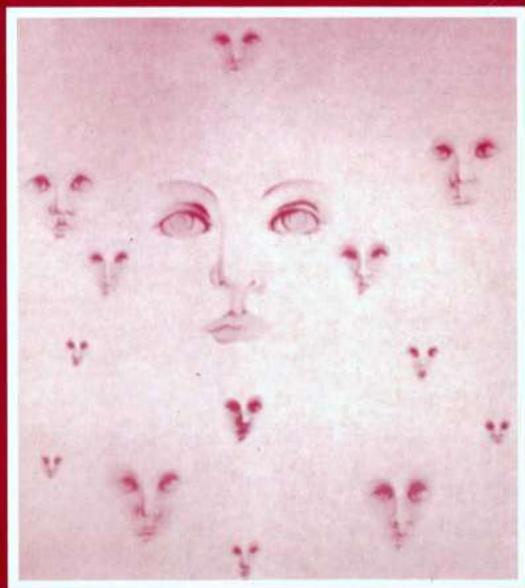


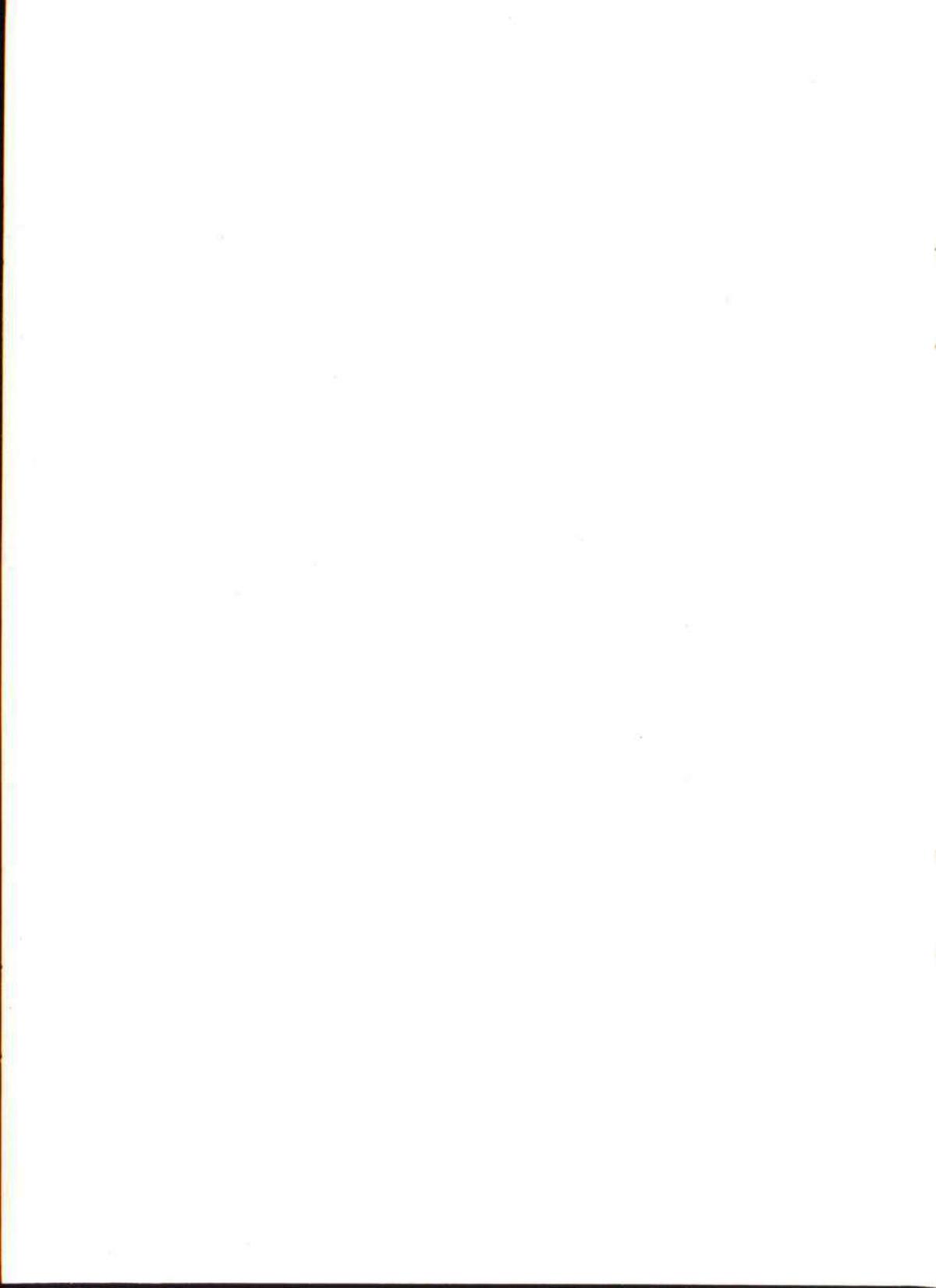
B3.24

# Los derechos reproductivos *son derechos humanos*



**Asamblea Permanente por los Derechos Humanos**  
**Comisión la Mujer y sus Derechos**

*Auspicia Fundación Ebert*



B3.24

# Los derechos reproductivos *son derechos humanos*

Gisela Rubarth

Susana Sommer

Diana Maffia

Magdalena Ruiz Guiñazú

Susana Finkelman

Diana Galimberti

Edición a cargo de Rosa Pantaleón



**Comisión La Mujer y sus Derechos**  
**Asamblea Permanente por los Derechos Humanos**

*Auspicia Fundación Ebert*

**Gisela Rubarth**

Licenciada en Psicología.  
Presidenta de la Fundación Alumbrar.

**Susana Sommer**

Licenciada en Ciencias Biológicas.  
A cargo del curso de posgrado "Aspectos éticos de las nuevas formas de procreación", Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

**Diana Maffía**

Licenciada en Filosofía.  
Area Interdisciplinaria de la Mujer. Facultad de Filosofía y Letras (UBA).

**Magdalena Ruiz Guiñazú**

Periodista.

**Susana Finkelman**

Abogada, especialista en Derecho de Familia.  
Miembro de la Comisión de la Mujer de la APDH.

**Diana Galimberti**

Médica y sanitarista.  
Jefa del Servicio de Obstetricia del Hospital Alvarez.

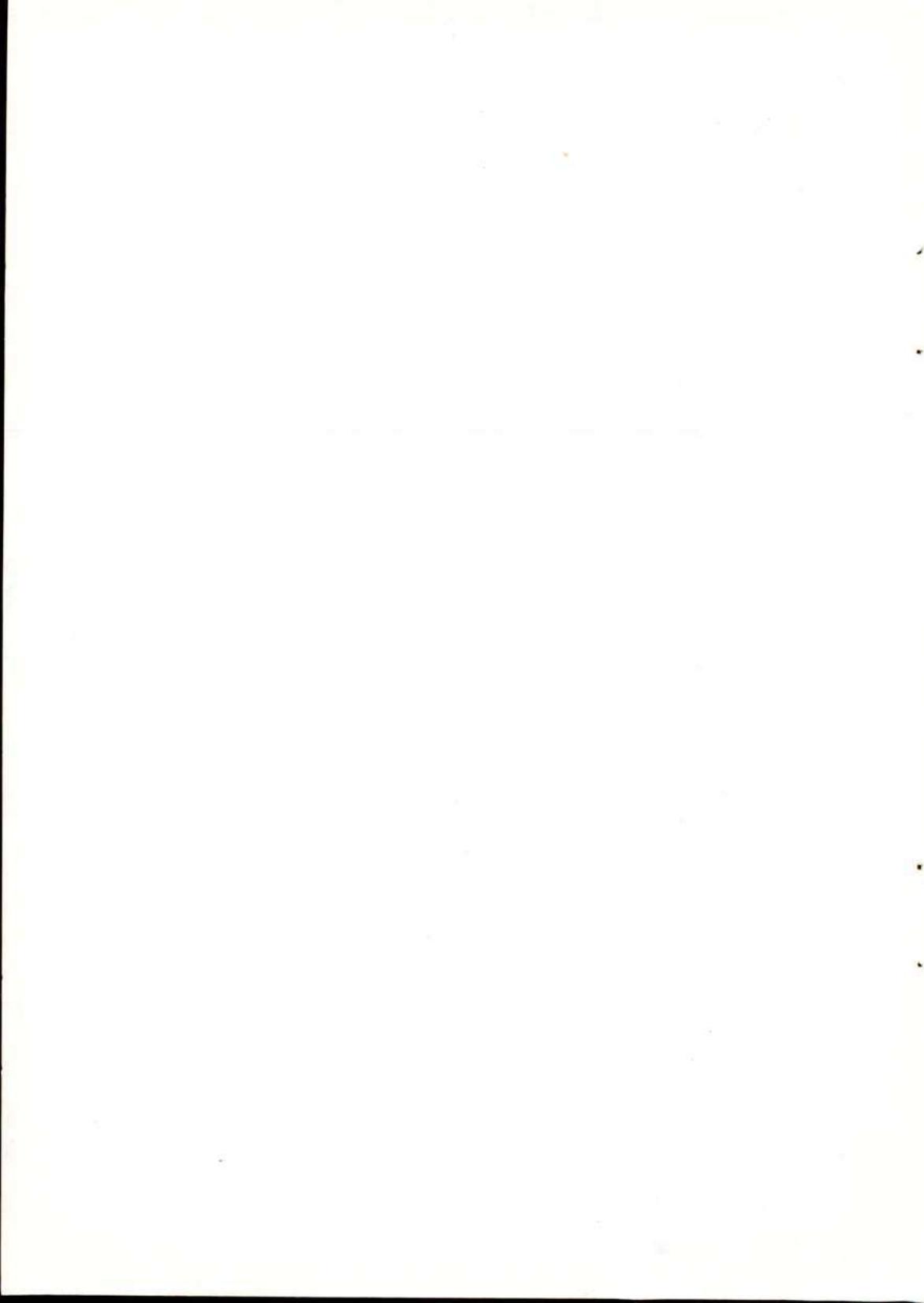
**Ediciones****Asamblea Permanente por los Derechos Humanos**

Av. Callao 569, 1er Piso Of. 15 (1022) Buenos Aires  
Tel. 476-2061 / 374-4382 / 373-0397 / 373-6073 • Fax: 814-3714  
Horario de atención: 13 hs. a 19 hs.

Agosto de 1995

# Índice

Presentación .....	5
Salud reproductiva <i>(Gisela Rubarth)</i> .....	7
Nuevas tecnologías reproductivas <i>(Susana Sommer)</i> .....	16
Ética y feminismo <i>(Diana Maffía)</i> .....	22
Temas para pensar y actuar <i>(Magdalena Ruiz Guiñazú)</i> .....	34
Derechos reproductivos, derechos humanos <i>(Susana Finkelman)</i> .....	39
Mortalidad materna. Análisis de situación <i>(Diana Galimberti)</i> .....	48
Anexo <i>Compatibilización de proyectos de ley</i> .....	66



# Presentación

La Comisión "la Mujer y sus Derechos" de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos -consciente de la importancia de la salud reproductiva para la dignidad de la persona y de que es obligación de los gobiernos proveer a la población la información y los medios necesarios que la hagan posible- ha decidido encarar la publicación de distintos enfoques de esa problemática, como parte de su tarea de divulgación de "La Mujer y sus derechos humanos". Distintas regulaciones internacionales han insistido en darle ese carácter a los derechos relacionados con el cuidado de la salud y el status y la igualdad de la mujer dentro de la sociedad.

Las mismas llegan a igual conclusión: planificar el número de hijos mejora la calidad de vida, y que la mujer controle su fecundidad constituye una base importante para el ejercicio de otros derechos. Pero resabios autoritarios, de políticas natalistas y posturas religiosas dogmáticas, han entorpecido la concreción de una legislación en conformidad con esos principios que, por otro lado, hoy revisten rango constitucional.

Para que se logre plasmar una legislación acorde con considerar los derechos reproductivos como derechos humanos, consideramos que se deben contemplar como pautas:

Que sus beneficios sean distribuidos en forma equitativa y que los beneficiarios de los programas y las políticas al respecto no sean un grupo selecto, marginando a aquellos que son vulnerables o carentes de poder, como las mujeres, los pobres o las minorías étnicas o raciales.

Que garantice un trato igualitario a todos los miembros de la sociedad.

La información relacionada con la salud reproductiva debe fluir libremente y ser ampliamente difundida, como complemento de una educación general para toda la población.

Las personas que accedan a este derecho deben ser tratadas con respeto y debe respetarse la autonomía de los individuos en la toma de decisiones (consentimiento informado).

Debe considerarse que la posibilidad de las mujeres de regular su fertilidad es parte integral del desarrollo social, económico y cultural, cuya meta principal es la de incrementar la dignidad humana.

Como bien social fundamental, la salud reproductiva sólo puede tener existencia en un ámbito real de protección de los derechos humanos.

# Salud reproductiva

Gisela Rubarth

Buscando la definición de salud encontramos que: "Salud es completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (incluida en el Preámbulo Fundacional de la Organización Mundial de la Salud, OMS, 1945). Esta definición generó y mantiene la actualidad de sus controversias en las discusiones actuales sobre su exceso de utopía o sobre si es una formulación de objetivos que reordena todas las cuestiones vinculadas con salud. Nadie discute que marca un hito fundamental en las concepciones occidentales de salud: es mucho más que la ausencia de enfermedad, es bienestar en todos los ingredientes que hacen a la existencia humana.

En el tema que nos convoca, vemos que el concepto "Salud Reproductiva" es enormemente complejo, y no podemos dedicarnos a él desde un solo enfoque. La medicina sola no es suficiente aunque se trate de la salud. La problemática de la reproducción nos lleva al seno de la familia, a la vida de la pareja, al derecho de ejercer la libertad de construir una familia, etcétera. Diferentes disciplinas tienen algo que decir al respecto: la medicina, la psicología, el derecho, la sociología, la filosofía, la religión, etc. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define **salud reproductiva** como "el logro de cuatro objetivos específicos:

- a) *que todas las parejas tengan la posibilidad de reproducirse y de regular su fecundidad;*
- b) *que toda mujer pueda gozar de un embarazo y de un parto con total seguridad de salud;*
- c) *que el resultado del embarazo tenga éxito tanto en término de la sobrevivencia como del bienestar de la madre y del niño; y*
- d) *que todas las parejas puedan gozar de relaciones sexuales sin miedo de un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad"*<sup>1</sup>.

Se busca con esto que todas las parejas puedan tener acceso a una gran variedad de métodos e información sobre ellos, para así poder regular su fecundi-

dad y que aquellas parejas que no son fértiles puedan obtener los servicios apropiados para resolver su problema. Que las parejas puedan protegerse de los riesgos de la sexualidad (SIDA, etc.). Que también puedan protegerse (especialmente las mujeres) de los abusos y de la violencia sexual.

La International Women's Health Coalition ha jugado un papel importante en establecer y lograr el reconocimiento de los derechos de la mujer en lo que se relaciona a la salud reproductiva. La Declaración de la Mujer sobre Políticas de Población estipula:

- 1. La mujer puede y debe tomar decisiones responsables para ella, su familia, su comunidad y también para la situación del mundo. La mujer debe ser sujeto y no objeto de las políticas de desarrollo, en especial de las políticas de población.*
- 2. La mujer tiene el derecho de determinar cuándo, si debe, por qué, con quién y cómo expresar su sexualidad. Las políticas de población deben apoyarse en el principio del respeto a la integridad física y sexual de jóvenes y mujeres.*
- 3. La mujer tiene el derecho individual y la responsabilidad social de decidir si debe, cómo y cuándo tener hijos, y cuántos tener; ninguna mujer debe ser obligada a tener un hijo o impedida a tenerlo contra su voluntad. Todas las mujeres, cualquiera sea su edad, estado matrimonial o condición social, tienen el derecho a la información y a los servicios necesarios para ejercer sus derechos reproductivos y sus responsabilidades. (International Women's Health Coalition, 1993).*

Casi todos los programas que tienen que ver con la salud reproductiva están directa o indirectamente relacionados con la mujer como destinataria de las acciones. Los grupos feministas han reclamado que la mujer sea consultada en el diseño de todas las políticas que tienen que ver con ella; que no sólo sea objeto de éstas, sino sujeto activo en la confección de políticas y programas. El mundo público, que es predominantemente manejado por los hombres, define las políticas que tienen que ver con el mundo privado, mundo predominantemente a cargo de la mujer. Es frecuente que la mujer, que sólo se siente dueña de la intimidad de su hogar, no tome conciencia que su rol no es sólo un rol afectivo-doméstico sino que trasciende del ámbito del hogar y se relaciona con políticas de población, con la economía, etcétera. En este

momento, la mujer desea activamente intervenir no sólo en las políticas generales, a partir de su entrada al mundo público, sino especialmente intervenir en el diseño de políticas que la tienen como central protagonista, y en temas en los que tiene vasta experiencia.

Esta inclusión de la mujer en el mundo público no se ha visto correspondida con una igual participación del hombre en el mundo privado del hogar, aunque en los varones jóvenes se observa una tendencia a hacerse cada vez más cargo de las responsabilidades domésticas y a no sentir que colaborar en ello no es masculino.

Parte de la convicción de que los seres humanos no podemos hablar de “instinto maternal”. Los sentimientos de la madre frente a su hijo dependen no sólo de sus motivaciones personales, sino también de los valores sociales en lo referente a la maternidad: de la sociedad en general, de la comunidad o clase social a la que pertenezca, de las políticas demográficas del país, de los valores religiosos, etc.

Ser madre no es algo “natural” que la mujer sabe hacer desde que nace, sino un aprendizaje que hace identificándose con su madre o figura sustituta. Al considerar el sentimiento maternal como instintivo no se lo valora, parecería que la tarea maternal se hace sin esfuerzo y sin mérito, se reprocha muy duramente a la madre cuando no la realiza en forma adecuada y fácilmente se acusa a la mujer de ser “madre desnaturalizada”.

El niño necesita muchos suministros para crecer y llegar a ser una persona integrada y feliz, pero eso hace que se presione excesivamente a las madres, considerándolas las únicas proveedoras de esos suministros, y sin tomar conciencia que ellas a su vez necesitan recibir para poder dar.

**Salud reproductiva** incluye temas tales como: salud primaria, sexualidad y educación sexual, embarazos no deseados, planificación familiar, esterilidad y políticas en relación a fertilización asistida, sexualidad adolescente, embarazo en la adolescencia, enfermedades relacionadas con la reproducción, lactancia, enfermedades de transmisión sexual, Sida, relación entre salud reproductiva y convicciones religiosas.

Como vemos por el listado, son todos temas en que se juega mucho más que la salud, son temas en que los valores aparecen en primer plano, son situaciones altamente atravesadas por la ideología y remiten a distintas posturas filosóficas y religiosas.

Tal vez la discusión central es: hasta dónde puede intervenir el Estado en la vida íntima de las personas y cómo cada familia decide educar a sus hijos. Por eso, en la Salud Reproductiva es donde se unen de un modo más estrecho el mundo privado y el mundo público.

Quisiera remarcar especialmente un tema: el papel del hombre en todo esto. En general se considera que todo lo que tiene que ver con la reproducción "es cosa de mujeres" y que el hombre interviene legislando, diciendo cómo tienen que ser las cosas y manteniendo con esto una distancia, dado que en general no tiene que "poner el cuerpo".

Desarrollaré más adelante, con más detalle, alguno de los temas incluidos en la Salud Reproductiva.

### *La maternidad adolescente*<sup>2</sup>

La adolescente embarazada muestra agudizada la problemática de la madre sola, a cargo de sus hijos, pero sin un compañero que la ayude a criarlos y sin la capacitación adecuada que le permita un mínimo nivel de ingresos. La adolescencia y la juventud son períodos vitales críticos, donde se producen cambios profundos a nivel corporal, mental y social; generalmente se habla de la adolescencia como "compás de espera" y de transición a la vida adulta, que cada vez es más largo por ser más compleja la sociedad a la que debe incorporarse.

Por estar en un período de espera y de cambio, la adolescente no está preparada para tomar una decisión tan definitiva como la maternidad; ser madre es una elección para toda la vida. La adolescente muchas veces desea o fantasea con estar embarazada, pero no es consciente de que eso significa tener un hijo, al que debe cuidar a lo largo de toda su vida.

Cuando nos referimos a la adolescente embarazada, en general hablamos de la maternidad no dentro de un proyecto de vida, sino como hecho consumado, o sea una maternidad en una personalidad inmadura, con desconocimiento de la anticoncepción, no buscada conscientemente, y fuera de una pareja estable. La maternidad en la adolescencia no permite desarrollar normalmente los procesos madurativos adolescentes, exige tomar decisiones definitivas de vida a alguien que aún no sabe quién es, ni cómo es su cuerpo. La maternidad exige de la mujer, no sólo dar su cuerpo para el embarazo y sus pechos para la lactancia, sino la entrega de su tiempo (de vigilia y de sueño) y la postergación temporaria de sus proyectos personales por afuera de la maternidad. Con mayor razón si la

madre es una adolescente que debe enfrentar su embarazo sola en el 71% de los casos (OPS - 1985), dado que en general "el padre adolescente" no se hace cargo de su paternidad.

El embarazo se produce con mayor frecuencia en clases populares, donde no existe ningún cuidado ni plan anticonceptivo, poca conciencia del funcionamiento corporal y sobre todo, de la relación entre embarazo y relación sexual. En la clase media hay mayor información sexual, y por eso allí el comienzo de la vida sexual no está tan ligado a la concreción de la maternidad. Estas madres jóvenes se encuentran en una situación de mucha desprotección, sin capacitación como para aspirar a cargos bien remunerados, no tienen la protección de los servicios sociales (porque aunque sus padres estén cubiertos, los servicios sociales no cubren el parto de una menor soltera), trabajan frecuentemente en el servicio doméstico; necesitan trabajar para mantener a su hijo, pero éste es un gran obstáculo para conseguir empleo; todo esto configura una situación social casi "sin salida".

Estas adolescentes en general no han recibido educación sexual, por lo que tienen mucha confusión sobre los procesos corporales, tiempos de fertilidad, medidas anticonceptivas, plazos intergenésicos y mucha distancia con lo que les pasa a nivel corporal. Muchas veces provienen de hogares donde fueron criadas por madres solas cabezas de familia, esto las predispone a repetir la situación. En nuestra cultura, la mujer es la que está casi totalmente a cargo de los hijos; esto favorece que el hombre se desentienda de los cuidados, no sólo en cuanto a la crianza, también en cuanto a los cuidados previos a la concepción. Todo esto se acentúa con la afligente situación económica del país, que no estimula la solidaridad.

La madre soltera se encuentra además de todas las dificultades mencionadas, el conflicto adicional de la reprobación social. Una sociedad que prohíbe dar información anticonceptiva, que estigmatiza a la joven que decide continuar su embarazo, que no permite el aborto y que no crea las condiciones de asistencia adecuadas a la madre que sigue con su embarazo.

Las jóvenes que deciden continuar con su embarazo: o bien permanecen con su hijo en condiciones muy precarias, cambiando de casa y de trabajo muy frecuentemente; o se lo llevan al interior, a la casa de su madre; o lo dejan en institutos. El tema de la madre soltera exige un abordaje interdisciplinario y a largo plazo, que incluya atención sanitaria, vivienda, educación sexual (para que

no repita el embarazo), guarderías y formación laboral, para que pueda acceder a trabajos más valorizados y mejor remunerados. En nuestra sociedad, la mujer más necesitada es la que menos posibilidades tiene de acceder a situaciones de bienestar y de protección.

Se habla de los partos de las adolescentes como de alto riesgo. En mi experiencia, si las adolescentes están contenidas por situaciones estables y afectivas, sintiéndose seguras, tienen partos espléndidos. La forma de ayudar a la adolescente no es sólo dándole educación sexual sino ayudándola para que sea autónoma, para que pueda decidir qué quiere hacer de su vida, para que sepa tomar decisiones, estar insertada en la sociedad, conocer sus derechos, sentirse ciudadana. Cuando ya están embarazadas, una de las mejores formas de cuidarla es incluyéndolas en hogares pequeños, en casas de familia... En grupos donde puedan ser ayudada por otros a criar a sus hijos, buscando re-crear las familias ampliadas de otros momentos históricos, en los que entre todos criaban a los hijos: tíos, abuelos, hermanos, criados.

Para la adolescente es muy difícil cuidar de su hijo, si nadie la cuida a ella. No puede dar lo que nunca recibió. Ayudarla no es sólo darle información útil, sino es hacer hincapié en el derecho de ellas a decidir por sí mismas, a respetar a su hijo, respetándose ella también. Cosa difícil, ya que se sienten menos por ser pobres, por ser menores de edad y por ser mujeres.

Desarrollar en ellas la autodeterminación y el mejoramiento de la autoestima, la capacidad de sentirse con derecho a preguntar y a no someterse pasivamente a las órdenes de los demás, tener derecho a disentir; estar informada de sus derechos y responsabilidades, conocer los recursos de la comunidad, becas, pensiones, guarderías, bolsas de trabajo, servicios zonales, son todas formas de adquirir identidad.

Para poder mantenerse y mantener a su hijo, tendrían que ganar lo suficiente para pagar: vivienda, guardería, comida, ropa, viajes, medicinas. No hay ningún sueldo que puedan ganar que alcance para todo esto; y aunque existen recursos del Estado y de entidades de bien público, éstos son insuficientes y a veces están a mucha distancia, lo que las hace viajar varias horas diarias.

Es frecuente que se estigmatice a la joven que queda embarazada, culpabilizándola totalmente de una situación que es, por lo menos, responsabilidad de dos (sin nombrar aquí a todos los que se niegan a dar educación sexual o dan información falsa). En general nadie las escucha ni piensa en ellas; y cuando

lo hacen, sólo se ocupan de ellas como “envases” del niño; los programas suelen estar centrados más en el bebé que en la mamá.

Es frecuente que no las reciban en pensiones, por el bebé y por ser menores; por eso uno de los proyectos posibles es organizar pensiones que tengan guardería, buscarles lugar en casas de familia, crear guarderías y talleres protegidos donde puedan aprender y trabajar (con su hijo al lado).

Es llamativa la diferencia de fondos que se destinan a costosas campañas para prevenir la drogadicción, y los escasos fondos que se dedican a campañas a favor de proveer a la madre y al niño un marco continente para que crezcan bien. Para que el embarazo no deseado no se produzca es fundamental encarar el desarrollo de programas completos de Educación Sexual.

### *Educación sexual y planificación familiar* <sup>3</sup>

Es un derecho humano básico familiar y una responsabilidad insoslayable de la sociedad democrática hacia quienes, por carencias socio-económicas, no han tenido la posibilidad de contar con la información y la asistencia adecuadas, ante la ausencia de centros públicos especializados.

Es también derecho inalienable de la pareja humana, decidir libre y responsablemente el número de hijos deseados y el plazo intergenésico. Además, el derecho a la educación, asegurado en nuestra Constitución, incluye el acceso a la educación sexual.

Es preciso aclarar que siempre se educa sexualmente; también cuando se prohíbe dar educación sexual, porque estamos transmitiendo que la sexualidad es algo prohibido, de lo que no hay que hablar.

Se denomina Educación Sexual al proceso por el cual el sujeto organiza su sexualidad, incorporando un conjunto de pautas, expectativas, conocimientos, creencias, valores, normas y actitudes que regulan el ejercicio de dicha sexualidad en las distintas etapas de la vida. Por lo tanto, es un proceso continuo, en el que pueden diferenciarse dos aspectos básicos:

- 1. relacionado con la información y el conocimiento sobre lo sexual.*
- 2. está conformado por aquellos factores que inciden en la formación de las actitudes hacia lo sexual. Hay educación sexual espontánea y deliberada.*

Para la OMS “Salud Sexual es la integración de los aspectos somáticos, afectivos, intelectuales y sociales del ser sexuado. De modo tal que de ellos se deri-

ve el enriquecimiento y el desarrollo de la personalidad humana, la comunicación y el amor” (OMS, 1974).

Las mujeres y los niños son las víctimas principales de la fecundidad no controlada. Embarazos numerosos, muy frecuentes, muy precoces o muy tardíos son la causa principal de la mortalidad y morbilidad de madres, lactantes y niños pequeños. La mayoría de los pueblos admite hoy en día que una procreación responsable electiva es un derecho de las familias.

Es necesario habilitar consultorios de Planificación Familiar (PF) en todas las instituciones prestadoras de salud y obras sociales. Es importante reglamentar la idoneidad de los profesionales que estén a cargo de ella. La PF es un tema que no pertenece sólo al ámbito de la medicina, es una decisión que incluye a la persona toda, con su cuerpo, su psiquismo, su religión, su ética, su cultura y su educación. Por eso debe ser abordada interdisciplinariamente. Tiene que ver con la salud en la medida en que existan contraindicaciones para una gestación o que ésta no pueda lograrse, por esterilidad o que los métodos propuestos tengan contraindicaciones médicas. Las leyes deben tener en cuenta la necesaria actualización de los métodos desarrollados por la ciencia médica. Los métodos de Planificación Familiar constituyen un instrumento privilegiado de defensa de la salud de las madres y los hijos, de prevención del aborto y de defensa de la salud y de la calidad de vida de los familiares.

La composición de nuestra sociedad es muy variada, proveniente de diferentes orígenes y culturas, por eso es necesario que la educación sexual respete diferentes enfoques culturales.

El conocimiento médico debería dar una base científica subordinada a la decisión particular de los padres, sobre los que no debe ejercerse coerción. El asesor dará la información y ayudará a la concreción adecuada y sin riesgo de la medida de P.F. elegida por los cónyuges.

La P.F. debería ser gratuita para estar al alcance de todos los ciudadanos y no convertirse en una medida elitista como lo ha sido hasta ahora, en donde sólo podían ser asesorados los que tenían la posibilidad económica de acceder a ello. Debe haber derecho a informarse y ser informado sin impedimentos y discriminaciones, esto incluye el libre acceso a los conocimientos científicos y sociológicos necesarios y a la práctica de métodos sanos de Planificación Familiar.

El Estado debe encarar la Educación Sexual de los ciudadanos sin intentar por ello vulnerar el derecho de los padres a dar adecuada Educación Sexual a sus hijos. No tiene sentido considerarlos como opuestos: educación de los padres versus educación sexual del Estado. Muchas veces los padres no tienen la información suficiente, pero evidentemente son los primeros y principales educadores sexuales de sus hijos, consciente o inconscientemente (a través de ofrecerse a sus hijos como modelo de identificación).

En esa información no deben ocultarse los inconvenientes y dificultades inherentes a los diversos métodos de Planificación Familiar. Se debe garantizar la Educación sexual de los jóvenes a través de la escuela, de las organizaciones sanitarias y de los medios de comunicación social.

No debe confundirse Planificación Familiar con Políticas de Población, confusión que ha llevado en otros momentos del país, a prohibir la Planificación Familiar en lugar de implementar políticas de protección de la familia (a través de becas, planes de vivienda, asegurar la escolaridad). Esto ha perjudicado especialmente a las familias de bajos recursos, a los adolescentes desinformados, etc.).

Los funcionarios de los centros de Planificación Familiar deben quedar sujetos al secreto profesional en el ejercicio de su actividad. Los asesores de Planificación Familiar deben tener una preparación adecuada al tema y no dar por supuesto que determinadas profesiones (la médica, por ejemplo), de por sí están capacitados para ello.

La legislación debería permitir explícitamente dar Educación Sexual a menores de edad, dado que en este momento los jóvenes comienzan antes su vida sexual, y los profesionales corren riesgos legales al asesorar a los adolescentes sin la expresa autorización de sus padres.

La complejidad del tema que nos ocupa me lleva a remarcar la necesidad de equipos interdisciplinarios, no sólo para la atención de las personas en particular; sino para la confección de las leyes sobre el tema.

---

## Notas

<sup>1</sup> Mundigo, Axel. OMS: Salud reproductiva. Definiciones, datos y desafíos. Taller CEDES-CENEP - Nov/93 - Bs. As.

<sup>2</sup> Rubarth, G., Bonfanti, R., Coll, A., López, B. y Necchi, S.: La adolescente embarazada. GEL - 1994 - Buenos Aires

<sup>3</sup> Se reproducen aquí partes del documento de Lic. Rubarth, Dr. Zubizarreta y Dr. Olivares: "Cuestiones act. de flía" - Comisión Nac. de Políticas Familiares y de Población - 1989 - Buenos Aires

# Nuevas tecnologías reproductivas

Lic. Susana E. Sommer

## *De la cigüeña a la probeta*

Ante la dificultad de tener hijos, aparecen distintos caminos y es así que la medicina ofrece una serie de alternativas entre las cuales se encuentran las nuevas tecnologías reproductivas.

Las nuevas formas de procreación son los distintos métodos creados para superar dificultades en la concepción.

El caso más sencillo es la **inseminación artificial** en que la mujer es fecundada en el momento de la ovulación con el espermatozoide del marido colocado en una sonda o cánula. En la **inseminación artificial** por donante los espermatozoides provienen de un donante anónimo. En la **fertilización in vitro** el óvulo y el espermatozoide se unen fuera del cuerpo de la mujer y los embriones así producidos son luego transferidos al útero; en el GIFT (gameta intrafallopian transfer), óvulos recién extraídos son mezclados con los espermatozoides y la fertilización tiene lugar en las trompas. Además de éstas, existen otras técnicas como PROST (pronuclear stage transfer); TOT (transferencia de óvulos a las trompas); ZIFT (zigote intrafallopian transfer) y día a día surgen nuevos métodos.

Las nuevas técnicas reproductivas permiten intervenir en el proceso biológico de la reproducción humana y fueron pensadas para resolver los problemas de infertilidad en los casos en que no es posible reparar quirúrgicamente las trompas de Falopio y cuando el resto del aparato genital es normal.

Así como los métodos anticonceptivos permitieron separar sexualidad y reproducción, las nuevas técnicas de reproducción han logrado la reproducción sin sexualidad.

En 1978, en Inglaterra, nace Louise Brown, el primer bebé nacido por fertilización "in vitro", éxito logrado por los equipos de los doctores Edwards y Steptoe. Es de hacer notar que el Consejo Británico de Investigaciones Médicas no subvencionó estas investigaciones por tener reservas sobre el empleo de ciertas técnicas como la laparoscopia<sup>1</sup> con propósitos experimentales. Mientras tanto,

en Australia comenzaron a desarrollarse distintas técnicas como la estimulación hormonal<sup>2</sup>, que produce la superovulación, o el congelado de embriones. El concepto subyacente que contribuye al auge de estas técnicas es que la infertilidad es una patología que requiere tratamiento y la suposición de que la naturaleza y el deseo de las mujeres es tener hijos y ser madres.

### *La infertilidad, ¿es una enfermedad?*

La infertilidad es definida actualmente como la falta de concepción después de un año de relaciones sin protección. Generalmente se manifiesta cuando se decide tener descendencia y muchas personas, como aquellos que por distintas razones, han decidido no tener hijos jamás se enteran que son infértiles.

Se estima que un 10% de las parejas pueden padecer infertilidad en alguna etapa de su vida. Se considera que aproximadamente un tercio de la infertilidad es originada por problemas en la mujer, otro tercio se debería a causas masculinas y el tercio restante está causado por ambos.

Diversos estudios muestran que el porcentaje de infertilidad no ha aumentado en el transcurso del tiempo. Lo que se ha incrementado es el número de instituciones que ofrecen distintos servicios para este tipo de dificultades.

### *Ser madres*

El discurso social de la maternidad implica que la ubicación social primaria de las mujeres es a través del instinto maternal y debe estimularse el cumplimiento de ese rol mediante cualquier medio. En la mayoría de las culturas se espera que las mujeres se conviertan en madres. Ser mujer y ser, o devenir, madre son virtualmente sinónimos.

La reproducción parecería ser la función natural de las mujeres. Esta capacidad es considerada como la determinante de su bienestar físico y psíquico y debido a ella la maternidad es entendida como el propósito verdadero de la vida de las mujeres. Este mensaje que se expresa de diversas maneras, muchas veces no visibles, hace que sean persuadidas de comportarse de acuerdo con estas expectativas.

## *¿Qué es el consentimiento informado?*

El consentimiento informado es un término cuyo significado tiene un variado rango de interpretaciones. Algunos médicos consideran que una vez que el/la paciente ha sido informado/a, éste/a puede elegir el tratamiento correspondiente. Otros piensan que los pacientes no entienden lo que se les dice por lo que no deberían tomar ningún tipo de decisión. Entre estos extremos encontramos médicos que se preguntan diariamente cuánta información deberían dar a sus pacientes, cómo comunicarla y si al involucrar a los pacientes en la toma de decisión no les complican aún más las cosas. Habida cuenta que los médicos están formados para actuar en defensa de los mejores intereses de los pacientes, el problema es cómo se sabe cuáles son los mejores intereses y cuál es la opinión que debe prevalecer.

El consentimiento informado implica que los médicos **deben informar** a los pacientes los riesgos importantes además de las alternativas plausibles al procedimiento propuesto. Para que este derecho sea de valor debe estar basado en consejos adecuados, información completa y asesoramiento acerca de los alcances, límites y riesgos de dicho tratamiento. El derecho a decir sí a un cierto tratamiento médico tiene sentido cuando además existe la posibilidad de rechazar dicho tratamiento, lo que se entiende por rechazo informado.

Este asesoramiento debe incluir datos reales de la posibilidad de éxito basada en estadísticas confiables. Dos médicos dedicados a la fertilización asistida, Winston y Handyside (1993), hacen un análisis del estado actual de los conocimientos. Señalan que la tasa total de nacimiento por ciclo de tratamiento de fertilización in vitro en los Estados Unidos es del **14%** y en Gran Bretaña la tasa de nacido vivo por cada ciclo de tratamiento es de **12,5%**.

Estos expertos, además de analizar las tasas de éxito, muestran preocupación por el **aumento de la mortalidad perinatal** debido a los nacimientos prematuros. La fertilización asistida es responsable del incremento de **embarazos múltiples** y el consecuente aumento en el número de prematuros. Por ello, desde 1990 el "Ente Regulatorio de Fertilización Humana" de Gran Bretaña ha establecido que **no deben ser transferidos más de tres embriones** por vez.

El consentimiento informado es siempre necesario y su existencia no justifica experimentación no ética, o sea investigación en la que **los riesgos sean mucho mayores que los beneficios**. Esta restricción es muy importante ya que muchos pacientes podrían dar su consentimiento a cualquier cosa cuando son preguntados por una autoridad en la que confían.

## *Riesgos y consecuencias de la estimulación hormonal, nacimientos múltiples*

Una práctica que forma parte de la fertilización in vitro es la estimulación hormonal. Esta produce síntomas de incomodidad como náuseas, vómitos, visión borrosa y otros efectos laterales como el aumento del tamaño del ovario y quistes en el mismo. Trabajos recientes (Rossing, et al. 1994) señalan el riesgo de aparición de cáncer de ovario en mujeres tratadas con drogas utilizadas en los tratamientos de infertilidad.

Una de las consecuencias de la estimulación hormonal son los nacimientos múltiples. Estos embarazos se tornan más complicados, los partos son por cesárea y generalmente los nacimientos son prematuros lo que se traduce en riesgos de distinta magnitud para la salud de estos niños.

Las nuevas técnicas de procreación actúan principalmente sobre los cuerpos de las mujeres, aun en casos de infertilidad masculina, como puede ser el bajo número de espermatozoides. Un informe de la Organización Mundial de la Salud del año 1990 define la fertilización in vitro como una **técnica experimental** y considera que ninguna nueva tecnología debe convertirse en una práctica médica aceptada hasta haber sido cuidadosa y totalmente evaluada. Esta institución considera que hasta que los riesgos de la estimulación sean bien evaluados, debe limitarse la exposición de las mujeres y su descendencia a estas drogas. Considera, además, que debe limitarse el número de intentos que se realizan dado el bajo porcentaje de éxito de estas técnicas.

En dicho informe se sostiene también que debieran promoverse las opciones sociales, además de la necesidad de implementar programas de prevención de la infertilidad y el estudio de sus causas.

## *Reflexiones finales*

En nuestro país existen varias instituciones que hace varios años se dedican a la procreación asistida; también circulan distintos proyectos de ley, cuyos contenidos varían enormemente. Pero, aún no se ha planteado un debate público acerca de las nuevas técnicas de procreación.

El rápido avance logrado en distintas áreas del conocimiento y el desarrollo de la medicina hacen necesario discutir acerca de los alcances y límites que

la sociedad se quiere plantear y evaluar los riesgos sobre la salud de las mujeres y su descendencia que se quiere afrontar.

Las nuevas formas de procreación al permitir extraer óvulos del cuerpo de la mujer y al posibilitar la formación de embriones en el laboratorio generan la posibilidad de donar, comprar y vender espermatozoides, óvulos y embriones. Esto plantea innumerables problemas éticos desde si es lícito este tipo de comercialización; a quiénes pertenecen los embriones congelados supernumerarios; la anonimidad o no de los donantes así como la posibilidad de que unas mujeres se transformen en madres "sustitutas", es decir que se hagan cargo del embarazo y parto de otras mujeres.

Nos debemos preguntar si estos métodos han sido suficientemente investigados antes de ser utilizados en seres humanos, cuáles son los niveles de seguridad y riesgo de los mismos, cuáles son las normas que rigen su uso y quiénes son los que las regulan.

Estos cuestionamientos hacen hincapié en la necesidad de información, y que cuando se tomen decisiones se conozcan las reales posibilidades de éxito y de fracaso, los riesgos a que se exponen las mujeres y su futura descendencia, los efectos secundarios de los medicamentos, así como la posibilidad de otras alternativas además de un trato en que las mujeres participen en forma activa y no como sujetos pasivos de estos tratamientos.

El derecho a procrear (Raymond, 1993) es concebido como un derecho natural, y por extensión la reproducción tecnológica ha sido promovida como el medio para lograrlo.

Esta postura contribuye a reforzar la percepción que el valor de las mujeres reside en su habilidad para procrear y considerar sus cuerpos instrumentos para las metas reproductivas.

Tanto los gobiernos como los investigadores tienen responsabilidades legales y morales para evaluar cuidadosamente las implicaciones sociales de las tecnologías y los efectos potenciales sobre la salud y seguridad de los consumidores. Debe haber una cuidadosa consideración de los impactos a largo plazo que estas técnicas pueden producir. La sociedad debe estar atenta a los problemas éticos que se pueden plantear y que sin delegar nuestras responsabilidades como ciudadanos nos ocupemos de la generación de debates éticos antes de que sea demasiado tarde.

## Notas

<sup>1</sup> La laparoscopia es una técnica que permite la visión de los órganos de la cavidad abdominal a través de un diminuto instrumento semejante a un telescopio y que tiene luz incorporada; previa anestesia, el aparato es introducido a través de pequeñas incisiones abdominales.

<sup>2</sup> Normalmente las mujeres producen un solo óvulo por ciclo. A través de tratamientos hormonales, se obtienen varios óvulos en un solo ciclo.

## Lecturas recomendadas

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1990). Consultation on the place of "in vitro" fertilization in infertility care. Eur/ICP/122 (6) 7139r.

RAYMOND, Janice G. (1993). Women as wombs. Harper Collins Publishers, USA.

ROSSING, Mary Anne et al. (1994). Ovarian tumor in a cohort of infertile women. N. Eng. J. Med. 331:771.

SOMMER, Susana E. (1994). De la cigüeña a la probeta. Editorial Planeta, Buenos Aires.

WINSTON, R.L.M. & HANDYMAN, A.H. (1993). New challenges in human in vitro fertilization. Science, vol. 260, pp. 932-938.

# Ética y Feminismo

Lic. Diana Helena Maffía

## *Introducción*

La relevancia de las críticas feministas a la ética al considerar los derechos de la mujer, y en particular sus derechos reproductivos, es enorme. Ocurre que si bien la ética, como disciplina filosófica, significa un avance sobre las posiciones dogmáticas (sin ir más lejos, pensemos que todavía es común confundir las cuestiones éticas con la opinión de la iglesia), pues se trata de una disciplina crítica, el hecho de que durante casi toda la historia de la filosofía las elaboraciones hayan sido hechas desde un punto de vista androcéntrico (es decir, tomando como eje el punto de vista del varón y universalizándolo a todo el género humano) limita sensiblemente la consideración de las mujeres.

Incluso autores tan influyentes por sus teorías éticas como Aristóteles o Kant se revelan profundamente misóginos al expresar su opinión acerca de las mujeres. Esto sería simplemente anecdótico si no afectara su sistema filosófico, pues podría tratarse de una limitación debida a la cultura en la que desarrollaron su pensamiento. Pero cuando la supuesta universalidad del término "hombre", como sujeto de la teoría ética, se desliza desde el significado neutral de "persona" al de "varón", las mujeres sufrimos las consecuencias de una discriminación más grave cuanto mayor es el peso de la filosofía en la cultura. La autoridad de la filosofía, en efecto, proviene de ser el tronco primigenio de la ciencia y la teología, además de la fundamentación de la política, lo que la constituye en la base misma del fórceps con que la cultura patriarcal ha oprimido desde siempre a las mujeres.

Un recurso de la teoría feminista para denunciar la falsa universalidad del concepto de "hombre" consiste en someter las afirmaciones en que dicho concepto aparece al "test de cambio de sexo". Si el enunciado puede mantenerse sin mengua de su significado poniendo "mujer" donde antes decía "hombre", la universalidad podría ser genuina. El test es relevante, pues no

importa tanto lo que un filósofo opine sobre el bello sexo, pero sí importa que la pretendida universalidad de los sistemas éticos y políticos que fundamenta sea genuina.

### *Lo que no nos contaron de Aristóteles*

El filósofo más conocido e influyente en la historia de la filosofía, Aristóteles, defiende un orden jerárquico social fundamentándolo en un orden jerárquico natural. Este método, primero naturalizar las diferencias y luego fundar en ellas los roles sociales, fue luego imitado y aún hoy se utiliza para justificar en las funciones reproductivas de las mujeres la enajenación de su autonomía y la limitación de su acceso a muchos bienes sociales.

En la **Política**, Aristóteles afirma que el macho es por naturaleza superior y la hembra inferior. Uno gobierna, pues tiene mayores aptitudes para el mando, y la otra es gobernada. Esta relación dominador-dominado es beneficiosa según él para ambos términos, aunque entre ellos no pueda haber "ni justicia en el plano jurídico ni amistad en el plano ético". Si observamos cuidadosamente el argumento, vemos que hay varios presupuestos: no son iguales, y esa diferencia es inmediatamente resuelta en una jerarquía, en esa jerarquía el varón es inmediatamente ubicado como superior, y la mujer desplazada de la ética y el derecho (que presuponen igualdad entre los sujetos). De este modo, Aristóteles fundamenta en un plano ontológico la relegación social, jurídica y económica de la mujer, otorgándole validez universal a la sociedad en que vivió e instituyendo la estructura jerárquica característica de su Estado como válida por naturaleza para toda época y lugar.

Las virtudes morales son dote de todos en general, pero la templanza masculina y la femenina, el valor y la justicia de un hombre y una mujer no son iguales: el valor de un hombre se demuestra por autoridad, el de una mujer por obediencia. Los seres humanos se distinguen por su racionalidad del resto de los animales, pero esta racionalidad no está equitativamente repartida en hombres y mujeres. El alma humana era para Aristóteles un compuesto de racionalidad y emotividad; y como toda diferencia es resuelta en jerarquía, una de las partes (racional) gobierna a la otra (emocional). Es por eso que el hombre tiene autoridad sobre el esclavo (que carece de toda capacidad deliberativa) y sobre las mujeres (cuya emocionalidad predomina, opacando su facultad deliberativa). La singularidad de las mujeres, su emocionalidad, no

es percibida como un valor intrínseco sino como un obstáculo para la reflexión racional propia del varón.

La singularidad que Aristóteles reconoce a las mujeres es la de la falta. Sus "virtudes naturales" son: incapacidad para el mando, sumisión y pasividad, debilidad corporal, virtud propia de las tareas domésticas, valentía subordinada, moderación, modestia e irreflexiva emotividad. Así, aunque la marca distintiva de los seres humanos reside en su poder de razonar, hay sin embargo cierta clase de seres humanos que están excluidos del ejercicio pleno de la razón humana, y son los esclavos y las mujeres. La vida del esclavo es simplemente un medio para un fin, el de permitir al amo perseguir una vida de libertad y virtud entre otros ciudadanos de la polis. La vida de la mujer es similarmente funcional: la mujer del ciudadano es necesaria para producir herederos. La familia es una asociación inferior que existe en beneficio de la polis y proporciona los medios para que los hombres libres puedan vivir su vida entregada a propósitos intelectuales y políticos.

Ante esta versión aristotélica de la mujer como inferior y deficiente, ¿podríamos omitir sin más esta opinión y mantener el resto de su filosofía? Parece que si él concediera a la mujer el status de ser racional, le sería imposible sostener una de las premisas principales de su teoría política: la creencia de que cierta clase de seres humanos están destinados a ejecutar labores reproductivas para que otros puedan llevar una vida libre y productiva. Dos mil años de antigüedad no le han quitado vigencia a estas ideas. Subyacen las posiciones conservadoras sobre la sexualidad de las mujeres, que no es para su propio placer sino para fines "más altos" que por supuesto no están fijados por ellas. Tal sexualidad estará aplicada específicamente a la reproducción, lo que transforma la heterosexualidad en compulsiva y la maternidad en un destino.

### *Lo que no nos contaron de Kant*

Un filósofo que ha fundamentado posiciones diferentes del conocimiento moral es Kant. Para Kant el valor moral de una acción no se define por su fin; lo que se pretende del sujeto ético es que actúe por principios (y uno de los propósitos principales de su filosofía moral es tratar de identificar un principio universal que pueda servir de piedra fundamental de toda acción moralmente correcta). Pero una vez más las mujeres quedamos excluidas. Y

es que la especie humana no es toda de una misma clase. Hay (otra vez) diferencias de naturaleza entre varones y mujeres. No es que los hombres y las mujeres tengan diferentes cualidades, sino que las virtudes, iguales en ellos, se combinan de diferente manera para resaltar sus características. Por ejemplo, los hombres tienen inteligencia profunda y las mujeres inteligencia de lo bello. No es que no sean ambos inteligentes, pero como se ve, una educación destinada a desarrollar ambas inteligencias deberá emplear bien distintos métodos. Y es dudoso que quien deba distribuir derechos y obligaciones sociales considere irrelevante esta diferencia.

En un artículo llamado "Lo bello y lo sublime" afirma Kant que la Naturaleza, de acuerdo a su plan, nos ha dotado de disposiciones. Nuestra tarea es desarrollar esas disposiciones de acuerdo con los fines de la naturaleza. Por eso la tarea peculiar de cada sexo es desarrollar sus cualidades distintivas: la inteligencia bella femenina debe rescatar lo simple y hermoso, mientras que la inteligencia masculina debe dedicarse a los conocimientos profundos y fundamentales. Los hombres, nos dice Kant por si la bella inteligencia nos hiciera también suspicaces, no son superiores a las mujeres sino que son llamados a tareas diferentes. La mujer no está incluida en el ámbito de la racionalidad sino en el de la sensibilidad. En el plano moral, la conducta de las mujeres no está regida por las reglas generales sino por juicios personales. La moral de la mujer no consiste en evitar lo injusto como algo malo sino como algo feo. Por eso los varones deben tratar de que lo bueno les parezca bello. Por si hiciera falta un broche, dado que la suprema virtud de la mujer es la belleza, debe desarrollar las cualidades que la realcen: limpieza, pudor y modestia.

Por cierto, no es éste el Kant que se enseña en las universidades. Aquí todo lo distintivamente humano (nobleza, profundidad, reflexión, abstracción, razón) queda del lado masculino, pero no en nuestras valoraciones personales sino en la del propio sistema filosófico. Luego no sólo ha establecido diferencias entre hombres y mujeres cuando describe sus rasgos: si las mujeres son incapaces de principios, entonces son incapaces de la forma más alta de virtud y por lo tanto son inferiores al hombres.

## *Lo que olvidó Rawls*

El libro de John Rawls **A Theory of Justice** (1971) tiene aún una enorme influencia filosófica, y combina un aspecto "clásico" (es una teoría global de la vida moral humana, encuadrada en la tradición liberal, basada en principios) con el intento de perfeccionar las teorías del pacto social eliminando las distorsiones del autointerés.

Rawls presenta una descripción de la estructura básica de una sociedad justa, incluyendo el principio fundamental de *justicia*. Para llegar a tal descripción, comienza con una variación de un tradicional experimento mental: el "contrato social". Los teóricos del contrato social (particularmente Locke, Rousseau y Kant) han imaginado que las sociedades fueron fundadas por comisiones de seres humanos ya maduros y socializados que se propusieron conjuntamente crear sistemas sociales acordes con sus más básicas necesidades físicas, morales y psicológicas. Rawls varía el esquema del contrato social tradicional en dos aspectos importantes: 1) Especifica que los miembros de la comisión no deben ser conscientes de sus propios talentos y habilidades, de sus "bienes naturales", sus "concepciones del bien" y sus "propensiones psicológicas especiales"; y 2) decreta que no tendrán indicios de la posición que podrían ocupar en la sociedad que están por conformar. Son descriptos como estando en una "posición original" (la del contrato) bajo un "velo de ignorancia" cuya sombra se extiende sobre sus corazones y sus mentes.

Esta variación del tema del contrato social tradicional trata de asegurar que el autointerés no sesgue la concepción de justicia que ellos producen, tratando de beneficiarse solapadamente. Por ejemplo, si sé que mi concepción personal del bien incluye el desarrollo de mi capacidad racional, puedo estar inclinada (como Platón en la **República**, por ejemplo) a constituir las virtudes intelectuales en el nivel más alto de la existencia humana, y decretar que los filósofos deben gobernar. El velo de ignorancia, pues, está al servicio de la máxima imparcialidad en la concepción de la justicia que emerja.

Lo curioso es que Rawls no pone explícitamente el *sexo* de los sujetos del contrato bajo el velo de ignorancia. Sí especifica que deben ser "cabeza de familia", con lo cual -dicho sea de paso- deja sin cuestionar la estructura nuclear doméstica que aparece como previa al contrato. ¿Es que no se verán tentados a favorecer a los patriarcas de la tribu? ¿O es que el *sexo* no es relevante a la hora de decidir un principio de justicia? ¿No tiene nada que ver

con los roles sociales y los valores humanos que habrán de afirmarse, y por tanto es indiferente que los contratantes sean de diverso o del mismo sexo? Parece bien dudoso.

Esta crítica le fue inmediatamente formulada por filósofas feministas, y en artículos posteriores Rawls afirma que el sexo también está bajo el velo de ignorancia, incluido entre los “bienes naturales” (el equipo con que la naturaleza nos provee). Pero la omisión de una atención explícita es por lo menos sintomática. Además, el sexo y los concomitantes roles y rasgos de género difícilmente puedan considerarse “bienes naturales”. La trama complejísima de prescripciones que conciernen a la conducta y los valores “apropiados para el género” (lo que es adecuado para niñas y varones, lo sancionadamente femenino y masculino en cada comunidad) es en gran parte producto de los procesos de socialización que comienzan con el nacimiento y continúan toda nuestra vida. El velo de ignorancia oscurece el hecho de que cualquier humano adulto pensable que esté en posición original debe ignorar no sólo los hechos puramente biológicos sobre sí mismo, sino los hechos más complejos relativos al género con que la maduración en una cultura contribuye al pensamiento y la personalidad.

### *Las filósofas revisan las teorías*

Para llegar a la situación actual, en que las filósofas feministas no sólo han realizado una crítica de la tradición filosófica sino propuestas y construcciones alternativas, han debido pasar más de dos mil años. El sexo femenino y la educación han tenido un largo desencuentro. En la antigüedad, reducidas al gineceo, no recibían educación ninguna. En la Edad Media los conventos constituían un lugar de estudio para las mujeres, pero allí estaban separadas de su sexualidad y de la reproducción (o al menos así se procuraba mantenerlas). Quienes unían conocimiento y sexualidad, las brujas, fueron impiadosamente perseguidas y sancionadas de modos atroces. El surgimiento de las universidades europeas, entre los siglos XII y XV, amplió enormemente las posibilidades de los varones, pero prohibieron el ingreso a las mujeres hasta fines del siglo pasado, cuando el movimiento feminista comenzó a lograr que algunos derechos civiles y políticos que presuntamente eran para todos no las dejaran fuera. Una vez dentro de las universidades, la primera etapa fue de acumulación, para demostrar cabalmente que “nosotras podemos”. Luego so-

brevino una etapa de crisis y trabajo crítico sobre las teorías heredadas, y finalmente la fructífera etapa constructiva.

Las teorías éticas del feminismo ponen en duda la pretendida neutralidad de la filosofía, criticando el hecho de que la naturaleza y capacidades de las mujeres fueron elaboradas por una comunidad de la cual la mujer (y lo femenino) estaban casi enteramente ausentes. Esto se agrava por el hecho de que el discurso moral no es sólo descriptivo (es decir, no sólo nos dice cómo de hecho actúan las personas) sino prescriptivo (nos dice cómo **deben** actuar).

El discurso moral interviene en la valoración de lo bueno y lo malo, lo deseable y lo indeseable, lo permitido, lo obligatorio y lo prohibido. Si las mujeres somos "heterodesignadas" (es decir, si se nos arroga una identidad desde afuera) por el discurso ético, sencillamente no intervenimos en la decisión sobre cuándo nuestros actos, nuestras vidas y nuestros destinos son moralmente aprobables y cuándo no.

Algunas filósofas han argumentado que esta ausencia de mujeres en la construcción de la ética ha hecho que el discurso filosófico **produzca** una verdad que pretende pasar por neutral pero es interesada, y que es posible identificar un grupo de concepciones sobre el conocimiento, la razón, la naturaleza humana y el yo que pueden ser vistos como "masculinos", como expresando un punto de vista androcéntrico dominante en la teoría. Y afirman que sería posible similarmente expresar un punto de vista femenino, que habría una "voz femenina" que recién comienza a ser escuchada en filosofía.

### *Carol Gilligan y la ética del cuidado*

Una fuerte influencia en la reconstrucción de las teorías morales ha sido el libro de Carol Gilligan **In a Different Voice**, publicado hace algo más de diez años, que desató una polémica en el campo intelectual americano y sigue mereciendo una lectura atenta. Gilligan revisa la descripción del desarrollo moral que hace el cognitivista Lawrence Kohlberg, con quien ella colaboró durante 10 años, que diseña las etapas que sigue el niño hasta su madurez moral, en base al estudio de 84 niños cuyo desarrollo analiza. Estas etapas son seis, según Kohlberg, y van desde la obediencia por temor al castigo en una primera etapa, pasando por el temor a que el otro responda en iguales términos a una mala acción en la segunda, una tercera en que la moral es concebida en términos interpersonales y la bondad es equiparada a ayudar y compla-

cer, una cuarta en que las relaciones se consideran subordinadas a reglas propias de cada institución (la familia, la escuela, etc.), una quinta inestable y a veces de retroceso a la tercera etapa, y la sexta considerada de madurez, en que las reglas se subordinan a principios universales de justicia (como el contrato social o los derechos naturales).

Si recordamos lo expuesto en los autores clásicos, puede intuirse lo que sigue. Se señala que rara vez las mujeres pasan de la tercera etapa, y esto es considerado una deficiencia en el desarrollo moral característico de las niñas. Las únicas mujeres que alcanzan el sexto nivel, observa Kohlberg, son las educadas en universidades, sobre todo en la carrera de Derecho. Dicho sea de paso, esto asegura que el androcentrismo del sistema jurídico no sufra mella, porque una vez entrenados una abogada actuará como un abogado, una jueza como un juez, cuando de resolver conflictos morales se trate. Las amas de casa casadas, de manera característica, permanecen en el nivel en que una acción moral es aquella que ayuda y complace al otro ligado a ellas.

Gilligan observa este desvío sistemático en la respuesta de las mujeres, pero decide prestarle atención en sí mismo y no tratarlo simplemente como una imposibilidad de logro en una única medida de desarrollo moral. Considera la manera característica de las mujeres de resolver problemas morales, como un polo alternativo de madurez, y así propone dos vías diferentes de desarrollo, a las que llama "formalismo post-convencional" y "contextualismo post-convencional". La idea que hay detrás de esta denominación es que podría tratarse de polos de desarrollo diferenciados, y no de dos niveles jerárquicos diferentes en una misma escala de desarrollo. Pero esta diferencia es sumamente relevante desde el punto de vista moral, porque legitima un punto de vista alternativo de las relaciones morales que hace del sujeto no un sujeto aislado y sin variables espacio-temporales que lo definan de manera relevante, sino un sujeto arraigado en sus circunstancias y determinado por sus relaciones. Se ha llamado a esta ética, donde se privilegia el vínculo con el otro, "ética del cuidado", para diferenciarla de la "ética de la justicia" de Rawls. Aunque lo que Gilligan propone es describir dos modelos alternativos de evolución moral -diferenciándolos sin jerarquizarlos ni valorizarlos- el hecho de que Kohlberg haya realizado sus observaciones en varones y que Gilligan haya sistematizado las respuestas de las mujeres ha llevado a la conclusión de que se trata de una "ética femenina". Aunque Gilligan se ha en-

cargado de desmentir tal conclusión, la expectativa de las feministas era tan grande que se le dio a sus observaciones un tinte esencialista del que en realidad carecen.

Lo verdaderamente valioso en la ética del cuidado es que se aparta de las posturas clásicas proponiendo una diversidad sin jerarquías. Y esto sí que está en el centro de la utopía feminista.

### *Sara Ruddick y la ética maternal*

En una serie de artículos que culminan en el libro **Maternal Thinking: toward a Politics of Peace** (1989), la filósofa feminista Sara Ruddick ha desarrollado una visión ética basada en el trabajo maternal. Supone que toda práctica determina creencias y da surgimiento a valores que a su vez gobernarán futuras prácticas. De acuerdo con Ruddick (y esto es novedoso, por diferenciar la biología del rol) no hay conexión esencial entre ser una “**madre**” (una persona que realiza “**trabajo maternal**”) y ser una **mujer**. Un varón puede realizar trabajo maternal y una mujer puede rechazarlo. Sin embargo, tradicionalmente las mujeres han realizado el trabajo maternal, y rechazarlo ha tenido para ellas un alto costo social. Por supuesto, las condiciones bajo las cuales este trabajo se realiza tienen enormes variaciones, producto de diferencias económicas, culturales, étnicas y raciales.

¿Qué es el trabajo maternal y cómo puede fundar una visión ética o política? Es una práctica que se centra en la nutrición, el cuidado y la preservación de un niño, haciendo posible su desarrollo físico y mental desde que es un bebé vulnerable o un niño hasta que es un joven independiente y un adulto. Se puede realizar bien o mal, en condiciones duras o confortables, con mayor o menor éxito. Las imágenes falsas y opresivas de “buena madre” y “mala madre” produce culpa y ansiedad bajo ciertas circunstancias. No es fácil distinguir cuáles son los valores genuinos de una práctica maternal, máxime si aparece edulcorada por la cultura.

Pero las exigencias centrales del cuidado infantil generan algunas virtudes claras, reconocibles aun para aquellos trabajadores maternales que no pueden o no logran ejemplificar las virtudes. Ruddick afirma que el trabajo maternal requiere tanto actitudes **cognitivas** como **morales** cuya sofisticación y complejidad continúan sin ser reconocidas, en gran parte por la relegación del trabajo de las mujeres al dominio de “lo natural”.

Una virtud central es la del "amor atento". El concepto de "amor atento", que configura el pensamiento maternal, designa una capacidad cognitiva -atención- y una virtud -amor-. Implica la confianza en que el amor no será destruido por el conocimiento, que para la mirada amorosa lo amable siempre se habrá de manifestar. En la práctica maternal, la atención y el amor se interpretan mutuamente uno a otro, de modo que la atención no es desapasionada ni el amor incapaz de una observación ajustada. Una madre debe ser capaz de ver con "la mirada paciente de amor" a la persona que su hijo es y en la que se está convirtiendo; una atención de esta clase es a la vez un acto de conocimiento y un acto de amor. La atención deja fluir las diferencias sin buscar lo común, deja fluir al *otro* en su alteridad.

Hay una dialéctica entre madre y niño, una dialéctica de control y permiso, de cálculo y balance entre seguridad y riesgo, que requiere sensibilidad tanto para el entorno como para la vulnerabilidad humana, lo que implica virtudes tanto morales como cognitivas. El niño es una "estructura abierta" que se enriquece a través del tiempo. El conocimiento maternal comprende a la vez su infancia desvalida, su historia y su independencia futura. Quien realiza el trabajo maternal (a menudo, aunque no necesariamente, una mujer) debe vivir en una pluralidad de posibilidades existenciales y ser capaz de ver al niño también como una pluralidad.

Este es un tipo de virtud que se puede ejercer en contextos distintos que la maternidad. De hecho, requiere un modo general de interacción que puede configurar un modelo moralmente atractivo para muchas relaciones humanas. Precisamente el objetivo de Ruddick es mostrar, mediante una cuidadosa reflexión filosófica, que incluir la relación maternal (hasta ahora ausente de la consideración teórica de la ética) permite iluminar aspectos novedosos. Lo más controvertido de la tesis de Ruddick es el tema de la no-violencia maternal. La meditación en la elección de prácticas no violentas elegidas por las madres para resolver los conflictos le hace pensar que el trabajo maternal es antitético con la violencia. Incluso toma el ejemplo de las Madres de Plaza de Mayo para mostrar una firme oposición pacífica contra un régimen político violento y represivo. Habla de una política maternal feminista de paz, y éste es uno de sus puntos más criticados, aun por filósofas feministas. También se le critica poner el acento en los aspectos **individuales** de la maternidad, lo que oscurece los factores **institucionales** que la gobiernan. Tanto

fuerzas culturales como económicas, e incluso la influencia de "expertos" científicos en el tema, la práctica médica y las políticas de los gobiernos, orientan la maternidad en direcciones no siempre compatibles.

Sin embargo, debe decirse en favor de Sara Ruddick que construyó un puente entre los ideales feministas contemporáneos y las prácticas tradicionales de las mujeres, revalorizó la crianza al sacarla del "estado de naturaleza", distinguió la función maternal del sexo biológico (dándole así al varón una oportunidad no ofrecida por las visiones patriarcales) y fortaleció la esperanza de protagonismo en los ideales globales de la paz.

### *Conclusión*

Ha sido mi intención ofrecer un panorama que ni por asomo agota la reflexión ética reciente de la filosofía feminista actual. Hemos dejado para otra oportunidad, por ejemplo, la propuesta de Sarah Hoagland de una **ética lesbiana** que rescate la experiencia crítica de las relaciones de subordinación de la cultura heterosexual. O la crítica a las **teorías del yo** presupuestas por la ética que realiza Seyla Benhabib y su desarrollo del concepto de "**otro concreto**" que debe acompañar al "**otro generalizado**" en una teoría adecuada de la justicia. Pero quise introducir una voz generalmente ausente al tratar los fundamentos éticos de los derechos de la mujer: las propias mujeres; no sólo las protagonistas sino también las que han dedicado su esfuerzo intelectual a pensar y repensar desde la teoría del género los problemas de siempre. La consideración de la sexualidad y aun de la maternidad que se hace en las sociedades conservadoras es alienante. La ciencia, a través de las técnicas neonatológicas por un lado (que permiten mantener con vida por medios artificiales un bebé cada vez más prematuro) y de reproducción asistida por otro (que permiten retrasar cada vez más la necesidad de un útero materno) van apropiándose sospechosamente de la función biológica de la maternidad. Las mujeres se organizan para defender su autonomía y su libertad para decidir si quieren, cuándo y con quién ser madres; pero los gobiernos también buscan caminos alternativos para ejecutar compulsivamente sus políticas de población.

El hecho de que la sexualidad sólo se considere aceptable en relación con la procreación la limita a su función biológica (y por lo tanto, la menos **humana**) imponiendo una serie de restricciones. La homosexualidad no se vive co-

mo una elección personal y privada sino como una falta. Las mujeres solteras o lesbianas, por ejemplo, no se benefician con la fertilización asistida, porque los médicos asumen el papel de custodios de un sistema "moral" que implica la sacralización de la familia nuclear. Pero tal sacralización no lleva al Estado a ayudar a quienes desean ser madres en esas condiciones paradigmáticas, asegurándoles trabajo, vivienda, salud y educación. Es un sistema hipócrita donde los individuos (y particularmente las mujeres) han debido asumir funciones que deberían ser de los gobiernos.

El debate sobre legalización del aborto puede servir de ejemplo sobre la invisibilización de las mujeres como sujetos morales. Todo el tiempo se discute sobre los "derechos del embrión" y la entidad moral y humana del embrión, como si tal embrión fuera un ser autónomo. Pero el conflicto consiste precisamente en que su viabilidad depende del cuerpo de una mujer. Es notable cómo en las películas que suelen usar los grupos antiabortistas para promover su posición (cuyo análisis y crítica merecen un artículo aparte) el cuerpo de la mujer aparece fragmentado: es sólo un "envase" que contiene al niño, el lugar donde el milagro de la vida ocurre; y sus aspectos específicamente humanos (su deseo o no de ser madre, sus miedos, sus expectativas y planes de vida, sus creencias y experiencias, sus sentimientos y valores) no son tomados en cuenta. Esta consideración de la mujer como un envase pasivo se remonta a Aristóteles, está enraizada en la religión cristiana a través de las elaboraciones de Santo Tomás y se puede advertir en expresiones muy diversas de la cultura. La objetivización de la mujer en la maternidad es una contracara de su objetivización en la pornografía. Ofende y deshumaniza, interfiere en cualquier ideal igualitario y priva a la humanidad de la originalidad y la singularidad que pueden ofrecer millones de seres.

No es sólo que las mujeres merezcamos ser sujeto de los derechos humanos. Es que éstos no lo son si no incluyen a las mujeres.

# Temas para pensar y actuar

Magdalena Ruiz Guiñazú

Todas las mujeres que hemos tenido una familia numerosa apostamos, generalmente, por la vida. Y, al mismo tiempo, esto nos permite algunos juicios avalados no sólo por nuestra propia experiencia sino también por lo que significa "hacerse cargo" de por vida de haber traído hijos al mundo. Esta enorme responsabilidad, unida a la de ser también una periodista comprometida conmigo misma, me ha hecho reflexionar extensamente sobre el tema sin sentirme por ello dueña de la verdad. Sin embargo, pienso (y en este sentido fue muy valiosa la experiencia de la Conferencia de Naciones Unidas en El Cairo, en septiembre de 1994) que antes de hablar de aborto, quizás habría que enfatizar sobre lo que realmente significa la paternidad responsable. Por ejemplo: en la reciente y tan discutida encíclica del papa Juan Pablo II, "Evangelium Vitae", se subraya que los matrimonios católicos que recurren a la planificación familiar "natural" podrán -por sólidas razones morales- postergar indefinidamente el embarazo.

Y aquí cabe preguntarse algo: ¿cuando es necesario o se desea espaciar los hijos, no es la última intención lo que cuenta realmente?

Me explico: si decidimos no tener más hijos, nos hacemos responsables por esa decisión. ¿Cuál es la diferencia entonces entre evitarlos con pastillas, diafragmas, preservativos o el método Billings? Porque la intención es no procrear y lograrlo con seguridad. ¿Por qué, entonces, si el fin último y la recta intención es limitar la familia? ¿Por qué, repito, se hace hincapié en el cómo y el cuándo? Obviamente que, sin siquiera hablar de aborto, los medios aquí sí justifican el fin.

Creo que esto es un punto muy importante que muchas veces, cuando se habla de salud reproductiva, se convierte enseguida en una polémica en contra o a favor del aborto, soslayando el fondo de la cuestión que es la prevención.

Quizás en los medios de comunicación audiovisuales estos temas no vuelvan con la deseada reiteración. Más bien se diría que la prensa gráfica se

ocupa de ellos con mayores investigaciones que pueden aportar elementos importantes a los que se interesan en este punto. Y cuando nos preguntamos el porqué de este semi silencio audiovisual quizás podamos pensar en varias cosas. Por ejemplo: muchos periodistas (tal como ocurre con los políticos) son renuentes a revelar públicamente su opinión sobre puntos tan delicados. No creo que sea una cuestión de pudor, sino que, aquí, los atavismos influyen para que muchos rehuyan el compromiso de manifestarse contra ciertos dictados de la Iglesia Católica o de la religión Judía. A veces, incluso, se teme cambiar una imagen hogareña de tiernos colores con definiciones que, por otra parte, quedan reflejadas en la familia que cada uno forma y exhibe.

No debemos olvidar que, por esas cosas de esta sociedad mediática, la personalización de los programas de radio y televisión de mayor repercusión hace de nosotros personajes muy cercanos al público pero, al mismo tiempo, observados y juzgados.

Sin embargo, y quizás habría que insistir en ello, también un factor que puede gravitar negativamente en cuanto a divulgación es la poca difusión que ha tenido -por lo menos hasta ahora- el proyecto de la Ley Nacional de Salud Reproductiva que pertenece a los legisladores Fernández Meijide, Alvarez, Zuccardi, Parente, Carca y otros. En torno a este proyecto se podrían decir muchas cosas y la presencia de los legisladores citados en distintos programas podría estar siempre acompañada por alguna alusión de parte de ellos a este Proyecto, proponiendo entonces ulteriores debates o conversaciones sobre el mismo.

Quizás si, cuando algunos de estos legisladores recibe un llamado de los productores de los programas de buena audiencia, se les planteara a éstos la necesidad de hablar del tema reproductivo, éste se volvería seguramente parte de la actualidad. Pero no todas son responsabilidades del periodismo. Remontemos un poco más arriba. ¿Acaso el Estado se preocupa mucho? Creo que hay una actitud muy clara de parte de las autoridades gubernamentales. No se hacen campañas ni tampoco parece fácil para algunos desprenderse de aquel siniestro decreto 3938/77 (luego derogado con la democracia) que propendía a "eliminar las actividades que promueven el control de la natalidad... por razones fundamentales de seguridad nacional que requieren una mejor relación entre población y territorio." Y como, tampon-

co, nadie se ha preocupado en difundir la derogación de este artículo, como decíamos en 1986, persiste su vigencia imaginaria.

Tampoco los políticos parecen preocuparse (fuera de las excepciones que mencionábamos, a las que habría que añadir los esfuerzos de la diputada Florentina Gómez Miranda), quizás por aquello de "qué va a decir la Iglesia", refiriéndose seguramente a los sectores más conservadores del clero argentino. Tal vez si tuvieran un contacto fluido con obispos y grupos más avanzados se quedarían sorprendidos por ciertos "aggiornamientos" que probablemente desconozcan. Además, sería deseable que los políticos recuerden que no se puede legislar o proclamar o callar sólo para algunos (aunque sean mayoría) y, por otra parte, dadas las grandes falencias educativas de las que adolecemos, la Argentina no es un país particularmente religioso sino "devocional", donde los cultos a determinadas imágenes o advocaciones o santos han venido a reemplazar lo que debería haber sido una sólida educación ética y moral. Por lo tanto, los grandes temas que hacen a la Vida del Hombre (como especie) deben ser tratados como tales sin temor a que en las urnas puedan luego resolverse en resultados adversos.

Ahora bien, la importancia del tema es tal que, créase o no, a veces puede dar lugar a situaciones y alianzas absolutamente impensables. El año pasado, en la Conferencia de las Naciones Unidas en El Cairo que mencionaba al comienzo de estas líneas, pese a que la invitación oficial rezaba (a nivel mundial) "...sobre la Población y el Desarrollo", desde el primer día se polarizaron las sesiones y el tema del aborto pasó a ser EL TEMA, LA DISCUSIÓN. Como si, con anterioridad, no hubiera sido necesario avanzar sobre Derechos Reproductivos. Como en un mal best-seller, el Vaticano y los integristas musulmanes (cada uno desde su óptica) terminaron compartiendo determinadas posiciones, armonizando quizás más allá de lo previsto. Por ejemplo, el Vaticano insiste en que los jóvenes no deben tener intimidad sexual antes del matrimonio; las autoridades religiosas musulmanas coinciden y añaden que, al ser así, la educación sexual de los jóvenes resulta inútil. (Pero -agregaba el vice ministro de Salud de Irán, Hussein Malek Afsali- si desean casarse a partir de los 16 años, entonces pueden ser informados.)

En cuanto al aborto, la Universidad de Estudios Islámicos Al-Azhar acaba de afirmar que "... ni aún en caso de adulterio o violación" se puede hablar de aborto, a semejanza de Juan Pablo II cuando pidiera a las mujeres violadas

en Bosnia que no interrumpieran su embarazo. Por otra parte, el vocero del Vaticano Joaquín Navarro Valls declaró textualmente en un reportaje que me concedió y que tengo grabado en mi archivo que "... *ni aún en caso de Sida la moral católica puede aceptar métodos técnicos y artificiales de contracepción*". "*Ni hablar de preservativos, pues.*", subrayó este hombre del *Opus Dei* ante el asombro de quien esto escribe. Añadiendo luego, una vez en la Sala de Prensa, que "... *el crecimiento demográfico en el mundo no es un verdadero problema. La política en materia de población no debe depender de los números sino de los seres humanos.*"

Debo agregar, lamentablemente, que la delegación argentina, junto a la de Ecuador y algunos países más, mantuvieron la posición más conservadora y cerrada de la Conferencia. Tan es así que algunos afirmaban que la Argentina estaba tan "a la derecha" que ni siquiera le dejaba un cómodo margen de maniobra a los hombres de la delegación pontificia.

Finalmente nos encontramos mucho más acompañados con el pensamiento del Presidente Clinton transmitido por el Vice, Dole: "*Los padres deben disponer del derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y... contrariamente a ciertas afirmaciones, nosotros no apoyamos el aborto como un método de planificación familiar. Sin embargo... respetamos las diversas leyes nacionales aunque nos oponemos a cualquier obligatoriedad al respecto... La actual política estadounidense implica que el aborto debe ser una cuestión personal y no de dictadura del sector público... Y como yo he dicho muchas veces, el aborto debe ser seguro, legal y escaso.*"

Inesperadamente, también, la actriz Jane Fonda (presente como embajadora de buena voluntad para la Planificación Familiar) en su discurso inaugural mencionó un estudio muy interesante del Banco Mundial en el que, de acuerdo a experiencias realizadas en México, cuando los grupos de adolescentes reciben instrucción y la noción de respeto por su propio cuerpo y persona, terminan por postergar voluntariamente su iniciación sexual hasta tanto se consideren en condiciones responsables como para formar una pareja.

Sin duda, también el imponente presupuesto asignado a los problemas familiares por Naciones Unidas no deja de encender codicias y suspicacias. Sería atroz que una política autoritaria menoscabara la libertad del hombre haciéndolo apenas parte de un engranaje cuyos secretos sólo conocen los iniciados.

Esperemos que en la próxima conferencia de Pekín nadie deje de tomar conciencia de lo que se está debatiendo.

Mientras tanto algunas cifras nos vendrán bien para tomar posiciones y ordenar nuestros razonamientos: en el mundo hay mil millones de personas que luchan por sobrevivir con un dolar diario. Dos mil millones no disponen de agua limpia. Tres millones de niños mueren al año por malnutrición. Y, a pesar de ello, la población de los países en desarrollo crecerá durante este decenio más que en ningún otro anterior: unos 80 millones de personas al año. En los próximos 35 años el crecimiento demográfico mundial representará aproximadamente la mitad de la población actual.

¿Quién se hará cargo de ellos? ¡Y cuánto más sensato y humano es prever las consecuencias antes que castigar a los inocentes -indirectos- culpables!

Ojalá no le tengamos miedo a estos temas y que el compromiso moral de cada uno se ajuste a la urgencia que nos indica que es esta generación nuestra la que tiene que actuar y proteger a los más débiles.

Es casi un mandato.

# Derechos reproductivos, Derechos humanos

Susana Finkelman

A 45 años de proclamada la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, y después de sucesivas reuniones de los organismos internacionales, la evolución histórica de estos derechos ha estado marcada por la ausencia de una perspectiva de género sin la cual no es posible una cabal comprensión de la realidad.

Recién en la Conferencia de Viena de 1994 se llega a la conclusión que la violación a los derechos específicos de las mujeres es una violación a los derechos humanos.

Decir que el derecho a una salud reproductiva tenga para la mujer el carácter de derecho humano, implica un reconocimiento a su capacidad de decidir sobre su sexualidad y sobre su deseo de procrear o no. Y sobre todo volverse sujeto de este derecho y exigir de los gobiernos: el cuidado de la salud y de la información relacionada con la salud, la libertad y la igualdad dentro de la sociedad.

Si bien estos derechos están reconocidos por las Convenciones Internacionales, hoy con rango constitucional, para el caso de no existir legislación local que la haga viable y el compromiso político real de destinar los recursos para ese cumplimiento, ese derecho no tendría su correspondiente pauta instrumental para hacerlo operativo y no meramente discursivo.

## *Cómo y para qué se legisla*

### **Planificación familiar o derecho a la salud reproductiva**

Si bien como se decía anteriormente es desiderativo que se plasme el derecho humano a una salud reproductiva, esta legislación puede ser tomada por el Estado, de tal forma que contradiga el sentido de derecho y la transforme en obligación, según las decisiones del poder político nacional o internacional. Así existen a nivel de legislación comparada, normas llamadas de planifica-

ción familiar que favorecen los abortos egenésicos y esterilizaciones, así como la "recomendación" de tener un solo hijo o dos si la primera es mujer, (República Popular de China) o que estimulan a la no-procreación mediante incentivos fiscales (Taiwan) o mediante la prestación de servicios de jardines maternales y atención médica gratuita para familias con un solo niño y que no intenten tener más (República de Corea).

O la legislación siria, que premia con honor a los padres de familias prolíficas. Es que en realidad esta regulación no está referida a la salud reproductiva, ni contempla a la mujer como sujeto de este derecho, sino simplemente lleva a cabo políticas poblacionales, sin tomar en cuenta la decisión o deseo del destinatario de tales políticas.

Incluso la ley francesa de 1974 en su articulado indica que cada año, conjuntamente con la aprobación del Presupuesto Nacional, el ministro del área social deberá rendir cuenta de la evolución demográfica del país y de la aplicación de la ley.

Las decisiones del poder sobre planificación de la fecundidad de sus ciudadanos puede venir, incluso, de los países centrales para con los países menos desarrollados, implementando y/o sugiriendo métodos de anticoncepción o esterilización y en definitiva, imponiéndolos mediante presiones comerciales.

Es de recordar la cantidad de mujeres negras e indígenas esterilizadas en Brasil, Salvador y Guatemala. En estos dos últimos casos las mujeres no hablaban más que su idioma regional, y teóricamente prestaron el asentimiento a una ligadura de trompas. Este accionar respondía a una forma de control político, ya que en las zonas en que esto se realizó, existían habitantes que podían incorporarse a la guerrilla.

Es por ello que la legislación de varios países, entre ellos Brasil y Colombia, ponen un acento especial en prevenir tales intromisiones, prohibiendo la participación de organismos públicos o privados extranacionales para la planificación familiar en esos estados.

Esta legislación condice con lo decidido en 1966 por la Asamblea General de la ONU que reconoció la soberanía de las naciones en la formulación y fomento de sus propias políticas de población, con la debida atención al principio de que la magnitud de la familia depende de la libre elección que cada una de ellas haga en particular.

Las legislaciones arriba citadas como ejemplo son meras enunciaciones poblacionistas, disfrazadas bajo el rótulo "Planificación familiar" que transforman a la mujer y a la pareja en objeto de su reglamentación.

Y esa reglamentación no se basa en satisfacer necesidades humanas básicas, tiene un origen o bien economicista o bien de necesidades del poder.

Los gobiernos acuden a la planificación familiar tomando en cuenta el gasto que demanda cada nuevo habitante del planeta, las escasas reservas naturales, el problema de la desocupación, la escasez de infraestructura y vivienda para tantos habitantes.

Por otra parte, en una era en que la cibernética e informática hacen innecesaria la mano de obra barata en cantidad, y las guerras se resuelven a través de computadoras, las normas poblacionistas ya no tienen sentido.

Reducir a legislar una planificación familiar diseñada desde el poder y para un proyecto de futuro sin la participación de sus destinatarios es una ficción jurídica temporal y probablemente contradictoria en un tiempo no lejano.

Somos sujetos de la legislación, son nuestros derechos humanos los protegidos; o de Malthus a la fecha nada ha cambiado.

### ***Repaso histórico. Ayer: legislamos para salud o para control***

Quizás la primera regulación en cuanto a la procreación humana se plasmó en el tabú del incesto. Pasar a la reproducción exogámica fue la primera intervención social (del clan en este caso) respecto de la reproducción humana. Al entrar en la era del patriarcado, y al reconocer la capacidad que tiene la mujer para reproducir la especie, los varones se ocuparon de apropiarse de las mujeres con el objetivo de controlar la legitimidad de los hijos que habrían de sucederles en el patrimonio. A partir de ese momento ese control asumiría la forma de tabú, religión o legislación.

Se sabe que los métodos anticonceptivos químicos y físicos fueron usados por las mujeres desde hace miles de años, con detalle reproducen los papiros egipcios, que consistían tanto en tapones con sustancias espermicidas, como en sustancias abortivas. El Antiguo Testamento relata la historia de Raquel y Lía y el uso de la mandrágora que tenía propiedades abortivas.

Aristóteles hace la primera referencia sobre anticoncepción diciendo que algunos impiden la concepción untando la matriz con aceite de cedro, y

con posteridad los hipocráticos hablaban de una substancia que, al beberla las mujeres, se impedía la concepción durante casi un año.

Pero la regulación o el permiso para utilizar los anticonceptivos surge en Roma, donde Plinio el Viejo (23 a 79 D.C.) dice que debe usarse un anticonceptivo "a favor de algunas mujeres cuya fecundidad necesita algún descanso". Soranos de Efeso, el ginecólogo más importante de la era romana, establecía técnicas anticonceptivas y abortivas e incluso las indicaciones y contraindicaciones de su uso.

Recomendaba asimismo la abstinencia en períodos previos y posteriores a la menstruación. Por lo tanto podría ser el comienzo de la idea del "método natural de períodos seguros".

Pero la ley no sancionaba el uso de los anticonceptivos en Roma; aun el aborto era permitido, pero con autorización del "pater familiae", considerando que el feto, sin carácter de persona, era parte del cuerpo de la madre.

La religión islámica, en sus primeras épocas, no se opuso a la anticoncepción. Autores como Avicena (1027 D.C.) mencionan varios métodos entre los que incluyen el uso de drogas, el coitus interruptus y el período de abstinencia.

Pero tanto la religión musulmana como la judía prohibían las relaciones sexuales durante la menstruación.

En la Edad Media, oficialmente, nada se sabía sobre anticonceptivos. La Iglesia Católica establecía la regulación de la vida sexual de esa época y el único fin de las relaciones sexuales era la procreación. Se exaltaba la abstinencia, la virginidad y el celibato, y se castigaba con distintas penitencias a quien osara transgredir esa norma.

La abstinencia periódica estaba reglada, por otro lado, por las prescripciones para Cuaresmas: los viernes del mes, las fiestas de guardar. No es extraño que tales prohibiciones, sumadas a las numerosas guerras, cruzadas, invasiones, pestes, la gran mortalidad infantil y la corta vida de las mujeres (que en promedio no superaban los 30 años) hubiesen funcionado como un sistema regulatorio de la fertilidad.

Pero de generación en generación las mujeres seguían transmitiendo conocimientos anticonceptivos. Quizás las comadronas habían leído los textos de Avicena o los antiguos escritos griegos.

Atento que el poder de la Iglesia, sumado al temporal, no podía admitir la transgresión a las reglas de control patriarcal establecidas, estas mujeres sa-

bias -las brujas- fueron objeto de una persecución que duró casi cuatro siglos. Las leyes religiosas se transformaron con el tiempo y las normas sociales impidieron a las mujeres pensar en ser dueñas de su propio cuerpo. El sexo sin procreación era para las otras mujeres (las prostitutas y las concubinas). Más adelante la legislación y las exhortaciones del poder tomaron otro sesgo en el discurso. El único valor de la mujer era su fecundidad, y su capacidad reproductora la hacía responsable de entregar a sus hijos para luchar por el país, para cumplir con las expectativas de la perduración de una raza, de una nación. El caso más paradigmático de esta situación lo constituye el de la Alemania Nazi. Antes de la asunción de Hitler las feministas alemanas habían conseguido treinta y dos diputadas en el Reichstag en 1926, logrando hacer aprobar leyes sobre anticoncepción "conservando la libertad del individuo respecto de su propio cuerpo tanto en el caso del hombre como de la mujer". En 1933 las feministas fueron excluidas por ley de cargos dentro de la docencia y la administración pública igual que los "no-arios". Los anuncios de prensa de métodos anticonceptivos fueron prohibidos como pornográficos y los centros de control de natalidad cerrados. Las mujeres debían volver al hogar y dejar sus puestos de trabajo a los hombres desocupados. Decía Hitler a la mujer: "El derecho a la libertad personal retrocede ante el deber de conservar la raza... El sacrificio de la existencia personal es necesario para garantizar la conservación de la especie."

Luego de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, de un lado, y de la Cortina de Hierro, por otro, volvía el control sobre la fecundidad femenina. El discurso y la legislación soviética centrada sobre la "Madre Heroína", con fines de repoblar un país que había perdido tantos millones de habitantes y en plena expansión era el correlato, en cuanto a ideología a la "Vuelta al Hogar" en los Estados Unidos, con su correspondiente "Baby Boom" para que las mujeres dejaran los puestos de trabajo a los hombres que volvían del frente de batalla.

Mientras tanto surgían nuevas tendencias ideológicas en otros países del mundo. En 1929, María Scope crea la primera clínica de Control Constructivo de la Fertilidad, donde se considera que el uso adecuado de la anticoncepción es la clave de la estabilidad social, la armonía matrimonial y el bienestar de las mujeres.

En 1951 Noruega consideró por primera vez ante Naciones Unidas que el planificar los nacimientos era parte integral de la ética social en nuestros

días; y en 1974, en la Conferencia Mundial de Población, de Bucarest, los gobiernos del mundo se comprometieron a que en 1985 todos los habitantes de la tierra tendrían acceso a información y servicios que les permitieran ejercer el derecho a planificar su fecundidad. Llegamos a 1995 y este derecho no ha sido instrumentado, especialmente para la población más necesitada, la que en definitiva más sufre los embarazos no deseados.

Párrafo aparte merece el pensamiento de la Iglesia Católica, que sistemáticamente -aun después del Concilio Vaticano II- sigue negando la existencia de algún método de llegar a una "paternidad responsable" que no se base en la abstinencia en determinados períodos del ciclo femenino (Método Ongino Knauss y Método Billings). A todos los otros métodos anticonceptivos todas las encíclicas posteriores "Humanae Vitae", "Gadium et Spes", "Familiaris Consortio" los rechazan considerando intrínsecamente deshonesto "toda acción que, o en previsión del acto conyugal, o en su realización, o en el desarrollo de sus consecuencias naturales se proponga como fin o como medio hacer imposible la procreación."

La última encíclica "Evangelium Vitae" va más allá todavía, ya que basada en la preexistencia de una ley moral (que sería la que enseña la Iglesia Católica) ante la norma legal, le niega esta última legitimidad para ser obedecida e identificando aborto con anticoncepción, niega al Estado la "capacidad de pretender disponer de la vida de los indefensos."

De este modo se retrocede en el tiempo al tratar de imponer la ley religiosa a toda la comunidad, como la única, incurriendo en un fundamentalismo, que curiosamente, a cada instante cobra en el mundo vidas indefensas que pretende preservar: las que dejan a las mujeres sin derecho a su salud reproductiva, y que en plena época del SIDA reniega de toda posibilidad de evitar su proliferación en aras de un dogma retardatario.

### *Qué pasa con los derechos de las humanas argentinas*

No creo que las argentinas se preguntaran hasta comienzos de este siglo si tenían derechos humanos.

Hasta 1926 eran para las leyes civiles menores de edad, sujetas primero a la autoridad paterna, y luego a la autoridad del marido. Sin derecho a la patria potestad de sus hijos nacidos, menos aún podrían haber imaginado que era legal evitar los embarazos.

Las primeras apariciones públicas a favor o en contra del control de la natalidad datan de 1930, en que la crisis económica y la desocupación hizo notar la cantidad de mujeres incorporadas al mercado laboral. En condiciones lamentables, como mano de obra barata, pero ocupada al fin.

Había autores que insistían en tal circunstancia en “animar” a las mujeres a volver al hogar, dejando los empleos a los varones. Otros economistas eran más concluyentes: había que prohibir por ley que las mujeres casadas trabajaran; sus deberes debían reducirse a la maternidad. En la revista católica “Criterio”, se publicaba un artículo que, tomando las estadísticas de natalidad, descubría que de las familias estudiadas el 68,14% tenía tres o menos hijos, y el 26,07% ninguno. Culpaba de esto el ingreso de las mujeres a las fábricas; ellas se acostumbraban a tener dinero propio y “rechazaban los continuos embarazos que las amenazaban con la pérdida de sus empleos.”

En 1935 hubo incluso un intento de retirar a las mujeres los derechos civiles conquistados diez años antes.

En 1949, las exhortaciones natalistas tenían un corte de defensa nacional. Entonces podía leerse en los libros de lecturas para niñas: “Mujeres para procrear héroes, no madres de renegados”, “La mujer argentina debe saber cumplir celosamente con sus obligaciones naturales.”, etcétera.

Esta idea pronatalista era de larga raigambre en la República Argentina. Desde Alberdi con su “Gobernar es poblar” hasta la frase popular “hay que poblar la Patagonia”, las políticas respecto de la procreación se confundieron siempre con las demográficas. Hasta hace pocos años, salvo en los grupos feministas, no se mencionaban derechos a la salud reproductiva, ni tampoco se mencionaba a la mujer como sujeto de ese derecho.

A pesar de ello, durante la primavera de los '60 y comienzos del '70, surgieron algunos centros de información y servicios sobre el control de la natalidad. El decreto 659/74, que estableció limitaciones a la venta de anticonceptivos y prohibió el desarrollo de actividades de control de la natalidad, volvió a las fuentes autoritarias natalistas. En su exposición de motivos menciona los bajos índices de crecimiento, como problema nacional, y que la existencia de programas de información y servicio de anticoncepción “estimula modos de vida antagónicos con los que corresponden al destino de un gran país desalentando la consolidación de la unidad familiar... desnaturalizando la fundamental función maternal de la mujer y distrayen-

do a nuestros jóvenes de su natural deber como protagonistas del futuro de la patria.”

Este decreto fue apoyado ideológicamente por el N° 3998 de 1978 denominado “Política de Población”. Con las mismas constantes: posición internacional en un posible conflicto con los vecinos; necesidad de ocupar “vacíos demográficos”; posibilidad de un mayor desarrollo del mercado de consumo. Con el retorno de la democracia estos decretos fueron derogados en 1986, pero no se siguió legislando en concordancia con las exigencias que habían planteado los convenios internacionales con el de la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Declaración de los Derechos del Niño o las recomendaciones de Naciones Unidas respecto del derecho de los habitantes a planificar su fecundidad mediante el acceso a la debida información y servicios que permitan a toda la población ejercer los derechos a su salud reproductiva.

Durante la Asamblea Constituyente de 1994, las mujeres presionaron para obtener la inclusión de una cláusula que garantizara a las ciudadanas el derecho de decidir sobre su propio cuerpo. Lo único que se obtuvo fue la posibilidad de discutir en el futuro la legislación sobre aborto sin una cláusula cerrada de la Constitución al respecto, como intentaba el Poder Ejecutivo en ese momento. La legislación sobre ese punto está en este momento en trámite parlamentario. Existe, por un lado una gran presión de los grupos de mujeres, de los movimientos defensores de derechos humanos, de sectores progresistas de los partidos políticos que apoyan, no sólo un nuevo proyecto de control de la natalidad, sino uno imaginado desde la óptica del derecho humano y de las humanas a su salud reproductiva, para su sanción. Por otra parte, otro sector ligado a los sectores más retardatarios trata de demorar que se convierta en ley, en base a consideraciones de forma y de fondo.

### *Conclusiones finales*

Volviendo al comienzo, ¿cómo y para qué se legislará en el próximo siglo tan cercano, respecto a la fecundidad humana? Tomando las decisiones acordadas en El Cairo, creo que resume la posición tanto de una futura legislación que no sea la pragmática reducción o aumento de las cifras de natalidad, sino que contemple las variables humanas y transforme la norma en una verdadera herramienta para las necesidades sociales.

Dice el documento en su Capítulo 7 (7.2) *“La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.”* (7.3) *“(…) Teniendo en cuenta la anterior definición, los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos que ya han sido reconocidos en documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos de consenso relevantes de Naciones Unidas. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y momento de tener sus hijos y a contar con la información de los medios para hacerlo. (...) También incluye el derecho que le asiste para tomar todas las decisiones concernientes a la reproducción libres de discriminaciones, coerción y violencia, tal como se expresa en los documentos de derechos humanos. (...) La promoción del ejercicio responsable de estos derechos para todos los individuos debería ser base fundamental de las políticas gubernamentales y comunitarias (...) Como parte de su compromiso, debe otorgarse total atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y equitativas (...) La salud reproductiva no es una realidad para muchas de las personas en el mundo a causa de factores como los inadecuados niveles de conocimiento acerca de la sexualidad humana, por la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo: por las prácticas sociales discriminatorios, a causa de actitudes negativas hacia mujeres y niñas y por el limitado poder que muchas mujeres y niñas poseen acerca de sus propias vidas sexuales y reproductivas.”*

Una Ley Nacional de Salud reproductiva tendría para nuestro país la permanencia, jerarquía y cumplimiento de esa Declaración, educando con la ley a las futuras generaciones y manteniendo este derecho humano al margen de las coyunturales decisiones poblacionistas del poder en cada tiempo.

# Mortalidad materna.

## Análisis de situación

Dra. Diana Galimberti

La salud reproductiva ha sido definida por el Dr. Fathalla en el año 1992, durante la reunión de la Organización Mundial de la Salud, de la siguiente manera: "La salud reproductiva es el logro de cuatro objetivos específicos:

- a) *Que todas las parejas tengan la posibilidad de reproducirse y de regular su fecundidad.*
- b) *Que toda mujer pueda gozar de un embarazo y de un parto con total seguridad de salud.*
- c) *Que el resultado del embarazo tenga éxito, tanto en términos de la sobrevivencia, como del bienestar de la madre y el niño, y*
- d) *Que todas las parejas puedan gozar de relaciones sexuales sin miedo de un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad."*

De estas definiciones se deduce: que todas las parejas puedan regular su fecundidad, teniendo acceso a la gran variedad de métodos existentes e información sobre los mismos y que aquellas parejas que no son fértiles puedan obtener los servicios apropiados para resolver su problema.

También esta definición implica que las parejas, en un mundo moderno confrontado por epidemias y enfermedades transmitidas sexualmente incluyendo el SIDA, puedan protegerse de todos los riesgos asociados a conductas sexuales. Hay un problema que para los países en desarrollo sigue siendo muy serio y el vencerlo constituye el desafío o uno de los desafíos más importantes, dentro del marco de salud reproductiva. Es el tema de la mortalidad materna; es decir la relación que existe entre el cuidado de la mujer, la educación para la salud y la posibilidad de evitar daños, accediendo a una procreación responsable, segura y gratuita para todas las mujeres que lo deseen.

También Fathalla decía que las tragedias de las muertes maternas en el mundo actual muestran el valor que las sociedades adjudican a la vida de una mu-

jer. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo, o por su interrupción, excluyendo las causas accidentales o incidentales.

Las muertes de mujeres por causas derivadas del embarazo o del parto constituyen siempre una tragedia obviamente para ellas mismas, pero también para la familia y la comunidad.

Estas muertes son producto del desinterés de la sociedad por garantizar los derechos fundamentales de las mujeres en materia de reproducción biológica, y son al mismo tiempo inequívoca expresión de las desventajas que experimentan las mujeres por el hecho de ser madres, como se señala en un documento de la Oficina Panamericana Sanitaria:

*"... la muerte de una mujer por motivo de la maternidad debe ser entendida como expresión de la relativa desventaja que experimentan importantes sectores femeninos de la región de las Américas, en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de la maternidad deseada."*

Las muertes maternas producen en quienes rodean a la mujer daños psíquicos y sociales, y comprometen el bienestar de la familia y los hijos. En amplia mayoría son muertes evitables, porque las principales causas y los factores que la determinan son ampliamente conocidos, contándose con el conocimiento científico y la tecnología para impedirlos.

Por todo ello la defunción materna es en el mundo actual tan anacrónica e ilógica como las muertes por frío.

La mayor disparidad de los indicadores de salud utilizados internacionalmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, es la que se observa en las tasas de mortalidad materna, mayor aun que la referente a la mortalidad infantil. En efecto, mientras que las tasas de mortalidad de lactantes son en promedio 10 veces más altas en los países en desarrollo que en los países desarrollados, el riesgo de morir en el embarazo, el parto y el puerperio, es de 50 a 100 veces mayor en promedio, para las mujeres de los países en desarrollo que para las mujeres de América de Norte y Europa septentrional.

En los países desarrollados la tasa de mortalidad materna ha caído en las últimas décadas. La mayoría de ellos se encuentran en un nivel de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Para estas mujeres dar a luz es ahora más fácil y seguro que nunca. Sin embargo, para la mayor parte de las mujeres del mundo este acontecimiento continúa siendo extremadamente peligroso; más de medio millón de mujeres mueren anualmente por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en la amplia mayoría de países en desarrollo, en donde tienen lugar el 86% de todos los nacimientos. Se producen más muertes maternas en la India en un día que en todos los países desarrollados en un mes. Pero la fuerte disminución de la mortalidad materna observada en los países desarrollados no fue simplemente el resultado de un mayor acceso a los cuidados obstétricos. La posibilidad de estas mujeres de alcanzar una maternidad segura fue el resultado de diversos condicionantes: una mejor nutrición, mejores condiciones habitacionales y de trabajo, el acceso a educación y a métodos efectivos y regulación de la fecundidad, el acceso a los cuidados prenatales y a servicios de atención al parto de buena calidad, fueron cruciales. La magnitud de la mortalidad materna puede considerarse una denuncia, un indicador de la desventaja social de las mujeres; sus determinantes y diferenciales no deben ser considerados aisladamente de la situación de las mujeres en la sociedad. Muy por el contrario deben considerarse indicadores inequívocos de los desequilibrios sociales en la distribución de los riesgos de enfermar y morir relacionados con la capacidad reproductiva distintiva y específica de las mujeres.

En los países en desarrollo, y en particular en los sectores sociales más desprotegidos, las mujeres padecen una situación de desventaja social, cultural y económica. Esta situación se manifiesta en menores oportunidades laborales, educativas y desprotección social que las que tienen los hombres, y en una distribución desigual de recursos, responsabilidades y obligaciones sociales. Desde hace algunos años se evidencia en el mundo en desarrollo una creciente preocupación por la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el proceso reproductivo, tanto en sus aspectos biomédicos como sociales y culturales. El movimiento de salud de las mujeres, por su parte, ha desplegado sistemáticos esfuerzos para ser visible y llamar la atención sobre este problema de mortalidad materna y proponer estrategias políticas y asistenciales para revertir esta situación de injusticia social. Además esta preocupación ha

comprometido a diversos organismos y actores de la comunidad política y científica internacional, tanto en el debate como en la acción.

Por todo lo expuesto las muertes maternas deberían ser objeto de máxima preocupación entre las autoridades políticas, sanitarias, y los profesionales involucrados en la atención de la salud reproductiva, y también deberían ser motivo de urgentes pero cuidadosas intervenciones sectoriales y extra sectoriales. La mortalidad materna en los países de Latinoamérica y el Caribe constituye un problema social y de salud, de profunda relevancia.

En la mayoría de ellos las tasas de mortalidad materna continúan siendo elevadas aunque han disminuido en varios países de la región en las últimas dos décadas. En términos de tendencia, las cifras para el periodo 1960-1984, indican en general un descenso global.

En 1960, el 50% de los países de América Latina y el Caribe, mostraban tasas de mortalidad materna cercanas o superiores a 200 por 100.000 nacidos vivos. En 1984 esta situación sólo persistía en cinco países: Bolivia, Haití, Honduras, Perú y Paraguay, pero actualmente las muertes maternas continúan figurando entre las 10 primeras causas de muerte entre las mujeres en edad fértil en 23 países de la región, en donde habita el 98% de la población de la misma. Por su parte el riesgo reproductivo o la probabilidad de que una mujer muera por causas maternas durante su vida reproductiva es equivalente a 1 en 79; esta probabilidad varía y muestra fuertes contrastes entre países (cuadro N° 1).

En América Latina la mortalidad materna tiene dos características centrales:  
*1) predomina en determinados grupos, en mujeres de ciertas clases sociales, y*  
*2) es evitable en gran número de casos.*

### ***Las causas de la mortalidad materna***

Las causas de mortalidad materna son múltiples, están relacionadas con una amplia gama de condiciones y deben ser enfocadas desde dos ángulos distintos: el de la etiología clínica y el otro el de los condicionantes sociales y culturales, que exponen a ciertos grupos de mujeres a situaciones de mayor riesgo. Situaciones económicas, sociales, geográficas y de calidad de los servicios médicos condicionan los diversos aspectos de la salud materna, y son fuente de la variabilidad en el riesgo de enfermar y morir durante el embarazo, parto o puerperio. Existen actualmente, en proporción, más mujeres que hombres en condiciones de pobreza; las mujeres pobres, además, están cre-

cientemente combinando actividades domésticas con responsabilidades productivas, lo que aumenta considerablemente el desgaste de energía y actúa en detrimento de la salud física y psíquica.

Existen otros factores determinantes de la mortalidad materna: principalmente el estado de salud previo de la mujer, su conducta reproductiva anterior, y el acceso a los servicios de salud.

Este último factor está afectado no sólo por la disponibilidad de servicios accesibles geográfica y económicamente, sino también por ciertos factores culturales. Entre los más importantes figura la interpretación de las mujeres sobre las necesidades y riesgos asociados al embarazo, como la percepción de que el embarazo es un hecho natural que no requiere atención previa especial, y el conflicto psico-social entre algunas características de la atención dispensadas en los servicios de salud, como la imposición de ciertos procedimientos médico-tecnológicos sobre las necesidades y expectativas de las mujeres. En relación a este tema, la Oficina Panamericana Sanitaria señala que también es conveniente reconocer la cuota de responsabilidad que pesa sobre los servicios de salud en la conservación de las elevadas tasas de mortalidad materna.

Los estudios de las condiciones de eficiencia de los servicios de atención materna revelan la dimensión de la participación de las instituciones de salud en la generación de este grave problema y por ende la magnitud de su compromiso en la solución del mismo.

Aunque existen variaciones en las formas de clasificar las muertes maternas, estas pueden ser divididas en dos principales categorías:

- *muertes obstétricas directas*
- *muertes obstétricas indirectas*

*Las muertes obstétricas directas* son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, del trabajo de parto o del puerperio, de intervenciones de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

*Las muertes obstétricas indirectas* son las que resultan de una enfermedad existente o de una enfermedad que evoluciona durante el embarazo; no se deben a causas directas pero son agravadas por los efectos fisiológicos del mismo. En el cuadro N° 2 se presentan las estadísticas oficiales de la distribución de las defunciones maternas según grupos de causas y por regiones.

El análisis de las causas de muertes obstétricas directas muestra que las más frecuentes son: el aborto inducido, la hemorragia, las infecciones, el parto obstruído y la eclampsia.

Las causas de muertes obstétricas indirectas más frecuentes son aquellas enfermedades concomitantes con las anemias, malaria, hepatitis y tuberculosis, las que se empeoran con el embarazo y el parto que no reciben adecuada y oportuna atención médica.

Detrás de este panorama descrito están las condiciones creadas o agravadas por la extrema pobreza y la situación de la mujer. Muchas veces las embarazadas entran en situaciones de riesgo debido a su deficiente estado físico, fundamentalmente nutricional, y a la carencia o a la insuficiencia de cuidados prenatales a los que se accede con poca frecuencia o tardíamente.

Muchas veces la mortalidad materna es el resultado de una débil salud reproductiva y de procesos de desgaste del organismo producidos por los factores antedichos. Estos procesos pueden comenzar aún antes de nacer, continuar en la niñez y la adolescencia, y persistir y agravarse durante los años reproductivos. Comprende una amplia gama de problemas que va desde las deficiencias vitamínicas y minerales persistentes hasta los problemas derivados de embarazos a edades extremas, o de embarazos múltiples con intervalos intergenésicos muy breves.

La falta de nutrición, las parasitosis intestinales, diversas infecciones, y trabajo físico excesivo potencian sus efectos y producen mujeres anémicas y desnutridas. En estas condiciones, los embarazos (especialmente los frecuentes) causan stress físico y psicológico que frecuentemente conducen al llamado síndrome de agotamiento materno, creando un círculo vicioso de pobreza y enfermedad de marcados efectos adversos sobre la vida y el bienestar de mujeres y niños.

De todas las causas de muerte materna el aborto inducido, que es ilegal en todos los países de América Latina exceptuando Cuba y Puerto Rico, está entre las principales causas de muerte de las mujeres entre 15 y 49 años. Se estima que en América Latina se realizan alrededor de 5.000.000 de abortos anuales, lo que indicaría una prevalencia de 500 abortos por cada 1.000 nacidos vivos (cuadro N° 2).

Aunque la magnitud real de abortos inducidos se desconoce (y se presume un alto subregistro de muertes maternas, especialmente de muertes por abortos) se

estima que se producen alrededor de 1.000 defunciones por cada 100.000 abortos inducidos por año. La mortalidad por abortos podría ser responsable en algunos países de casi la mitad de las muertes maternas.

Es ampliamente reconocido que los riesgos del aborto inducido se asocian al método utilizado, a la competencia técnica de quien lo realiza, al momento del embarazo en que se lo efectúa, al estado de salud de la embarazada, y a la disponibilidad y calidad de los cuidados médicos dispensados.

Además de las consecuencias físicas y psicológicas sufridas por las mujeres, el aborto clandestino compromete un considerable drenaje de recursos hacia los servicios de salud públicos encargados de resolver las complicaciones derivadas de abortos mal realizados.

Se calcula que en América Latina entre el 20 y el 40% de las camas de los servicios de ginecología y obstetricia son ocupadas por mujeres que sufren los efectos de abortos mal realizados, y diversos estudios han estimado los costos económicos y sociales de esta situación.

Entre las complicaciones físicas derivadas de abortos mal realizados se encuentran: infecciones pélvicas, hemorragias, traumatismos de los órganos pélvicos, perforaciones uterinas, daños de vejiga e intestino.

En los casos en que se utilizan sustancias químicas que se introducen por la vagina se producen con mucha frecuencia hemorragias, necrosis o quemaduras. Pero no todas las mujeres tienen el mismo riesgo de enfermarse o morir como consecuencia de un episodio reproductivo: los factores sociales, psicosociales y ambientales señalados sumados a los propiamente biológicos aumentan las posibilidades de que algunas mujeres más que otras desarrollen complicaciones serias o fatales y corran riesgo de morir.

En la literatura se señalan cuatro grupos de factores de riesgo asociados a muertes maternas, que se distribuyen diferencialmente entre la población, y que resumen condiciones físico-clínicas, antecedentes biológicos y condiciones socio culturales. Estos son: riesgos preexistentes, enfermedades preexistentes, riesgos que aparecen durante el embarazo riesgos durante el parto y post-parto.

Dentro de los riesgos preexistentes se han señalado como los más importantes a las edades maternas extremas -menos de 18 años y más de 35 años-, paridad primera y posterior a la quinta, intervalos intergenésicos cortos (menos de 2 años), pobreza y analfabetismo, hábitos higiénicos, residencia en zonas

urbanas marginales o rurales con servicio de salud de difícil acceso o inadecuados, baja estatura de la madre (menos de 1,40 m) y desnutrición.

Entre las enfermedades preexistentes que tienen una influencia negativa sobre el curso del embarazo o parto se destacan: enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, la tuberculosis, las infecciones crónicas, la hipertensión, las enfermedades cardíacas y renales, y las anomalías óseas y estructurales, raquitismo o malformaciones.

Entre los riesgos que aparecen durante el embarazo se han señalado como los más importantes: anemia, diabetes, infecciones, bajo aumento de peso, abuso de alcohol, drogas o tabaco, exposición a radiaciones y riesgos ocupacionales entre los que se cuentan la carga de trabajo por la doble jornada laboral.

Durante el parto los riesgos son: problemas de presentación fetal, septicemias, accidentes anestésicos, hemorragias durante el parto, parto prematuro, embarazo prolongado y rotura prematura de membrana.

Por último, entre los riesgos post-parto se destacan fundamentalmente las hemorragias y las infecciones.

Es importante destacar que las causas de mortalidad materna son múltiples y no siempre estrictamente biológicas, ya que están relacionadas con una amplia gama de condiciones sociales, económicas y psicosociales.

En la gran mayoría de los casos las mujeres que mueren por complicaciones de embarazo, parto o post-parto, son mujeres que viven en situaciones de pobreza y con dificultades para acceder a servicios donde puedan recibir atención adecuada.

En la conferencia de Nairobi sobre maternidad sin riesgos, el Dr. Maller subraya que la mortalidad materna ha sido "una tragedia descuidada, los que la sufren son personas ignoradas, con menor fuerza e influencias sobre el empleo de los recursos nacionales; son pobres y por encima de todo, mujeres".

En las sociedades de la región una de las condiciones sociales y culturales que producen mayor daño es la de la discriminación contra las mujeres, a pesar de las múltiples funciones productivas y reproductivas que cumplen, desde tareas rurales como plantar y cosechar alimentos, pasando por tareas domésticas como cocinar, transportar combustible y agua, cuidar a los miembros de la familia, sean viejos o jóvenes, hasta trabajar en fábricas; aún así persiste la discriminación social y económica de las mujeres.

Una menor proporción de niñas que de varones se matriculan en las escuelas primarias y secundarias, y, en algunos países, las niñas tienen mayor tasa de mortalidad que los niños, y proporciones mayores de niñas que de niños se hallan desnutridos.

Esta desigualdad en la distribución de los recursos es condenable de por sí, y explica en buena medida los niveles y la distribución social de la mortalidad materna.

Las carencias de calcio, vitamina D o hierro pueden aparecer en la niña aún antes del nacimiento, continuando durante la niñez dando origen a una pelvis alterada y a la obstrucción en el parto o a una anemia o deficiencia crónica de hierro y la consiguiente muerte por hemorragia.

En Argentina los episodios reproductivos están asociados, aún hoy, a tasas de mortalidad materna moderadamente elevada. A pesar de que ésta ha descendido en los últimos 25 años, este descenso ha sido mucho menos pronunciado que el registrado en otros países de la región. Según datos oficiales en 1970, la tasa promedio nacional era de 139 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos, y en 1987, era de 49 muertes (cuadro N° 3).

Las defunciones por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio se ubican dentro de las cinco primeras causas de muerte de mujeres de 15 a 49 años; el plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas ubica a la Argentina entre los países que tienen una alta mortalidad materna.

En 1985 la tasa de mortalidad materna era de 60 cada 100.000 nacidos vivos y la distribución de defunciones maternas por regiones del país reflejaba claramente problemas de inequidad y calidad de los servicios de salud disponibles. Un claro indicador de la gravedad de la mortalidad materna en las provincias pobres del país se manifiesta en la situación del noroeste, región en la cual entre los años 70 y 80 aumentaron las tasas de muerte por toxemia y aborto, al mismo tiempo que disminuía la tasa promedio de mortalidad materna para el país en su conjunto.

En el año 1987 se realizó un exhaustivo estudio referido a estimar el nivel de la mortalidad materna y su estructura de causa en base a estimaciones indirectas basada en información secundaria porque se presume un fuerte subregistro de mortalidad materna como consecuencia de falta de certificación y registros existentes.

Según los resultados de este estudio el subregistro de muertes maternas detectados fue del orden del 40% para los lugares estudiados. La nueva estimación arroja la siguiente cifra:

- Una muerte materna cada 2.000 nacimientos, considerando sólo los certificados de defunción.
- Una mujer muerta cada 1.250 nacimientos, considerando sólo las historias clínicas que fueron encontradas y
- Una mujer muerta cada 1.100 nacimientos si se estima igual incidencia de muertes maternas entre las historias clínicas no encontradas.

Estos datos mencionados fueron obtenidos del estudio de la mortalidad materna, análisis del subregistro de las muertes maternas en Capital Federal provenientes de Cortigiani y otros, 1985. Dirección de Maternidad e Infancia. 1992. Mortalidad Materna en áreas seleccionadas. Serie 8 - N° 13. Buenos Aires.

Con respecto a lo observado en Capital Federal un 38,5% de las muertes maternas no estaban registradas como tales, lo que indicó que la tasa corregida de mortalidad materna para esa jurisdicción ascendía de 50 a 79.22 por 100.000 nacidos vivos y las muertes por abortos representaban el 39.2% del total.

Este estudio también demostró que las tres cuartas partes de las muertes maternas en esta jurisdicción correspondieron a mujeres de clase social baja.

La estructura de causa de mortalidad materna en las tres jurisdicciones que dicho estudio analizó se muestra en el cuadro N° 5 y la incidencia de la mortalidad materna a nivel nacional desagregada por regiones y según las estadísticas oficiales ordinarias se presentó en el cuadro N° 4.

Si hacemos un análisis de la estructura de causa de la mortalidad materna en la Argentina se evidencia claramente la relevancia del problema del aborto inducido. Es importante resaltar que a pesar de que con cierta frecuencia el acceso de las mujeres que padecen complicaciones derivadas de un aborto mal realizado es tardía, la revisión de historias clínicas encarada en el mismo estudio sobre mortalidad materna arriba mencionado, permitió observar la subutilización de la antibioticoterapia en tipo y dosis, como así también la ausencia de criterios normativos para la toma de decisiones quirúrgicas con la oportunidad necesaria como para que actuaran como recursos terapéuticos y no como una medida de última instancia o final.

Sin duda cuestiones relacionadas con la sanción social del aborto están presentes en la dinámica de los servicios de salud, y ejercen una influencia negativa

en la calidad de la atención dispensada a las mujeres que ingresan a los hospitales con cuadros que presumen complicaciones de abortos mal realizados, la que se traduce en respuestas demoradas e ineficientes.

Si ésta es la situación, resulta innegable e impostergable la reorientación de los servicios de salud para que puedan responder a las necesidades de la población. En el área de la salud esto supone la inclusión de servicios de procreación responsable en todos los efectores de salud que brinden información, educación y asistencia anticonceptiva para prevenir embarazos involuntarios y disminuir la incidencia de aborto, espaciar los embarazos y prevenir las consecuencias negativas de intervalos intergenésicos cortos y para garantizar el derechos de las mujeres y de las parejas a decidir libremente qué hacer con su capacidad reproductiva.

De esto se beneficiarán las mujeres, sus actuales hijos y aquellos hijos que, libre y voluntariamente, puedan decidir traer al mundo.

Debemos destacar particularmente la relación que existe en la Argentina entre muerte materna y forma de terminación del embarazo.

Datos aportados en 1985 nos dicen que las proporciones de las cesáreas en servicios públicos de la Capital Federal fue de un 15 a un 35% del total de partos y la tasa de mortalidad específica por cesárea se estima entre 77 y 179 por 100.000 nacidos vivos.

Si deducimos las cesáreas del total de nacidos vivos en la misma jurisdicción y para el mismo año puede estimarse una tasa de mortalidad por parto vaginal entre 13 y 17 veces por 100.000 nacidos vivos. Para completar esto la tasa de mortalidad específica por aborto, si se estima un aborto para 4-5 partos resulta en 122 a 152 por 100.000 abortos.

En síntesis, si consideramos la tasa de mortalidad por parto vaginal como de riesgo 1, la cesárea muestra un riesgo entre 6 y 20 veces mayor y el aborto un riesgo 9 veces mayor.

En nuestro país las tasas de mortalidad por parto vaginal y cesáreas son mucho más altas que las de los países desarrollados. Esto es fundamental resaltarlo pues es un llamado de atención sobre la calidad de los cuidados obstétricos que se brindan en los servicios de salud, capacidad resolutive de los mismos, disponibilidad de los recursos técnicos y capacitación de los recursos humanos.

De los datos provenientes de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires sobre los estudios realizados en hospitales públicos entre julio de 1991 y

diciembre de 1993, se han estudiado las causales de defunciones de mujeres entre 10 y 49 años según las causas.

Podemos decir que se observa una mortalidad materna del 9.60%, por detrás de ello se encuentra la muerte por accidente, cáncer de mama y cáncer de cervix; es muy importante que empecemos a distinguir lo que significa para este grupo poblacional el 12,70% corresponde a la muerte por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (cuadro N° 6).

Con respecto a lo ocurrido entre los años 1991 y 1993, podemos señalar que la mortalidad materna se mantuvo en una línea más o menos estable, mientras que la mortalidad por SIDA fue ascendiendo con el correr de los años y la tendencia es en ascenso. Los grupos que tienen mayor compromiso son los grupos correspondientes a edades entre 25 y 29 años y 35 y 39 años.

Con respecto al peso que tiene la mortalidad por aborto séptico, es decir, complicaciones de la práctica del aborto. Se puede destacar casi un 28% correspondiente a abortos, seguidos por otras patologías que complican el embarazo como es placenta previa o eclampsia, hipertensión.

El cuadro siguiente (cuadro N° 7) nos muestra el análisis de las defunciones maternas según estado civil. Podemos observar que un 45% corresponde a mujeres casadas, un 15% a mujeres que viven en concubinato y sólo un 40% a mujeres solteras. Si observamos comparativamente este cuadro y el de mortalidad según grupos de edad, podríamos decir que la mortalidad de mujeres no solamente implica el compromiso de la muerte en sí de una mujer joven sino que compromete y crea un estado de desprotección en sus hijos y su grupo familiar.

Al estudiar las defunciones por causas y grupos de edades en el mismo período observado, podemos concluir que mientras la mortalidad por SIDA es mucho más alta y compromete los grupos de mujeres jóvenes, la mortalidad materna se aleja y tiene también un porcentaje alto, como habíamos dicho entre los grupos de mujeres entre 35 y 39 años y más, mientras que la mortalidad por aborto compromete en mayor porcentaje a los grupos de mujeres más jóvenes.

Después de haber analizado cuáles son las múltiples condiciones o causas de mortalidad materna debemos plantear qué hacer con la misma. Podemos decir que ante una situación cuya causalidad es múltiple se debe utilizar la estrategia que incluya acciones sectoriales y extra sectoriales.

Sobre la salud reproductiva influyen factores médicos, biológicos, económicos y culturales. Si bien las causas son múltiples, las muertes se concentran generalmente alrededor de unas pocas, con lo que parece posible planear estrategias asistenciales básicas para combatirlas desde acciones socio - sanitarias fundamentalmente.

Podemos decir, también, que se necesita un compromiso político para reasignar recursos con los cuales puedan efectuarse acciones de salud para reducir la mortalidad materna: modificación de leyes y programas sociales para mejorar la situación legal y la condición de salud de las mujeres; salud de los adolescentes y accesibilidad de todas las mujeres a los programas de procreación responsable para prevención de embarazos involuntarios; asegurar los medios para implementar dichos programas y además un acceso a la atención médica adecuada para el embarazo, parto y post-parto.

Es necesario, por otra parte, promover la participación de la comunidad, en especial de las mujeres en planificación y ejecución de políticas y programas para que sus necesidades sean consideradas específicamente.

Es importante asegurar que las mujeres embarazadas que acuden a los servicios sean examinadas por personal sanitario adiestrado con tecnología apropiada para identificar los embarazos de riesgo y proporcionar atención prenatal y partos adecuados.

Sabemos que una asistencia en anticoncepción y una buena atención primaria en salud reproductiva antes y durante el embarazo podría reducir considerablemente el número de complicaciones potencialmente fatales al menos en la mitad o en dos tercios.

Se ha observado en investigaciones recientes que siempre hay una proporción de complicaciones que no pueden ser diagnosticadas o prevenidas y que en estos casos el acceso rápido a la atención de emergencia resulta una estrategia clave.

**I. Riesgo reproductivo y tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en países seleccionados de América, último año disponible**

<b>País</b>	<b>Defunciones maternas</b>	<b>Mujeres 15-49 años (en miles)</b>	<b>Riesgo reproductivo</b>	<b>Tasa Mort. Materna</b>
Argentina	386	7.139	528	69
Barbados	3	67	638	...
Belice	4	34	243	...
Bolivia	837	1.479	50	332
Brasil	1.892	34.405	520	140
Canadá	15	6.820	12.990	4
Colombia	720	7.287	289	100
Costa Rica	29	673	663	26
Cuba	84	2.687	914	26
Chile	131	3.210	700	41
Ecuador	397	2.215	159	160
El Salvador	99	1.067	308	148
EE. UU.	295	62.777	6.080	8
Guadalupe	3	89	848	...
Guatemala	236	1.738	210	202
Guyana	17	245	412	80
Haití	...	1.450	...	230
Honduras	84	958	326	221
Jamaica	14	576	1.176	115
Martinica	3	90	857	...
México	1.702	19.280	324	82
Nicaragua	...	735	...	159
Panamá	33	540	468	49
Paraguay	146	881	172	270
Perú	611	4.697	20	303
Puerto Rico	8	914	3.264	14
República Dominicana	106	1.575	425	100
Suriname	7	796	392	...
Trinidad y Tobago	18	316	502	80
Uruguay	23	703	873	26
Venezuela	291	4.252	417	60

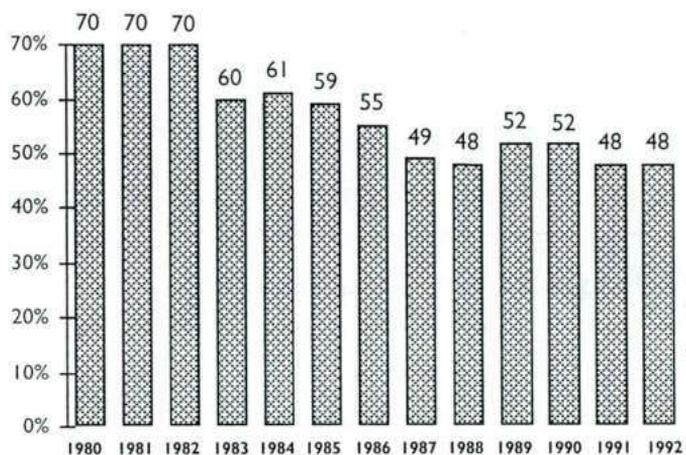
Estimados según datos del Sistema de Información Técnica de la Organización Panamericana de la Salud que se publican en *Las Condiciones de salud en las Américas*. Edición de 1990

## 2. Distribución porcentual de las muertes maternas por tipo de causas en países seleccionados de América

País (año)	Causas directas (Código CIE-9)						Causas indirectas (647-648)	
	Aborto	Toxemia	Hemorragia del embarazo y del parto	Complicaciones del puerperio	todas las otras causas directas	Todas las causas obstétricas directas	Causas indirectas (647-648)	
Argentina (1980-1985)	37,0	15,3	14,9	13,5	16,9	97,1	2,9	
Brasil (1980-1984)	13,3	30,8	19,1	16,1	18,1	97,4	2,6	
Canadá (1980-1984)	8,6	12,0	19,0	30,2	19,8	89,6	10,4	
Costa Rica (1980-1986)	17,6	18,2	15,7	22,6	24,5	98,6	1,4	
Cuba (1980-1986)	19,3	7,8	4,4	15,1	28,9	75,5	24,5	
Chile (1980-1986)	35,4	14,7	7,6	17,8	17,0	92,5	7,5	
Ecuador (1980-1982-1984-1986)	8,8	25,3	21,4	9,8	33,3	98,6	1,4	
Estados Unidos (1980-1986)	17,8	16,5	12,8	27,2	21,4	95,7	4,3	
Guatemala (1980-1981-1984)	11,2	4,4	2,4	8,9	72,1	99,0	1,0	
Honduras (1980-1983)	5,7	0,7	2,2	1,2	72,3	92,1	17,9	
México (1980-1983)	8,4	17,8	19,9	9,1	38,7	93,9	6,1	
Panamá (1980-1986)	16,4	16,0	16,4	6,0	43,4	98,0	2,0	
Paraguay (1980-1985)	14,4	16,3	25,5	17,3	22,4	95,9	4,1	
Perú (1980-1983)	10,2	8,3	30,8	14,5	35,6	99,4	0,6	
Puerto Rico (1980-1986)	18,5	29,7	25,9	18,5	7,4	100,0	0,0	
Rep. Dominicana (1980-1985)	18,5	25,6	20,1	4,1	24,4	92,7	7,3	
Suriname (1980-1985)	18,0	20,0	36,0	10,0	16,0	100,0	0,0	
Trinidad y Tobago (1980-1983)	54,3	15,3	4,4	8,8	45,5	98,7	1,3	
Uruguay (1980-1986)	24,7	15,3	4,4	8,8	45,5	98,7	1,3	
Venezuela (1980-1983)	24,6	19,0	15,6	17,5	16,5	93,2	6,8	

Fuente: Informes oficiales de mortalidad entregados por los países a la OPS

### 3. Tasa de Mortalidad materna. República Argentina. 1980-1992



Fuente: Dir. de Estadísticas de salud. Tasa por 100.000 nacidos vivos

### 5. Causas de muertes maternas en tres jurisdicciones seleccionadas

Nº total de muertes maternas	Buenos Aires 56	Córdoba 37	Tucumán 11	Total 104
<b>Causa</b>	<b>Tasa</b>	<b>Tasa</b>	<b>Tasa</b>	<b>Tasa</b>
Ectópico	1,2	...	...	0,7
aborto	24,6	19,2	13,8	21,6
Infección	13,5	15,4	27,6	15,5
Cardiopulmonar	11,8	7,7	13,8	10,1
Hemorragia	6,1	19,2	20,7	12,2
Hipertensión	3,7	7,7	...	4,7
Sistémicas	2,5	1,9	...	2,0
Anestesia	6,1	...	...	3,4
<b>Total</b>	<b>68,8</b>	<b>7,1</b>	<b>75,9</b>	<b>70,3</b>

En Buenos Aires (1985), Córdoba y Tucumán (1987). Clasificación Internacional de Enfermedades: Cod. 630-678. Las tasas se dan como muertes por 100.000 nacidos vivos.

4. Defunciones maternas y tasas de mortalidad por 100,00 nacidos vivos según grandes grupos de causas y lugar de residencia por regiones. República Argentina. Año 1980

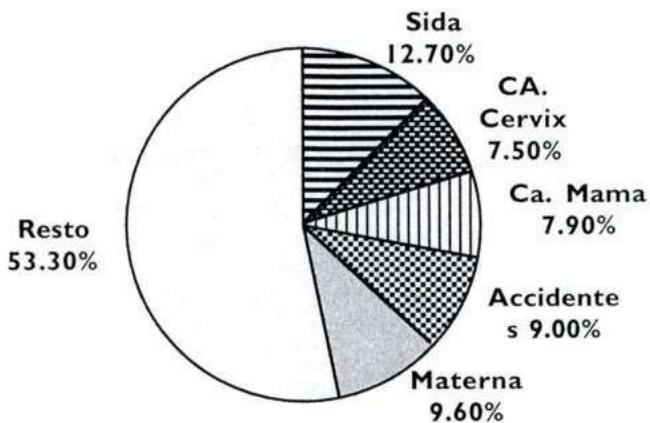
Causa de muerte	Total País		Regiones					
	D	T	Cap. Fed	Noreste	Noroeste	Centro	Pampeana	Patagonia
Embarazo terminado en aborto	D	170	12	20	56	22	56	4
	T	2,48	2,54	2,51	5,64	2,04	1,75	1,26
Hemorragia	D	69	...	23	14	8	21	3
	T	1,01	...	2,89	1,41	0,74	0,66	0,95
Toxemia	D	85	3	22	20	5	32	3
	T	1,24	0,64	2,80	2,01	0,46	1,00	0,95
Sepsis	D	33	...	6	6	7	12	2
	T	0,48	...	0,80	0,60	0,65	0,38	0,63
Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio	D	129	2	23	35	20	43	6
	T	1,88	0,42	2,89	3,52	1,85	1,35	1,89
Total	D	486	17	94	131	62	164	18
	T	7,09	3,80	11,81	13,19	5,75	5,14	5,68

Fuente: Elaboración de la Dirección de Estadística de Salud con datos del Programa nacional de Estadística de Salud.

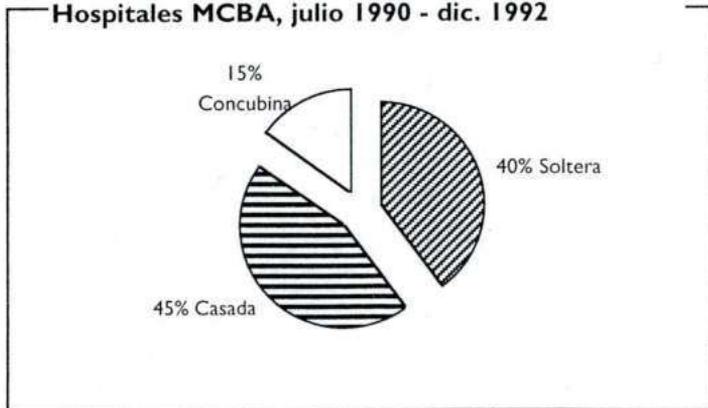
D: Defunciones. T: Tasas.

Noreste: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones; Noroeste: Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán; Centro: Córdoba, Mendoza, San Juan y San Luis; Pampeana: Buenos Aires, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fe; Patagonia: Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

**6. Defunciones de mujeres 10-49 años según causas  
Hospitales MCBA. Julio 91-Diciembre 93**



**7. Defunciones maternas según estado civil.  
Hospitales MCBA, julio 1990 - dic. 1992**



# Anexo

## Compatibilización de proyectos de ley

*La Comisión "La Mujer y sus Derechos" de la APDH decidió transcribir en esta publicación el Proyecto de Ley sobre Salud Reproductiva presentado por las Diputadas Elsa Carca, Cristina Zucardi y Graciela Fernández Mejjide, por considerarlo acorde con su posición en cuanto a este tema. Actualmente se encuentra en estudio en las comisiones de Familia, Mujer y Minoridad y en la de Salud.*

### **Ley Nacional de Salud Reproductiva**

**Artículo 1º.** En cumplimiento de los artículos 10 inc. a), 12 inc. 1), 14 inc. b) y 16 inc. e) de la Ley 23179 que aprueba la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU), actualmente con rango constitucional, el Poder Ejecutivo Nacional deberá asegurar, mediante la implementación de programas de salud reproductiva, que todos los habitantes puedan ejercer de manera libre, responsable e informada sus derechos reproductivos:

- La realización plena de la vida sexual
- La libre opción de la maternidad/paternidad
- La planificación familiar voluntaria y responsable

**Artículo 2º.** Todos los establecimientos médico asistenciales estatales y de las obras sociales brindarán, a través de sus servicios de tocoginecología y obstetricia, las siguientes prestaciones:

- a) información y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos disponibles; su efectividad, sus contraindicaciones, ventajas y desventajas, así como su correcta utilización.
- b) Controles de salud y estudios previos y posteriores a la prescripción y utilización de anticonceptivos.
- c) Prescripción, colocación y/o suministro de anticonceptivos.
- d) Información y asesoramiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente del SIDA.

Todas estas prestaciones en los centros asistenciales serán, como las del resto de sus servicios, gratuitas para la población sin cobertura de salud y/o indigente, sin distinción de edad, sexo y estado civil.

**Artículo 3º.** Los servicios efectores de los establecimientos médico asistenciales estatales brindarán capacitación permanente a todos los agentes involucrados en las prestaciones de Salud Reproductiva, a sus usuarios y a la comunidad en general, con un abordaje interdisciplinario.

**Artículo 4º.** Los métodos anticonceptivos de carácter transitorio y reversible que los profesionales médicos podrán prescribir serán los siguientes:

- a) De abstinencia periódica
- b) Hormonales: píldoras, inyectables
- c) Dispositivos Intrauterinos
- d) De barrera y químicos: diafragma, productos espermicidas (en crema, espuma, óvulos), preservativo masculino o femenino.

En todos los casos, el método prescripto será elegido voluntariamente por el beneficiario, salvo contraindicaciones médicas específicas.

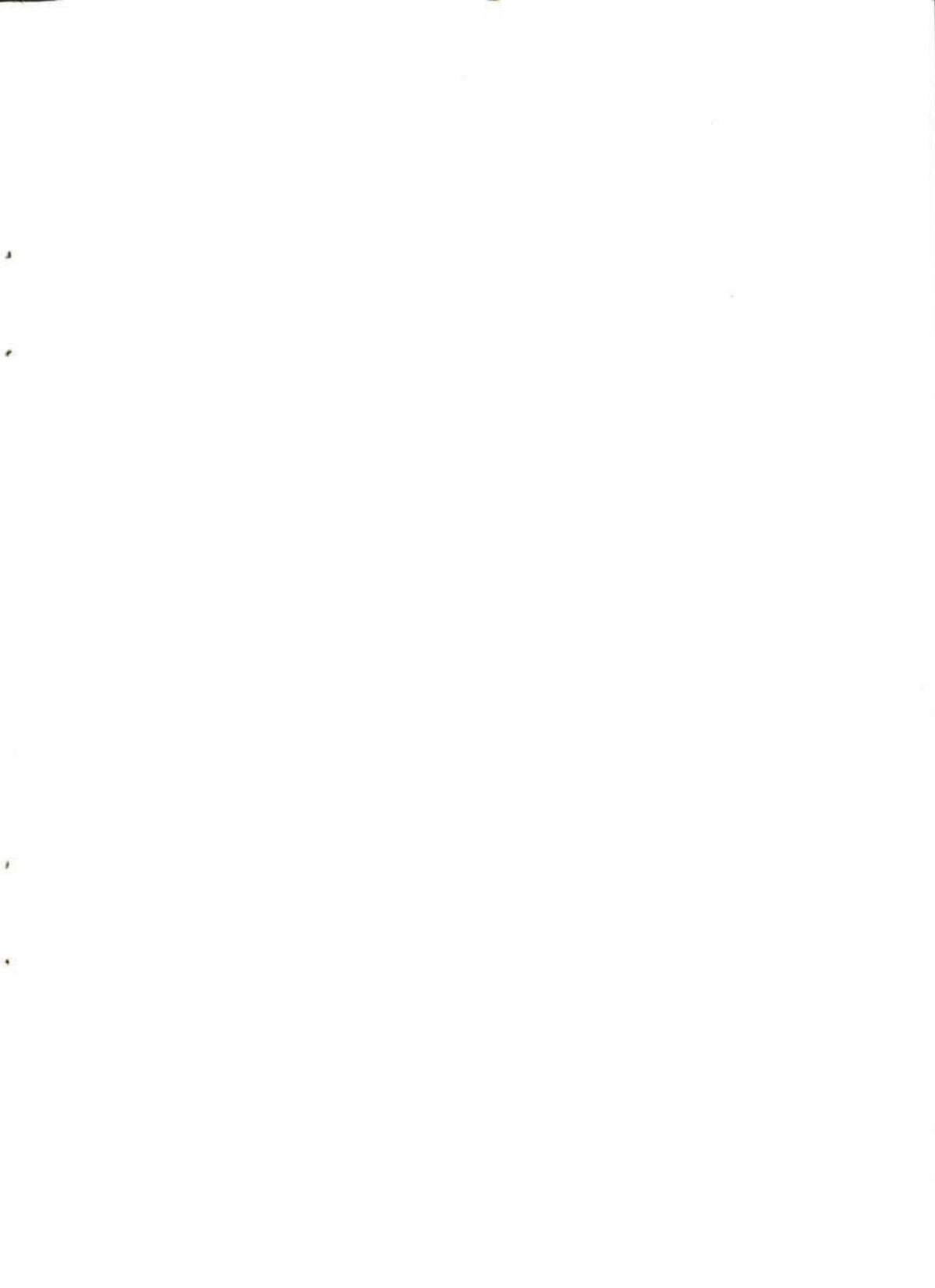
**Artículo 5º.** No podrán utilizarse métodos anticonceptivos con efectos irreversibles sin indicación terapéutica y sin que las personas otorguen su consentimiento por escrito ante las instituciones o dependencias que presten el servicio.

**Artículo 6º.** Las prestaciones médicas y farmacológicas enumeradas en el Art. 2º serán incluidas en el Nomenclador Nacional de Prácticas Médicas y en el Nomenclador Farmacológico, y las Obras Sociales las incorporarán a sus coberturas en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

**Artículo 7º.** El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación realizará el seguimiento del cumplimiento efectivo de las disposiciones de la presente ley; promoverá, en el marco del Consejo Federal de Salud, la adopción de esta normativa por las provincinas; proveerá los recursos necesarios para su implementación y reglamentará la incorporación de nuevos métodos anticonceptivos.

**Artículo 8º.** Se invita a las provincias a adherir a las disposiciones de la presente ley.

Este libro se terminó de imprimir  
en los talleres gráficos de **letra & color**,  
en agosto de 1995.





**Ediciones**

***Asamblea Permanente por los Derechos Humanos***

Av. Callao 569, 1er Piso Of. 15 (1022) Buenos Aires  
Tel. 476-2061 / 374-4382 / 373-0397 / 373-6073 • Fax: 814-3714  
Horario de atención 13 hs. a 19 hs.