

Género y profesión médica. Reflexiones a propósito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente

Mónica Gogna

I. Introducción

Esta ponencia presenta algunos resultados de una tesis doctoral¹ que tuvo por objetivo explorar y analizar la existencia de diferencias en el modo en que los médicos y médicas se posicionan frente (y responden a) los conflictos y dilemas que, en los servicios públicos de salud, todavía genera la atención de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente en la Argentina.

Luego de muchos años de investigación social en el campo de la salud sexual y reproductiva, me interesaba contribuir a dilucidar aparentes “paradojas” en el discurso médico. Entre otras, los médicos/as acuerdan con que la despenalización del aborto contribuiría a disminuir la mortalidad materna pero no apoyan esta medida -salvo prácticamente en aquellos casos que la legislación vigente considera no punibles (Ramos et al, 2001). Mientras que algunos profesionales consideran a la maternidad en la adolescencia de “alto riesgo”, otros indican que “los partos de adolescentes son los mejores” o que las madres adolescentes son “muy maduras”. Independientemente de cómo califiquen al embarazo adolescente desde el punto de vista del “riesgo biomédico”, la gran mayoría de estos profesionales sostiene que es necesario prevenirlo, al tiempo que manifiesta reparos para prescribir anticonceptivos a adolescentes (en particular, DIU y anticoncepción de emergencia) (Gogna 2005, Capuccio y Schufer, 2006, etc.). De manera similar, se aconseja a las mujeres con VIH no embarazarse pero los servicios de salud no les ofrecen una adecuada consejería anticonceptiva, lo que contrasta claramente con la calidad de la atención que reciben durante el embarazo y el parto, orientada fundamentalmente a prevenir la transmisión madre-hijo (Weller, Portnoy y Gogna, 2004).

Consideraba que entender mejor estas aparentes contradicciones y lograr distinguir diferentes perspectivas (según sexo, género, edad y/o especialidad) era una tarea pendiente y que los resultados de la investigación podrían contribuir a la de-construcción de una visión estereotipada o “monolítica” de la profesión médica y proveer insumos para la capacitación en servicio y el *advocacy* con esta comunidad profesional.

¹ Salud reproductiva y adolescencia. Una mirada de género sobre los conflictos y dilemas de las y los profesionales en un contexto en transición. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2008.

Asimismo, me intrigaba el hecho de que las potenciales diferencias de género en el ejercicio profesional fuera una cuestión muy poco explorada en nuestro medio, a pesar de que resultados de algunos estudios (Ramos et al, 2001; Felitti, 2007) apuntaban en el sentido de la llamada "hipótesis de la feminización". En efecto, la predicción más ampliamente difundida en los años 80 era que las médicas darían a la profesión una mayor capacidad para expresar actitudes de cuidado y afecto hacia sus pacientes. Estas predicciones se basaban en que la empatía, la comprensión y la calidez son cualidades más enfatizadas en la socialización de las mujeres que en la de los varones. Así, por ejemplo, Kutner y Brogan (1990) argumentaban que las mujeres harían importantes contribuciones a la práctica médica, especialmente en Ginecología y Obstetricia. "Las mujeres pueden estar más motivadas a reducir la tradicional fragmentación de la atención médica de las mujeres, separada en asistencia obstétrica, planificación familiar, servicios de aborto y cuidado ginecológico... Las mujeres médicas pueden comunicarse más plenamente con sus pacientes" (op.cit.). Otros autores, en cambio, sostenían que aún cuando las mujeres pueden estar en mejor situación que los varones para establecer empatía con las pacientes, su estilo comunicacional y las indicaciones terapéuticas serán semejantes a los de sus colegas pues ambos géneros fueron socializados en un sistema de educación tradicional (Mattila-Lindy et al, 1997).

Algunos estudios que analizaron el accionar de las primeras generaciones de obstetras y ginecólogas, las describieron como "atrapadas entre la lealtad a la profesión y las alianzas parciales con feministas, parteras, defensoras del parto natural y activistas del movimiento de salud de las mujeres" (Pringle, 1988). Aunque incómodo, este "espacio intermedio" tendría un enorme potencial para modelar la profesión de manera de acercarla a los requerimientos de los usuarios de servicios de salud (op. cit). La mencionada historiadora contribuyó a redefinir el objeto de estudio al sostener que se trata no solo de ver sí y de qué manera las mujeres "hacen diferencia" en la práctica de la tocoginecología, sino cómo su larga ausencia ha afectado los marcos discursivos a través de los cuales opera el poder en este campo.

Algunos hallazgos locales -propios y ajenos- despertaban mi interés en la hipótesis de la feminización. El estudio cuanti-cualitativo realizado en colaboración con colegas del CEDES mostraba diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones de varones y mujeres respecto de la despenalización del aborto² (Ramos et al, 2001). La investigación

² También se registraron diferencias por edad y posición del profesional (cargo y ámbito de trabajo): Los varones, los profesionales más jóvenes y quienes se desempeñaban exclusivamente en el sector público fueron quienes expresaron las posturas más conservadoras respecto de la despenalización del aborto.

histórica, por otra parte, destacaba el papel jugado en los años 60s por un pequeño grupo de médicas (Dras Zeno, Bianco y Ferrarotti) en los intensos y prolongados debates acerca de la anticoncepción hormonal en la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires en ocasión del lanzamiento al mercado de la píldora anticonceptiva. Sin embargo, los potenciales efectos de la entrada masiva de las mujeres a ciertas especialidades médicas no habían suscitado mayor interés en nuestro medio académico.

Este vacío resultaba curioso dado el grado de desarrollo de los estudios de género en la Argentina (Bonder, 1998; Burin, 2004) y la difusión del trabajo de autoras como Carol Gilligan (1984) o Kristian Luker (1984). La primera es conocida por haber postulado que la experiencia de varones y mujeres es diferente y que, por tanto, la manera en que toman decisiones morales tiende a ser diferente³. Luker, por su parte, ha investigado la existencia de estrechas vinculaciones entre los propios roles de las mujeres y su ideología de roles sexuales. Más específicamente, argumenta que es más probable que las mujeres profesionales y de mayor nivel educativo manifiesten una actitud más liberal respecto del aborto que las amas de casa.

¿Cómo entender entonces que las potenciales implicancias de la feminización de la ginecología y la obstetricia no hayan sido de interés para la academia argentina? Probablemente, el escaso interés por analizar potenciales diferencias entre las posturas de varones y mujeres pueda atribuirse a que las investigadoras (y los escasos investigadores involucrados en esta temática) han querido evitar el ser consideradas "esencialistas"⁴. Asimismo, resultaba llamativo que en un contexto en el que la noción de imágenes de género circula con fluidez, fueran minoría quienes se interrogaron por las imágenes de género presentes en los discursos de los y las profesionales de la salud (Grimberg, 1995 y 1998; Checa et. al, 2006; Capuccio et al, 2006). Considero que ello podría deberse a que quienes se interesaron por los discursos médicos adherían mayoritariamente a perspectivas que -sea desde el feminismo, sea desde la crítica al "modelo médico hegemónico"- los consideraban tan imbuidos de una ideología patriarcal (y "clasista") que no se interrogaban acerca de potenciales matices o voces alternativas. ¿Consideran los especialistas que no hay razones para esperar modificación alguna en la situación descripta por Grimberg, hace más de una

³ "Mientras que una ética de la justicia procede de la premisa de la equidad (que todos deberían ser tratados igual) una ética del cuidado descansa en la premisa de la no violencia (que ninguno debería ser lastimado). El diálogo entre justicia y cuidado no solo provee un mejor entendimiento de las relaciones entre los sexos sino que también da origen a un retrato más comprehensivo del trabajo adulto y las relaciones familiares" (Gilligan, C. 1982: 174, mi traducción).

⁴ Scott (1986), por ejemplo, advierte acerca de la noción "ahistórica y esencialista" de la mujer que deriva del razonamiento de Carroll Gilligan. Al simplificar los datos para subrayar la diferencia entre los sexos -sostiene- las feministas contribuyen a un tipo de pensamiento al que quieren oponerse (pp: 1065).

década, cuando afirmó que la articulación “poder-género” estaba ausente del discurso de los profesionales que atendían a personas viviendo con VIH?.

Recapitulando, dados estos “vacíos investigativos” en un escenario en el cual en los últimos 15 años se han producido interesantes cambios a nivel político-programático y legislativo, creí pertinente abordar la cuestión del “género y la profesión médica” en ambos sentidos: a) ¿ha sido el discurso médico permeable a las nociones de género y de derechos sexuales y reproductivos? y b) ¿existen diferencias de perspectivas entre los profesionales de la salud que puedan atribuirse al sexo/género?.

El material elegido para analizar el discurso médico proviene de entrevistas con profesionales que atienden población adolescente. Esta decisión obedeció a una serie de razones. Primero, la revisión bibliográfica indicaba que la provisión de servicios de salud reproductiva a esta población crea algún tipo de incomodidad o conflicto a los profesionales (fundamentalmente temor a denuncias o juicios de mala praxis y dilemas “éticos”). Segundo, a pesar de que en la Argentina la anticoncepción es todavía una cuestión “polémica” en algunos contextos y sectores (Langer, 2001), sería esperable que los médicos y médicas que atienden adolescentes tuvieran especial interés en promoverla ya que el embarazo y la maternidad en esta etapa de la vida pueden tener mayores implicancias negativas tanto en términos de morbi-mortalidad infantil y materna (particularmente entre las adolescentes más jóvenes) como de desarrollo personal y oportunidades. Tercero, en tanto la maternidad es un eje clave de la identidad femenina (Fernández, 1994), el deseo de las adolescentes de prevenir un embarazo, interrumpir una gestación o tener un hijo remite automáticamente a la construcción de género presente en el discurso médico, que era otro eje de interés.

II. Marco conceptual

Como señala Castro (2000), el discurso médico ha sido el foco de atención de perspectivas muy diversas: estudios sobre “opiniones y actitudes”, vinculados al modelo de creencias en salud (*Health Belief Model*); el enfoque de las “representaciones sociales”; la teoría feminista; estudios basados en los conceptos de género y/o la tesis de la medicalización, entre otros.

A continuación reseñaré brevemente algunas de las perspectivas más utilizadas en nuestro medio para luego desarrollar aquella que guió mi trabajo.

Los estudios sobre opiniones y actitudes descansan en modelos de creencias y comportamientos firmemente enraizados en el paradigma positivista o empiricista. Para Good (1994) el enfoque empiricista o de sentido común tiene tres elementos esenciales: el análisis de las representaciones como creencias en salud, la visión de la cultura como "adaptación" y la primacía analítica del individuo racional que maximiza el beneficio. Este enfoque ha sido criticado por su incapacidad para articular las opiniones y actitudes identificadas con el contexto institucional, político, ideológico, y/ o económico en que éstas son producidas (Grimberg, 1995).

El enfoque de las representaciones sociales, muy utilizado en nuestro medio, también ha sido aplicado al estudio de los "saberes médicos". Las representaciones sociales son definidas como sistemas cognitivos, con lenguaje y lógica propios y con un tipo específico de discurso: "No representan simples 'opiniones acerca de', 'imágenes de' o 'actitudes hacia', sino 'teorías', 'ramas de conocimiento' por derecho propio, para el descubrimiento y organización de la realidad" (Moscovici, 1973). Según Moscovici, la representación se nutre de los diferentes lenguajes vigentes en la sociedad (médico, científico, legal, político, etc.) pero no es su mera reproducción pues los individuos combinan esos discursos con su propia experiencia, de acuerdo con la posición que ocupan en la sociedad. La principal crítica que se le ha hecho a este enfoque es que las representaciones sociales suelen ser entendidas fundamentalmente en términos mentales, abstrayéndolas del conocimiento "encarnado" (*embodied knowledge*), el afecto y las fuerzas históricas y sociales que moldean los significados de las enfermedades. Así, por ejemplo, Byron Good (1994) critica la escasa atención que, desde esta perspectiva, se presta a las dimensiones pragmáticas y performativas o a las tradiciones civilizatorias que proveen el contexto intelectual. El sociólogo mexicano Roberto Castro también es crítico respecto de la aplicación del concepto de representaciones sociales al objeto de estudio. Destaca que los actores sociales aparecen principalmente como "sometidos a la lógica de las representaciones sociales" y que por el tipo de diseño que se privilegia, el contexto social en el que están inmersos los actores se "desdibuja", lo cual puede llevar a la errónea conclusión de que el mismo no es relevante para la comprensión del fenómeno en estudio⁵.

Mi trabajo de tesis se inscribe en la perspectiva que analiza la cultura de la medicina contemporánea; es decir, que explora los significados y valores implícitos en el conocimiento y la práctica biomédicos y los procesos sociales a través de los cuales éstos son producidos (Lock, 1988). Esta perspectiva se formalizó a mediados de los años 1980, cuando Hahn y Gaines (1985) propusieron utilizar el término biomedicina para nombrar lo que hasta entonces se denominaba medicina occidental, alopática, científica, cosmopolita o

⁵ Castro sostiene también que suele producirse una confusión conceptual recurrente entre las representaciones sociales y las opiniones individuales, lo que dificulta en gran medida distinguir las contribuciones de esta orientación teórica.

simplemente medicina⁶. Este último término resultaba problemático para muchos estudiosos pues “devaluaba” los sistemas de atención de la salud de otras culturas al considerarlos “no médicos”, etnomédicos o simplemente folk. Desde entonces, el término biomedicina ha sido ampliamente utilizado en la antropología médica y otras disciplinas (Gaines & Davis-Floyd, 2004).

La perspectiva de los estudios culturales sobre la biomedicina sostiene que tanto la economía política como la cultura impactan sobre la práctica clínica y que es necesario hablar de una pluralidad de biomedicinas que están social y culturalmente situadas más que de un cuerpo unificado de conocimiento y práctica (Del Vecchio Good, 1985 y 1995; Lock, 1985 y 1988; Good, 1994; Martin, 1991 y 1992; Good, B. & DelVecchio Good, M., 1993). Basándose en análisis históricos y culturales de la tuberculosis, el cáncer, la esquizofrenia y las enfermedades de transmisión sexual Byron Good (1994) postula que el lenguaje de la medicina es un rico lenguaje cultural, una versión altamente especializada de la realidad y un sistema de relaciones sociales que cuando se utiliza en la atención médica, reúne profundas preocupaciones morales con sus más obvias funciones técnicas. Tanto la enseñanza como la práctica de la medicina y la producción de competencia, conocimiento y ética médicos y de estándares de prácticas, toman elementos de los dominios profesional, científico y de la cultura popular (DelVecchio Good, 1985). La manera en que se define la competencia profesional, por ejemplo, está estrechamente relacionada con la ideología de género tradicional⁷.

Esta corriente ha incluido explícitamente la dimensión de género en sus análisis. Por una parte, sostiene que el género juega un importante papel en la construcción de los modelos de práctica clínica que médicos y médicas desarrollan a lo largo de sus carreras profesionales y utilizan cotidianamente en la interacción con sus pacientes. Estos modelos, sostiene Margareth Lock no dependen sólo de la edad, el sexo, la formación y la experiencia del médico. Las actitudes “hacia las mujeres y su rol en la sociedad y hacia la responsabilidad y la sexualidad” son un factor fundamental (Lock, 1985). Así, por ejemplo, su estudio comparativo sobre el tratamiento de la menopausia en Japón y los Estados Unidos muestra que aún cuando los discursos en ambos países son resultado de una retórica general acerca de los cambios biológicos en esta etapa del ciclo vital, ellos son producidos a partir de “biologías locales”, conocimientos específicos históricamente

⁶ Su libro reúne un conjunto de artículos que –utilizando una aproximación etnográfica e incorporando las opiniones y experiencias de los médicos- muestran claramente que el conocimiento y la práctica profesionales no son el producto de una institución autónoma y monolítica sino más bien el producto de numerosas especialidades, grupos de interés e individuos que traen a su trabajo una variedad de perspectivas.

⁷ Los estudios de DelVecchio Good revelan que las imágenes relacionadas con el género caracterizan las percepciones que las médicas tienen sobre sí mismas y sobre su competencia vis a vis otros (en particular, los colegas varones).

moldeados y exigencias socialmente situadas. En Japón, país en el cual la imagen dominante de la mujer es la de alguien que “nutre”, el énfasis está puesto en un rol de género que es para toda la vida y el “fin de la etapa reproductiva” tiene menor importancia que en los Estados Unidos. El estudio también reveló la existencia de una diferencia por sexo/género en las actitudes de los profesionales respecto del envejecimiento y la sexualidad. Mientras algunos profesionales tienden a medicalizar el comportamiento sexual, otros –más sensibles a los componentes psicosociales de la menopausia pero que no se sienten capacitados para manejar lo que no sean síntomas físicos- suelen derivar sus pacientes a terapeutas de familia. Todas las médicas entrevistadas por la antropóloga se ubicaron en este último grupo.

A continuación, explicitaré los supuestos de los cuales partí:

- a) En su calidad de integrantes de una sociedad particular en una época determinada, los y las médicos comparten la visión de género imperante⁸.
- b) La educación médica de grado y la especialización refuerzan los estereotipos y normas de género adquiridos por los sujetos en el proceso de socialización⁹. El discurso médico es uno de los mecanismos mediante los cuales las instituciones de salud reproducen y perpetúan la construcción de género tradicional (Giffin y Lowndes, 1999; Pittman y Hartigan, 1996; Matamala, 1995)
- c) Entre los médicos de cualquier especialidad hay un alto grado de variación en la manera en que se tratan determinadas cuestiones al interior de un mismo contexto y entre contextos (Locke, 1985; Del Vecchio Good, 1995).
- d) Por su condición de género, las médicas comparten ciertas experiencias y vivencias con las pacientes, más allá de las diferencias de clase y/o generación. La socialización de género prescribe lo que es apropiado para los roles y conductas femeninas y masculinas, lo cual se expresa en normas e ideologías sexuales. Por tanto, es esperable que en cuestiones relacionadas con la sexualidad, el cuerpo y la reproducción, los médicos y las médicas hagan no solo “adaptaciones individuales”¹⁰

⁸ Ciertas “representaciones acerca de sus posiciones y roles en cuanto varones y mujeres, las posiciones y roles del sexo opuesto y el valor social relativo de ser varón o mujer”(Pantelides et al, 1995).

⁹ Al respecto, ver los análisis de Scully, D. y Bart, P. (1978), de Koutrolis (1990) y de Martin (1991 y 1992) acerca de los textos de Obstetricia y Ginecología.

¹⁰ Las personas no son simplemente espejos de los escenarios sexuales provistos por sus culturas y, a medida que envejecen, hacen adaptaciones individuales de lo que originalmente les proveyó la cultura como libretos o guiones (Gagnon, 1990).

sino también “adaptaciones de género” de los patrones culturales recibidos durante el proceso de socialización y reforzados por la educación médica.

El análisis acerca de la construcción social del género presente en los discursos médicos se fundó en una concepción que entiende al género cómo un elemento constitutivo de las relaciones sociales, basado en diferencias percibidas entre los sexos y una forma primaria de significar las relaciones de poder (Scott, 1986). Esta perspectiva fue operacionalizada utilizando conceptos clave de la perspectiva de género tales como roles y normas de género; acceso a y control de los recursos; poder y toma de decisiones (OMS, 2001).

III. Metodología

La ponencia contiene resultados de un estudio de tipo cualitativo. El corpus analizado consistió en 34 entrevistas semi-estructuradas aplicadas a profesionales que atendían población adolescente en cinco capitales de provincia (tres del NOA y dos del NEA) y las dos principales áreas metropolitanas (Buenos Aires y Rosario). Se entrevistaron 21 tocoginecólogos (12 mujeres y 9 varones) y 13 pediatras (9 mujeres y 4 varones)¹¹.

Las dimensiones abordadas en la pauta de entrevista fueron:

- ✓ el perfil de la institución, incluyendo los recursos humanos, la infraestructura y los insumos y el perfil de la población usuaria;
- ✓ los principales problemas que afectan a los y las adolescentes según sector social;
- ✓ la opinión general acerca del embarazo en la adolescencia (factores que contribuyen a su ocurrencia y consecuencias);
- ✓ las estrategias de prevención y atención del embarazo adolescente que se consideran más adecuadas (incluyendo obstáculos y facilitadores)
- ✓ la atención de las complicaciones de aborto;
- ✓ la prevención y atención del VIH/Sida;
- ✓ la prevención y atención de los casos de violencia y violación

Las fuentes incluyeron también una encuesta auto-administrada a una muestra de tocoginecólogos y tocoginecólogas que se desempeñaban en el Área metropolitana de Buenos Aires a fines de los años 90 (Ramos et al, 2001), leyes (entre otras, Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Ley de SIDA), normativas del Ministerio de Salud y

¹¹ Estas entrevistas fueron realizadas en 2003/2004 en el marco de un proyecto multicéntrico que coordiné a solicitud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (Gogna, coord, 2005),

Ambiente, consensos elaborados por sociedades científicas y solicitadas publicadas por estas organizaciones en los medios masivos de comunicación.

IV. Resultados del estudio

IV. 1. Acerca de la anticoncepción

El estado de la opinión pública según las y los profesionales

La pregunta acerca del estado de la opinión pública respecto de la distribución de información y métodos anticonceptivos a adolescentes resultó un parte-aguas, que reveló claras diferencias por sexo y especialidad. Entre las y los pediatras predominó la idea de que las opiniones están divididas o que la población general tiene ambigüedades y contradicciones al respecto. La mayoría de los obstetras y ginecólogos, a su vez, manifestó que la opinión pública es adversa (todos entrevistados de la región NOA) o está dividida¹². Los testimonios de estos médicos dan cuenta de un mito según el cual no habría mediación entre hablar de algo (de sexualidad y de sexo más seguro, en este caso) y que ese algo se haga realidad. Ellos no comparten esta creencia pero tampoco la enfrentan abiertamente. Solo una minoría de tocoginecólogos (básicamente quienes residen en grandes centros urbanos) sostuvo que la mayoría de la población está de acuerdo con que se suministre información y métodos anticonceptivos a la población adolescente. En cambio, prácticamente la totalidad de las tocoginecólogas sostuvo que la mayoría de la población está de acuerdo con la consejería anticonceptiva con provisión de métodos a los adolescentes¹³, constituyéndose en el subgrupo que mejor conoce cuál es el estado de la opinión pública al respecto (Petracci y Pecheny, 2007).

También fueron mayoritariamente mujeres quienes espontáneamente refirieron cambios positivos en el comportamiento de la población usuaria de los servicios. A modo de ejemplo:

[Y, con respecto a la comunidad, a la sociedad, a la gente ¿cómo ves su posición ante esto, ante la anticoncepción, el pedido, la demanda?]

La gente está... No sólo lo pide a gritos... Un gran cambio que ha habido, por ejemplo, en el papel de las madres. Si bien uno está autorizado a dar planificación en las adolescentes cuando lo demandan, porque la Ley contempla eso, hay un gran cambio en la mentalidad de las familias, que dicen "doctora, yo quiero que le den algo". Las madres son acompañantes, y como se trata de madres jóvenes en la gran mayoría de los casos, también son usuarias

¹² En este subgrupo se encuentra el único profesional entrevistado que indicó desconocer el estado de la opinión pública respecto de este tema.

¹³ Ninguna médica entrevistada manifestó que la mayoría de la población desaprueba la entrega de métodos anticonceptivos a adolescentes.

de algún método de planificación. Entonces... sí, hubo un cambio. La gente no sólo habla más de lo que es planificación sino que pide más (tocoginecóloga A, GBA).

Es importante destacar que entrevistados de ambos sexos y especialidades aludieron a la existencia de una doble moral social respecto de estas cuestiones: reprobar en otros lo que se acepta para sí mismo y sus allegados y/o condenar en un sexo o en un sector social lo que no se sanciona en otro.

Yo creo que hoy por hoy son muy pocas las personas, excepto por una cuestión religiosa, que no acepten la anticoncepción. Y te diría que también los religiosos tienen tanto temor a que sus hijas se embaracen. No sé si tienen un varón.... pero si tienen una hija mujer, hacen la vista gorda. La mamá, en general el papá no se entera (tocoginecóloga T, Rosario).

La cita tiene un valor agregado en tanto alude a una cierta división sexual del trabajo al interior del hogar (madre-confidente; padre al margen).

La recomendación número uno

La Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y las sociedades profesionales (la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción y la Sociedad de Ginecología Infanto-Juvenil) establecen que el preservativo es el método de elección para la población adolescente¹⁴. ¿Qué opinaron al respecto quienes se especializan en Ginecología y Obstetricia?¹⁵ La gran mayoría de las médicas y aproximadamente la mitad de los médicos entrevistados consideraron que el preservativo es efectivamente el método más indicado para esta población¹⁶. Que las profesionales adhieran más que sus colegas de sexo masculino a la "recomendación número uno" es en sí mismo un dato interesante. Pero ¿cómo interpretarlo? Por una parte, podríamos pensar que las médicas son más "obedientes" respecto de las indicaciones emanadas de los organismos competentes. Por otra, que ellas tienen menos resistencias al uso del preservativo. De hecho, una encuesta auto-administrada a ginecólogos y obstetras de ambos sexos reveló diferencias de opiniones respecto de éste método: los profesionales de sexo masculino acordaron en mayor proporción (42%) que sus colegas de sexo femenino (17%) con la frase "el preservativo es

¹⁴ Véase, entre otros, Ministerio de Salud de la Nación, 2002 y material disponible en: www.amada.org.ar.

¹⁵ La cantidad y calidad (por ejemplo, grado de detalle) de la información obtenida en las entrevistas con pediatras de ambos sexos no permitió incluirlos en este análisis

¹⁶ Una minoría (que incluía médicos de ambos sexos) sostuvo que "no existe un método ideal para una población X" y otra minoría (también mixta) no adhería a la recomendación número uno (algunos por pragmatismo preferían un método con mayor eficacia para evitar embarazos no deseados).

un método que disminuye el placer sexual masculino” (Ramos et al, 2001). ¿Es esta dimensión la que hace que los médicos recomienden el preservativo en menor proporción? De ser así, la diferencia de género en la adhesión al consenso profesional estaría poniendo sobre el tapete la conexión –señalada en el marco conceptual- entre los criterios técnicos (el método ofrece doble protección, es accesible, no requiere estudios previos) y “la cultura”, expresada en este caso en estereotipos en torno a un método particular.

Por sobre esto, cabe destacar que el concepto de doble protección (uso de preservativo conjuntamente con un método moderno - hormonal o DIU) prácticamente no apareció de modo espontáneo en el discurso médico. Sólo se registraron algunas menciones aisladas que dan cuenta de las conductas de las pacientes privadas. Fueron muy escasas las expresiones del siguiente tipo:

En general, le insistimos sobre preservativo porque de nada nos vale darle la pastilla si no estamos haciendo la prevención de las ITS.... Insistimos con el condón pero también a veces hacemos el combinado: le damos los anticonceptivos orales. Entonces le explicamos: los anticonceptivos orales son para el embarazo, pero esto no te previene de ITS. Que en este momento es fundamental (tocoginecóloga T, GBA, mi subrayado).

La anticoncepción de emergencia

Una mayoría de profesionales indicó que administrar una dosis específica de anticonceptivos en caso de un coito desprotegido siempre fue parte del saber y hacer médicos. Los testimonios remitían a un tiempo histórico en el cual los médicos probablemente gozaran de mayor autoridad profesional y las clases medias y bajas urbanas tomaban decisiones respecto de su fecundidad con independencia del visto bueno del Estado¹⁷.

La mayoría de quienes se expidieron sobre la ACE (dieciséis de veintidós) la aceptaba sin reservas. Adicionalmente, tres entrevistados de sexo masculino acordaban con que el método se ofreciese a las mujeres que hubieran sido víctimas de violación¹⁸. Las médicas

¹⁷ Los especialistas en demografía sostienen que la transición demográfica temprana se realizó en la Argentina mediante la utilización del coito interrumpido y el aborto. La invención de la píldora y el DIU incrementó la eficacia y seguridad de la contracepción y también el control médico. El acceso de una mujer pobre a un método seguro y eficaz requiere la existencia de una oferta pública de servicios de anticoncepción.

¹⁸ De los tres entrevistados restantes: una mujer se opuso lisa y llanamente, aclarando que su postura era la misma con las pacientes del hospital público y del consultorio particular; un varón se manifestó de acuerdo siempre y cuando se la tomara fuera del período ovulatorio (un contrasentido) y una médica que no emitió opinión personal, informó que en su servicio no se utilizaba la anticoncepción de emergencia.

manifestaron en mayor proporción que sus colegas varones que la anticoncepción de emergencia debe ser accesible a toda paciente que la requiera.¹⁹

Algunos entrevistados (ambos sexos) enfatizaron el carácter “excepcional” de la píldora del día después. A continuación dos citas que si bien coinciden en el contenido del mensaje, utilizan una retórica muy diferente (más mesurada la de la médica; más exagerada y rayando con la banalización de la violencia sexual, el profesional de sexo masculino)

La anticoncepción de emergencia, como el nombre lo dice, debe ser de emergencia y debe ser utilizada no más de una vez por año²⁰. Pero todo el mundo sabemos que no es así. Si las mujeres las tienen adentro del botiquín, ellas las toman como todos los días. Y en realidad hay que tomar una vez al año porque es una macrodosis lo que se da, y con el riesgo que significa (tocoginecóloga, Chaco. mi subrayado).

Siempre y cuando sea de emergencia no habrá problema, pero no es una anticoncepción que tenga los requisitos de óptima, de ningún modo. No es buena para la mujer la dosis hormonal que recibe, es muy alta y tiene bastantes efectos colaterales. Para mí, sí es de emergencia. Yo la he usado, la he recomendado, la he medicado. No tengo ningún problema de ningún tipo pero sí es de emergencia. Hay mujeres que esta anticoncepción de emergencia la usan seis veces al año. Entonces uno dice ¿cuál emergencia es entonces? Los trastornos que traen en el ciclo son brutales y después hay amenorreas que uno no sabe como tratarlas, es porque se utilizó el Imediat siete veces seguidas. Dirás “¡bueno pará! flaca, utilizá otro método, esto es de emergencia”. Y mucho menos para las adolescentes, yo creo que si hay alguien que no es ideal para utilizar eso son las adolescentes. La anticoncepción de emergencia es una recontra cagada desde el punto de vista hormonal. Para un caso fortuito yo le podría recomendar, pero mucho más cuidado tendría en volver a indicárselo a la adolescente. Sí, le diría “compráte ocho cajas de preservativos y no vuelvas a usar esto”. Si el preservativo se rompió, si fue violada, eso obviamente no pienso y lo uso. Afortunadamente no hay ninguna adolescente que sea violada siete u ocho veces al año, o si pasa esto otro es el problema ¿no? (tocoginecólogo, Tucumán).

El análisis del discurso también puso en evidencia que muchas médicas incluyen de rutina la información sobre la anticoncepción de emergencia en la consulta y que dan a las pacientes indicaciones claras y detalladas.

Yo a todas las chicas les aviso que existe algo para cuando ocurre un inconveniente. Porque el inconveniente no es solamente el flash, es que se les rompió el preservativo, si

¹⁹ Doce de catorce médicas y cuatro de ocho médicos respectivamente.

²⁰ Este criterio no figura en los consensos profesionales consultados.

tuvieron alguna situación...Forma parte de lo que es la asesoría, que sepan que tienen que acercarse a cualquier lugar, que existe algo y que si en ese momento uno no encuentra la recomendada, existen equivalencias con otro tipo de pastillas que pueden servir como anticoncepción de emergencia.

[¿Cuál es tu opinión sobre la anticoncepción de emergencia?]

Obviamente de lo que se trata es de concientizarlos de que es una anticoncepción de emergencia y que, digamos, tiene un tiempo para reclamarla o venir a consultar (tocoginecóloga A, GBA, mi subrayado).

[¿Incluí en tu trabajo la anticoncepción de emergencia?]

Sí, por supuesto. Todas las pacientes se van de mi consultorio habiéndole explicado que existe la anticoncepción de emergencia (tocoginecóloga O, Rosario, mi subrayado).

[¿Cuál es su posición sobre la anticoncepción de emergencia?]

Eso es muy cuestionable. Yo prefiero la anticoncepción de emergencia a un aborto. Si la pareja o la mujer están decididas a abortar en el caso de que esté embarazada, en ese caso creo que es muy bueno. Por eso uno tiene que tratar de decirle que cuando se rompió el preservativo vengan ahí nomás o al otro día. Que no esperen, no especulen, porque muchas veces vienen después del atraso. Si vienen después del atraso yo no tengo otra que decirle que se les va a controlar el embarazo. Si viene al otro día, se le puede dar un anticonceptivo que va a hacer que te baje la menstruación si no está embarazada y creo que es una opción válida. Está cuestionado pero es una decisión individual. Yo no juzgo a nadie, yo intento llegar antes. Cuando llego tarde me siento frustrada. Pero si la gente quiere, se lo tengo que dar.

[¿Ustedes están trabajando con esto?]

No (tocoginecóloga E, Salta).

Algunas profesionales explicitaron que las adolescentes conocen y demandan la anticoncepción de emergencia.

Nosotros la usamos (ACE). Además viene la adolescente y nos dice: por favor, tuve relaciones ayer, se rompió el profiláctico, ¿qué hago? (tocoginecóloga T, GBA).

El "estigma" de abortiva que aún tiene, en algunos contextos, la anticoncepción de emergencia es motivo de preocupación por parte de los y las profesionales, según puede inferirse de las detalladas especificaciones técnicas esgrimidas y del uso de expresiones tales como "mal menor" (la ACE es preferible a un aborto) o "decisión privada". Esto podría considerarse un indicador de que la posición conservadora, que perdió en el

terreno judicial en 2002²¹, ganó la batalla por el sentido. Como indican los siguientes *verbatim*s, al momento de realizarse el trabajo de campo (2004), este era el eje que terminaba “ordenando” el debate en el escenario público.

Depende del momento del ciclo que se dé no es en absoluto abortiva como dicen y depende también un poco... no en todos los ciclos las mujeres cada vez que tienen una relación sexual el día 13 ó 14 se van a embarazar. De hecho de cien relaciones sexuales - esto que te estoy diciendo es un estudio realizado por un chileno que sabe un montón de anticoncepción y que ha trabajado mucho con el tema de anticoncepción de emergencia- de cien mujeres que tienen relaciones en época de fertilidad, sólo ocho se embarazan. Digamos que ya hay un porcentaje altísimo de mujeres que ni siquiera se van a embarazar y que esta anticoncepción de emergencia en realidad forma parte de lo que... bueno, de prevenir un poco, de estar más tranquila que la menstruación le va a llegar en tiempo y forma y no se haga más drama. Yo estoy a favor (tocoginecóloga O, Rosario).

Mi posición es que frente a una relación dudosa...generalmente eso se prepara en la consulta del adolescente, [la indicación de] no esperar 48 o 72 horas de la relación dudosa. En el momento de la relación dudosa generar el cambio hormonal. Entonces ya no vamos a tener ni los conflictos de si es o no es abortivo, de que si lo hicimos o no lo hicimos, porque lo único que hacemos en el preciso instante en donde se equivocó o el forro se pinchó, o se olvidaron de utilizarlo, se olvidaron de tomar la pastilla, en ese momento ya ellos, esa pareja adolescente tiene que saber en ese momento poscoital inmediato toma el anticonceptivo y se espera la menstruación. Pero desde ese punto de vista no tendría ningún componente abortivo (tocoginecóloga, Misiones).

Pero también es importante notar que el temor a una eventual sanción moral o a denuncias legales no lograba intimidar a quienes incluían la anticoncepción de emergencia en la consejería, A lo sumo algunas de ellas desplegaban ciertas “estrategias de protección” de dudosa efectividad.

[La anticoncepción de emergencia, ¿la conocen? ¿La utilizan?]

La conozco y la he utilizado en varias oportunidades. Siempre intento que haya un mayor responsable que acompañe a esta adolescente (tocoginecóloga U, GBA, mi subrayado).

²¹ En 2002 un fallo de la Corte Suprema de Justicia prohibió la venta de la píldora Imediat por considerarla abortiva. El fallo no prosperó porque el nombre comercial no correspondía ya a un producto existente en el mercado (Petracci y Pecheny, 2007).

En síntesis, advertimos diferencias de género respecto de la prescripción y el uso de la anticoncepción de emergencia. Los varones entrevistados expresaron criterios más restrictivos que las mujeres en términos de:

a) quiénes debían tener acceso (sólo los profesionales en los servicios, sólo las mujeres que han sido víctimas de violación, las mujeres con Síndrome de Down²²);

b) en qué momento del ciclo menstrual puede ser utilizada la anticoncepción de emergencia, lo cual constituye un contra-sentido ("fuera de esos días periovulatorios no hay ningún problema") y

c) cuán apropiado o no resulta el método para las adolescentes.

En general, el discurso masculino refleja un mayor distanciamiento respecto de las cuestiones en discusión, tal como lo indican el uso del potencial (por ejemplo "tendríamos que manejar el DIU porque, si no, seguro al año se quedan embarazadas") o el argumento del desconocimiento de las normas vigentes.

[¿Han incorporado la ACE de alguna manera a su trabajo?]

En el servicio, no. En el servicio no, pero yo pienso que tendría que incorporarse porque no podemos castigar a una chiquita violada a procrear un chico de esa manera. No sé, no conozco muy bien la parte legal, pero yo pienso que tendría que incorporarse en determinados casos (tocoginecólogo, Misiones, mi subrayado).

[¿Cuál es su posición frente a la anticoncepción de emergencia?].

Me parece correcta la posibilidad de tenerla como alternativa. Esto desde lo personal, no como funcionario del Ministerio de Salud. Me parece absolutamente correcto que una persona que no quiere quedar embarazada y existe un método alternativo puede usarlo. Me parece correcto que una persona avasallada, violada pueda acceder a eso para no tener un hijo no deseado.

[¿Han incorporado de alguna manera al trabajo la anticoncepción de emergencia?]

Aún no, por razones de no disponer del método. No existe dentro de las alternativas del programa de salud reproductiva en esta provincia. Pero entiendo que con la legislación existente, de disponer los métodos, de poder acceder la provincia o de comprarlo el Ministerio de Salud de la Nación, como estaría previsto, no vamos a tener problemas en poder utilizarlo (pediatra varón, Chaco, mi subrayado).

IV. 2. Acerca del aborto

²² Salvando las debidas distancias, el criterio eugenésico implícito en la excepción que suscribe el entrevistado (especialista en Pediatría) tiene reminiscencias de lo establecido en el Código Penal argentino que no criminaliza el aborto cuando el embarazo es producto de la violación de una mujer idiota o demente.

Aunque los y las médicos entrevistados no pudieron precisar con certeza la incidencia del aborto en la población adolescente²³, en todas las regiones hubo consenso en que se trata de un problema de salud pública que necesita ser atendido con celeridad y eficacia. A modo de síntesis, un testimonio de un profesional proveniente de una provincia con indicadores de salud reproductiva sumamente críticos (Gogna, Zamberlin y Fernández, 2005).

[¿Cuáles son, a su juicio, los principales problemas de los adolescentes en esta provincia?]

Creo que los principales problemas son: primero, los referidos a la procreación responsable; segundo adicciones. Y nosotros tocamos fundamentalmente el primer problema. Creo que fundamentalmente el principal problema de los adolescentes es el aborto. Se registran altas tasas de aborto. En el Instituto de Maternidad más grande del NOA estamos aproximadamente en un 14% de abortos en niñas que van de 10 a 19 años (pediatra mujer, Tucumán).

Los profesionales no ignoran que los abortos que derivan en internación son la punta del iceberg de un fenómeno más extendido. Fueron bastante frecuentes los comentarios respecto de los abortos de adolescentes de clase media a los que los profesionales se refieren, a veces, de manera eufemística.

En las clases medias y altas creo que constituye un problema que a veces lo solucionan de la peor manera (pediatra mujer E, Tucumán).

Cuando el adolescente tiene otros proyectos, estudia, quiere progresar en otras cuestiones personales que hacen a su realización personal... el embarazo...seguramente su continuidad, o no, entran a tenerse en cuenta porque ya empieza a dudar más si el embarazo no va a ser un obstáculo, una dificultad para su otra realización (tocoginecóloga U, GBA).

La consejería pre-aborto

A pesar de que el aborto es ilegal, no son infrecuentes las consultas hospitalarias de mujeres de todas las edades que expresan su voluntad de interrumpir un embarazo. Fueron algunas médicas quienes pusieron esta cuestión sobre el tapete.

²³ Se estimó que sería la primera causa de muerte materna (como entre las adultas); se ofrecieron datos sobre el número de camas ocupadas por complicaciones de aborto en los servicios o se refirieron casos que podríamos llamar extremos (por ejemplo, un médico indicó que había atendido recientemente a una niña de 13 años por una complicación de aborto).

[¿Se te ha presentado el caso de adolescentes que plantearon practicarse un aborto?]

Sí y pedírmelo también.

[Y cuando te lo plantean, ¿vos cómo te manejas?]

Mirá, en primer lugar lo que trato de ver es si realmente ella quiere hacerse un aborto o está presionada. En segundo lugar, si está convencida, le tengo que explicar todos los riesgos, y en tercer lugar no la juzgo. Fundamentalmente no la juzgo, porque esa chica cuando termina de hacerse el aborto tiene que volver a ser atendida, y si yo la juzgué la perdí como paciente (tocoginecóloga R, Rosario).

Como la guía de entrevista no contenía una pregunta explícita sobre las “consultas por aborto” no es posible discernir si las médicas lo mencionan más porque son las interlocutoras privilegiadas por las jóvenes para este tipo de confidencia o si los médicos no consideraron importante explicitar estas demandas²⁴. No obstante, el señalamiento devela uno de los dilemas que los profesionales enfrentan en contextos en los que el deber de proveer asistencia médica entra en conflicto con la normativa legal vigente o el *statu quo*. Sin este *insight* faltaría una pieza del “rompecabezas”: creeríamos que la tarea de médicos y médicas se limita a la atención de las complicaciones de los abortos clandestinos. Sin embargo, el aborto anunciado o solicitado por una adolescente a un profesional de salud le plantea un dilema. El médico/a no puede realizar el procedimiento ni derivarlo a un colega (a riesgo de incurrir en un delito o ser pasible de ser imputado como cómplice). Pero tampoco puede o debe permanecer indiferente ante esta consulta o solicitud, a riesgo de traicionar el juramento hipocrático.

El aborto está tanto en la agenda de las usuarias de los servicios de salud como en la de los profesionales, como lo ilustra el siguiente testimonio.

[¿Ustedes tienen alguna política específica en relación con el tema del aborto?]

Mira, dentro de lo que son charlas educativas, nosotros si bien no hacemos un enfoque directo hacia el aborto, siempre las preguntas surgen. Y la demanda es..., es en todas las zonas, tanto en el interior como en capital, siempre la pregunta es: ¿qué es el aborto? Y se le explica, y si no, indirectamente este...cuando no sé..., no se pregunte, cuando el adolescente no pregunta, nosotros buscamos la forma de enviarles esa información ¿no? (tocoginecóloga, Catamarca, mi subrayado).

²⁴ En los grupos focales que realizamos en un estudio anterior observamos que médicos y médicas tienen la percepción de que las mujeres eligen profesionales del sexo femenino a determinada edad (por ejemplo, en la adolescencia) o para tratar determinados temas (por ejemplo, relacionados con la sexualidad).

Varios profesionales de ambos sexos manifestaron que en un contexto en el cual la primera causa de muerte materna es el aborto, su despenalización debería ser parte de la estrategia destinada a reducir esa tasa.

[¿En esta zona el aborto es un problema?]

Sí, pero como es un gran problema creemos que hay un gran sub-registro.

[¿Existe alguna política específica en relación con el tema del aborto dentro del área de salud a nivel local?]

No. Muchos de nosotros, por no decirte todos, queremos que se legalice (tocoginecóloga R, Rosario)

Este testimonio, el más explícito de todos los vertidos a favor de la flexibilización de la legislación vigente, proviene de una médica que ejerce su profesión en un contexto en el cual en agosto de 2008, varios años después de realizada la entrevista, el Concejo Deliberante aprobó por 17 votos a favor y 3 en contra el apoyo a la despenalización y legalización del aborto. En un texto en el cual el cuerpo expresó "su convicción respecto a la necesidad y la oportunidad de instalar en la agenda pública la problemática de la salud sexual y reproductiva", el Concejo solicitó a las cámaras de Diputados y Senadores de la Nación "el tratamiento de los proyectos de leyes sobre despenalización y legalización del aborto con estado parlamentario"²⁵.

La internación por complicaciones de aborto

¿Cómo procesan los servicios y profesionales una de las consecuencias del aborto clandestino: las internaciones por complicaciones de aborto en la población adolescente²⁶? Dado el propósito de nuestro trabajo, enfatizaremos las diferencias y similitudes entre los discursos según el sexo de los profesionales²⁷.

Según nuestros/as informantes, el uso del misoprostol ha significado una verdadera revolución silenciosa, con consecuencias positivas en términos de la morbi-mortalidad de las mujeres. La mayoría de los/as entrevistados manifestó un cierto alivio ante la existencia de una alternativa farmacológica que disminuye los riesgos inherentes al aborto clandestino.

²⁵ <http://argentina.indymedia.org/news/2008/08/622207.php>. Al momento de redactar mi tesis (2008) tenían estado parlamentario dos proyectos de ley en la Cámara de Senadores y once en la Cámara de Diputados, los que habían sido presentados entre 2007 y 2008 (Fuente: www.despenalizacion.org.ar). A los pocos días, un concejal del ARI fue amenazado de muerte por haber apoyado dicho proyecto.

²⁶ En el año 2000 (último dato disponible) se registraron 78.894 hospitalizaciones por aborto en todo el país, 15% de las cuales correspondieron a mujeres de menos de 20 años y 50% a mujeres de entre 20 y 29 años (Zamberlin, 2007).

²⁷ Por obvias razones, el análisis se concentra principalmente en las opiniones de ginecólogos y obstetras (aún cuando se incluyen testimonios de pediatras si se lo considera relevante).

En este momento afortunadamente son pocas las que recurren a los métodos cruentos. Pero, te vuelvo a decir, son estadísticas que se nos escapan. Lo que sí te puedo decir es que ha disminuido el porcentaje de abortos sépticos, como teníamos en otra época (tocoginecóloga A, GBA, mi subrayado).

Con la aparición del misoprostol -que antes lo vendían en Bolivia y después acá- tuvimos, digamos, la tranquilidad de que la gente se hacía abortos más seguros. Usaban una o dos pastillas, expulsaban, y después nos veían a nosotros, y parecía un aborto espontáneo, por eso se va a dar siempre un subregistro. Ahora el misoprostol se ha puesto caro, lo venden en las farmacias de a uno. No saben que en algunos casos, cuando se trata de embarazos muy chicos, de seis u ocho semanas, pueden no perderlo, pero si tener amputación de miembros en el feto. Y si no saben, hay que decirles que no hagan nada si no se ha consultado. Uno como médico le puede decir, mira, si haces esto, te puede pasar esto otro. Ha pasado de encontrar que se pongan las cosas más inverosímiles. Sacamos tallos de perejil, sondas, pastillas de permanganato de potasio con todas las lesiones. Entonces lo que se gasta en abortos no es nada comparado con lo que es el sufrimiento o la muerte. La mortalidad materna por aborto es una asignatura pendiente a resolver (tocoginecóloga E, Salta).

[¿Cuáles son los procedimientos más utilizados por las adolescentes par interrumpir el embarazo?]

Lo que se está utilizando ahora más frecuentemente y por suerte es el tema de las prostaglandina intravaginales. ¿Por qué te digo "por suerte"? Porque hasta hace unos años atrás, antes de que entrara el uso o se difundiera el uso de la prostaglandina, era muy común el uso de las pastillas de permanganato de potasio, que son cáusticos vaginales que en general producen grandes úlceras a nivel vaginal y, sobre el embarazo en general, no provocan mayores inconvenientes, salvo el hecho de una anemia aguda, con la cual coexisten durante todo el embarazo. Y lo otro, digamos, el uso de dispositivos dilatadores cervicales como ser tallos de perejil, palo de paraíso, lengua de vaca, que como se utilizan en condiciones no asépticas provocan la mayoría de las veces gangrena, lo que comúnmente nosotros conocemos como síndrome Mondor (tocoginecólogo G, Chaco).

Algunos profesionales (mayoritariamente de sexo femenino) reportaron tener información bastante detallada acerca de los canales de información, quiénes son los proveedores del insumo y cuáles las dosis más frecuentemente utilizadas.

[¿Cuáles son los procedimientos más utilizados por las adolescentes para interrumpir el embarazo?]

Por lo que uno escucha, utilizan el permanganato de potasio que se usaba mucho solo, como destructivo vaginal local, generando muchas pérdidas. El uso del perejil, dentro del uso de los elementos extraños. Y ahora el uso del Oxaprost, así de una forma casera, por transmisión de adolescente de boca en boca. Generando así pérdidas en algunos casos, perdidas y amenaza de aborto iy en otros no! (tocoginecóloga, Misiones).

Nosotros tenemos un aumento de los abortos provocados. En general son mujeres que utilizan las prostaglandinas, a veces vendidas o dadas por paramédicos, algunos profesionales mismo que les venden. Van, piden la pastilla y se la venden. Algunas nos comentan: "si, me puse dos"; "me tomé cuatro porque me dijo fulana, me dijo mengana" (tocoginecóloga T, GBA).

En un pequeño número de relatos, las adolescentes aparecen jugando un rol activo: toman la decisión de interrumpir la gestación con independencia de las opiniones de sus padres o parejas. Cabe preguntarse nuevamente si es que las médicas registran más estas actitudes que sus pares o si por alguna razón las incluyen en sus testimonios, a diferencia de colegas del sexo masculino que simplemente no las reportan. Lo importante, en todo caso, es poner estas afirmaciones en perspectiva, junto a las que nos devuelven una imagen más pasiva, en la cual la adolescente resulta la "víctima" de una cultura machista. Como señala Pires de Rio Caldeira (1990) la coexistencia de "lo nuevo" (en este caso, la mayor seguridad y autonomía que brinda el misoprostol) y "lo viejo" (no poder sugerir el uso del preservativo) es inherente a los momentos "de transición" en lo que respecta a las identidades de género y al largo y difícil camino que la literatura suele llamar empoderamiento.

En general ellas se colocan las pastillas (prostaglandinas) y los padres se enteran cuando vienen con las complicaciones (tocoginecóloga T, GBA).

Cuando la chiquita viene acá... de 15 años...saben que hay pastillas que se ponen para abortar y te piden que le aborte y me dicen "no importa lo que le diga mi novio" (tocoginecóloga, Chaco).

Una minoría de profesionales manifestó dudas o críticas -más bien veladas- al uso del misoprostol por parte de la población sin adecuado asesoramiento profesional. Estos testimonios son un buen ejemplo de cómo se entrecruzan los aspectos técnicos y normativos en el discurso médico. Algunos de los cuestionamientos que los profesionales verbalizan respecto del misoprostol son similares a los que se producían en los grupos

focales con ginecólogos/as y obstetras hace una década cuando relevábamos sus opiniones respecto de la ilegalidad del aborto. En ambos casos se advierte una tensión entre la opinión “profesional” (en aquel entonces, reconocer que la despenalización del aborto es una medida que contribuye a disminuir la mortalidad materna) y la opinión “personal”, representada en frases del estilo “estoy de acuerdo como médica pero no como persona, porque no está en mis convicciones”.

[¿Cuáles son los procedimientos más utilizados por las adolescentes para interrumpir el embarazo?]

Los adolescentes en general, los más chicos, ya no utilizan los métodos tan cruentos y tan primitivos como las más viejas. Utilizan mucho más prostaglandina. Saben que comprando en la farmacia tres pastillas de Cytotec y tomando una cada ocho horas se produce, entonces, el aborto. Es, hasta te diría, menos peligroso que ocurra esto. No sé si esta mal o bien, pero no se mueren (tocoginecólogo, Tucumán, mi subrayado).

El misoprostol parece haber extendido la frontera de lo que algunos médicos consideran “aceptable”. Testimonios de entrevistados de ambos sexos ponen de manifiesto que hay profesionales que comienzan a reservar el término “aborto provocado” para aquellos casos en los cuales las características del método utilizado hacen prever consecuencias graves en términos de morbilidad o mortalidad. Más concretamente, algunas citas parecen ignorar que, con excepción de los escasos abortos no punibles que en la actualidad se realizan (o podrían realizarse) en los hospitales públicos, los abortos son mayoritariamente clandestinos. La clandestinidad no desaparece porque el procedimiento sea menos cruento. Sin embargo, la terminología utilizada para dar cuenta de la interrupción del embarazo estaría cambiando. A modo de ejemplo, el testimonio de un profesional que ha sostenido posturas conservadoras o tradicionales respecto de varios temas y el de una colega con una clara perspectiva de género y de derechos sexuales y reproductivos.

[Al recibir una paciente con complicaciones por aborto, ¿tienen alguna pauta específica de trabajo por tratarse de una adolescente?]

Eh... en general se trata igual, en general igual cuando son abortos provocados se la trata igual a la mujer adolescente como a la no adolescente. Cuando es provocado y es clandestino se la denuncia eh... se trabaja con los protocolos de... digamos de asepsia y antisepsia y aislamiento de la paciente hasta que se detecta si, si tiene problemas o no, o consecuencias o no (tocoginecólogo, Catamarca, mi subrayado).

[¿Cuáles son los procedimientos más utilizados por las adolescentes para interrumpir los embarazos?]

Y, a veces, por lo que me cuentan ellas, en general son pastillas que toman si van a la farmacia. O alguna enfermera les da alguna mezcla rara. A veces son pastillas o a veces son inyectables. Obviamente ya te digo... por ahí hay algunas pastillas que están a la venta. Son abortivas, depende cuando se la tome y demás. Eso es lo que se está vendiendo en algunos lugares, sectores o algunas obstétricas o algún personal al que pueden recurrir. Y muy pocas recurren al aborto provocado en sí, colocándose... o haciéndose un raspado, colocándose laminarias o alguna de esas practicas, en general son las menos (tocoginecóloga T, Rosario, mi subrayado).

El uso de un medicamento para producir la dilatación del cuello del útero (reemplazando elemento tales como agujas de tejer o tallos de perejil) tiene, además de efectos materiales, un efecto simbólico: quitarle parte del estigma al procedimiento a los ojos de los profesionales. Resta saber qué repercusiones tendrá esta "flexibilización" de la mirada médica acerca de la interrupción del embarazo (cuando para ello se utiliza un medicamento) sobre aspectos tales como la denuncia policial, los mensajes que los profesionales transmiten a los padres o tutores y/o la consejería anticonceptiva pos-aborto. En tanto la nueva terminología parece haber calado tanto el discurso de profesionales con posturas conservadoras como progresistas, propongo como hipótesis de trabajo que el uso del misoprostol para inducir un aborto (es decir, la existencia de un recurso técnico) tiene otro efecto secundario positivo: facilitar el trabajo de sensibilización con los profesionales respecto de las necesidades y derechos de las mujeres²⁸.

La denuncia policial

El principal hallazgo respecto de la realización de la denuncia policial fue la coexistencia de una diversidad de criterios no solo a nivel de los profesionales sino también de los servicios. Asimismo se registraron criterios diversos al interior de un mismo servicio. Veamos primero cómo justifican los profesionales la denuncia policial, considerada por algunos como ineludible en tanto el aborto es un delito. El testimonio elegido es el que presenta el argumento de la manera más transparente y completa.

²⁸ Algo similar ha ocurrido en el campo del VIH/Sida, en el cual se han observado cambios en las actitudes y opiniones de los profesionales de salud (tocoginecólogos/as e infectólogos/as) respecto de los deseos de maternidad y paternidad de las personas viviendo con VIH/Sida como resultado de los avances terapéuticos (anti-retrovirales) y el éxito de las estrategias de prevención de la transmisión madre-hijo (Weller, Portnoy y Gogna, 2004).

[Cuando llega una adolescente menor de edad con complicaciones por un aborto, ¿tiene algún tratamiento especial, algún requerimiento especial?]

Hay que hacer la denuncia y hay que hablar con los padres. Hay que hacer eso porque no se sabe lo que puede pasar. Muchas veces no se hacen las denuncias por evitarle problemas a la gente, pero después de tantos años en la especialidad, creo que debemos pensar en protegerse uno y cuidarse porque después siempre terminan echándonos las culpas. Lo ideal es, primero, informar a los padres, algo que es terrible en la mayoría de los casos. Y después hacer la denuncia, principalmente para tratar de localizar a la gente que hace esos abortos no seguros. Yo no juzgo al que lo hace, pero si lo hacen, que lo hagan bien, si no, que no lo hagan, porque eso de hacerle correr riesgos a la gente... (tocoginecóloga E, Salta, mi subrayado).

Lo que subyace a la decisión de hacer o no la denuncia es la intención de reducir la incertidumbre que le provoca al profesional intervenir en una situación atravesada por peligros varios: la morbilidad o mortalidad de su paciente y/o una eventual denuncia de mala praxis, que podría terminar haciéndolo responsable o cómplice de un delito cometido por otra persona. Seguramente este tipo de razonamiento es lo que lleva a algunos profesionales, sobre todo en provincias con elevados porcentajes de pobreza y altas tasas de fecundidad adolescente y de mortalidad materna, a defender la práctica de la denuncia policial.

[Al recibir a una paciente con complicaciones por aborto ¿Tienen alguna pauta específica de trabajo por tratarse de una adolescente?]

Las mismas con que tratamos a cualquier otro tipo de abortos. Excepto, por supuesto, insistís más con la familia, porque a veces el familiar desconoce que su hija tiene relaciones

[¿Vos tenés forma de notificar a los padres?]

Sí.

[¿Tenés la obligación?].

Tengo la obligación de notificar a los padres y a la policía.

[¿Tienen formularios?].

Sí, se llama al policía de guardia para que venga a hacer el examen (sic) y se llama a los padres. Esta es una menor... Es bastante habitual que vengan solas, sofocadas, o con alguna compañera, nunca casi con nadie de la familia (tocoginecóloga, Chaco).

Cabe preguntarse si, de extenderse el uso del misoprostol (que disminuye tanto la gravedad de las lesiones como la probabilidad de un eventual juicio al médico tratante), algunos/as profesionales abandonarán gradualmente una práctica que otros ya dejaron de efectuar por su cuenta y riesgo.

[¿Al recibir una paciente con complicaciones de aborto, tiene alguna pauta específica de trabajo por tratarse de una adolescente?]

Si, tenemos una pauta

[¿Específica por tratarse de adolescentes?]

No, normatizada. Pero se trata de solucionarle el problema sin mayor crítica alguna y sin hacer denuncia policial, como en realidad se debería hacer cuando hay evidencia de un aborto provocado (tocoginecólogo L, Chaco, mi subrayado).

[Al recibir a una paciente con complicaciones por aborto, ¿tienen alguna pauta específica de trabajo por tratarse de una adolescente en cuanto a denuncia, notificación a los padres?]

No, no. Ni denuncia ni notificación a los padres, no. En general, como tienen que estar internadas, por ahí un padre o tutor o adulto tiene que venir a firmar el alta, digamos. Es lo único pero, y lo que estamos haciendo en la maternidad la trabajadora social y yo es ver a todas las mujeres que han tenido un aborto, ya sea con legrado o no pero que han ingresado con el diagnóstico de aborto provocado o espontáneo, digamos, específicamente trabajar con ellas el tema de...evaluar un poco (si se puede) si puede decir si fue provocado o no. La mayoría no lo va a admitir nunca. Pero poder charlar el tema de la anticoncepción y de hecho irse de alta con el método anticonceptivo que hayan elegido (tocoginecóloga O, Rosario).

La consejería anticonceptiva pos aborto

La consejería anticonceptiva pos aborto es prácticamente “tierra de nadie”, a juzgar por los testimonios recogidos:

[Una vez resuelto el episodio de aborto, ¿usted imparte alguna recomendación al adolescente?].

La adolescente es guiada hacia los sectores de Salud Reproductiva (tocoginecólogo L, Chaco).

Lo de la anticoncepción (tocoginecóloga O, Rosario).

Y, se trata de asesorarlo, digamos, sobre planificación familiar (tocoginecólogo A, Chaco).

Lo que se hace es citarla, no sólo para ingresarla al programa de procreación responsable sino también para tratar de estudiar algunas de las que hubiera podido ser el origen de ese aborto. Se hace un screening como para ver si hay alguna causa que sea, digamos...siempre y cuando haya sido espontáneo (tocoginecóloga A, GBA).

Como vemos, las respuestas más frecuentes son formuladas en tono vago y lenguaje impersonal. Algunos testimonios denotan "buenas intenciones" pero no revelan la existencia de mecanismos establecidos que sean pasibles de monitoreo o evaluación.

[Una vez resueltas las complicaciones, ¿Se les da algún consejo a las adolescentes?]

Sí se hacen, pero depende de cada uno. Yo les pido que vengan después a verme para que se les enseñe como cuidarse, porque muchas veces, una vez que se hicieron un aborto, luego viene otro. En otros casos después de la experiencia, ya no se animan a un segundo aborto. Depende, pero hay que contenerla (tocoginecóloga E, Salta, mi subrayado).

Se le imparte la recomendación, pero llega ahí nomás. Porque nosotros no salimos fuera del hospital y no hay... este... profesionales que puedan continuar atendiendo la paciente a los 30, 40, 60 días. Ni se la cita tampoco, porque no vienen (tocoginecólogo, Misiones, mi subrayado).

IV.3. El concepto de género en el discurso médico

Los conceptos género, perspectiva o enfoque de género, al igual que las palabras machismo y machista, fueron utilizados por profesionales de ambos sexos y especialidades (muchas veces de manera espontánea y otras respondiendo a preguntas que indagaban acerca de las similitudes y diferencias entre los y las jóvenes). Simultáneamente, varios entrevistados explicitaron que la perspectiva de género no está difundida entre sus colegas

Una mayoría de profesionales sostuvo que las normas y valores de género están estrechamente relacionados con el embarazo y la maternidad adolescente. Por una parte, algunos advierten adecuadamente que las nociones tradicionales de masculinidad y

femineidad conspiran contra la posibilidad de adolescentes y jóvenes de protegerse (y proteger a sus parejas) de las consecuencias no deseadas del ejercicio de la sexualidad (Villa, 1998; Paiva, 1993; Heilborn, 2002).

Desde el rol de género hay una pauta que esta marcando de alguna manera (equivocada, posiblemente, a mi entender) que el rol de mujer, femineidad y demás, pasa por el rol materno (tocoginecóloga U, GBA).

Las que buscaban ese embarazo...no saben bien por qué pero, bueno, seguimos con las causas tradicionales: reafirmar su femineidad, destruir el mito de la infertilidad, muchas que repiten el modelo familiar... (tocoginecóloga A, GBA, mi énfasis).

Estamos trabajando en un programa de procreación responsable, por la cantidad de niños desnutridos pero no pensamos que muchas veces en nuestra etnia, especialmente los aborígenes, tener un hijo es sinónimo de ser mujer (pediatra mujer E, Salta)

[Dr. ¿y cuál es la reacción con respecto a la paternidad?]

Es mucho más permisivo en líneas generales (con el varón) y consideran como algo que es innato con la masculinidad, o el ser hombre, la posibilidad de engendrar un hijo (pediatra varón, Chaco).

La selección del verbatim refleja un patrón: fueron las profesionales del sexo femenino quienes con mayor frecuencia destacaron como opera lo que la Ana María Fernández (1994) dio en llamar la "ecuación mujer=madre".

Por otra parte, profesionales de ambos sexos sostuvieron que varones y mujeres suelen tener desigual poder en las decisiones que atañen a la sexualidad y la reproducción. Una mayoría manifestó que las jóvenes y mujeres de sectores sociales más desprotegidos encuentran dificultades para ejercer una sexualidad libre del temor a embarazos no deseados e infecciones sexualmente transmisibles. Los profesionales (mayoritaria pero no exclusivamente de sexo femenino) indicaron que muchos adolescentes y jóvenes se niegan a usar preservativo²⁹.

²⁹ Profesionales de ambos sexos notaron que la aceptación del preservativo por parte de los varones estaría en aumento (algunos se referían a jóvenes de sectores medios o de alto nivel de educación y otros, a jóvenes de sectores populares).

En muchas parejas estables pasa que las mujeres se cuidan a escondidas porque los hombres no quieren que se cuiden porque piensan que es para estar con otro, o porque quieren más hijos para sentirse más machos (tocoginecóloga E, Salta)

En el medio hospitalario es muy difícil lograr que la paciente pueda influir en la conducta de su pareja masculina en el uso del condón. Porque todas te dicen "no se quiere poner", "a él no le gusta" y más bien son... pa..., son personas muy sumisas en la relación con su pareja, en donde ella no... la opinión de ellas no.... no se animan a opinar digamos (tocoginecóloga, Misiones).

[Recomendamos] los anticonceptivos orales. Eso es lo primero, porque en realidad, lo que tenemos dificultad con las adolescentes [es] que nos dicen que los varones no quieren usar profiláctico. ¡Ésa es! (pediatra mujer N, Chaco).

El tema del preservativo es un tema a trabajar mucho con los varones por una cuestión cultural. Dicen que con el preservativo se siente menos, o que les pasa esto, o aquello. No terminan de entender la cuestión del embarazo. Más que nada en la adolescencia joven, alrededor de los 17. Están más concentrados en lo erótico, en lo placentero, en pasarla bien. No piensan ni siquiera en las enfermedades de transmisión sexual, se cuidan y también te cuentan que han tenido algunas relaciones sin cuidarse (pediatra varón, Salta).

Cabe destacar que sólo una entrevistada y, a modo de broma, indicó que las mujeres de todas las clases sociales tienen dificultades a la hora de solicitar "sexo más seguro" aunque en términos relativos unas se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad que otras.

[¿Y los varones prefieren que las mujeres usen estos métodos anticonceptivos?]

Sí, por supuesto. Eso en todas las clases sociales (risas). Eso lo vemos habitualmente en todos los lugares, las mujeres como que se hacen responsables de la anticoncepción, que se hacen responsables... Algunos varones no tienen problemas en usar preservativos pero a veces las mujeres adoptan otro método anticonceptivo porque saben o que no lo tienen disponible en todas las relaciones sexuales o que no lo usan como corresponde; entonces prefieren... De hecho, en la parte privada tengo muchas adolescentes, chicas muy jóvenes, que usan el doble método. Es decir, ellos usan el preservativo pero ellas usan los anticonceptivos orales porque están ya tranquilas de que cualquier accidente por lo menos el embarazo lo previenen (tocoginecóloga O, Rosario).

La mayoría de los entrevistados expresan la idea de que son las adolescentes de sectores populares quienes están más expuestas a la maternidad en la adolescencia, tanto porque tienen menores motivaciones y recursos para prevenir embarazos no deseados cuanto para interrumpirlos sin mayores riesgos para su salud y su vida.

Además de las menciones explícitas a la inequidad de género, podemos pensar –siguiendo a Luker (2003)- que toda vez que un discurso presenta a las mujeres como “víctimas de los varones”, estamos en presencia de la noción de asimetría de género.

En tal sentido, fueron relativamente frecuentes las menciones a que la adolescente se perjudica más que el varón con un embarazo; sea que decida interrumpirlo o continuarlo tendrá una carga de responsabilidad diferencial. Una médica también señaló que, debido a ciertas pautas culturales, “no es prioridad la educación para la mujer como la es para el varón”.

La mayor responsabilidad recae en la mujer. Es como si el varón no se embarazara. Es por el machismo que hay en esta provincia. En general la sociedad es machista, pero ésta es bastante más machista (tocoginecóloga E, Salta).

(Ref. ACE) *Yo creo que es un tema privado. Estoy a favor porque de alguna manera es una mujer, o una pareja... Yo veo a las mujeres pero en realidad...son las últimas que toman la decisión, son las que tienen que poner el cuerpo, y obviamente no desean estar embarazadas y van a hacer cualquier cosa (tocoginecóloga O, Rosario, mi subrayado).*

También, médicos y médicas espontáneamente mencionaron el problema de la violencia sexual contra las mujeres

Si hablamos de situaciones de riesgo, pueden ser chicas que tengan un embarazo adolescente fruto de un abuso sexual. Muchas veces ese abuso sexual es perpetrado por algún integrante de su propio grupo familiar (pediatra varón, Rosario).

[Respecto de los embarazos producidos por violación o abuso sexual ¿Tiene alguna aproximación de qué realidad viven?]

La única realidad es que las mujeres violadas están alertadas para no denunciarlos. Hace poco, no hace tanto, vinieron dos maestras. Nosotros no lo hemos registrado con nombre, porque ellas lo han pedido...porque... ¿viste? la sociedad desprotege a la mujer. La sociedad me refiero a la Justicia... Porque vos tenés que demostrar que el tipo te violó, exámenes genitales múltiples... y termina en nada, que la muestra fue mal coleccionada, nada, nada (tocoginecólogo, GBA).

La violencia para la mujer afecta a toda la franja etaria (tocoginecólogo R, Rosario).

Complementariamente, quienes más explicitaron que el sistema de sexo/género tradicional también afecta a los varones fueron algunos médicos.

[¿Crees que trae consecuencias el embarazo en los adolescentes?]

Teóricamente en lo orgánico no, pero si en el desarrollo psicosocial de los chicos, y creo que afecta el desarrollo afectivo de los varones. Aunque estemos en una cultura machista, donde se supone que el varón no tiene que tener sentimientos, no tiene que hacerse cargo de la cuestión de los hijos, etc. Internamente queda una laceración de orden emotivo o afectivo en los varones (pediatra varón, Salta).

Quizás tenga mayor envergadura la problemática en los adolescentes masculinos. Uno ve que el problema de la sexualidad es más abordado por las mujeres adolescentes, que por los hombres adolescentes (tocoginecólogo L, Chaco).

Pero, de hecho fueron algunas médicas quienes refirieron experiencias educativas destinadas a fomentar la responsabilidad de los varones y “democratizar” el placer sexual.

[¿Cuál es su opinión con respecto al embarazo de un adolescente?]

El embarazo en la adolescencia es difícil. En los talleres que nosotros damos a los adolescentes les decimos que se imaginen embarazados, tanto a varones como a mujeres; en mayor porcentaje era una exclamación diciendo ¡“no”!. Después de las exclamaciones empiezan a contestar que quieren estudiar, lo difícil que se les va a hacer porque no van a tener trabajo, no van a tener plata, un hijo se alimenta, necesita pañales, etc. (pediatra mujer E, Salta).

A mí me encantaría que mis hijos comiencen a tener relaciones sexuales, ya sea varones o mujeres, cuando tengan un vínculo con otra persona que realmente les permita disfrutar de esa relación a los dos (tocoginecóloga O, Rosario).

IV. 4. El ejercicio profesional ¿también tiene género?

“En mi servicio tengo 12 mujeres. Casi un harén. Es decir que hay mucha más comprensión.”

Jefe de Servicio de Ginecología, Hospital de la Ciudad de Buenos Aires, 1998

La mayoría de las médicas utilizó expresiones que pueden sintetizarse bajo la fórmula “me pongo en madre” o argumentaron que las conductas que aplican con sus pacientes son similares a las que utilizan con sus propios hijos o allegados.

Yo me pongo un poco en madre (tocoginecóloga T, GBA).

En la consulta con la adolescente yo me pongo un poco, digamos, en madre... Yo tengo un hijo adolescente o sea que uno más o menos sabe cuales son, a veces, las rebeldías de los chicos. Es decir, cuáles son las falencias y qué es lo que necesitan. A veces necesitan algunos límites (tocoginecóloga A, GBA).

Si el embarazo ocurre cuando no fue deseado, nos obliga a reacomodarnos a una situación que no es buscada, no es lo ideal. No es lo ideal de lo que uno quiere para sus pacientes, para sus hijos, para sus seres queridos. De ahí a que una vez ocurrido se reacomode la situación familiar que pueda ser una adolescente feliz, realizada y con un tiempo futuro para un montón de estos proyectos por supuesto que esto es válido (tocoginecóloga U, GBA, mi subrayado).

El análisis no reveló un patrón semejante en el discurso de los médicos. Sólo un entrevistado al ser interrogado acerca de los principales problemas que afectan a la población adolescente, expresó su cierta perplejidad respecto del rol de los adultos al afirmar:

...nadie se preocupa absolutamente por el joven. Cosa rara porque uno puede ser padre (tocoginecólogo GBA, mi subrayado).

El uso del masculino (“uno”) no permite discernir si el entrevistado se refería exclusivamente a que los padres no se preocupan o si incluye también a las mujeres-madres en esta consideración. Pero sí puede notarse que, a diferencia de los testimonios de las mujeres, aquí la paternidad (¿y la maternidad?) aparece tan solo como virtualidad.

En general, los *verbatim* muestran que las médicas tienden más a hablar en primera persona y a utilizar el nosotras inclusivo mientras que el uso del impersonal es más frecuente entre los varones. Los testimonios de las médicas revelan una aproximación pragmática y mayor empatía con las pacientes.

Yo aprovecho el puerperio para volver a charlar con ellas sobre los métodos anticonceptivos y también para ver qué piensan ellas de los métodos. Muchas los rechazan sin fundamento por esto de los mitos. Y nosotros tenemos una oportunidad que es tratar de que el próximo embarazo sea programado. No te digo planificado porque dicen los psicoanalistas que todos los embarazos son inconcientemente planificados (tocoginecóloga A, GBA).

Muchas veces me ofrezco a hablar con los padres porque el mayor temor que tienen es enfrentar a la familia, a la sociedad (tocoginecóloga E, Salta).

Ser madre tan joven y sin tener recursos, eso trae aparejado toda una serie de elementos sucesivos, que no es lo que toda mujer desearía en su vida (tocoginecóloga, Tucumán, mi subrayado).

En general, no se vive con alegría el embarazo en la adolescencia. En general diría que es la excepción. Hay una primera mirada de que no produce alegría, no es lo que se buscó, no es lo que se quiso, no es lo que se proyectó (tocoginecóloga U, GBA).

La comparación de testimonios de médicos y médicas respecto de la ocurrencia de un embarazo en la adolescencia sugiere que, así como las madres serían más comprensivas que sus esposos ante esa eventualidad, las médicas serían más comprensivas que sus colegas varones.

Salvo algunos casos, como habíamos dicho al inicio, de personas bien instruidas, dentro de un hogar, contemplado, y que en un momento dado dice "Bueno, yo voy a ser una madre precoz, o un padre precoz"..., aislados, muy esporádicamente, que pueden existir..., lo demás es un fracaso. Actuar sobre el fracaso no vale la pena (tocoginecólogo, Catamarca)

(Hay que) tratar de promover y educar para que no ocurra y cuando ocurra, todo el apoyo para que pueda criar como corresponde a su hijo y sentirse apoyada en una etapa tan pero tan difícil de la vida (pediatra mujer U, Tucumán)

Hay que ver si es un problema personal para la niña o si es un problema para la sociedad. Yo veo que es una realidad y hay que aceptarla como tal. Entonces la sociedad tiene que adecuar todas las medidas necesarias para que esto no llegue a ser un problema, es decir, que sea algo que uno trata de evitarlo pero si está, trata de contenerlo (pediatra mujer, GBA).

Ciertos relatos muestran una clara continuidad entre el rol de cuidadora, históricamente asignado a la mujer en la división sexual del trabajo, y el ejercicio profesional.

Cuando conté en mi casa mi hijo más grande me dice "le cagaste el flirteo, ¿cómo le vas a decir todo eso?". Le digo "mi deber es proteger a la chica que vino a la consulta, que viene sin saber. Nadie le informó. Que tiene un tipo vivo que está aprovechando toda esa ignorancia. Bueno, ¡sí!, le cagué la fiesta", le dije (tocoginecóloga O, Rosario).

De hecho, una de las entrevistadas estableció implícitamente una comparación entre la manera en que ambos sexos ejercen la profesión médica. Las médicas serían más contenedoras, atributo tradicionalmente considerado "femenino". Es interesante notar que esta ginecóloga necesitó dejar en claro que no estaba discriminando a sus colegas al hacer tal afirmación. Es decir, explicitó que no estaba haciendo "una distinción, exclusión o restricción, sobre la base de los roles y normas de género socialmente construidas que pudieran impedir a una persona (un varón en este caso) ejercer alguno de sus derechos (OMS, 2001, p. 43).

Estoy acostumbrada al trato con los adolescentes. No quiero hacer discriminación de género, pero creo que las mujeres contenemos más por experiencia propia, tenemos la vivencia de lo materno y del cuerpo de la mujer (tocoginecóloga E, Salta).

V. Conclusiones

Hemos visto que los y las médicas entrevistados tienen una cierta familiaridad con la terminología de género y con la noción de desigualdades de poder entre varones y mujeres respecto de la sexualidad y la reproducción. Esto *per se* no implica una posición progresista, en tanto podría ser simplemente la percepción de una realidad que no se considerara necesario modificar. Sin embargo, el énfasis que médicos y médicas pusieron en destacar que el embarazo en la adolescencia frustra o interrumpe el "proyecto de vida" de las jóvenes (información no presentada aquí) revela que ser esposa y madre no es un objetivo socialmente legitimado como algo deseable para una joven, sea o no pobre, en la actualidad. Aunque predomina una visión ingenua, en el sentido de que muchos/as afirman que de no ser por la maternidad temprana esas jóvenes tendría un "futuro promisorio", lo cierto es que los profesionales advierten adecuadamente que un embarazo no deseado en la adolescencia complica una situación de vida ya de por sí difícil (recuérdese que la mayor parte de los niños y adolescentes viven en condiciones de pobreza en las provincias en que se realizó el estudio). Esta cierta familiaridad con la noción de género no necesariamente redundará en acciones destinadas a potenciar la

autonomía de las mujeres e incorporar a los varones como población objetivo aunque abre un espacio de oportunidad.

En relación con la hipótesis de la feminización, el análisis indica que independientemente del carácter más o menos conservador de las posiciones individuales y de las propias contradicciones y ambigüedades de cada sujeto, en términos generales, las médicas expresaron posturas más acordes con las necesidades y los derechos de la población adolescente que sus pares varones. Por una parte, recomendaban en mayor medida que sus colegas el uso del preservativo e informaban más y mejor acerca de la anticoncepción de emergencia. Por otra, evidenciaron una percepción más fina de la manera dual en que opera el género en relación con el embarazo y la maternidad adolescentes: mediante el significado socialmente atribuido al rol maternal y mediante la desigualdad de poder entre los sexos en lo que hace a las decisiones sexuales y reproductivas. La mayor certeza femenina de que su accionar está en sintonía con las expectativas de la opinión pública podría explicar su mayor compromiso con la prevención *vis-à-vis* los profesionales de sexo masculino. Asimismo, las médicas mostraron mayor confianza que sus pares en que la educación sexual/para la salud son instrumentos útiles para la prevención de embarazos no deseados y para promover relaciones de género más equitativas.

Por otra parte, el que fueran varones quienes mayoritariamente mencionaran los efectos perjudiciales del sistema de sexo/género vigente sobre la morbi-mortalidad y la calidad de vida de los adolescentes de sexo masculino refuerza la idea de que existe una cierta comunidad de intereses en función del género del profesional.

Finalmente, el que las médicas se perciban y presenten como "madres de sus pacientes" resulta consistente con la división sexual del trabajo. Este patrón, tal como sucede con las propias identidades de género, puede considerarse una limitación o una oportunidad. Más aún, podría constituir una situación que ofrece ventajas y desventajas, tanto para las médicas como para las adolescentes. El tipo de trabajo realizado no nos permite pronunciarnos al respecto. Esperamos que este interrogante pueda formar parte de una línea de trabajo que a futuro busque profundizar y expandir la conexión entre "género y profesión médica", cuestión que motivó, amén de otras inquietudes, mi trabajo de tesis.

VI. Referencias bibliográficas

Bonder, G., 1998. "Los estudios de la mujer en Argentina. Reflexiones sobre la institucionalización y el cambio social", en G. Bonder (ed.), Los estudios de la mujer en América Latina. Washington, OEA-Intermer.

Burin, M., 2004. "Prólogo", en: Subjetividad y procesos cognitivos 5. Género, trabajo y familia. Buenos Aires, UCES, 11 - 17.

Capuccio, M. y Schufer, M. (coords.), 2006. Conocimiento y actitud de los profesionales de salud frente a la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución. Buenos Aires, CONAPRIS, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Castro, R., 2000. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca, UNAM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Checa, S., Erbaro, C., Gutiérrez, M.A., Mariño, A., Rosenberg, M. y Schwartzman, E., 2006. "Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones post-abortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires", en: S. Checa (comp.), Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires, Ed. Paidós.

Código Penal de la República Argentina, Libro Segundo, Título I, Capítulo I.

DelVecchio Good, M.J., 1985. "Discourses on physician competence", en: H. Hahn y A. Gaines (eds.), Physicians of Western Medicine. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.

DelVecchio Good, M.J., 1995. "Cultural studies of biomedicine: an agenda for research", en: Social Science and Medicine, 41 (4), 461 - 473.

Felitti, K., 2007. Esas voces que vienen del pasado: el debate médico sobre anticoncepción y aborto en los años sesenta. Trabajo presentado en VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 25 - 27 de julio de 2007.

Fernández, A.M., 1994. La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires, Ed. Paidós.

Gagnon, J., 1990. "The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research", en: Annual Review of Sex Research, I, 1 - 43.

Gaines, A.D. & Davis-Floyd, R., 2004. "Biomedicine", en: M. Ember & C. Ember (eds.), Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and illness in the world's cultures. Dordrecht, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Giffin, K. y Lowndes, C.L., 1999. "Gender, sexuality and the prevention of sexually transmitted diseases: a Brazilian study of clinical practice", en: Social Science and Medicine, 48, 283 - 292.

Gilligan, C., 1982. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge, Harvard University.

Gogna, M. (coord.), 2005. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires, UNICEF-CEDES-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Gogna, M., Zamberlin, N. y Fernández, S., 2005. "Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a puérperas", en: M. Gogna (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires, UNICEF-CEDES-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Good, B. & DelVecchio Good, M., 1993. "Learning Medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School", en: S. Lindembaum y M. Lock (eds.), Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Good, B., 1994. Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Cambridge, Cambridge University Press.

Grimberg, M., 1995. "Sexualidad y construcción social del HIV-SIDA: las representaciones médicas", en: Cuadernos Médico Sociales, 70, 37 - 51.

Hahn, H. & Gaines, A. (eds.), 1985. Physicians of Western Medicine. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.

Heilborn, M.L., Bozon, M., Aquino, E. y Knauth, D., 2002. Por uma abordagem sócio-antropológica dos comportamentos sexuais e reprodutivos da juventude no Brasil: a construção da pesquisa GRAVAD. Río de Janeiro. Mimeo.

Koutroulis, G., 1990. "The orifice revisited: women in gynecological texts", en: Community Health Study, 14 (1), 73 - 84.

Kutner, N. y Brogan, D., 1990. "Gender roles, medical practice roles, and ob-gyn career choice: a longitudinal study", en: Women & Health, 16 (3 - 4), 99 - 117.

Langer, A., 2001. "Prólogo", en: Ramos S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D., Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica? Buenos Aires, CEDES.

Lock, M., 1988. "Introduction", en: Lock, M. y Gordon, D. (eds.), Biomedicine examined. Dordrecht, Kluwer Academia Publishers.

Lock, M., 1985. "Models and practice in Medicine. Menopause as a syndrome or life transition?", en: R.A. Hahn y A.D. Gaines (eds.), Physicians of Western Medicine. Dordrecht, R. Deidel Publishing Company.

Luker, K., 1984. Abortion and the politics of motherhood. Berkeley, University of California.

Luker, K., 2003. Dubious Conceptions. The politics of teenage pregnancy. Harvard University Press.

Martin, E., 1991. "The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles", en: Signs: Journal of Women in Culture and Society, 16 (3), 485 - 501.

Martin, E., 1992. The woman in the body. A cultural analysis of reproduction. Boston, Beacon Press.

Matamala, M.I., Berlagosky, F., Salazar, G. y Núñez, L., 1995. Calidad de la atención, género. ¿Salud reproductiva de las mujeres? Santiago de Chile, Reproducciones América.

Mattila-Lindy, S., Hemminki, E., Malin, M., Makkonen, K., Topo, P., Mäntyranta, T. & Kangas, I., 1997. "Physician's gender and clinical opinions of reproductive health matters", en: *Women & Health*, 26 (3), 15 - 26.

Ministerio de Salud de la Nación, 2002. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

Moscovici, S., 1973. "Foreword", en: C. Herzlich, *Health and illness. A social psychological analysis*. Nueva York, Academic Press.

Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2003. Argentina. La oportunidad para el reencuentro. Buenos Aires, Presidencia de la Nación, octubre 2003.

OMS, 2001. Transformando los sistemas de salud. Género y Derechos en Salud Reproductiva. Rosario, Argentina.

Paiva, V., 1993. "Sexuality, condom use and gender norms among Brazilian teenagers", en: *Reproductive Health Matters*, 2, 98 -109.

Pantelides, E., Geldstein, R. e Infesta Domínguez, G., 1995. "Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia", en: Cuadernos del CENEP, 51. Buenos Aires, CENEP.

Pecheny, M. y Manzelli, H. (eds.), 2008. Proyecto de actividades de apoyo para la prevención y control del VIH/Sida en Argentina. Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina. Buenos Aires, Libros del Zorzal, UBATEC S.A.

Petracci, M. y Pecheny (coord), M., 2007. Argentina, derechos humanos y sexualidad. Buenos Aires, CLAM-IMS/UERJ-CEDES.

Pires de Rio Caldeira, T., 1990. "Women, daily life and politics", en: E. Jelin (ed.), *Women and social change in Latin America*. Ginebra, URISD, Zed Books Ltd.

Pittman, P. & Hartigan, P., 1996. "Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers", en: *Health Care Women International*, 17 (5), 469 - 486.

Pringle, R., 1998. *Sex and Medicine. Gender, power and authority in the medical profession*. Cambridge, Cambridge University Press.

Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D., 2001. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica? Buenos Aires, CEDES.

Scott, J.W., 1986. "Gender: a useful category of historical analysis", en: The American Historical Review, 91 (5), 1053 -1075.

Scully, D. & Bart, P., 1978. "A funny thing happened on the way to the orifice: women in gynecology textbooks", en: J. Ehrenreich (ed.), The cultural crisis in modern medicine. New York, Monthly Review Press.

Villa, A.M., 1998. "El varón en las relaciones de género: reflexiones para la intervención en sexualidad y reproducción", en: Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires, CENEP-CEDES-AEPA.

Weller, S., Portnoy, F. y Gogna, M., 2004. "Éxitos médicos, desafíos humanos. Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH", en: Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes. Buenos Aires, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Zamberlin, N., 2007. El aborto en Argentina, Hojas Informativas N° 3, junio de 2007. Buenos Aires, FEIM-CEDES-IPPF.