

CUERPO, SEXO Y REPRODUCCIÓN. LA NOCIÓN DE AUTONOMÍA DE LAS MUJERES PUESTA EN CUESTIÓN: EL ABORTO Y OTRAS SITUACIONES SENSIBLES

Josefina Brown¹
Mario Pecheny
María Cecilia Tamburrino
Soledad Gattoni

Resumen

En salud sexual y reproductiva los temas relativos a la autonomía son cruciales, personales y a veces muy problemáticos. Nuestro interés es indagar sobre distintas concepciones acerca del "ser una paciente", en tanto pone en juego cuestiones políticas y sociales de primer orden, por ejemplo las que tienen que ver con las formas de la autonomía y las relaciones sociales de subordinación. Y cuestiones que tienen que ver con la construcción social del cuerpo, la individuación y la ciudadanía.

Aquí exploramos empírica y conceptualmente algunos tipos ideales de paciente, en función de su autonomía como individuo capaz de juicio y acción, y como sujeto de derechos y responsabilidades. El análisis de diversas situaciones – algunas límite (como el caso del aborto) – nos permiten problematizar qué se entiende por "sujetos/personas autónomos/as" en el ámbito de la salud-enfermedad. Aquí exponemos los resultados del análisis que por un lado problematizan la noción de autonomía desligándola de la matriz liberal y poniéndola en relación con el cuerpo y las emociones en el marco de relaciones interpersonales; y por otro, permiten operacionalizar la tipología de paciente definido en función de la autonomía de la que partimos (sujeto pasivo, consumidor/usuario, e interlocutor-ciudadano).

Palabras clave: Sexualidad – salud – reproducción – autonomía - ciudadanía

Body, sex and reproduction. The notion of women autonomy questioned: abortion and other sensitive situations

Abstract

In the sexual and reproductive health autonomy issues are crucial, personal and sometimes very problematic. Our interest is to research different conceptions of "being a patient," put into play as political and social issues of the first order, for example, having to do with the forms of autonomy and social relations of subordination. And issues that have to do with the social construction of the body, individuation and citizenship.

Here we explore some empirical and conceptually ideal patient types, depending on their autonomy as an individual capable of judgment and action, and as a subject of rights and responsibilities. Analysis of different situations - some limit (such as the case of

¹ CONICET – UBA josefinabrown@gmail.com
CONICET – UBA
UBA
CONICET /UBA

abortion) - allow us to problematize what is meant by "autonomus person" in the field of health and disease. We present the results of analysis on one hand problematize the notion of autonomy of the liberal matrix separating it and putting it in relation to the body and emotions in the context of interpersonal relationships, and secondly, allow patient operationalize the typology defined according of autonomy from which we (taxpayer, consumer / user, and peer-citizen).

Key words: Sexuality – health- reproduction – autonomy - citizenship

Palabras preliminares

El tema de este artículo se inscribe dentro del marco de un proyecto de investigación más amplio² que pivoteó sobre las relaciones que existen entre salud y derechos humanos teniendo como bisagra la noción de autonomía (Farmer 1999; Mann *et al* 1999)³. Específicamente, el objetivo es describir y analizar qué piensan y cómo son las prácticas de pacientes en relación con temas vinculados a las condiciones de la autonomía, y las dimensiones y límites específicos que definen a un/una paciente como tal. A su vez, el análisis de diversas situaciones – algunas de ellas, consideradas límite – nos permiten problematizar qué se entiende por “sujetos/personas autónomos/as” en el ámbito de la salud-enfermedad poniendo aquí el foco en el caso de la salud sexual – reproductiva.

En el caso de la salud sexual - reproductiva, como en la mayoría de aquellos que ponen en relación cuerpo – salud – derechos, los temas relativos a la autonomía (información, consentimiento, confidencialidad, competencia, toma de decisiones) son cruciales, personales y a veces muy problemáticos. Nuestro interés consiste en indagar sobre distintas concepciones acerca del “ser una paciente” que nos permitan aportar al conocimiento y la discusión de asuntos que van más allá del ámbito de la salud. El tema de la salud-enfermedad, también en el caso de la salud sexual – reproductiva, pone en juego cuestiones políticas y sociales de primer orden: las que tienen que ver con las formas de la autonomía y las relaciones sociales de subordinación, la construcción social del cuerpo, la individuación y la ciudadanía.

² Proyecto UBACYT: “La ciudadanía de la salud. Un estudio comparativo sobre derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos”. Dirigido por Mario Pecheny en el Instituto de Investigaciones Gino Germani

³ El estudio de tales relaciones cobró un impulso inédito en torno a la salud reproductiva (Sen *et al* 1994; Gogna *et al* 1997; Bianco *et al* 1998; Brown, 2001; Pantelides y Manzelli 2003; Schutt-Aine y Maddaleno 2003; Pecheny, 2005) y al VIH/sida (Lewis Seigel 1996; Epstein 1996; Kornblit *et al* 1997; Pecheny, 2000a y b; Parker y Aggleton 2002).

Objetivos

El objetivo de este artículo es exponer algunos de los resultados del análisis de las entrevistas a mujeres que asisten a controles ginecológicos. Concretamente nos detendremos en aquello que hemos identificado como las condiciones, situaciones o dimensiones que actúan como barreras y facilitadores del ejercicio de la autonomía. Para ordenar el análisis y la interpretación, distinguimos entre éstos: a) aspectos ligados a su condición de sujetos “a secas”, por un lado; b) y, a su condición de “pacientes” por otro. El primer caso refiere a la incidencia de condicionantes estructurales, tales como la posición de las entrevistadas en las relaciones de género, el estrato socio-económico, el nivel educativo, el sub-sistema de salud al que tienen acceso, etc. El segundo caso, en cambio, alude a las dimensiones o aspectos de la autonomía vinculados directamente con su condición de pacientes. Aquí atendemos tanto a los vínculos establecidos con los servicios de salud como a la relación paciente–médico establecida en el ámbito propio de la consulta.

Correlativamente, consideramos que la autonomía de las pacientes se enmarca en un contexto de condiciones estructurales generales (estructura demográfica y socio-económica, sistema de las relaciones de género, etc.) y otras propias del ámbito de la salud-enfermedad (organización del sistema de salud, el sistema de interacciones entre las diversas fuentes de estigma [Parker y Aggleton 2002]), y depende de la “agencia” (Giddens 1982) del sujeto-paciente. Esta última, puede analizarse tanto en términos de recursos disponibles como de conocimientos discursivos y prácticos (en sentido amplio: información, creencias, valores). Entre ellos, encontramos los procesos de expertización (Pecheny, Manzelli y Jones 2002) – que refieren al aprendizaje subjetivo derivado de la convivencia con una patología o problema de salud – los cuales se materializan en un “capital de paciente”, tanto a nivel de recursos como de conocimientos teóricos y prácticos.

A partir de estos dos ejes –barreras y facilitadores de la autonomía en tanto sujeto y, específicamente, en tanto paciente– se organizó un esquema de análisis apuntando a identificar condiciones, dimensiones y situaciones que inciden en la autonomía de las pacientes. Las situaciones intentan incorporar matices temporales (en términos de momentos típicos y en términos diacrónicos) al análisis más bien sincrónico o atemporal.

Algunas precisiones del abordaje metodológico

A los fines de este primer análisis, se ha tomado al grupo de mujeres en tanto grupo en el que “ser una paciente” no viene definido a partir de una enfermedad o padecimiento crónico. Se trata de una paciente “sana”, que asiste a las consultas en orden a la realización de controles rutinarios o problemas puntuales y específicos.

Se decidió trabajar con una muestra exclusivamente de mujeres, con características homogéneas en lo referido al nivel socio-económico⁴ (medio, medio-alto), y al subsistema de salud por el cual se atienden (prepaga, privado y obras sociales). La muestra quedó conformada por veinte mujeres, de las cuales nueve tienen entre 30 y 45 años, y las otras once entre 18 y 30. Ocho tienen hijo, y una estaba embarazada al momento de la entrevista. La mayoría de las entrevistadas tienen estudios terciarios o universitarios completos o en curso.

Las entrevistas se realizaron sobre la base de un cuestionario común. Las mismas fueron grabadas, desgrabadas y codificadas con un software para análisis de material cualitativo –Atlas.ti 5.0-, siguiendo una orientación inductiva. En la codificación de las entrevistas, se trabajó con un manual de códigos siguiendo las dimensiones exploradas en la entrevista semi-estructurada, incorporando en sucesivos momentos del trabajo de codificación las dimensiones y categorías emergentes del corpus analizado.

El puntapié inicial: cuerpo y sexualidad; salud y derechos. Mujeres que asisten a controles ginecológicos

La ciencia y la construcción social del cuerpo de las mujeres (y lo femenino), se encuentran histórica e íntimamente entrelazadas. El saber médico – a través de su legitimidad – ha contribuido al surgimiento y continuidad de la argumentación biológica en torno a la *aparente* diferencia “moral” de las mujeres, que las coloca en un lugar de subordinación política y social. La diferencia biológica y fundamentalmente, sus potenciales capacidades reproductivas harían de las mujeres, seres pasionales e irracionales y por lo tanto, moralmente inferiores e incapaces de dictarse sus propias normas. Por ello mismo las mujeres fueron relegadas al ámbito de lo privado y lo familiar, al mundo de los afectos y la intimidad; en contraposición con el mundo público y político, el del trabajo y las decisiones generales; el mundo de los varones al cual las mujeres sólo accederían a partir de su representante, un varón – adulto – heterosexual – blanco – educado y sano (Maffía, 2005; Brown, 2004).

Esta naturalización y despolitización de las diferencias genéricas ha funcionado justificando un destino social inferior para las mujeres y lo femenino al mismo tiempo que prescribiendo que ese es el modo como las mujeres deberían ser y sentir. Tanto la ciencia, el derecho y otros legítimos saberes dictaminarán que la *biología es destino* para las mujeres.

La inclusión – excluyente de las mujeres a la condición ciudadana que emergerá en Europa hacia fines del siglo XVIII tendrá su fundamento en esta división del mundo entre lo

⁴ Para definir el nivel socio-económico se consideró el nivel educativo y la ocupación de la persona entrevistada

público y lo privado (lo masculino, lo femenino). Esta construcción de mundos contrapuestos y excluyentes encuentra su correlación en un orden de prácticas que separa “lo oficial” de “lo oficioso”. “Lo oficial” se correspondería con lo público-político y lo masculino; mientras que, “lo oficioso” indicaría aquello que es condenado a lo privado-clandestino y femenino: tal es el caso del aborto (Brown, 2001; Maffía, 2005)⁵. Aún cuando se reconozca la amplitud de su existencia y su persistencia en diferentes sociedades a lo largo de los tiempos, en la práctica del aborto se pone de manifiesto la invisibilidad, el carácter íntimo, y la ilegalidad propias de las prácticas calificadas como oficiosas. Socialmente se lo deja en las sombras, del lado de lo femenino, lo privado, lo clandestino, como en general se ubica a las cuestiones vinculadas con el cuerpo y la sexualidad, como aquello capaz de contaminar y oscurecer el campo supuestamente neutral e impersonal de la política. De allí, el estrecho vínculo entre salud y derechos, entre cuerpo y política, entre mujeres y ciudadanía, en el caso específico de la sexualidad y la reproducción (BROWN, 2008).

Por eso hemos elegido analizar los relatos de mujeres que asisten a servicios ginecológicos, pues resulta ser una práctica que vincula temas aún conflictivos: el género, la sexualidad y el saber médico. Y resulta relevante analizar cómo estos factores socio-culturales y la persistencia de estas dicotomías asimétricas pueden incidir en el ejercicio de la autonomía de las mujeres en tanto pacientes y en tanto sujetos.

Otros puntos de partida. Algunas consideraciones sobre la noción de autonomía

En este trabajo, no vamos a presentar una definición de autonomía, sino que vamos a caracterizarla sin alejarnos demasiado de los usos ordinarios que se hacen del término.⁶ Gerald Dworkin (1988) afirma que “autonomía” es usada en modos excesivamente amplios, tanto como equivalente de libertad (positiva como negativa), de auto-gobierno, de libre albedrío; así como de independencia, dignidad, responsabilidad integridad e individualidad, entre otros. La misma estaría definida por la auto-afirmación del sujeto, la “reflexión crítica, libertad respecto de obligaciones, ausencia de causación externa, conocimiento de los propios intereses [...] Se la relaciona con acciones, creencias, razones para actuar, reglas, voluntad de otras personas, pensamientos y principios.” Dentro de estos múltiples usos que Dworkin rastrea en torno a este concepto, encuentra que “uno de los pocos rasgos constantes de un autor a otro es que la autonomía es un rasgo de las personas y que es una

⁵ Tomamos la distinción entre oficial y oficioso en sentido que le da Bolstansky (2004 en Pecheny, 2005)

⁶ A los efectos heurísticos e introductorios, recordemos que el término proviene del griego *autos* (sí mismo) y *nomos* (regla o ley) y fue aplicado originalmente a la *polis* griega. Una ciudad tenía *autonomía* cuando sus ciudadanos hacían sus propias leyes, en oposición a estar bajo el control de una potencia conquistadora (heteronomía). Este origen colectivo se extendió a un uso individual, designando a las personas que son dueñas de sus decisiones y acciones, autodeterminadas.

cualidad deseable de poseer” (Dworkin 1998: 6). Por su claridad conceptual, la visión de autonomía de la que partimos es *ex profeso* una visión tributaria del liberalismo individualista y logo-céntrico. Esta perspectiva individualista y racionalista, propia de la noción misma de ciudadanía ilustrada, sigue siendo el trasfondo de proyectos críticos como el que estamos proponiendo (Lupton 1997; Paiva 2002; Ayres 2002).

La definición de autonomía que adoptamos como punto de partida será entonces, una que la considera como una cualidad deseable de poseer, en tanto implica actuar como el primer agente causal en la vida propia, el tomar decisiones y hacer elecciones libre de influencias o interferencias externas. Esta visión liberal es susceptible de varias críticas, pero nos da la pauta de un modelo abstracto, extremo e individual, sobre el cual empezar a pensar la cuestión. En lo que sigue veremos algunas de sus limitaciones y algunas de las salvedades o adaptaciones que nos parecen necesarias para pensar la autonomía de las pacientes, por ejemplo al reconocer el lugar del cuerpo en la constitución del individuo (más allá de su voluntad al nivel de la razón) así como las dimensiones colectivas y relacionales de la autonomía.

En la tipología que estamos construyendo planteamos tres modelos de pacientes según distintos niveles y cualidades de autonomía: el primero, que definimos como *sujeto pasivo*, ejerce una menor autonomía relativa en cuanto a la toma de decisiones. Aquí, en la relación paciente–médico, el cuerpo es objeto del saber/poder médico, y se inserta en un orden simbólico, social, político y legal que legitima la heteronomía corporal y psíquica del paciente. El segundo, que definimos como *usuario de servicios de salud*, está caracterizado por la autonomía propia de los clientes o consumidores de un servicio dentro de un mercado competitivo más o menos oligopólico. Aquí, el vínculo paciente – médico está inserto en un orden mercantil que legitima argumentaciones y elecciones, vinculadas a los servicios y tratamientos, que provienen de la lógica típicamente económica, y participa del lenguaje de la responsabilidad profesional, la calidad de atención y la satisfacción del usuario. El paciente como un *interlocutor* legítimo, que es el tercer modelo construido, refiere a la autonomía en términos de derechos, responsabilidades y obligaciones individuales y comunitarias. En este modelo, la relación paciente–médico, se transforma en un campo de negociación, donde el paciente –conciente de sus derechos y responsabilidades– ejerce su capacidad de voz y decisión en lo vinculado a su estado de salud, terapéuticas y opciones vitales. El modelo de paciente se acerca al ciudadano participativo (Pecheny y Manzelli, 2003: 567).

Ahora bien, tomando en consideración la definición de autonomía de la cual partimos, existen *a priori* condicionantes estructurales y recursos materiales, sociales, simbólicos y afectivos de las sujetos-pacientes que constituyen facilitadores –u obstaculizadores-- de la autonomía. Contar con altos niveles de instrucción, recursos socio-económicos, cobertura

médica de calidad, y/o redes de apoyo económico y afectivo, conformarían condiciones que favorecen el desarrollo de conductas autónomas en el ámbito de la salud. Por el contrario, no contar con estos favorables condicionantes estructurales y subjetivos, constituirían obstaculizadores para el ejercicio de la misma.

Barreras y facilitadores de la autonomía de las mujeres en “tanto sujetos”

En primer lugar es necesario recordar que la muestra está conformada por mujeres que se encuentran en el período reproductivo de sus vidas, cuyas edades recorren el intervalo que va de los dieciocho a los cuarenta años. Son mujeres jóvenes, adultas y “sanas”. Asimismo, son mujeres que cuentan con apoyo material y emocional por parte de sus redes más cercanas (familia, pareja, amigos, etcétera) en caso de necesitarlo. El no convivir con una enfermedad particular o estar sometido a un tratamiento a largo plazo, contar con recursos sociales, materiales simbólicos y afectivos, con un alto nivel de instrucción y con una cobertura social de calidad, son todos factores que operarían *a priori* como facilitadores del ejercicio de la autonomía.

A estos favorables condicionantes habría que sumar en el caso de las entrevistadas, el hecho de contar con acceso a información en temas vinculados con salud sexual y reproductiva, el conocimiento adquirido a través de la experiencia de mujeres cercanas a ellas (que comparten las mismas redes sociales), y el conocimiento práctico propio, derivado del contacto regular, que las mujeres suelen sostener, con los servicios de salud. Estas condiciones individuales y estructurales, propician en este grupo, el desarrollo de prácticas autónomas y el ejercicio de decisiones responsables acercándolas, *a priori*, los modelos de pacientes que definimos como consumidoras o interlocutoras - ciudadanas. Algunas de las características de esos modelos saltan a la vista, por ejemplo, al observar la relativa libertad de movimiento que poseen las mujeres entrevistadas en la elección de los profesionales o servicios, el despliegue de prácticas de negociación en las consultas (vinculadas a los tratamientos, análisis y medicación), el seguimiento de los controles, la búsqueda activa de información y su demanda al médico, etc.

Sin embargo, este modelo ideal de paciente autónomo, puede encontrarse restringido y obstaculizado por otros elementos concurrentes y/o ante ciertas situaciones específicas que dan cuenta del carácter no unívoco de la noción de autonomía. Particularmente, el enfrentamiento a situaciones no ordinarias y dilemáticas tales como un embarazo o su interrupción voluntaria, opera como punto de inflexión permitiendo vislumbrar las fisuras de ese modelo ideal, problematizando lo que significa ser una persona autónoma en cada caso particular y, dejando al descubierto las diferentes dimensiones que en cada caso se ponen en juego.

Barreras y facilitadores en tanto paciente

Dentro de la consulta

En estas pacientes, lo que se pone en juego en el ámbito de la consulta, más que una enfermedad, es un hábito y un mundo íntimo y personal como es la sexualidad y las prácticas sexuales, tras las cuales se levanta un inmenso edificio de prejuicios, saberes, normativas y prescripciones. De allí que, en la relación paciente–médico, tanto la confianza como la contención, constituyan elementos importantes y de los más valorados a la hora de la elección, confirmación y mantenimiento de un profesional, especialmente en situaciones críticas para la paciente. La relación paciente-médico construida sobre la base de la confianza, a su vez, funciona como una fuente de legitimación de la información que el ginecólogo brinda – y en ocasiones adquiere mayor peso que los títulos o el saber técnico que el profesional porte. A partir de esta confianza, las pacientes podrán demandar información, quejarse o negociar. Serán además estos elementos intangibles los que harán que el lazo con el profesional se fortalezca o bien que cese.

En la primera consulta, muchas veces vinculada con la iniciación sexual, pero para la cual no existe una motivación concreta o puntual, se hace presente una mayor demanda de contención y apoyo emocional hacia el profesional que la que se registra en posteriores consultas; expectativa muchas veces frustrada a juzgar por la decepción que las mujeres entrevistadas relatan.

En el caso de las mujeres de mayor edad, aquellas que han acumulado un mayor capital como pacientes en términos de experiencia - vinculada al contacto sostenido con los servicios de salud – se hace visible el reclamo por una atención integral por parte de los profesionales. Se demanda por una relación y un vínculo más horizontal y humano. Concretamente, que se consideren distintos aspectos de la vida afectiva, laboral y emocional. Se rechaza la medicación como única solución a los problemas y la mirada médica ginecológica que pierde de vista a las mujeres y su entorno, concentrándose exclusivamente en su aparato reproductivo.

En la relación paciente–médico del análisis del corpus de entrevistas considerado, el rasgo de autonomía que sobresale es una mayor demanda de información. Para quienes, en el ámbito de la consulta, se mantienen dentro de las prácticas rutinarias que no implican grandes ni complicadas explicaciones, la información recibida está de acuerdo con sus expectativas y nunca dejaron de querer saber algo. Incluso, nunca se quedaron sin nada por saber; en todo caso, demandan hasta que la respuesta recibida satisfaga sus expectativas. Sin embargo, algunas de las entrevistadas, enfrentadas a explicaciones por fuera de las comunes, manifestaron dificultad en la comprensión del lenguaje técnico utilizado por los profesionales así como insatisfacción con respecto a la información recibida de acuerdo con

las expectativas preexistentes. Asimismo, encontramos pacientes que, bajo circunstancias específicas, situaciones sensibles o límites como un embarazo o un aborto, prefieren no saber tanto y, delegan en el profesional el manejo de la información, a través de una decisión relativamente autónoma basada en la confianza hacia el mismo y/o impuesta por el contexto (por ejemplo, en el caso del momento del parto o, un aborto).

La experiencia del propio cuerpo es central en las pacientes ginecológicas. La situación de vulnerabilidad que manifiestan muchas entrevistadas, acompañada de sentimientos de vergüenza y/o pudor, fundamentalmente en las primeras consultas, incide desfavorablemente en el desarrollo de conductas autodeterminadas de las pacientes; y es también un motivo de peso en la elección de un ginecólogo varón o una ginecóloga mujer. Quienes prefieren una ginecóloga mujer, sustentan su elección en la vergüenza o pudor que les causaría enfrentarse a un varón. Aquellas que prefieren un profesional varón, basan su elección en el profesionalismo y la seguridad que los hombres les brindan, tanto por experiencia propia o ajena, o basándose en argumentos de saber popular (“se dice que los hombres son más cuidadosos y la mujer es más bruta”).

Dentro de los servicios de salud

El factor económico juega un rol preponderante en la relación entre la atención en los servicios de salud y las pacientes. Por un lado, las entrevistadas manifiestan que existe una correlación entre el costo de la prepaga y/o obra social, y el servicio brindado: tiempos de espera, cantidad de profesionales ofrecidos, disponibilidad de prestadores, etc. Asimismo, encontramos que esta limitación efectuada por las obras sociales y/o prepagas, condiciona, a su vez, los profesionales con los que atenderse. Es en función de la oferta de la cobertura que se elige, se cambia o se resigna el ginecólogo.

En su condición de pacientes sanas, estas mujeres establecen con los médicos un vínculo a partir de una asistencia más o menos sistemática pero, en general, cambiar de profesional no les trae demasiados costos en términos de continuidad del tratamiento, línea de acción u otro elemento o factor de peso (como lo sería para una paciente de cuidados paliativos, por ejemplo). En las pacientes ginecológicas entrevistadas lo que se resigna, en todo caso, es el vínculo de confianza construido a través de las consultas y este costo parece ser menor que el extra que, en términos económicos, implicaría continuar con un profesional que ya no se encuentra en la “cartilla”. Sólo cuando el costo afectivo y de confianza es mayor, las mujeres están dispuestas a correr con el costo económico. La relación se plantea, en este caso, más en términos de consumidora que de paciente en sentido tradicional.

Entablar la relación en términos de consumidora en un hipotético mercado de oferta y demanda, quizás sea también uno de los factores que obstaculice la puesta en marcha de acciones políticas. Entre las mujeres que concurren a servicios de salud ginecológicos en el subsector privado, la idea de la acción colectiva no parece operar siquiera a nivel de la imaginación. Las mujeres entrevistadas definen sus problemas en términos personales (privados e íntimos) y en ningún caso, en términos políticos, y la pregunta misma sobre la posibilidad de una acción colectiva las deja sin palabras. Esto podría estar vinculado al hecho de que la relación se plantea en términos del consumo individual, lo cual es coherente con el hecho de que – como enunciamos al inicio – la sexualidad y los eventos relativos a la reproducción o la anticoncepción han sido históricamente planteados en términos personales e íntimos, irrelevantes en el orden de lo político. En vez de reclamar mejor atención en términos colectivos se lo hace de modo individual, porque se teme ser la única, porque no se conoce o no es posible establecer lazos con las otras que padecen o podrían padecer las mismas dificultades; o podría llegar a deberse a cierta dificultad de las mujeres, que cuentan con menos experiencia en el espacio público y en pensar sus problemas en términos políticos, potenciado por el espacio en el cual podrían advenir los conflictos que dieran el puntapié para esas acciones: el ámbito médico en el subsector privado de salud es un ámbito más propicio a conductas individuales y atomistas que colectivas y sociales como el subsector público, por ejemplo. En general, las acciones colectivas vinculadas al derecho a la salud se plantean frente al Estado o espacios que *per se* son interpretados como públicos, tales como los centros de salud, los hospitales, etcétera.

Esta persistencia cultural en pensar los problemas ligados a la sexualidad y la reproducción en términos íntimos, personales y privados, dijimos, se observa alrededor de un tema como el aborto, un asunto que en Argentina su práctica ilegal se cobra la vida de muchas mujeres.⁷ Es precisamente esto lo que salta a la vista cuando las pacientes refieren a la interrupción voluntaria del embarazo: afirman que es un tema tabú del cual prácticamente no se habla, y que este ocultamiento es ocasionado por el carácter ilegal de la práctica. Pero al mismo tiempo, afirman que es una práctica muy frecuente y común, es decir, que esta ilegalidad no impide que la intervención se lleve a cabo, sino que induce a su silenciamiento (es decir, ubicándose dentro de “lo oficioso”). Estos datos coinciden a su vez con lo que señala Petracci (2004) en una reciente investigación sobre opinión pública en relación con los derechos reproductivos. Allí anota retomando la teoría de Noelle Neumann

⁷ Aún cuando el Ministro de Salud informara que en Argentina se realizan 800.000 abortos por año (La Nación, 17.12.2005), no existen a la fecha datos confiables sobre las estimaciones de aborto y de muertes por abortos a nivel nacional, justamente por la ilegalidad de su práctica. Sin embargo, considerando la proporción de muertes maternas por aborto en las seis provincias argentinas bajo análisis, Ramos et al (2004: 47-62) concluyeron que para el 2002 un tercio de las muertes maternas correspondían a aquellas ocurridas a causa de un aborto, cifra que permite percibir la magnitud de su incidencia.

que, "...cuando las personas creen que su opinión corresponde a la de la minoría tienden al silencio; en cambio, cuanto más una persona crea que su opinión coincide con la expresión mayoritaria, más dispuesta estará a expresar su opinión en público" (Petracci: 2004: 94). Ambas posiciones siguen su espiral ascendente. Es decir, la mayoritaria tiende a pensar que incrementa sus adeptos y entonces se fortalece y por lo tanto, se expresa más públicamente mientras que, en la que se percibe a sí misma como minoritaria sucede lo contrario.

Esto es lo que se observa en la sorpresa que refieren las mujeres que han atravesado por la experiencia de un aborto, cuando se enteran de lo difundido que se encuentra el conocimiento de esas prácticas entre personas muy cercanas a ellas mismas. Sin embargo, el tomar conocimiento de esta situación, el compartir experiencias e información con otras mujeres, el cuestionamiento de su ilegalidad, no se concreta por ejemplo, en el despliegue de movilizaciones o adherencia a luchas para legalizar/ despenalizar el aborto u otras políticas públicas ligadas con el particular. La percepción de la injusticia en torno a la ilegalidad práctica, se desarrolla en una forma discursiva particular: la queja. Pecheny (2004) sostiene que la queja es formulada por un *yo* aislado, y se inserta en el terreno personal, íntimo y privado. Su círculo, al parecer, es muy difícil de romper, pues el efecto del discurso es la ratificación del estatus y la impotencia, en torno a temas que se presentan como naturales o necesarios.⁸

El aborto como situación límite

Encontramos que existen determinadas situaciones que cuestionan o restringen las prácticas autónomas en la relación paciente–médico aún a pesar de las favorables condiciones para el ejercicio de la autonomía en términos de "sujeto": las experiencias de embarazos y abortos son dos de ellas. En estos casos sensibles, las mujeres buscan en los profesionales una mayor contención, comprensión y respaldo para hacer frente al momento que están atravesando. La relación paciente-médico que se establece en este contexto, en ocasiones no sólo obstaculiza o restringe sino que, pone en cuestión el concepto mismo de autonomía. En el caso de los embarazos, encontramos que no todas las mujeres quieren saber todo y muchas veces, por temor a equivocarse, delegan algunas decisiones en los profesionales y se atienen rigurosamente a sus decisiones en la confianza de que, para esos casos, ellos saben más. Es frecuente el seguimiento estricto en cuanto a cuestiones de alimentación y cuidados tanto para sí mismas como para el bebé durante el embarazo y las primeras etapas luego del nacimiento.

⁸ Según Pecheny, el proceso de politización en el caso del aborto puede ser abordado a partir de las formas discursivas que sirven de soporte al enojo: de la queja individual a la protesta en nombre de derechos.

En el caso particular del aborto, no sólo encontramos estos elementos en juego, sino que además es una situación clave donde se evidencia la restricción de la autonomía a partir de condicionantes estructurales –socio-culturales y legales–. La ilegalidad, el tabú y silenciamiento en torno al aborto, impactan sobre el desarrollo de conductas autónomas en relación con la práctica, en el vínculo que se establece con el profesional, la información disponible y el manejo de la misma, la participación en la toma de decisiones, las opciones disponibles, etcétera.

Por un lado, se registraron sentimientos de temor a ser denunciadas. El temor a que los médicos las denunciaran o a que la obra social se enterara, llegaron a provocar en algunos casos, una serie de mentiras sucesivas al ginecólogo habitual (un profesional diferente del que les había realizado la intervención) o a los médicos que atendían complicaciones postaborto en el hospital. Asimismo, el carácter ilegal de la intervención condiciona la forma de llegada al especialista, en la cual prácticamente no existe posibilidad de elección (se realiza la intervención con la persona que el propio ginecólogo recomienda, o que alguna mujer cercana conoce). El factor económico a su vez, también incide en la elección del lugar y el especialista: aquel que la paciente pueda afrontar económicamente.

De este modo, la autonomía no sólo de la paciente sino también de la mujer como sujeto “a secas” se restringe, en tanto que al jugarse el problema de la ilegalidad, se restringe la libertad subjetiva a la hora de expresarse o elegir un especialista para realizarse la intervención, a la vez que se amplían los sentimientos de culpa y temor. En suma, se restringe el derecho a la salud de la paciente: ocultar la realización de un aborto puede culminar en serias dificultades a la hora de detectar problemas o complicaciones.

La relación paciente–médico se ve afectada en los casos en los que un aborto se concreta, y a veces es desplazada por la relación paciente–especialista que lleva a cabo la intervención. Las principales restricciones a la autonomía observadas en este caso, se vinculan con que dada la ilegalidad de la intervención, prácticamente no existe información públicamente disponible acerca de técnicas, procedimientos o consecuencias (las fuentes de este tipo de información son mujeres cercanas a la persona que se realiza la práctica). Esta situación genera que las mujeres se sometan a una práctica sobre la cual no disponen de información, ni herramientas para “negociar” decisiones o procedimientos en la consulta.

Estos condicionantes limitan las posibilidades de elección de las pacientes, a la vez que generan un manto de misterio e incertidumbre, potenciado por la poca información ofrecida por el profesional que va a realizar la intervención. El manejo de la información es controlado casi íntegramente por el profesional, quien busca resguardarse legalmente, por ejemplo a través de un consentimiento firmado, grabando la consulta, eludiendo respuestas concretas, etcétera. Esta falta de información llega a provocar que las mujeres no sepan qué es lo que va a suceder, ni cómo, ni en dónde. En este contexto, se entregan “ciegamente” al

profesional especializado, confiando en que *“todo va a salir bien”*. Estos sentimientos de entera dependencia y entrega hacia el profesional encargado de realizar la intervención, se encuentran enlazados con una decisión personal de querer no saber sobre el proceso que van a atravesar: si bien el especialista no ofrece información, ellas tampoco quieren enterarse.

Autonomía: condiciones, dimensiones y situaciones

A partir del análisis de las entrevistas a las mujeres que asisten a controles ginecológicos, se identificaron diferentes condiciones, dimensiones y situaciones que se deben tener en cuenta para problematizar la noción de autonomía dentro del ámbito de la salud.

Identificamos condiciones que actúan como obstáculos o facilitadores para el ejercicio de la autonomía por parte de las pacientes, las cuales pueden ser de índole estructural (tanto a nivel macro-social como dentro del ámbito de la salud-enfermedad) como más ligadas a aspectos subjetivos.

En cuanto a las condiciones estructurales encontramos que dos que juegan en detrimento de la autonomía de las pacientes son: los procesos de estigmatización y los condicionamientos político-legales. Dentro del grupo de mujeres que atravesaron experiencias de aborto, la mayoría afirma no atreverse a informar a los médicos acerca de la práctica realizada, por temor a ser denunciadas o juzgadas dentro de los servicios; significando un riesgo para su salud, especialmente frente a complicaciones posteriores a la intervención. Asimismo, la ilegalidad y el tabú en torno a la práctica obstaculiza el ejercicio de conductas autónomas tanto en la llegada al profesional, el vínculo que se establece con el mismo, la disponibilidad y el manejo de la información, las posibilidades de elección de las pacientes, etc.

Sin embargo – como habíamos señalado previamente para el caso de situaciones sociales aventajadas – algunas de las condiciones estructurales que *a priori* determinan una situación social desaventajada, no tienen tampoco una dirección unívoca. En este sentido, el género puede constituir un recurso que tanto facilite como obstaculice la autonomía de estas mujeres. Por ejemplo, en una sociedad patriarcal, el ser mujer puede pensarse como una barrera para el ejercicio de la autonomía pero, al mismo tiempo, el contacto sostenido de las mujeres con el sistema de salud –por ser históricamente las responsables de la reproducción biológica y social de la unidad doméstica– puede constituir un recurso, un capital acumulado que potencie la autonomía “en tanto pacientes”.

Aquí se refleja cómo los condicionantes estructurales, si bien tienen un peso importante en lo que refiere a la autonomía/heteronomía, no siempre tienen una relación directa y determinante con las condiciones de las personas en tanto pacientes. Las

condiciones subjetivas -aquellos recursos, conocimientos y saberes con que las personas cuentan y que constituyen su “agencia”- cobran importancia, ya sea reforzando o debilitando prácticas autónomas.

Ligado a las condiciones de las mujeres en tanto pacientes, considerando la relación paciente-médico en el momento de la consulta, registramos dimensiones centrales para pensar el ejercicio de la autonomía en este ámbito de la salud-enfermedad para el caso de la salud sexual - reproductiva. Estas dimensiones tienen que ver, principalmente, con cuestiones referidas al manejo de la información, con la participación en los procesos de toma de decisiones terapéuticas y con el manejo del cuerpo.

En relación a estas dimensiones, la noción de capital de pacientes aparece como central. El conjunto de conocimientos que las mujeres adquieren tanto en su trayectoria al interior de los servicios de salud como en otros espacios tienen una incidencia directa en el ejercicio de su autonomía. Conocimientos que pueden ser explícitos o bien funcionar a modo de un “sentido práctico”; que pueden ser adquiridos en instancias públicas u “oficiales” de información e interacción, o a través de intercambios privados entre mujeres. Entre las pacientes ginecológicas se observa que las trayectorias más prolongadas dentro de los servicios generan recursos para establecer una relación de mayor igualdad con los profesionales que las atienden: se evidencia una mayor participación en el ámbito de la consulta, especialmente en la negociación acerca del curso de los tratamientos, la realización de análisis y la medicación.

El manejo de la información que hacen los profesionales respecto a las cuestiones de la salud de las pacientes, aparece como una dimensión central para considerar la autonomía al interior de la relación paciente-médico. Las pacientes esperan que los profesionales tengan en cuenta la claridad y el modo con que dan la información. Cuando el profesional retiene la información, o cuando ésta se da en términos técnicos que las pacientes no alcanzan a comprender, se generan contextos en que se ven enajenadas de su propio padecimiento y, por ende, privadas de la posibilidad de decidir el curso de las acciones de acuerdo a su conocimiento y sus deseos.

En los controles ginecológicos, al ponerse en juego un mundo íntimo y privado como es la sexualidad, el manejo del cuerpo también aparece como una dimensión central. Frente a la situación de vulnerabilidad que la mayoría de las mujeres experimentan en la consulta, la confianza se configura como un elemento fundamental de la relación paciente-médico. En este sentido, se observa la importancia de la figura del médico, la “eficacia simbólica” que supone. En esta noción de “confianza” se reúnen los aspectos técnicos y humanos que conforman la práctica médica, que no deben entenderse como lógicas contrapuestas sino complementarias.

Otro aspecto que aparece como una preocupación es el referido al vínculo que se establece entre los pacientes y los profesionales. En coincidencia con una de las conclusiones centrales de la investigación de Barry *et al* (2001), en la cual se problematizaban los registros de comunicación utilizados en los encuentros entre los profesionales y sus pacientes, las mujeres entrevistadas reclaman que los profesionales incorporen aspectos de la vida cotidiana dentro de la consulta. Desde su perspectiva, la inclusión de cuestiones que van más allá de lo clínico es interpretada como un reconocimiento de sus individualidades, un interés por la “persona” más que por el “paciente”. Esto fortalece la relación paciente-médico, propiciando el diálogo en un pie de mayor igualdad y favoreciendo un ejercicio más pleno de la autonomía, posibilitando instancias de participación en el proceso de tomas de decisiones.

En los “momentos críticos” [*fateful moments*] (Giddens 1991) se ven acentuados estos reclamos de las pacientes porque se contemplan en la consulta cuestiones de su vida cotidiana y se las reconozca en su individualidad. Las experiencias de embarazos o abortos son algunos de esos casos en los que las pacientes esperan de los profesionales una mayor contención, comprensión y respaldo para hacer frente al momento que les toca vivir.

Es por eso, que junto a las condiciones estructurales y subjetivas y al aspecto relacional que observamos al interior de la relación paciente-médico, las particularidades de la situación en la que se encuentran las personas son un elemento importante para pensar el ejercicio de la autonomía de los pacientes en el ámbito de la salud.

Como dijimos al inicio, el asistir al ginecólogo para un control, *a priori* sería un contexto más favorable para el ejercicio de la autonomía. Determinadas condiciones como el contar con recursos materiales, sociales y afectivos, altos niveles de instrucción, cobertura de calidad y el acceso a fuentes de información propician en este grupo de pacientes, el desarrollo de prácticas autónomas y elecciones responsables. De todos modos, encontramos dinámicas situacionales que influyen en diferentes aspectos relacionados con la autonomía. En estas situaciones sensibles (experiencias de embarazos o abortos) algunas pacientes prefieren “no saber tanto” respecto de su situación, de los procedimientos a los que se verán expuestas, generándose una mayor disposición a delegar las decisiones en manos del profesional.

Ahora bien, estas actitudes no deben entenderse necesariamente como una renuncia a la autonomía sino como otra forma de ejercerla. Aquí, la autonomía se ejerce declinando información o cediendo la capacidad de decisión a quienes la paciente considera dotados de mayores recursos para enfrentar la situación y resolverla de la mejor manera posible.

Consideraciones finales

En este artículo se analizaron aspectos relativos a la autonomía de mujeres que asisten a controles ginecológicos. Para ello, se organizó el análisis en torno a dos ejes: barreras y facilitadores de la autonomía en tanto sujetos y en tanto pacientes. En base a las lecturas previas y a las evidencias empíricas previas y actuales, se identificaron condiciones (tanto estructurales como subjetivas), aspectos relacionales y situacionales que deben tenerse en cuenta para problematizar el concepto de autonomía dentro del ámbito de la salud. Por otra parte, a través de la noción de “capital de paciente” y de las trayectorias de las personas dentro de los servicios de salud se visualizan procesos en los que las personas adquieren y consolidan prácticas autónomas, delineando un aspecto procesual de la autonomía.

En el caso de las pacientes ginecológicas, parecería operar predominantemente una lógica de pacientes como clientes o consumidoras de los servicios de salud. Aunque, cuestiones críticas como el aborto y situaciones biográficas particulares propician el surgimiento de identificaciones más colectivas; sin embargo, las demandas no suelen trascender el ámbito privado.

A partir de lo expuesto en este artículo, debemos seguir interrogando la noción de autonomía, la cual *a priori* habíamos definido como un valor deseable, casi unívoco y de llegada en un proceso de ciudadanía, pues no siempre se reveló empíricamente como un valor deseable, al menos, en el sentido de que siempre es bueno saber, decidir y poder obrar en consecuencia con lo que se sabe y se quiere.

Existen determinadas situaciones en las que las pacientes prefieren no recibir toda la información respecto a su salud, o en que simplemente prefieren delegar su capacidad de decisión en otras personas. Algunas veces las motivaciones son meramente personales e individuales pero muchas otras, como en el caso del embarazo y el aborto se encuentran ligadas a condicionantes sociales, culturales e incluso legales. De cualquier modo, más que renunciar a su autonomía, estas conductas pueden entenderse como formas de resolver situaciones en las que ésta no se ejerce de manera directa.

Por otra parte, en determinadas ocasiones la interpelación a la autonomía puede esconder formas de abuso, sobreexigencia o intimación, o incluso un esfuerzo pragmático de los profesionales por desresponsabilizarse de las consecuencias de la praxis clínica. El caso paradigmático que encontramos donde se evidencia este esfuerzo por desresponsabilizarse no sólo de la práctica clínica, sino además de posibles consecuencias jurídico-legales, es también el aborto.

De aquí el renovado interés en problematizar teóricamente y empíricamente el concepto de autonomía, y de conocer las problemáticas involucradas en las diversas y contradictorias experiencias de las y los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- AYRES, José R. 2002. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. En *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20 (2): 67-82.
- BARRY, Christine, STEVENSON, F., Britten, N., BARBER, N., *et al.* 2001. "Giving voice to the lifeworld. ¿More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice". En *Social Science & Medicine*, 53: 487-505.
- BIANCO, M. *et al.* 1998. *Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres (o El Poder para Decidir)*. Buenos Aires: FEIM, FDR, CLADEM y FNUAP.
- BROWN, Josefina. 2001. Los derechos reproductivos como derechos ciudadanos. Debates. Tesina de licenciatura. FCPyS – UNCuyo (inédita).
- BROWN, Josefina 2004. Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina. En *Revista Política y cultura*, N°21, pp.111-126, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- DE BEAUVOIR, Simone. 2005 [1949]. *El Segundo Sexo*. Editorial sudamericana.
- DWORKIN, Gerald. 1988. *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge University Press.
- EPSTEIN, S.1996. *Impure Science. AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press..
- FARMER, P. 1999. Pathologies of power: Rethinking health and human rights. En *American Journal of Public Health*, 89 (10): 1486-1497.
- GIDDENS, A. 1991. *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- GIDDENS, Anthony 1982. *Profiles and critics in Social Theory*. University of California Press: Los Ángeles.
- GLASSER B., STRAUSS, A (1967), *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New York: Aldine Publishing Company.
- GOGNA, M., PANTELIDES, E. y RAMOS, S. 1997. *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad*. Buenos Aires: Cuadernos del CENEP (52).
- KORNBLIT, A. L. *et al.* 1997. *Y el Sida está entre nosotros: Un Estudio sobre Actitudes, Creencias y Conductas de Grupos Golpeados por la Enfermedad*. Buenos Aires: Corregidor.
- LEWIS SIEGEL, R. 1996. AIDS and Human Rights. En *Human Rights Quarterly*, 18 (3): 612-640.
- LLOVET J.J. y RAMOS S., 1995. "Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas", en Hardy E., Duarte Osis M.J. y Rodríguez Crespo E. (eds.), *Ciencias sociales e medicina. Actualidades e perspectivas latino-americanas*, San Pablo, CEMICAMP: 43-72.
- LUPTON, D.. 1997. Consumerism, reflexivity, and the medical encounter. En *Social Sciences & Medicine*, 45 (3): 373-381.

- MAFFIA, Diana. 2005. El contrato moral. En Elisa Carrió y Diana Maffía (comps.), *Búsquedas de sentido para una nueva política*, Paidós.
- MANN, J. M., Gruskin, S., Grodin, M. A. y Annas, G. J. (eds.). 1999. *Health and Human Rights*. Nueva York y Londres: Routledge.
- PAIVA, Vera 2002 “Sem Mágicas Soluções: A prevenção ao HIV e AIDS como um Processo de ‘Emancipação Psicossocial’”, en *Aprimorando o Debate: repostas sociais frente à AIDS*, Río de Janeiro: ABIA.
- PANTELIDES, A y MANZELLI, H. 2003. Investigación reciente sobre sexualidad y salud reproductiva de las/los adolescentes en América Latina: qué hemos alcanzado, qué falta hacer, cuáles son nuestras falencias. En Cáceres, C. *et al.* (coordinador). 2003. *La Salud como Derecho Ciudadano, Perspectivas y Propuestas desde América Latina*. Lima: UPCH: 73-87.
- PARKER, R. y AGGLETON, P.. 2002. *HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action*. Rio de Janeiro: ABIA.
- PECHENY, M. 2000a. La construction de l'avortement et du sida en tant que questions politiques: le cas de l'Argentine. Tesis de doctorado en Ciencia Política. Université de Paris III. París.
- PECHENY, M. 2000b. Los jóvenes, el VIH/Sida y los derechos humanos: una reflexión sobre las experiencias en Argentina y América Latina. En Kornblit, A.L. *et al.*. 2000. *Sida: Entre el Cuidado y el Riesgo*. Buenos Aires: Alianza: 413-438.
- PECHENY, M. 2004. Formas discursivas del enojo. Comunicación personal.
- PECHENY, M. 2005 Yo no soy progre, soy peronista: ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?, www.ciudadaniasexual.org.
- PECHENY, M. *et al* (2006), La ciudadanización de la salud. Derechos y responsabilidades en salud reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos, ponencia presentada en el V Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, organizadas por CEDES – CENEP – AEPA, 17 de abril.
- PECHENY, Mario y Hernán Manzelli, 2003. Notas sobre ciencias sociales y salud: el regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. En Cáceres, C. *et al.* (coordinador). *La Salud como Derecho Ciudadano, Perspectivas y Propuestas desde América Latina*. Lima: UPCH: 73-87.
- PECHENY, M., Manzelli, H. y Jones, D. 2002. Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización. Buenos Aires: Cuaderno del Ciclo de Seminario de Salud y Política Pública, CEDES.
- PETRACCI 2004. *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Norma.
- RAMOS, S. *et al.* 2004. *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES.
- SANCHEZ, H. y ZULETA, G.. 2000. *La Hora de los Usuarios. Reflexiones sobre Economía Política de las Reformas de Salud*. Washington: Publicación del BID.
- SCHUTT-AINE, J. y MADDALENO, M.. 2003. *Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy Implications*. Washington DC: PAHO.

SEN, G., GERMAIN, A. y CHEN, L.C. (eds.). 1994. *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights*. Boston, MA: Harvard series on population and international health.