

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.6 - dec. 2010 - pp.83-104 / Schwarz, P. / www.sexualidadsaludysociedad.org

Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires

Patricia K. N. Schwarz

Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires / CONICET).

Magister en Investigación en Ciencias Sociales (UBA)

Profesora en la carrera de Sociología - Investigadora del Instituto Gino Germani (UBA)

Buenos Aires, Argentina

> patriciakns@yahoo.com.ar

Resumen: En este artículo se analiza cómo operan el discurso y la práctica de ginecólogos en la conformación de percepciones y prácticas de la maternidad en mujeres jóvenes de clase media porteña. A partir de un diseño descriptivo y exploratorio, se realizaron 50 entrevistas en profundidad a mujeres de clase media, de 25 a 35 años de edad, que se socializaron y viven actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y 15 entrevistas a médicos ginecólogos que se desempeñan como tales en la misma ciudad. Se observa que tanto las mujeres como los médicos se ajustan a estereotipos tradicionales de género, no obstante lo cual existen intersticios normativos en sus prácticas y percepciones cuyo análisis se desarrollará aquí, con un abordaje metodológico cualitativo.

Palabras clave: maternidad; género; clase media; ciudad de Buenos Aires.

Construção da maternidade no encontro da instituição médico-ginecológica com mulheres de classe média da cidade de Buenos Aires

Resumo: Neste artigo analisa-se como operam o discurso e a prática de ginecologistas na conformação de percepções e práticas da maternidade em mulheres jovens de classe média portenha. A partir de um desenho descritivo e exploratório, realizaram-se 50 entrevistas em profundidade com mulheres de classe média, de 25 a 35 anos de idade, que se socializaram e vivem atualmente na Cidade Autônoma de Buenos Aires, e 15 entrevistas com médicos ginecologistas que atuam como tais na mesma cidade. Observa-se que tanto as mulheres como os médicos enquadram-se em estereótipos tradicionais de gênero, não obstante o que existem interstícios normativos em suas práticas e percepções cuja análise se desenvolverá aqui, com uma abordagem metodológica qualitativa.

Palavras-chave: maternidade, gênero, classe média, cidade de Buenos Aires.

Constructions of mothering among gynecologists and middle class women in Buenos Aires

Abstract: This article analyzes how gynecologists' discourse and practice organize perceptions and the experience of mothering among young middle class women in Buenos Aires. Using a descriptive, exploratory design, In-depth interviews were conducted with 50 middle class women, ages 25 to 35, raised and currently living in the City of Buenos Aires, and with 15 gynecologists who practice in town. Results indicate that both women and physicians adhere to traditional gender stereotypes, yet normative interstices are found in their practices and perceptions. The latter are analyzed using a qualitative approach.

Keywords: mothering; medicine, gynecology/obstetrics; gender; middle class; City of Buenos Aires.

Las instituciones en la modernidad tardía se habrían desmembrado y perdido coherencia interna; en un proceso complementario, los individuos, por una disociación creciente entre rol e identidad, habrían ganado en libertad e independencia lo perdido en contención de aquellos marcos institucionales.¹ En el horizonte de ese proceso, en este artículo se analiza el encuentro entre mujeres de clase media y ginecólogos-obstetras en el escenario de la maternidad, donde persisten relaciones de poder a partir de las normativas de género y del saber técnico-médico específico. La condición actual de heterogeneidad institucional creciente permite analizar los discursos singulares de cada profesional médico y cada mujer entrevistados, atendiendo a las particularidades y semejanzas con el contexto antes mencionado. Para ello se entrevistaron 50 mujeres –hétero y homosexuales– y 15 ginecólogos y obstetras, empleando un abordaje metodológico cualitativo, sobre un diseño descriptivo y exploratorio. Coexisten en el texto tres protagonistas: las mujeres, los médicos ginecólogos y obstetras, y la maternidad, como fenómeno social y como experiencia singular.

Para comenzar entonces, entendemos la maternidad como una arena política donde se dirimen espacios de poder, donde se establecen –por medio de nuevas y viejas luchas simbólicas– espacios de acción, de construcción de subjetividades y de división sexual del trabajo. Asimismo, la elección de médicos como población de estudio es relevante por su participación en la puesta en práctica de políticas, leyes y normas institucionales. Los médicos serían quienes “filtran” y adaptan aquellos principios generales en la intimidad del consultorio. La profesión médica ha ejercido y ejerce un papel central en relación con los aspectos inherentes a la reproducción humana. En el presente, los médicos tienen legal y normativamente

1 A lo largo del texto utilizamos el artículo masculino cuando nos referimos a sujetos en plural. Sin embargo, queremos remarcar la trascendencia que reviste el uso del lenguaje en las relaciones de poder. Utilizar el masculino plural –y con esto hacer desaparecer al sujeto femenino– tiene implicancias políticas profundas. Por ello, hacemos la salvedad para dar cuenta de la relevancia de este aspecto.

adjudicada la autoridad de obrar en este terreno como máximos expertos técnicos (Ramos et al, 2001). Por su parte, la visión de las mujeres representa un aporte significativo, ya que las investigaciones sobre prácticas y representaciones en torno a las decisiones reproductivas han sido escasas: en Argentina se realizaron encuestas de fecundidad y demografía apenas en 1964 y en 1994 (López, 2005).

Cabe recordar que la medicina occidental ha estudiado un cuerpo valorado y percibido como receptáculo de la enfermedad. La percepción del cuerpo respondería a una triple sustracción: el individuo separado de sí mismo (por la distinción entre cuerpo y alma); separado de los otros (con el paso de una estructura social de tipo comunitaria a una estructura individualista, el cuerpo funcionaría como principio de individualización); y separado del universo (los saberes no provenirían de una homología entre el individuo y el cosmos, sino que pertenecerían a una definición singular del cuerpo). En la medicina actual, el cuerpo se encuentra fraccionado; al individuo se lo concibe en abstracto, como entidad que reúne un grupo de órganos aislados unos de otros (Le Breton, 1995; Martin, 2006). A su vez, la práctica médica se apropia de los cuerpos a través de sus intervenciones y su discurso disciplinador sobre los mismos (Foucault, 1989).

La metáfora médica reforzaría, por su parte, el binomio masculino y femenino. Según ésta, las mujeres tienen una naturaleza patológica, concepción que se fundamenta en la inestabilidad de sus procesos biológicos, en relación con su aparato reproductor y con los cambios que éste produce en todo el cuerpo. Así, se extiende la interpretación de la condición biológica al campo comportamental. Por ello, el discurso ginecológico reconoce la necesidad de controlar y administrar la naturaleza femenina; esta disciplina se torna de ese modo en una ciencia de la mujer. Los médicos se convierten en los legítimos traductores de los designios naturales (Rohden, 2001). Parte nodal de ese orden es sostener el imperativo maternal en las mujeres. Emily Martin (1996) ha descrito cómo la biología y las investigaciones médicas se apoyan aún en estereotipos de género tradicionales, confiriéndoles características humanas a procesos biológicos del aparato reproductor.

A continuación detallaremos algunos aspectos referidos al abordaje metodológico de la investigación en la que el presente artículo se funda. Luego analizaremos la relación entre ginecólogos y mujeres, centrándonos en la dinámica de la entrevista médico-paciente; y en diferentes dimensiones relativas a la maternidad y la vida reproductiva, tales como embarazo, parto y lactancia.

Abordaje metodológico

El trabajo expuesto aquí tiene un diseño descriptivo y exploratorio. Se realizaron 50 entrevistas en profundidad: 35 a mujeres heterosexuales (18 con hijos y 17

sin hijos) y 15 a mujeres homosexuales (8 con hijos y 7 sin hijos), de clase media, de 25 a 35 años de edad, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se conformaron 3 grupos focales, con seis participantes cada uno: el primero con mujeres heterosexuales sin hijos; el segundo con mujeres heterosexuales con y sin hijos; y el tercero con mujeres homosexuales con y sin hijos. A excepción de una de las entrevistadas, todas las mujeres que participaron de este estudio trabajaban en su campo profesional al momento de las entrevistas. La muestra estuvo conformada por 21 mujeres heterosexuales –casadas o conviviendo con sus parejas–, y 6 mujeres homosexuales en la misma situación; 13 mujeres heterosexuales con pareja estable sin convivencia y 7 mujeres homosexuales en idéntica situación; 15 mujeres heterosexuales sin pareja estable que eventualmente tienen parejas ocasionales; y 7 mujeres homosexuales en la misma situación. Fueron entrevistadas mujeres que se declararon agnósticas, católicas (practicantes y no practicantes), budistas y judías. Dado que no hubo diferencias sustanciales en las respuestas relacionadas a la confesión religiosa declarada, no especificamos la creencia religiosa en los *verbatim*s dentro del cuerpo de este texto.

Se efectuaron además 15 entrevistas en profundidad a médicos ginecólogos y obstetras; 10 varones y 5 mujeres, con y sin hijos, de entre 40 y 50 años de edad, que se desempeñaban profesionalmente en la ciudad de Buenos Aires, y cuyas pacientes pertenecían a camadas medias. Respecto de los ámbitos de ejercicio profesional de los ginecólogos y obstetras entrevistados, 11 trabajaban únicamente en el sector privado y 4 en el privado y público, éstos últimos eran todas mujeres. En cuanto a las situaciones de pareja en que se encontraban, 11 de estos profesionales de la salud estaban casados y con hijos; tres estaban divorciadas, con hijos; y una estaba casada y no tenía hijos. En esta muestra participaron católicos practicantes, no practicantes y agnósticos, y al igual que con las mujeres entrevistadas, no encontramos diferencias significativas en las respuestas según creencias religiosas. El reclutamiento de las mujeres, ginecólogos y obstetras que participaron en el estudio se realizó en diferentes ámbitos laborales, públicos y privados, para asegurar una base amplia de selección; y ésta se efectuó con el método “bola de nieve”. Se utilizó el programa de análisis textual *Atlas – Ti*, como procedimiento de análisis de los datos construidos.

Dinámica de la entrevista médico – paciente

Consideramos un aspecto fundamental de dicha dinámica: su duración. Salvo en dos casos –en que los turnos con las pacientes estaban establecidos cada cuarenta y cinco minutos–, la mayoría de los ginecólogos consultados afirmaron que las entrevistas con sus pacientes tenían una duración promedio de quince minutos.

Habría una correlación entre el tiempo de duración de las entrevistas médico-paciente y la voluntad manifiesta de intervenir en las decisiones reproductivas de las pacientes. En los dos casos en que se otorgaban turnos de cuarenta y cinco minutos como mínimo, los profesionales médicos trataban con sus pacientes temas generales de la vida: sentimientos, temores, aspectos de la vida sexual, proyectos, etc. En una palabra, se podría sintetizar que uno de ellos asumía una posición ‘tradicional’, y la otra profesional, una más ‘liberal’; sin embargo, ambos tomaban la iniciativa de aconsejar a sus pacientes mujeres acerca de diversas cuestiones, aun cuando no surgía de las pacientes tratar aquellos temas. Es necesario aclarar que ambos médicos ofrecían consultas de mayor duración temporal cuando se desempeñaban en el ámbito privado de la salud; en el ámbito de atención pública manifestaban no tener otra opción que dedicar un promedio de 10 minutos de consulta por paciente. En aspectos como éstos podemos observar posibilidades y límites de la propia iniciativa de los profesionales de la salud, dentro de determinados marcos institucionales de su actividad médica.

En lo que respecta a la injerencia del médico en las decisiones reproductivas, referiremos a dos trabajos. En el primero, una investigación con mujeres de sectores medios del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (Tamburrino et al., 2007), se observó que la mayoría de las entrevistadas manifestaba la necesidad de abordar en la consulta médica temas relativos a su vida cotidiana, para ser interpretadas en el diagnóstico de manera integral como sujetos. En el segundo, una encuesta a ginecólogos y obstetras que ejercían en hospitales públicos del AMBA (Ramos et al., 2001), casi la totalidad de la muestra (96%) consideraba que el varón y la mujer conjuntamente eran los responsables de decidir cuántos hijos/as tener, y cuándo. El 90% opinaba, también, que el varón y la mujer debían decidir en forma conjunta el uso de anticonceptivos; y sólo el 8,4% consideraba que esa decisión debía ser tomada exclusivamente por la mujer. Una gran mayoría –siete de cada diez encuestados/as– opinaba que dicha decisión debía ser tomada conjuntamente por “el médico/a y la pareja”, postura enfatizada por las médicas mujeres (73,7%). De este modo, podemos observar una tendencia democratizante en las lógicas médicas, con una diferencia: en la misma investigación, las médicas mujeres se manifestaron más permeables que sus colegas varones a las demandas –manifiestas o latentes– de sus pacientes. Tal como afirman Castro & Bronfman (1993), la epistemología médica masculina relaciona la reproducción humana con un hecho biológico únicamente; en cambio, a partir de la normativa de género patriarcal, en la que la mujer es emparentada con los sentimientos, la epistemología médica femenina relacionaría ese proceso con una integralidad emocional y física.

En nuestro relevamiento, observamos que la mayoría de los médicos entrevis-

tados consideraba importante tomar la iniciativa en el tratamiento de la cuestión la edad de la mujer para comenzar a tener hijos. Manifestaron que “alertaban” a las mujeres de cerca de treinta años acerca de la progresiva decadencia de su organismo y de su fertilidad para lograr con éxito y sin riesgos el proyecto reproductivo. En ningún caso mencionaron haber aludido a la misma problemática relativa a la edad de los varones. Estos “avisos” respecto de la “edad ideal” de la mujer para comenzar a tener hijos eran transmitidos, en la mayoría de los casos, a aquellas mujeres que tenían pareja (heterosexual) estable.

–¿Cuál es la situación “ideal” para gestar y transcurrir el embarazo? No solamente en el sentido médico sino también en lo referido a lo social...

–Lo ideal obviamente es que sea en el contexto de una pareja ya formalizada. Hay muchas chicas que son solteras y terminan encarando un embarazo del cual después se termina encargando su familia, o sea son situaciones traumáticas que después van a tener un alto costo psíquico en el bebé cuando crezca, saber que su padre está o no está o simplemente fue un desliz de la madre en ese momento. Son situaciones traumáticas, entonces uno busca tratar de que sea todo dentro de un contexto de contención, así como es la cobertura, el contexto de la contención de una pareja (médico de 50 años, casado, con hijos, que ejercía únicamente en el ámbito privado de salud).

–¿Qué opina respecto del aplazamiento del comienzo de la maternidad?

–Eso tiene que ver con la vida de las mujeres; las mujeres ahora postergan su maternidad en pos de su realización personal y profesional. Eso fue un retroceso de la mujer, según ellas fue un avance, pero para mí fue un retroceso. Pero las que se perjudican son ellas porque ser madre es indispensable para toda mujer. Se hacen las cancheras que quieren tener una carrera, pero después vienen al consultorio de fertilidad con el caballo cansado diciendo que se acordaron que quieren ser madres y ya no pueden. Pero no es lo mismo tener una paciente que no puede tener hijos a los 24, porque intentó de los 20 a los 24 entonces uno tiene cierto margen para lograr que esa pareja tenga un hijo, que la paciente que viene con 40 años porque hace tres que intenta tener hijos, porque ahí esa paciente, esa mujer ya está con muchos déficits biológicos con respecto a la maternidad. Entonces eso dificulta mucho la maternidad propia, el embarazo. Y creo yo que para una mujer la maternidad es una de las cosas más importantes que le puede pasar en la vida, pero bueno... ya eso... también es cierto que hay muchas parejas y mujeres ahora que no quieren tener hijos que antes uno no lo veía tanto, ahora hay muchísimo más, muchísimo más, llamativamente... algo más parecido a lo que pasa en Europa. Pero eso es muy relativo a los nichos o los sectores sociales (médico de 45 años, casado, con hijos, que ejercía únicamente en el sector privado de salud).

En este último *verbatim* podemos observar cómo este médico censuraba la preferencia de las mujeres por el proyecto profesional, en detrimento de la maternidad. Su postura sostiene el estereotipo del mito materno y la homologación mujer-madre. Por su parte, el colega médico del primer *verbatim* muestra un perfil heteronormativo, pues sólo considera la maternidad en términos de una pareja heterosexual.

En cuanto a la edad recomendada para comenzar la vida reproductiva, los testimonios citados van en el sentido de lo manifestado por las mujeres entrevistadas, acerca de la fuerte presión para tener hijos recibida de parte de su entorno cuando se acercaban a los treinta años. Muchas de ellas, además, identificaron esa edad (treinta años) como la ideal para tener el primer hijo, y argumentaban que a dicha edad se estaría suficientemente madura como para hacer frente a las demandas de la maternidad.

En aquellas conversaciones con sus pacientes menos enfocadas en la edad reproductiva ideal, la mayoría de los médicos decía percibir un temor generalizado en las mujeres que los consultaban cuando se acercaban a los treinta años acerca de la posibilidad de ser estériles sin saberlo. Otro temor frecuente en las pacientes estaba referido a la posibilidad de poner en riesgo su vida por un embarazo después de los treinta años de edad.

Ante la consulta a todos los ginecólogos entrevistados sobre si tenían pacientes lesbianas, la mayoría respondió que no. Y esto se vincularía con comentarios en los que los médicos aclaraban que no era su estilo “inmiscuirse en la intimidad sexual de las personas”. Estaría relacionado además con los testimonios de las mujeres lesbianas entrevistadas, que aludían a la incomodidad de tratar tales temas con sus ginecólogos, razón por la cual preferían no hacerlo, unas veces por haber recibido malos tratos, otras por temor a una conducta discriminatoria. Muchas mujeres lesbianas entrevistadas consideraron que la práctica sexual lésbica no producía situaciones en las que los controles ginecológicos se volvieran necesarios; algunas de ellas referían a menores riesgos en la transmisión de infecciones, y otras manifestaban que se trataba de relaciones más espirituales que carnales, y que por eso no representaban un riesgo para su salud. Las entrevistadas lesbianas con hijos consultaban al ginecólogo con mayor frecuencia, pues consideraban que, habiendo iniciado su vida reproductiva, era necesario hacer controles periódicos. En efecto, tal como las mismas entrevistadas afirmaban, la maternidad había cambiado todos los aspectos de su vida y sus percepciones.

A continuación se abordarán aspectos de la relación con ginecólogos y obstetras, más específicamente vinculados a la decisión de ser madre y la forma de transitar dicha experiencia.

Maternidad y vida reproductiva

Los ginecólogos eran identificados por nuestras entrevistadas como uno de los actores más importantes cuando de decisiones sobre su vida reproductiva se trataba. Al describir consejos y percepciones médicas, las pacientes referían a la identificación de la mujer con la maternidad. En ese sentido, es preciso considerar que la cercanía ideológica entre los Estados pronatalistas y la institución médica en Latinoamérica permitió que estas entidades fortalecieran su accionar y reafirmaran preceptos coherentes con estereotipos tradicionales de género (Rohden, 2003). El apoyo científico coadyuvó al ejercicio del poder del Estado y, por su parte, la función reguladora del Estado contribuyó a legitimar las prácticas médicas. Los parámetros médicos de normalidad identificaron a la maternidad como parte nodal de la identidad femenina (Meloni Vieira, 2002).

En esa dirección, todas las mujeres médicas consultadas en la investigación coincidieron en que la mayoría de las mujeres tienen hijos como resultado de la presión social ejercida sobre ellas, al considerarse la maternidad como sinónimo de su condición de mujeres. Por el contrario, la totalidad de los varones médicos entrevistados refirieron a la necesidad de la maternidad en la vida de una mujer, y a la frustración que ocasionaría el no poder ser madre, atribuyendo la voluntad de ser madres a factores biológicos. Quizás la discrepancia se deba a que la experiencia propia de las mujeres médicas les permitiera adoptar una perspectiva diferente a la tradicional, considerando su propia historia, en que tuvieron que compatibilizar el proyecto materno con el ejercicio de su profesión. De hecho, dos ginecólogas de aproximadamente 50 años, hicieron alusión a ello. Consideraban que habían tenido hijos no por decisión propia o deseo, sino por presión social; aun así, aseguraban que la experiencia maternal les resultaba sumamente placentera y gratificante.

Asimismo, los dos aspectos vitales considerados como más importantes por las mujeres entrevistadas fueron la maternidad y el desarrollo profesional. En este sentido, es importante aclarar que todas las entrevistadas tenían ocupaciones vinculadas a su formación profesional. Además, asociaban el desempeño laboral con la preservación de un espacio propio; es por ello que consideraban importante no dejar de trabajar aún después de haber tenido hijos. Admitían trabajar menos horas, pasar a un segundo plano lo laboral una vez nacidos sus hijos, pero no se planteaban la posibilidad de dejar de trabajar. La mayoría de las entrevistadas identificaban esto último como un cambio histórico respecto de generaciones pasadas próximas, como la de sus madres, por ejemplo.

Podemos trazar múltiples relaciones entre la emergencia de la reivindicación de un espacio de desarrollo personal y los avances feministas, las nuevas legisla-

ciones vigentes, los gobiernos democráticos, la pauperización de las condiciones económicas –que provocaron la necesidad de obtener ingresos por parte de los dos miembros de la pareja– y la profundización de preceptos individualistas en nuestra cultura. En relación con la individualidad, la maternidad resultaría en ocasiones una coartada eficaz para desentenderse de algunas interpelaciones sociales. Por ejemplo, si bien se habría instalado en nuestra sociedad la obsesión por la apariencia corporal y la belleza, la maternidad abre un “período de gracia” en el que sería legítimo para las mujeres descuidar su apariencia y declinar su erotismo a favor de su rol de madres; así, se suspendería temporariamente la exigencia de perfección del cuerpo femenino (Lopes & Casotti, 2008; De Castro, 2007).

En ese sentido, pudo observarse en las mujeres entrevistadas una relación entre un tipo de comportamiento ajustado a mandatos de género tradicionales y el borramiento de la sexualidad de la mujer durante el embarazo y el período inmediato posterior al parto. Por otro lado, aquellas mujeres con comportamientos menos tradicionales en cuanto a la normativa de género, separaban su maternidad de su sexualidad, procurando conservar espacios de encuentro y placer sexual con sus parejas, así como también decían que intentaban seguir sintiéndose atractivas, independientemente de la relación con sus parejas.

En cuanto a los factores considerados para decidir tener un hijo, las mujeres entrevistadas mencionaban: la voluntad de tenerlo, la madurez, la responsabilidad y la capacidad para educarlo bien y darle amor, en coincidencia con la posición manifestada por la mayoría de los ginecólogos indagados. Es llamativo que ni los médicos, ni las mujeres entrevistadas mencionaran el aspecto económico. Aquí es necesario tener en cuenta de que se trataba de un universo de mujeres de camadas medias: inclusive, las entrevistadas especulaban con la ayuda familiar en caso de problemas económicos.

Del discurso de la mayoría de los médicos entrevistados inferimos que pensaban la maternidad fundamentalmente en el marco de una pareja heterosexual. Cuando se les preguntaba acerca de la maternidad homosexual, manifestaban en general su desacuerdo.

–¿Tiene o ha tenido pacientes lesbianas que manifestaran el deseo de tener hijos?

–Un par, pero digamos... no pasó de ser un deseo que no se pudo concretar... seguramente no consiguieron el hombre para que se genere el embarazo.

–¿No hubo otra vía contemplada?

–No estuvo contemplada en ese caso porque puede ser que el deseo no haya

sido tan fuerte como para tomar la decisión al respecto. Hay que evaluar cada caso en particular, porque de alguna manera es una acción que se va un poquito de lo normal y hay que ver cómo es el perfil psicológico de la madre y de su pareja porque... bueno... es traer un chico al mundo para que ya de entrada sepa que va a tener... no sé... una pareja dispareja, o sea una pareja paterna dispareja, ¿no?

–En ese caso, ¿cuál es el protocolo a seguir?

–No hay, si viene una mujer embarazada, independientemente de su inclinación sexual, yo la voy a atender, lo que pasa es que bueno... tiene que darse una situación muy particular para que venga a plantearme el hecho de cómo me voy a embarazar. En general, ya vienen con el hecho consumado (médico, 50 años, casado, con hijos, que únicamente trabaja en ámbitos privados de salud).

Por otra parte, las respuestas de las mujeres heterosexuales entrevistadas era más flexible respecto de la heteronormatividad; cuando se les preguntó si una mujer lesbiana podía ser madre, prácticamente todas respondieron afirmativamente. “Una mujer lesbiana puede tener ‘instinto materno’ y darle a su hijo todo lo que necesita a nivel afectivo y material” (entrevistada, 30 años, un hijo). Sin embargo, no lo recomendaban por considerar que la sociedad condenaría este tipo de práctica sexual, marginando al hijo de la mujer lesbiana. Consideraban que podría resultar difícil para un niño vivir con dos mujeres que son pareja, al momento de adaptarse a la comunidad. Algunas afirmaban que no sería conveniente para un niño ser criado por dos mujeres que viven en pareja porque faltaría el modelo de varón en su formación, lo que redundaría en problemas psicológicos graves para él. No obstante, la mayoría de las entrevistadas manifestaba que esto último podía carecer de relevancia, ya que el modelo de varón podía ser extraído de un tío, un abuelo, un amigo de la madre.

La mayoría de los médicos entrevistados coincidieron con las opiniones manifestadas por las entrevistadas heterosexuales respecto de la preocupación acerca de la ausencia de un modelo masculino en la crianza de los hijos. En esas afirmaciones se hacía presente la censura existente frente a la diversidad en las prácticas sexuales y en los modelos de familia; quedaba también de manifiesto el lugar privilegiado que se le otorgaba a la figura del varón para una educación considerada psicológicamente sana. De las mujeres lesbianas entrevistadas, la mayoría no tenía hijos; y muchas de ellas, al momento de la entrevista manifestaron no querer tenerlos, ni siquiera en un futuro. Estaríamos en presencia de una internalización de la norma heterosexista en la cual las lesbianas son interpretadas como sujetos no reproductivos; aunque este dato puede también estar aludiendo a la posibilidad –de las mujeres lesbianas– de expresar con honestidad opiniones que no serían

permitidas dentro de la normativa de género existente. Cabe aquí considerar que nuestra sociedad les impone un ambiente adverso para el proyecto parental, en cualquiera de sus manifestaciones: adopción, uso de tecnologías reproductivas, etc. Tanto en nuestras entrevistas como en la bibliografía especializada, vemos que el hecho de que las lesbianas no sean consideradas mujeres apropiadas para ejercer la maternidad estaría vinculado a la creencia de que la orientación sexual de la madre influiría en las elecciones sexuales del niño, y que éste tendrá una identidad sexual poco clara o impropia, o que será estigmatizado en la escuela o en otros ámbitos de relación debido a que su madre es lesbiana (Herd & Koff, 2002).

Las entrevistadas lesbianas con hijos manifestaron haberlos tenido en el marco de matrimonios heterosexuales previos. Todas dijeron haber conversado con sus hijos sobre sus prácticas sexuales y no haber ocultado su orientación sexual: o bien recibían a sus parejas en casa, o convivían con sus parejas. Consideraban, asimismo, que la educación que daban a sus hijos los haría más tolerantes y abiertos a la diferencia. En la mayoría de los casos, afirmaban que entablar una relación con una mujer debía ser cuidadosamente evaluado, pues podía poner en peligro la tenencia de los hijos, sobre todo durante el período inmediatamente posterior al divorcio de sus maridos. Esto era descrito por las mujeres con mucha angustia. Además, la presencia masculina en la crianza de los hijos no era considerada necesaria por la mayoría de las entrevistadas lesbianas, pues consideraban que el amor, protección y cuidados que el niño podía obtener de su madre y de su compañera serían suficientes para una socialización saludable.

El embarazo "natural" y las nuevas tecnologías reproductivas

A partir de sus experiencias, las entrevistadas que ya habían tenido hijos manifestaron haber vivido el embarazo como un proceso de gran control y vigilancia médica en lo relativo a su peso corporal, alimentación, etc.; decían además que habían sido invasivos y molestos algunos de los procedimientos de entre los "control de rutina". De todos modos, esas quejas no alcanzaron el *status* de cuestionamiento de la autoridad ni de la decisión médicas. Estas mujeres relataban que a la mayoría de las consultas durante el primer embarazo asistían acompañadas de sus parejas varones –quienes en ocasiones entraban a la consulta, y en otras, esperaban en la antesala–; no así en los siguientes embarazos.

Las entrevistadas que aún no habían tenido hijos, se declararan heterosexuales u homosexuales, frente al caso hipotético de ser infértiles o no poder tener hijos por cualquier otra razón, las vías más recurrentemente mencionadas de acceso a la maternidad fueron la adopción (en mujeres heterosexuales), el recurso a la donación de esperma de amigos varones (en lesbianas) y el uso de nuevas tecnologías

reproductivas (en ambos casos). Aunque manifestaban no contar con información suficiente al respecto y desconocer cómo llevar a cabo dichas alternativas, hemos podido observar en los dichos de las entrevistadas una tendencia a idealizar los alcances de la tecnología frente a problemas de fertilidad.²

En nuestra muestra, tres mujeres habían realizado tratamientos de fertilidad, y dos de ellas ya tenían un hijo al momento de las entrevistas. Describían como un proceso muy penoso y de mucha expectativa el haber estado sometidas a esos tratamientos, por lo que no lo difundían entre sus amistades y decían haberles resultado difícil explayarse sobre el tema durante las entrevistas para la presente investigación. En dos de los casos, fueron ellas mismas quienes tomaron la iniciativa para consultar a un profesional médico, después de haber intentado quedar embarazadas durante un largo período de tiempo. En el otro caso, la decisión fue una iniciativa del varón. Las tres manifestaban una gran conexión con sus parejas en cuanto al proyecto parental; de hecho, la decisión de comenzar los tratamientos había sido conjunta, en los tres casos. De acuerdo a lo relatado por nuestras entrevistadas, tal decisión estuvo enmarcada en una consulta con el ginecólogo de aproximadamente 10 minutos de duración. Tal como afirma Chatel (2004), esta pobreza en la comunicación entre el médico y la paciente está lejos de poder garantizar que las mujeres tomen decisiones informadas respecto de las intervenciones médicas sobre sus cuerpos.

El dolor manifestado por las entrevistadas respecto de la incapacidad de tener hijos puede ser consecuencia, entre otras cosas, de la fractura de la normativa identitaria genérica que implica no poder ser madres; pues ésta demandaría tener una vida reproductiva exitosa para constituirse en mujeres en un sentido pleno. En esta situación se pone en juego el mito de la mujer madre y el vínculo simbólico:

2 Lucía Ariza (2007) define las tecnologías reproductivas como “el conjunto de técnicas que, desde el campo interdisciplinario de la medicina terapéutica o de intervención y la medicina experimental, se proponen como una respuesta, más o menos efectiva en términos de sus resultados, a la ausencia de hijos no voluntaria de individuos o parejas. Están comprendidas dentro de ese grupo la inseminación artificial – con vínculo biológico del padre (IA) o por donación anónima de esperma (IAD)–, la fecundación in vitro (FIV), la transferencia intratubaria de gametos (TIG o GIFT), la transferencia de embrión a la trompa (TET), la inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) y la transferencia a la trompa de ovocitos microinyectados (SOFT / TOMI)” (2007:257). Asimismo, esta autora cita la siguiente definición de infertilidad: “...es un término médico utilizado para describir la situación de ausencia de hijos involuntaria luego de un período de búsqueda reproductiva considerable” (2007:262). Chatel (2004), a su vez, define a las “Procreaciones Médicamente Asistidas” (PMA) como aquellas que abarcan todos los casos donde no hay obstáculos irreversibles para la aparición de un embarazo. Y llama “Procreaciones Artificiales” a aquellas técnicas de sustitución, paliativas y no reparadoras, como la fecundación in vitro (FIV) por ejemplo. Estas técnicas no son terapéuticas; si la FIV funciona, la infertilidad no está curada. La FIV es un nuevo modo de procrear, pero genera la falsa impresión de ser un método que revierte la infertilidad.

varón-virilidad-fertilidad. Sería por ello que estas tecnologías resultan ampliamente deseables y serían abordadas con una actitud acrítica, pues se articularían con normativas genéricas identitarias constitutivas de los sujetos en nuestra cultura.

Tanto en lo relatado por las entrevistadas de nuestro estudio, cuanto en lo hallado por Ariza (2007), puede observarse que los profesionales de la salud atribuyen infertilidad a la mujer aun antes de realizarle estudios diagnósticos. Esto puede estar relacionado con el desacuerdo acerca del retraso de la edad para comenzar a tentar un embarazo, tal como vimos anteriormente, y también con las metáforas médicas antes mencionadas que encuentran patológico el cuerpo femenino, reproduciendo estereotipos de género (Rohden, 2001).

En el caso de dos de nuestras entrevistadas, eran sus parejas quienes tenían problemas de fertilidad. Es interesante señalar la diferencia en la forma en que ambas reaccionaron ante la noticia. Una de ellas, cuyos comportamientos eran más cercanos a la normativa de género tradicional (ama de casa, que se autodefinía como una mujer cuya prioridad siempre había sido el proyecto de formar una familia, casada en una ceremonia religiosa católica, entre otros aspectos), cuando se determinó que la causa de la infertilidad era una disfunción de su marido, su reacción fue de encono, enojo, culpabilizándolo; incluso humillándolo frente a amigos y familiares. Aquí puede haber estado presente la asociación tradicional de virilidad y fertilidad, así como de realización personal de la mujer fundamentalmente a través de la maternidad; en ese caso, el esposo infértil no estaba permitiéndole realizarse como mujer. Otra de las entrevistadas en una situación análoga, aunque con un comportamiento más alejado de la normativa de género tradicional (profesional, vivía con su pareja pero no estaban casados, su proyecto de vida estaba asociado a su carrera y experiencias significativas como viajes, tiempo compartido con sus afectos, etc.), reaccionó con comprensión y paciencia, sin por ello dejar de sentir angustia, incertidumbre y mucha expectativa. Pareciera que en este caso, menos permeado por los patrones tradicionales, la presión en pos de la parentalidad era menor, y era vivida sin asociar las obligaciones conyugales con la reproducción, lo que sería coherente con las nuevas tendencias de disociación entre sexualidad y reproducción. También se observó un comportamiento opuesto en ambas mujeres ante sus partos. La primera de ellas aseguraba que el haber pasado por arduos tratamientos durante tres años provocó que, tanto el embarazo, como el parto, estuviesen teñidos por el temor de perder el bebé. La segunda, en cambio, aseguraba haber tenido un embarazo y un parto sumamente placenteros.

El parto

En los países centrales, a partir de la década de los setenta del S. XX, comenzó a problematizarse desde los movimientos feministas la forma en que las mujeres vivían el embarazo y el parto. Estas experiencias se concebían, en muchas ocasiones, como un campo de opresión y de control sobre las mujeres, no respetando sus deseos y necesidades individuales; inclusive, llegando a ser tratadas como objetos que contenían niños; asexuadas, vigiladas y sometidas a intervenciones, muchas de las cuales eran arriesgadas, violentas y a veces también, de dudosa eficacia.

Ya desde los años ochenta, los movimientos feministas tuvieron entre sus prioridades a la atención en el parto, produciendo material educativo y proponiendo políticas públicas, bajo el lema “humanización en la asistencia del parto”. Esa humanización puede ser vista como la legitimación política de una reivindicación de derechos de las mujeres a un parto seguro, a una asistencia no violenta, que contemplase, además, el derecho a conocer y decidir sobre los procedimientos a ser utilizados en el parto, y a no sufrir daños evitables.

En la obstetricia moderna puede observarse una tendencia mundial a que avance tecnológicos y científicos sustituyan, muchas veces, el cuidado humanizado. Esta hospitalización del parto llevó a considerarlo un evento médico quirúrgico, resultando en un modelo de asistencia tecnicista, caracterizada por la carencia de principios humanísticos en el trato de la paciente o parturienta (Knobel, 2006).

En este orden de cosas, Emily Martin encuentra una analogía entre la producción industrial capitalista y la producción de niños en Occidente. Así describe las similitudes entre operarios industriales y mujeres parturientas, tanto en lo que refiere a los procesos de dominación y alienación, como a los de resistencia. La autora afirma que los enfoques de la práctica y las metáforas médicas se desplazaron de la madre y el hijo a la calidad del producto “bebé”, cuyas chances de salir perfecto pareciera que aumentan si el parto es por cesárea (2006:54).

La mayoría de los obstetras entrevistados manifestaban que la medicalización del proceso del parto era necesaria para la seguridad de la madre y el niño. En la generalidad de los casos, esta intervención se daba de manera preventiva. Al respecto, una obstetra mencionaba: “muchas veces hay que apurar el parto porque no tenemos lugar y tenemos muchos partos.” Y otro médico entrevistado comentaba: “Imaginate que no podemos tener la tecnología esperando sin uso”.

Los médicos entrevistados se referían a la inseguridad e imprevisibilidad que sentían frente a un parto “natural”. Afirmaban que este tipo de parto era deseable, pues es la vía biológicamente determinada, pero alegaban que la cesárea era más previsible y rápida, disminuyendo de manera considerable la cantidad de horas dedicadas al parto. Esto coincide con lo observado por Chacham (2006) en su

investigación acerca de la medicalización del parto en Brasil, donde menciona que las demoras del parto parecen estar asociadas por los médicos al riesgo. La redefinición del parto como un evento médico depende del carácter potencialmente problemático del mismo, justificando así la intervención médica. De acuerdo a lo indagado, la creencia en el valor de los recursos tecnológicos de la biomedicina para lidiar con las posibles complicaciones en el parto “normal” sería compartida por médicos y pacientes. La cesárea proporcionaría al médico una sensación de control total sobre el proceso de nacimiento, y por eso es percibida como segura. A su vez, la sumisión de la paciente a la autoridad médica puede ser, en parte, atribuida a los avances tecnológicos y a la creciente especialización de la medicina. El uso de términos técnicos disminuiría la capacidad de las mujeres de tomar decisiones informadas sobre el embarazo y el parto, fundamentalmente porque aún no se han diseñado dispositivos eficaces para salvar la brecha de conocimiento que separa a médicos de pacientes (Chacham, 2006).

Respecto de estas intervenciones, es relevante destacar que, según información proporcionada por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) de 2005 en Argentina, un tercio de las mujeres residentes en localidades de más de 5000 habitantes del país, tuvieron su último hijo nacido vivo por cesárea. Las diferencias regionales son poco notables, muestran para el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) un 30% de cesáreas. Sin embargo, hay diferencias sugerentes según variables sociodemográficas: el 28% en el grupo de edad de 20 a 29 años y el 39% de los de 30 a 39 años tuvieron su parto por cesárea. Lo mismo ocurrió con el 38% de nivel educativo superior (8 puntos porcentuales más que las mujeres de nivel educativo más bajo), y con el 38% de las mujeres de clase media (5 puntos porcentuales más que las más pobres). Asimismo, un 36% de las mujeres con mejor calidad de vivienda tuvieron cesáreas (16 puntos porcentuales más que las de peor vivienda). La ENNyS 2005 también afirma que la práctica de cesáreas es más frecuente en instituciones privadas (Mangialavori et al., 2005).

En cuanto al trato que recibirían en el transcurso del parto y a la intervención, las mujeres entrevistadas manifestaban haber sentido temor, por considerar que dicho trato sería distante e impersonal, y que no se prestaría atención a sus necesidades y emociones. Creían que serían atendidas cuestiones técnicas del parto en detrimento de alegría con que la mujer pueda vivirlo. Los médicos entrevistados, entretanto, afirmaban aplicar la anestesia peridural en la mayoría de los partos que asistían porque, según decían, las mujeres no soportaban el dolor. En la misma línea, alegaban que las mujeres, antes de entrar a la sala de partos, pedían que no les hicieran cesárea; pero que, una vez allí, cuando sentían el dolor intenso del parto, pedían a gritos la cesárea y la anestesia peridural. Tanto la anestesia como la cesárea serían componentes de un contrato implícito entre la mujer y el médico, por el

cual ella entrega su cuerpo y el profesional acciona sobre él, sin dar cuenta de sus decisiones ni consultar demasiado. Sería interesante profundizar en este aspecto, a fin de investigar la construcción de la amenaza del dolor en el parto como elemento funcional para inducir a las mujeres a la cesárea y a la anestesia peridural. Es preciso señalar que en este fenómeno estamos observando la retirada del modelo religioso judeo-cristiano, en el que el dolor en el parto es fundamental para afianzar la identidad de una mujer como tal. Respecto de las alternativas de parto, se consultó a los obstetras sobre si practicaban alguna modalidad diferente a la tradicional, como parto acuático, parto en posición vertical o parto domiciliario. La totalidad de los obstetras consultados respondieron no practicar ningún método diferente al “convencional” (en una camilla, en posición semi-horizontal). Manifestaron que en Argentina no existía la tecnología necesaria para practicar otras modalidades de parto. Aludieron también a la falta de interés de las pacientes en conocer acerca de esas alternativas y mencionaron que, de todos modos, las coberturas médicas privadas no cubrían ninguna modalidad de parto que no fuera la convencional.

En lo referido a las decisiones del médico acerca del proceso de parto, también se consultó a los obstetras entrevistados acerca de la compañía que se permitía tener a las parturientas en la sala de partos. Algunos obstetras mencionaron que se admitía que estuviera presente su pareja. Los otros, en cambio, respondieron que no estaba permitido que acompañara a la mujer en la sala de partos ninguna persona que no fuera el padre del bebé que iría a nacer, alegando que esto respondía a las políticas de las instituciones y que no era una cuestión sobre la que el médico pudiera decidir.

–En el momento del parto, por lo general las mujeres piden estar con sus parejas o con la madre, o una amiga...

–En general están con sus parejas, que es la única persona autorizada para ingresar al momento del parto. El resto de la familia no puede ingresar. Si la mujer es soltera, se la tiene que aguantar sola. No puede entrar ni la madre ni ninguna otra persona.

–Qué notable, eso no lo sabía, hice una entrevista a una médica que trabaja en la [Maternidad pública] Sardá y me dijo que allí la mujer es quien elige la persona que entra al momento del parto.

–No sé cómo será en la Sardá, en las clínicas donde yo trabajo la única persona autorizada para ingresar, y que además me parece lógico, es el padre o la pareja. Algunas chicas solteras pidieron por el padre, la madre o la hermana y no hubo caso.

–Y eso tiene que ver con cuestiones...

–Cuestiones administrativas, sanatorias y además porque bueno, más allá de la vivencia, pienso que es la persona que lo gestó la única que tiene que estar ahí, el resto van a poder acompañarlos a posteriori (médico, 49 años, casado, con hijos, que únicamente trabaja en ámbitos privados de salud).

Se consultó al respecto, por vía telefónica, a siete reconocidas maternidades privadas de la ciudad de Buenos Aires: en seis de ellas, la mujer que va a parir estaba autorizada a elegir qué persona entraría con ella a la sala de partos, mientras se trate de una sola persona. Aquí podemos percibir una censura a la diversidad ejercida a través de la asimetría de poder entre los profesionales médicos y las mujeres usuarias.

Luego del parto, las modalidades de atención varían según se tratase de clínicas privadas más o menos costosas. Las mujeres entrevistadas a lo largo de la investigación que presentamos reconocían la calidad del alojamiento, cuando existía, como un elemento importante de la atención global que recibían durante el proceso del parto. Las que habían asistido a clínicas de menor calidad de alojamiento consideraban irrelevante este aspecto. Entre los servicios que la mayoría de las mujeres destacaban de las clínicas donde tuvieron sus partos, se encontraba la existencia de enfermeras que les enseñaran a amamantar. Esto era especialmente valorado, sobre todo ante la imposibilidad de contar con la ayuda de la madre o amigas.

La lactancia materna

Según el discurso médico más generalizado en Argentina, la lactancia materna actúa tanto en beneficio del niño como de la madre. Los beneficios mencionados para los niños residirían en que la leche materna sería el alimento más completo para su desarrollo, poseería los mejores nutrientes y protegería al niño, al transmitirle anticuerpos que contribuyen en la defensa inmunológica, además de fortalecer el vínculo madre-hijo. Adicionalmente, se afirma que la lactancia materna reduce la incidencia de intervalos intergenésicos demasiado próximos, y el riesgo reproductivo que conllevan. La lactancia materna ofrecería ventajas fisiológicas y psíquicas, ya que prevendría además el cáncer mamario y disminuiría la ocurrencia de depresión puerperal. Por todo ello, los médicos recomiendan la lactancia exclusiva en los primeros cuatro a seis meses de vida del niño, y lactancia complementaria todo el tiempo que sea posible (López & Tamargo, 1995). Aun considerando estos factores biológicos, el amamantamiento es un proceso complejo que demanda un determinado aprendizaje y un contexto social favorable. La lactancia materna es una práctica socialmente construida; los mitos y significados acerca de ella dependen de intereses histórico sociales (Almeida, 1999).

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, en 2000, la prevalencia

de lactancia materna en Argentina alcanzó el 80,1%, destacándose la lactancia complementaria, que logró ascender al 36,7 % de los lactantes, y la exclusiva, que llegó al 28,1%. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se observan diferencias en la modalidad de amamantamiento según variables sociodemográficas –v.g. las madres más jóvenes y de menores recursos practican en mayor proporción la lactancia exclusiva por más tiempo–: más del 60% de los niños menores de un año consume leche materna y casi la mitad lo hace con exclusividad. Entre los niños de 1 a 2 años, el 55,1% utiliza únicamente la mamadera, mientras que el 7,2% lo hace como complemento de la leche materna, sin que se observen diferencias por sexo.

De acuerdo a nuestra investigación, el tiempo total promedio durante el cual las mujeres entrevistadas alimentaron exclusivamente con leche materna a sus hijos fue de aproximadamente cuatro meses. Los ginecólogos entrevistados recomendaban ampliamente a sus pacientes la lactancia materna; sin embargo, no indicaron haber brindado sus pacientes explicaciones de cómo se desarrollaba el proceso, ni técnicas para ese fin. Madres y amigas de las entrevistadas, y también enfermeras de las clínicas donde tuvieron sus partos, fueron quienes les enseñaron las diferentes técnicas para dar de mamar.

Las mujeres entrevistadas para este estudio se referían al amamantamiento como un desafío; sentían culpa si no lograban amamantar a su hijo, pero a la vez explicaban que debían articular sus tareas y horarios laborales con la lactancia. Un factor que inhibía el amamantamiento era la inserción laboral de las mujeres. Los horarios de los compromisos laborales no eran compatibles con los demandados para la lactancia materna. Las mujeres organizaban complejas estrategias para dejar en su casa botellones con leche materna, lo cual les demandaba una excesiva cantidad de tiempo. El agotamiento y nerviosismo que esto generaba contribuía a la merma de la producción de leche, provocando frustración, aunque también alivio: pudimos advertir, en las entrevistas, que el amamantamiento competía con el deseo de conservar un cuerpo atractivo. Esto pondría de manifiesto las contradictorias consecuencias de la separación entre sexualidad y reproducción, que aunque incipiente está presente particularmente en el nivel socio económico estudiado aquí.

Reflexiones finales

Es menester abordar desde una perspectiva de género el tema de la intervención médica en los procesos reproductivos pues el binarismo del sistema normativo hegemónico de género se basa en una división sexual del trabajo, donde la reproducción y el cuidado de la prole es terreno femenino y la sexualidad aún sigue estrechamente ligada a la reproducción, alentando la continuidad entre género / sexo

/ deseo sexual. Sumado a lo anterior, la intervención del modelo médico hegemónico se sostiene sobre una asimetría de poder entre médico y paciente. El médico detenta el poder del saber, la autorización legal y la legitimidad que la sociedad le otorga cotidianamente para intervenir en los cuerpos de las personas. Cuando el médico es varón y la paciente es mujer esta asimetría de poder se yuxtapone a otra más antigua y profundamente arraigada en el imaginario y prácticas de nuestra sociedad, la estructura de poder de las relaciones de género, en la que la mujer la posición subordinada.

En ese sentido, las mujeres entrevistadas no cuestionaban las indicaciones médicas ni sus decisiones. Es pertinente subrayar que emergieron diferencias en lo hallado entre las mujeres médicas y los varones, éstas tenían mayor tendencia a comprometerse con la situación integral de vida de la paciente, al mismo tiempo que manifestaban mayor respeto hacia diferentes formas de estructuras familiares y prácticas sexuales. Aun así, debe considerarse que explorar diferentes dimensiones de la vida de las pacientes e intervenir en ellas, implica también una voluntad de intervención (¿y control?) que es común a ginecólogas y ginecólogos.

Quizá cuanto más borrosos sean los contornos que definen las normas e identidades de género, más se refuerzan los estereotipos genéricos; tal vez a la espera de certezas en un terreno de incertidumbres, de cambios permanentes, cada vez menos clausurado a su transformación. Percibimos esto en las mujeres entrevistadas y en los ginecólogos, ginecólogas y obstetras.

Como indica Illich (1978:18), la medicina es una empresa moral y en cada sociedad define lo que es normal o deseable. De este modo, la profesión médica resulta una manifestación del control adquirido en base a la estructura del poder de clase de las elites universitarias. Los usuarios del sistema de salud con una actitud pasiva no tienen control sobre la percepción, clasificación y toma de decisiones médicas (Illich, 1978:36). Si bien en algunas áreas se ha logrado adquirir cierto control, como en el caso de las personas que viven con VIH, en el universo de referencia empírico estudiado en este trabajo persiste la aceptación implícita de una libertad de decisión de los médicos sobre los cuerpos de las mujeres.

Cuestionar y problematizar las maneras actualmente convencionales de parir, ubicar la maternidad, el embarazo y la lactancia en lugares privilegiados del debate comunitario contribuye, creemos, a encontrar caminos que integren de modo más equitativo a todos los actores intervinientes en la escena: madres, padres, familiares, médicos, amigos.

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA, G. 1999. *Amamentação: um híbrido natureza – cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ARIZA, L. 2007. “Tecnologías reproductivas en la Argentina contemporánea: la experiencia de la infertilidad en mujeres usuarias”. In: LÓPEZ, E. & PANTELIDES, E. (comp) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP / CEDES / AEPA / UNFPA.
- CASTRO, P. & BRONFMAN M. P. 1993. “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión.” In: *Cadernos de Saúde Pública* vol.9, no.3. Rio de Janeiro, July/Sept.
- CHACHAM, M. 2006. “Médicos, mujeres y cesáreas: la construcción del parto normal como riesgo y la medicalización del parto en Brasil.” In: *Seminário Internacional Fazendo Género 7. Género y preconceitos*. Florianópolis, 28 -30 de agosto de 2006.
- CHATEL, M. M. 2004. “Infertilidad, medicina y deseo.” In: *Maternidades ¿Quién cuida a quién? Cuentos sobre madres diferentes. Revista Debate Feminista*. Año 15. Vol. 30. Octubre 2004.
- DE CASTRO, A. L. 2007. *Culto ao corpo e sociedade. Mídia, estilos de vida e cultura de consumo*. São Paulo: Annablume.
- FOUCAULT, M. 1989. *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- HERDT G. & KOFF, B. 2000. *Gestión familiar de la homosexualidad*. Madrid: Bellaterra.
- ILLICH, I. 1978. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Ed. Joaquín Mortiz.
- KNOBEL, R.; CARRARO, T. & A. FRELLO. 2006. *Parto y maternidad: profesionalización, asistencia, políticas públicas*. En: *Seminário Internacional Fazendo Género 7. Género y preconceitos*. Florianópolis, 28 -30 de agosto de 2006.
- LAMAS, M. 1999. “Género, diferencias de sexo y diferencia sexual”. In: *Revista Debate Feminista* (Distrito Federal), Vol. 20
- LE BRETON, D. 1995. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LOPES, M. & CASOTTI, L. 2008. “Será que volta ao normal? Um estudo sobre beleza, maternidade e consumo”. In: CASOTTI, L., SUAREZ, M & R. DIAZ CAMPOS (org): *O tempo da beleza: Consumo e comportamento feminino. Novos olhares*. Río de Janeiro: SENAC.

- LOPEZ, E. 2005. *Anticoncepción y fecundidad en la Argentina: prácticas, opiniones y políticas*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. www.tesisenxarxa.net
- LÓPEZ, E. M. & TAMARGO, M.C. 1995. "La salud de la mujer". In: *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales*. INDEC. Buenos Aires. ISBN 950-896.0035
- MANGIALAVORI, G.; ABEYÁ GILARDON, E.; BIGLIERI GUIDET, A; DURAN, P. & KOGAN, L. 2005. *ENNyS (Encuesta Nacional de Nutrición y Salud)*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- MARTIN, E. 1996. "O óvulo e o espermatozóide: como a ciencia construiu um romance baseado em papéis estereotipados masculinos e femininos". In: LASLETT, B. *Gender and scientific authority*. Chicago: University of Chicago.
- MARTIN, E. 2006. *A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução*. Río de Janeiro: Garamond.
- MELONI VIEIRA, E. 2002. *A medicalização do corpo feminino*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- RAMOS S., GOGNA, M., PETRACCI, M., ROMERO, M. & SZULIK, D. 2001. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- ROHDEN, F. 2001. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- ROHDEN, F. 2003. *A arte de enganar a natureza. Contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- TAMBURRINO C., BROWN, J., GATTONI, S. & PECHENY, M. 2007. "Cuerpo, sexualidad y "cosas de mujeres". Un análisis de la atención ginecológica." In: *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani*, Buenos Aires: septiembre 2007.