

# El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay

Susana Rostagnol<sup>1</sup>

## Resumen

La construcción de los derechos sexuales (no reproductivos) exige negociaciones, tensiones y luchas complejas. Sobre la base de información proveniente de observación participante en distintas instancias de policlínica y hospitalaria, una encuesta y entrevistas a ginecólog@s, y análisis de algunas publicaciones científicas de estos, este texto presenta un análisis de sus discursos y prácticas respecto de algunos tópicos centrales a los derechos sexuales: métodos anticonceptivos, ligadura tubaria y aborto. La observación en consultorio complementa el análisis al ubicar la relación cara a cara en la construcción de derechos sexuales.

**Palabras claves:** derechos sexuales, Uruguay.

---

1 Antropóloga. Doctoranda del Departamento de Antropología Social, Universidad de la República. Información de contacto: susanar@internet.com.uy

## Introducción

El propósito de este artículo es dar cuenta del papel que, explícita o implícitamente, l@s ginecólog@s desempeñan en relación a los derechos sexuales de las mujeres, ya sea en la definición de los mismos, o en la colaboración u obstáculo para su ejercicio por parte de las usuarias. El interés de su análisis radica en que, en tanto el discurso médico está socialmente legitimado, su influencia es mayor que la de otros sectores de la sociedad.

Este artículo forma parte de una investigación mayor. La información proviene del trabajo de campo en instancias de policlínica y hospitalaria realizado en distintas etapas, desde mayo de 2003 hasta abril de 2006, en Montevideo y área metropolitana.

El corpus utilizado para el presente análisis se conforma por:

- Notas de campo.
- Cuestionario dirigido a 29 ginecólog@s<sup>2</sup>, todos ellos respondidos voluntariamente y de manera anónima, realizado en 2005.
- Artículos de ginecólog@s extraídos de publicaciones médicas.
- Observaciones en el consultorio ginecológico. Las mismas se realizaron con la autorización del profesional de salud y de la usuaria. Se grabaron las consultas con la finalidad de evitar tomar notas durante las mismas. Las observaciones se realizaron en silencio.
- Entrevistas en profundidad a 10 ginecólog@s.

2 La muestra estuvo constituida por 19 varones y 10 mujeres, entre 35 y 70 años. Excepto dos mujeres (una de 39 y otra de 49 años), todos ellos con hijos. En cuanto a las preferencias religiosas, los practicantes eran 6 y pertenecían a las iglesias Católica, Protestante y Judía.

## Sexualidad, derechos sexuales

La sexualidad no obedece ni es manifestación de un impulso biológico y natural (Weeks, 1991), sino que es una construcción histórica, social y cultural. Sin embargo, durante más de un siglo ha sido abordada por disciplinas orientadas al “buen funcionamiento” de la sexualidad en las personas, mediante un discurso basado en la medicina y en la biología. En tal sentido, la sexualidad aparece como una fuerza poderosa, ubicada en la naturaleza, a la cual la cultura debe disciplinar. Solo en el último cuarto del siglo XX, se desarrollan argumentos que le dan a la sexualidad un carácter de construcción histórica: Foucault relacionándola con el poder (Foucault, 1986); y Gagnon y Simon (1973) abordándola desde el interaccionismo simbólico.

No obstante, mantienen su fuerza las conceptualizaciones previas que, con el fin de alcanzar universalidad, se ven amarradas a las nociones biomédicas, al amparo de la medicalización de los cuerpos y de la propia sexualidad. Con el término medicalización, las ciencias sociales acostumbra a referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en distintas áreas de la vida social. La mayoría de los estudios sobre sexualidad, desarrollados a partir de la expansión del VIH-Sida, abordan la temática desde una perspectiva epidemiológica y focalizada. En la medida en que estos estudios mostraron “la incapacidad de los discursos universalistas de las ciencias médicas y del comportamiento para responder a las complejidades de la epidemia del VIH-Sida” (Szasz, 2004:67), se abrió el camino para el desarrollo de perspectivas críticas. Contemporáneamente, las Conferencias de Naciones Unidas (El Cairo y Beijing) colocaron el tema de salud sexual y reproductiva primero, y de derechos sexuales y reproductivos después, en la arena de los debates internacionales. De ese modo, los derechos sexuales se abrieron paso en las agendas nacionales.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte constitutiva de los derechos humanos, y, en el caso de las mujeres, este aspecto alcanza un lugar de particular atención. Concordamos con Giulia Tamayo en que “El foco de tensión fundamental (...), en relación con el recono-

cimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos, se ha centrado reveladoramente en torno al campo de la sexualidad y la reproducción” (Tamayo, 2001:73). El reconocimiento de derechos no necesariamente va de la mano del reconocimiento de sujetos titulares de los mismos. Para que los sujetos puedan ejercer sus derechos, es preciso que existan las condiciones habilitantes correspondientes. Son los gobiernos quienes deben garantizar su existencia: no solo deben encargarse de la formulación de los derechos, sino también de su implementación a través de políticas públicas, programas gubernamentales y servicios públicos. Un trabajo previo (Rostagnol y Viera, 2006) indagaba en la existencia de condiciones habilitantes para que los sujetos ejercieran sus derechos en el ámbito de la salud pública<sup>3</sup>. El mismo revela la existencia de una serie de mecanismos que no permitían su ejercicio, algunos de ellos de origen institucional y otros originados en la relación médico-paciente, dejando en evidencia la importancia de la negociación cara a cara para el ejercicio de derechos.

### Sexualidad y biopoder en el escenario uruguayo

Uruguay con sus 176 220 Km<sup>2</sup> y su poco más de 3 millones de habitantes, la mitad de los cuales vive en la capital, Montevideo, tiene el mayor porcentaje de población urbana de América del Sur. Décadas atrás se había distinguido por la ausencia de grandes disparidades económicas entre sus habitantes; sin embargo, en los últimos años, la pobreza ha venido incrementándose sostenidamente a costa del empobrecimiento de las capas medias. En el período 2001-2004, la pobreza casi se duplicó, alcanzando, en 2004, a cerca de un tercio de la población.

Las mujeres han tenido algunas tempranas ventajas comparativas: derecho al voto en 1932, así como un temprano acceso a la educación, incluyendo la terciaria, y al mercado de trabajo. Actualmente, las mujeres alcanzan el 44% de la PEA.

<sup>3</sup> En esa oportunidad se levantó información en el Hospital de la Mujer, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

La salud de la población, y en especial lo concerniente a la salud reproductiva, aparece como objeto de preocupación pública en el contexto de la modernización del país, entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, junto a un proceso de industrialización y urbanización crecientes, acompañado por una temprana transición demográfica. El historiador J. P. Barrán analiza la íntima relación entre el poder médico y el poder político central:

“... el proceso de construcción del Estado moderno en el Uruguay (...) también halló un puntal clave en la medicalización, pues ésta fue vivida por el habitante rural como una fase más de su montevidianización cultural (...) en que la impronta urbana, moderna y burguesa predominaba. (...) La obediencia a las directivas de la salud emanadas de las autoridades sanitarias centrales (...) habitó al acatamiento del Estado como poder central “razonable” y de los médicos como representantes del poder sanitario” (Barrán, 1992: 173-174).

Este no fue un proceso homogéneo; se generaron resistencias, explícitas e implícitas. Sin embargo, los saberes populares paulatinamente se transformaban en “saberes subordinados” (Foucault, 1991).

El desarrollo del poder médico se encuadra en un modelo de sociedad moderna a la que aspiraba el Uruguay de la época. De modo que, como señala Barrán, la omnipotencia del poder y el saber médicos no son el resultado de la voluntad corporativa, sino que se desarrolla entrelazado a un “... concepto de salud que emergía como necesidad social y cultural. (...) La medicina se puso al servicio de ese concepto de salud y fue así funcional al orden establecido” (Barrán, 1992: 143).

En lo concerniente a la salud reproductiva de las mujeres, esto se manifiesta en la generalización del parto hospitalizado a partir de la década del cincuenta, y que actualmente alcanza a todos los partos.

Se da paso así a la instauración del biopoder (Foucault, 1986); es decir, estamos en una sociedad fuertemente normalizadora, donde la ley oficia sobre todo como una norma a través de un *continuum* de aparatos (institución judicial, médica, administrativa) y mecanismos reguladores vueltos aceptables mediante la producción legislativa. Así, el sexo adquiere

cada vez mayor importancia “como el pozo del juego político”, donde confluyen las disciplinas del cuerpo y la regulación de las poblaciones, por lo que es usado como “matriz de las disciplinas y como principio de las regulaciones”. Si bien es el saber médico el que opera con la modalidad de poder experto y productivo, se articula con las instancias administrativas necesarias para componer la normalización, en este caso especialmente en relación a la sexualidad.

Ana Amuchástegui (2001) afirma que las “normas asociadas con la sexualidad son concebidas como relaciones de poder en el sentido de que juegan un importante papel en la constitución de la subjetividad”. En este sentido, es posible afirmar que l@s ginecólog@s vehiculizan normas asociadas con la sexualidad, las mismas que pasan a formar parte de la subjetividad de las mujeres, y, de esta manera, están facilitando u obstaculizando la construcción y el ejercicio de los derechos sexuales.

### Discursos y prácticas de ginecólog@s respecto a los derechos sexuales

#### *Legitimidad del discurso médico*

De acuerdo a Bakhtin (en Amuchástegui, 2001:162), el lenguaje implica siempre una tensión entre fuerzas centrípetas y centrífugas. Esta fuerza centrípeta está puesta a trabajar por los grupos sociales dominantes en su lucha por imponer su propio concepto del mundo. El discurso médico posee esta fuerza, la cual se despliega a la sociedad en general (conteniendo la legitimación por parte de la misma), y de manera específica en cada caso particular en que l@ ginecólog@ está con la usuaria. El significado de los enunciados resulta del proceso de negociación entre los participantes en las conversaciones que expresan diferentes lenguajes y perspectivas sociales. Ahora bien, al cabo de una consulta, en un número muy elevado de casos, el significado resultante no solo es poco claro para la usuaria, sino que probablemente también lo sea para el/la ginecólog@, con la diferencia que, en el caso de la mujer, su cuerpo y su salud quedan encadenados a esa vaguedad, mientras que –para el/la ginecólog@, en una alta pro-

porción–, esto simplemente evidencia la falta de educación por parte de las mujeres (tal como fue dicho en infinidad de conversaciones informales, mantenidas durante el trabajo de campo y en entrevistas en profundidad).

En el caso de los médicos en general –y en este caso l@s ginecólog@s–, el valor del enunciado está dado por el enunciador y no por el contenido del mensaje; mientras que en el caso de la usuaria, es el contenido del mensaje lo que le da valor para su interlocutor. De modo que en el encuentro médico-paciente existe una relación de poder traducida en un “diálogo imposible”.

#### *El encuentro cara a cara en la consulta ginecológica*

El profesional de salud y la usuaria se encuentran en una situación definida por el juego de las relaciones de poder, así como por los estereotipos que se manifiestan, miedos, etc. (Parras y Rance, 1997; Mesa y Viera, 2004, Rostagnol y Sacchi, 2006).

La observación en consultorio de policlínica ginecológica se realizó en áreas periféricas, lo que significa que las usuarias pertenecen a sectores pobres o empobrecidos. El consultorio es un lugar que la medicina ha construido para sí; es un lugar –al decir de Mesa y Viera (2006)– donde *a priori* las reglas son las del/la médico/a y su disciplina. Un primer análisis de la información relevada muestra que:

1. Durante la consulta se colocan una serie de tópicos sobre los cuales se intercambia información, cada uno desde su lugar. La usuaria llega con un planteo que no siempre puede verbalizar. En las consultas observadas, el ritmo de la conversación era impuesto por el/la médico/a, prevaleciendo la modalidad interrogativa<sup>4</sup>. En ocasiones, la falta de tiempo, el cansancio del profesional de salud, la dificultad de la usuaria para expresarse, u otros motivos, hacían que incluso el/la ginecó-

4 Parras y Rance (1997) y Mesa y Viera (2004) hacen la misma observación en Bolivia y Uruguay, respectivamente.

log@ interrumpiera el relato de la usuaria para continuar su interrogatorio.

El intercambio médico/a usuaria se convierte de este modo en unidireccional y su finalidad se reduce a escuchar la información que la usuaria pueda brindar para que el profesional elabore su diagnóstico. Se trata de llenar un cuadro predeterminado que permite un número limitado de variantes, todo lo demás –sentimientos, padecimientos, placeres, gustos– queda automáticamente excluido” (Rostagnol y Viera, 2006).

2. En nuestra observación hemos constatado algunos de los aspectos señalados en investigaciones previas (Parras y Rance, 1997; Mesa y Viera, 2004), entre ellos la supuesta heterosexualidad de las usuarias por parte de l@s ginecólog@s. Este supuesto se corresponde con prácticas. l@ ginecólog@ no solo le dice a una lesbiana que no usa MAC (métodos anticonceptivos), “¡Ah! ¡Usted quiere quedar embarazada!”, sino que no toma en cuenta ciertas dolencias más frecuentes entre mujeres lesbianas que entre mujeres heterosexuales. Suponer la heterosexualidad de las usuarias implica pensarlas como mujeres que más tarde o más temprano tendrán relaciones sexuales con fines procreativos.
3. En el mismo sentido, cabe destacar la noción de una “sexualidad normal”. Es frecuente que, ante ciertas consultas de las usuarias, l@ ginecólog@ le pregunte si tiene sexo “normal”. Queda en el terreno de las vaguedades a qué se refiere el profesional por “sexo normal”, una noción que puede considerarse como resabio de las nociones universalistas y esencialistas de la sexualidad, bastante alejada de la concepción de derechos.

Es evidente, pues, la necesidad de revisar la forma de llevar a cabo la entrevista en el consultorio si se pretenden impulsar los derechos sexuales de las usuarias. Mientras la entrevista siga un esquema de interrogatorio, procurando encontrar los signos y síntomas que permitan elaborar un diagnóstico, la atención distará de alcanzar la calidad necesaria para que los sujetos sean titulares de derecho. En tanto lo que diga el médico tenga

valor porque él es un sujeto con un saber socialmente legitimado, y la usuaria deba colocar en sus palabras, y tal vez en sus gestos, aquello que llame la atención y logre comunicar el mensaje porque su saber no está socialmente legitimado, el diálogo no es entre sujetos diferentes en plano de igualdad, sino que está signado por la inequidad.

*L@s ginecólog@s frente a la anticoncepción y el aborto:  
¿quién decide?*

Para indagar las actitudes y concepciones que los/las ginecólog@s ponen en acción en su práctica vinculadas a los derechos sexuales de las mujeres, se recurrirá aquí a las respuestas dadas a los cuestionarios en las preguntas que se concentran en torno a los métodos anticonceptivos (MAC), y la ligadura tubaria (LT).

A la pregunta de si las usuarias habitualmente solicitaban MAC, todos respondieron afirmativamente. Se partió del supuesto que los profesionales de salud que facilitan el ejercicio de derechos sexuales por parte de las usuarias, les proporcionan información sobre MAC, discutiendo con ellas el más adecuado. Se les preguntó entonces, qué tomaban en cuenta para realizar su indicación sobre anticoncepción. Cada médic@ señalaba todas las respuestas que aplicaban. Solo en tres casos respondieron “preferencias de la mujer”.

**Tabla 1. Consideraciones para indicar MAC**

Aspectos físicos (hipertensión, etc.)	15
Edad	10
Hábitos sexuales (compañero estable, distintos compañeros, etc.)	7
Hábitos que inciden en la salud (fumar, etc.)	5
Prevención ITS (infecciones de transmisión sexual)	4
Paridad	4
Eficacia de los métodos	4
Preferencia de la mujer	3
Diversas razones	3

Fuente: Encuesta ginecólogos, “Aborto voluntario: prácticas y significaciones” 2005.

La comparación de estos resultados con la información proveniente de las entrevistas en profundidad a l@s ginecólog@s permite ahondar en su posición respecto a los MAC. Las entrevistas muestran que con frecuencia los profesionales de la salud estiman que la mujer no está capacitada para tomar la decisión sobre el MAC más adecuado para su situación, por diversas razones, entre las que anotan: bajo nivel de instrucción, ausencia de información y serias dificultades para entender lo que se les dice. Hay quejas por parte de l@s ginecólog@s respecto a que ellos darían indicaciones sobre MAC y al cabo de unos meses aparecería la mujer con un embarazo no deseado. Estos hechos pueden apoyar ciertas actitudes paternalistas que son percibidas en varios/as profesionales.

Es interesante subrayar que las consideraciones de l@s ginecólog@s para indicar un MAC se basan en aspectos físicos y médicos mayoritariamente, desconociendo las preferencias de las mujeres y tampoco haciéndolas partícipes de la decisión. Es decir, no ponen sobre la mesa toda la información para discutir sobre el método más apropiado, tomando también en cuenta las preferencias de las mujeres.

La posición frente a la ligadura tubaria también revela el lugar que ocupa la mujer en tanto sujeto de derechos. Del Río Fortuna advierte que “el acceso a la ligadura constituye un caso particular de la administración pública del acceso de la mujer al derecho a decidir sobre el propio cuerpo” (Del Río Fortuna, 2007:172). Del total de 29 entrevistados, solo un@ dijo no realizar nunca ligadura tubaria; los restantes 28 la realizan bajo ciertas circunstancias. Interrogados sobre dichas circunstancias, las respuestas evidenciaron que la decisión (solicitud) de la mujer dista de ser la razón más tomada en cuenta.

Se les solicitó que anotaran todos aquellos ítems que tomaban en cuenta para realizar una ligadura tubaria.

Tabla 2. Consideraciones para realizar una ligadura tubaria

Peligro de vida para la mujer si tiene otro embarazo	18
Certeza de mal formación o incompatibilidad con la vida del producto	4
Número de hijos que ya tiene la mujer	17
Edad de la mujer	20
Situación de carencia económica de la mujer	9
Autorización del cónyuge	2
Autorización del concubino	
Solicitud de la mujer	10

Fuente: Encuesta ginecólogos, “Aborto voluntario: prácticas y significaciones” 2005.

Aquí también la información proveniente de las entrevistas en profundidad es complementaria. En ocasiones l@s ginecólog@s señalaron que las mujeres pueden cambiar de opinión más adelante, y siendo la LT un método irreversible, no pueden dar vuelta atrás. En el mismo sentido, advierten que una mujer puede cambiar de compañero y querer tener hijos con su nueva pareja, siendo esto imposible si se practicó una LT. Fundamentan así parte de su reticencia a realizar las LT por solicitud de la mujer. Estos argumentos muestran el lugar de minoridad en que colocan a la usuaria, negándole en última instancia el derecho a equivocarse.

Finalmente, en relación con el aborto, las respuestas a la pregunta ¿bajo qué circunstancias el aborto debería ser legal?<sup>5</sup> son elocuentes respecto del lugar asignado a la mujer como sujeto pasible de tomar decisiones sobre su cuerpo.

Dadas diez opciones de “aborto legal”, se les solicitaba que marcaran todas aquellas con las cuales estaban de acuerdo. La mitad de los profesionales eligieron “la mujer así lo decide” como criterio de legalidad del aborto.

En el siguiente cuadro mostramos el total de respuestas en la primer columna, y en la segunda, las respuestas de aquellos 14 profesionales que no consideran “que la mujer así lo decida” una “circunstancia” válida para legalizar el aborto.

5 En Uruguay el aborto es un delito, está penado por la ley; no obstante, existen circunstancias atenuantes y eximentes. Actualmente, en el Parlamento reposa un proyecto de ley de defensa de la salud reproductiva que incluye la legalización del aborto por decisión de la mujer dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

Tabla 3. Circunstancias en las que el aborto debería ser legal

	Total (n 29)	Respuesta negativa “La mujer así lo decide” (n 14)
El embarazo es el resultado de una violación	21	11
La mujer corre peligro de muerte	21	12
La mujer corre peligro de afectación grave de salud	17	8
El producto puede tener alteraciones genéticas o congénitas graves	17	9
El embarazo es el resultado de inseminación artificial no deseada ni consentida por la mujer	10	4
Falta de recursos económicos	5	1
La mujer es soltera	3	0
La mujer es menor de 18 años	5	1
El embarazo es resultado de la falla del MAC	4	1
En ningún caso	1	1
La mujer decide abortar	15	0

Fuente: Encuesta ginecólogos, “Aborto voluntario: prácticas y significaciones” 2005.

Como puede apreciarse, las consideraciones que concitan más adhesiones son las que enfatizan los problemas biomédicos (peligro de muerte y daños graves para la mujer, producto con alteraciones genéticas o congénitas), seguidas de aquellas en las que la mujer no tenía voluntad de concebir (violación, inseminación sin consentimiento).

De acuerdo a las entrevistas, l@s ginecólog@s, si bien reconocen que las mujeres que quieren abortar (al igual que las que solicitan LT) en un número elevado esgrimen razones de índole económica, ellos consideran privilegiadamente aquellas razones relacionadas con el daño físico que el embarazo pueda causar a la mujer, y con problemas de incompatibilidad con la vida extrauterina del embrión-feto.

Una breve conclusión sobre los resultados de la encuesta muestra que l@s ginecólog@s dicen tomar muy poco en cuenta las opiniones, solicitudes y preferencias de las mujeres sobre su cuerpo, tanto respecto al uso de MAC como a la práctica de la LT. Se podría aventurar la hipótesis que l@s ginecólog@s no consideran que las usuarias sean titulares de derechos capaces de ejecutarlos. Se esgrime su desconocimiento, su falta de educa-

ción, su volubilidad como aspectos que la inhabilitan como sujeto de derechos, debiendo los profesionales de la salud arrogarse las decisiones para sí.

#### *Los derechos sexuales en los discursos de l@s ginecólog@s*

Para acercarnos a los discursos de l@s ginecólog@s, hemos elegido textos publicados por profesionales de la salud en torno a Iniciativas Sanitarias, por constituir una “avanzada” en el tratamiento del aborto voluntario y de los derechos sexuales y reproductivos<sup>6</sup>.

Un primer análisis de los textos seleccionados muestra que en todos ellos se consideran los “derechos sexuales y reproductivos” como unidad, sin referencias exclusivas a los derechos sexuales; siguen de modo más o menos cercano la noción de sexualidad dentro de un campo biológico, que permite ligar “lo natural” con “lo que debe ser”. En todos los casos, las referencias a los derechos sexuales y reproductivos van de la mano de los “riesgos” de salud que emergen de un ejercicio de la sexualidad no adecuado. A modo de ejemplo:

“No existen dudas de que el aborto provocado en condiciones de riesgo es una de las causas, en Uruguay, la primer causa, de muerte materna. Esta verdadera epidemia es absolutamente evitable mediante una política integral de derechos sexuales y reproductivos que incluyan prácticas seguras de aborto como indica la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y múltiples organizaciones sanitarias” (Briozzo et al., 2004:43).

Para disminuir la necesidad de recurrir al aborto provocado, las mujeres, sus parejas y las comunidades deben poder desarrollar el ejercicio de una sexualidad libre y responsable y, para ello, deben tener acceso a una adecuada educación sexual y reproductiva, además de disponer de servicios de

6 Iniciativa sanitaria fundada en 2001, reúne ginecólog@s preocupad@s por disminuir la mortalidad resultante de abortos provocados en condiciones de riesgo. Con tal fin elaboraron una Normativa de Atención pre y post aborto, convertida en 2004 en la Ordenanza 369 por el Ministerio de Salud Pública.

orientación y de anticoncepción de calidad (Briozzo et al., 2007:21). “El aborto provocado en condiciones de riesgo es antes que nada un problema de salud pública. Solo secundariamente para nosotros, como equipo de salud, se trata de un problema legal, jurídico, religioso, etc.” (Briozzo et al., 2007:22). En este sentido, plantean la centralidad de la relación “‘equipo de salud-usuaria-comunidad’ sobre los aspectos legales y especialmente sobre la perspectiva punitiva y de denuncia. Esto tiene mayor relevancia en tanto es claro que la actitud punitiva y de rechazo lo único que logra es incrementar los riesgos y daños” (Briozzo et al., 2007:22).

Los párrafos transcritos permiten observar el argumento pragmático que subyace tras lo que podría entenderse como ejercicio de derechos: evitar “riesgos y daños”, argumento que es el objetivo del programa de implementación de la Ordenanza 369/04. La alusión a una sexualidad responsable para evitar daños coloca el énfasis en el disciplinamiento más que en el usufructo de derechos. Del mismo modo, la educación sexual también se asocia a evitar daños y no a promover un mayor bienestar. Pueden rastrearse aspectos del biopoder, tanto en su vertiente disciplinaria como en su vertiente de regulación. Si bien el texto refiere a la centralidad de la relación ‘equipo de salud-usuaria-comunidad’, no aparece el reconocimiento de la usuaria como sujeto de derecho. El ejercicio de los derechos sexuales, por ejemplo que una mujer manifieste su decisión de abortar, sea asesorada y no sea denunciada, es resultante de que el equipo de salud obtenga su objetivo de disminución de riesgos y daños, y no de propiciar un proceso de empoderamiento por parte de las usuarias. En todo caso, éste se llevaría a cabo como subproducto.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se presenta como consecuencia de las prácticas para disminuir el riesgo y daño provocado por abortos inseguros. Esta formulación también aparece en las entrevistas. Es decir, una mujer con complicaciones post-aborto, consecuencia de un aborto inseguro (no monitoreado por el sistema de salud), siguiendo la línea argumentativa plasmada en varias situaciones, habría llegado a esa situación por no haber ejercido sus derechos sexuales y reproductivos. De esta manera, se están asociando derechos sexuales y reproductivos con atención institucionalizada de salud. Si bien este punto merece un análisis más profundo, ahora solo nos limitaremos a señalar que tal razona-

miento no conduce a aumentar la autonomía de las mujeres en relación con el ejercicio de derechos.

Es preciso subrayar que los discursos provenientes de los textos analizados, lejos de ser monolíticos, contienen contradicciones. Uno de los artículos, también señala la necesidad de

“reconocer en la usuaria que consulta a un sujeto moral con derechos y capacidad consciente de decidir, informada y responsablemente. En ese marco, el objetivo es re-convertir el papel profesional, desde los valores de la profesión médica y del resto de los profesionales de la salud, en promotores y garantes del ejercicio de sus derechos” (Briozzo et al., 2007:22).

Y más adelante se explicita que la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en las usuarias constituye un desafío para los profesionales de salud.

### A modo de conclusión

Los textos analizados, junto a la información proveniente de las entrevistas, muestran que existe un plano discursivo público donde algunos sectores de ginecólog@s reconocen la existencia de los derechos sexuales y reproductivos y el desafío que les implica promoverlos entre la población usuaria. Toman el lenguaje difundido por la Organización Mundial de la Salud; sin embargo, difícilmente aparecen referencias concretas sobre la manera en que se implementarán los mecanismos habilitantes para garantizar el ejercicio de dichos derechos.

Considerando la información proveniente de la observación en consultorio, se evidencia que en las prácticas son pocos los casos en los que la mujer es tratada como sujeto moral; es decir, con plenas capacidades para tomar decisiones.

En otro orden, tomando en cuenta tanto la información proveniente de la encuesta como de las entrevistas, notas de campo y textos publicados por ginecólog@s, se observa que estos consideran casi exclusivamente aspectos biomédicos para indicación de MAC, a la hora de realizar un LT



y, en el caso del aborto, también aparecen las razones biomédicas justificando su realización, al tiempo que los derechos sexuales son subsumidos en la política de riesgo y daño.

Esta línea argumentativa de l@s ginecólog@s nos permite poner a prueba el concepto de biolegitimidad desarrollado por Didier Fassin en esta situación. “Es en el terreno de la puesta en obra del cuerpo mediante la enfermedad y el sufrimiento que nosotros podemos reconocer su derecho a existir” (Fassin, 1999:74)<sup>7</sup>. El autor señala que la biolegitimidad es el poder *de* la vida. Basa su argumento en que la “vigencia (...) de un orden moral en el plano de lo biológico, representado por el cuerpo sufriente, constituye la fuente última de legitimidad, situada por sobre el reconocimiento de las relaciones sociales, políticas y económicas” (Fassin, 2003 citado por Del Río Fortuna, 2007:178). Esta idea nos resulta muy sugestiva. La mujer en situación de aborto, desde la perspectiva de los/las profesionales de la salud tratantes, aparece como una víctima (de aborto inseguro) con un “cuerpo sufriente”. La mayoría aceptaría la legalización del aborto para evitar un “cuerpo sufriente”. Asimismo, se lleva a cabo el programa de “reducción de riesgo y daño provocado por aborto inseguro” para evitar que haya más “cuerpos sufrientes”. Los discursos médicos no hacen referencia a una mujer titular de derechos cuando se refieren a una mujer en situación de aborto. Es decir, existe una preeminencia del derecho a la salud sobre otros en los casos del “cuerpo sufriente”, y ese cuerpo de la mujer es un cuerpo de madre, un cuerpo en el cual, para poder continuar con sus funciones reproductivas, debe hacer un ejercicio responsable de la sexualidad.

Queda, como sugerencia, articular la noción de biolegitimidad aplicada al papel de l@s ginecólog@s en la construcción de derechos sexuales con aspectos disciplinarios y regulatorios presentes en sus prácticas y discursos, todo lo cual parece colocar a la mujer como una no-titular de derechos sexuales.

Finalmente, cabe marcar la existencia de contradicciones, tanto dentro de los discursos médicos como entre prácticas y discursos. Esto debe entenderse como una situación en que se están procesando cambios a dis-

<sup>7</sup> Original en francés.

tintos ritmos, y donde el *habitus* se recompone en nuevas prácticas. Existen tensiones no solo en relación a las usuarias, sino en la propia concepción de derechos sexuales. Por una parte, la no referencia a estos sin asociarlos a los derechos reproductivos muestra la fuerza de la asociación del cuerpo de la mujer con la maternidad. Subyacen a sus prácticas conceptos universalistas y naturalistas en relación a la sexualidad, que entran en franca contradicción con discursos en los que se promueven los derechos sexuales y reproductivos. Por otra parte, la agencia médica legitimada para determinar la ‘normalidad’ en base a la biomedicina, fácilmente se traslada a la definición de los derechos sexuales, actuando entonces como un mecanismo regulador más del biopoder.

## Bibliografía

- Amuchástegui, Ana (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México: Population Council - Edamex.
- Barrán, José Pedro (1992). *Medicina y sociedad en el '900. El poder de curar*. Montevideo: Ediciones Banda Oriental.
- Briozzo, Leonel, Ana Labandera, Mónica Gorgoroso y José E. Pons (2007). “Iniciativas Sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo”, en Leonel Briozzo, ed., *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- Briozzo, Leonel, Fabián Rodríguez y José E. Pons (2004). “Muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo: la verdad. Análisis sobre las conclusiones acerca de la morbilidad materna a las que arriba el artículo ¿Hay que ligar la vena cava en forma sistemática en la sepsis obstétrica?”, en *Arch. Gin. Obstet.*, abril, Vol. 42, no.1, p. 42-44.
- Del Río Fortuna, Cynthia (2007). “El acceso a la ligadura de trompas de Falopio en la Ciudad de Buenos Aires: la maternidad responsable y saludable frente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo”, en *Cuadernos de Antropología Social*, 25, julio, p.169-188.
- Fassin, Didier (1999). “Santé et immigration. Les vérités politiques du corps”, en *Cahiers de l'URMIS*, 5, p. 69-76.

- Foucault, Michel (1986). *Historia de la sexualidad*. Vol. 1. La voluntad de saber. México: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1991). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Gagnon, John y P. Simon (1973). *Sexual Conduct: the Social Sources of Human Sexuality*. Chicago: Aldine.
- Mesa, Serrana y Mariana Viera (2006). “El cuerpo biomédico”, en *II Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en investigación nacional*. Montevideo: Universidad de la República.
- \_\_\_\_\_ (2004). “Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica”, en *VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba*, Edición en CD-Rom.
- Parras, Micaela y Susanna Rance (1997). “Aborto e anticoncepção na interação da consulta médica: um estudo de caso”, en Albertina de Oliveira Costa, org., *Direitos tardios. Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. Brasil: Fundação Carlos Chagas/Editora 34.
- Rostagnol, Susana y Carla Sacchi (2006). *Cuando la mujer consulta para interrumpir su embarazo. Aspectos socioculturales en la consulta ginecológica*. Montevideo: RUDA
- Rostagnol, Susana y Mariana Viera (2006). “Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay”, en Susana Checa, comp., *Realidades y coyunturas del aborto, entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Szasz, Ivonne (2004). “El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades”, en Carlos Cáceres, Tim Frasca, Mario Pecheny y Veriano Terto, eds., *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Tamayo, Giulia (2001). *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”.
- Weeks, Jeffrey (1991). *Against Nature. Essays on History, Sexuality and Identity*. Reino Unido: Rivers Oram Press.