreas de interés son los estudios de género, salud reproductiva y derechos. Ha realizado investigación sobre la experiencia subjetiva del aborto y su relación con las redes sociales de las mujeres; y acerca de la violación de derechos sexuales y reproductivos en la atención médica. Autora del libro *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia* editado por el CRIM/UNAM, Ha publicado artículos científicos en las revistas Estudios Sociológicos, Health and Human Rights, Qualitative Health Research, Salud Pública de México, Cadernos de Saúde Pública y en la Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades “La Manzana”, así como diversos capítulos de libros.

CRISTINA M. HERRERA. Doctora en Investigación en Ciencias Sociales con especialidad en Sociología por FLACSO - México; Maestra en Ciencias Sociales por la misma institución y licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora de tiempo completo en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Autora del libro *Invisible al ojo clínico: violencia de pareja y políticas de salud en México* (2009) México: PUEG/UNAM; FLACSO/Mexico; INSP y cuenta con varios artículos científicos en el tema.

SONIA NUSSENZWEIG HOTIMSKY. Se graduó en Ciencias Sociales por la Universidad Católica de San Pablo (1981), hizo la especialización en Antropología Social en la Universidad de Campinas (1986), el Master en Salud Pública por la Universidad de San Pablo (2001) y el doctorado en ciencias de

la Universidad San Pablo (2007). Actualmente es profesor de Ciencias Sociales en Salud, Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Medicina de ABC-SP y de Antropología en la Escuela de Sociología y Política de la Fundación Escuela de Sociología y Política de San Pablo. Tiene experiencia en investigación y publicaciones en el campo de la antropología, con énfasis en antropología médica, centrándose principalmente en los temas: la formación en obstetricia; la humanización del parto; obstetricia, parto y educación; y la reproducción, los derechos humanos y género. Es miembro de la Red Nacional Feminista de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y la Red por la Humanización del Parto y del Nacimiento.

ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ. Es psicóloga (Universidad de la República, Uruguay) especializada en género y salud sexual y reproductiva. Es investigadora Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores. Profesora Adjunta de la Facultad de Psicología de la UdelaR, donde coordina la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género y donde es responsable de la Unidad de Apoyo a la Investigación. Directora Ejecutiva de MYSU, Mujer y Salud en Uruguay. Es consultora para organizaciones regionales e internacionales. Ha integrado las delegaciones oficiales de Uruguay a las instancias evaluatorias de las Naciones Unidas de las Plataformas de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Cuenta con numerosas publicaciones a nivel nacional e internacional sobre asuntos vinculados a derechos sexuales y reproductivos, a aborto voluntario y a políticas y servicios de salud sexual y reproductiva. Es integrante del consejo de Global Forum for Health Research desde 2004.

LILIA BLIMA SCHRAIBER. Médica. Profesora del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. Especialista en salud pública y coordinadora del Grupo de investigación e intervención en violencia y género en las prácticas de salud. Investigadora del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de Brasil (CNPq), nivel 1B, con maestría, doctorado y libre docencia en Medicina Preventiva por la Universidad de San Pablo. (Brasil)

