

La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media

Patricia K. N. Schwarz*

Resumen: *En este trabajo analizamos las percepciones y prácticas acerca de la maternidad en ginecólogos, obstetras y mujeres jóvenes de clase media urbana argentina; poniéndolos en diálogo. Observamos que la institución médica refuerza los estereotipos tradicionales de género legitimándolos a partir de las diferencias biológicas entre mujeres y varones.*

El trabajo aquí expuesto tiene un diseño descriptivo y exploratorio. Se realizaron 50 entrevistas en profundidad a mujeres hetero y homosexuales de clase media de 25 a 35 años de edad, que se socializaron y viven actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. También se realizaron 15 entrevistas en profundidad a médicos ginecólogos y obstetras que se desempeñan como tales en la Ciudad de Buenos Aires y cuyas pacientes son mujeres de clase media.

Palabras clave: *Maternidad – ginecología – género – clase media – cuerpo*

Keywords: *Motherhood - gynecology - gender - middle class - body*

* **Patricia K. N. Schwarz:** Licenciada en Sociología, Magister en Investigación en Ciencias Sociales y doctoranda en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Profesora en la carrera de Sociología (Universidad de Buenos Aires). Becaria de doctorado de CONICET. Integrante del Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani – Universidad de Buenos Aires. patriciakns@yahoo.com.ar

En este trabajo analizamos el discurso y la práctica en torno a la maternidad de ginecólogos, obstetras y mujeres jóvenes de clase media urbana argentina; poniéndolos en diálogo.

En este trabajo definimos la maternidad como una arena política de definición de 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. En tanto proceso relacional, abordaremos el análisis de la intervención de la institución médica y su interacción con las mujeres.

La medicina occidental estudia un cuerpo separado del sujeto, valorado y percibido como un receptáculo de la enfermedad, a pesar de lo cual, impregna al cuerpo con la carga simbólica hegemónica.

En Occidente la percepción del cuerpo responde a una triple sustracción: el sujeto es separado de sí mismo (distinción entre cuerpo y alma), separado de los otros (pasó de una estructura social tipo comunitaria a una estructura individualista - en este paradigma el cuerpo funciona como un principio de individualización-), separado del universo (los saberes de la carne no provienen de una homología entre el hombre y el cosmos, sino que son singulares y le pertenecen sólo a la definición singular del cuerpo). En la medicina actual el cuerpo se encuentra fraccionado, al sujeto se lo concibe en abstracto, como entidad que reúne un grupo de órganos aislados unos de otros (Le Breton, 1995; Martin, 2006).

La práctica médica se apropia de los cuerpos a través de sus intervenciones y su discurso disciplinador sobre ellos (Foucault, 1989). La metáfora médica, a su vez, refuerza 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 los cambios que éste produce en todo el cuerpo. Hace extensiva la interpretación de la condición biológica al campo comportamental. Por ello, el discurso ginecológico reconoce la necesidad de dominar, controlar, administrar la naturaleza femenina, de tal modo que esta disciplina se convierte así en una ciencia de la mujer. Parte nodal de ese orden es sostener el imperativo maternal en las

mujeres. Los médicos se convierten, así, en los legítimos traductores de los designios naturales (Rohden, 2001).

Emily Martin (1996) describe cómo la biología y las investigaciones médicas se apoyan aún en estereotipos de género tradicionales, confiriéndoles características humanas a los procesos biológicos del aparato reproductor. Tal como la autora advierte: las metáforas de la ciencia están adormecidas, ocultas en el interior de textos científicos, conservando su poder.

La elección de los médicos como población del estudio es relevante en cuanto son quienes llevan las políticas, las leyes y las normas institucionales a la práctica. Los médicos son quienes "filtran" y adaptan estos principios generales en la intimidad del consultorio. En el presente, la profesión médica ejerce un papel central en relación con los aspectos inherentes a la reproducción humana. Los médicos tienen legal y normativamente adjudicada la autoridad de obrar en este terreno como máximos expertos técnicos (Ramos et al, 2001). A su vez, la visión de las mujeres en este sentido representa un aporte a la temática, pues las investigaciones sobre prácticas y representaciones en torno a las decisiones reproductivas son escasas. Solamente en 1964 y en 1994 se realizaron encuestas de fecundidad y demografía (López, 2005).

Abordaje metodológico

El trabajo aquí expuesto 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 llevaron a cabo 3 grupos focales con seis participantes en cada caso: uno con mujeres heterosexuales sin hijos, uno con mujeres heterosexuales con y sin hijos y uno con mujeres homosexuales con y sin hijos.

Excepto una entrevistada, todas las mujeres del estudio trabajaban en su campo profesional al momento de la entrevista.

La muestra contiene: 21 mujeres heterosexuales casadas o conviviendo y 6 mujeres homosexuales en esa situación; 13 mujeres heterosexuales con pareja estable y 7 mujeres homosexuales en esa situación; 15 mujeres heterosexuales que no tienen pareja estable y eventualmente tienen parejas ocasionales y 7 mujeres homosexuales en esas situación.

Se entrevistaron mujeres agnósticas, católicas practicantes y católicas no practicantes, budistas y judías; sin embargo, no hubo diferencias sustanciales en las respuestas. Es por ello que no especificamos la creencia religiosa en los verbatim dentro del cuerpo de este trabajo.

También se realizaron 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 desempeñan en la Ciudad de Buenos Aires y cuyas pacientes son mujeres de clase media.

Respecto del ámbito de desempeño profesional de los ginecólogos y obstetras entrevistados, 11 trabajan únicamente en el sector privado y 4 en el privado y público, éstas últimas son todas mujeres.

En cuanto al tipo de situación de pareja: 11 profesionales de la salud son casados y tienen hijos, tres son divorciadas con hijos y una es casada sin hijos. En esta muestra también contamos con católicos practicantes, no practicantes y agnósticos, sin embargo, al igual que con las mujeres entrevistadas no hemos encontrado diferencias sustanciales en las respuestas según creencia religiosa.

El reclutamiento de las mujeres, ginecólogos y obstetras que participaron en el estudio se hizo en diferentes ámbitos laborales, públicos y privados, para asegurar una base amplia de selección. Se realizó la selección por método bola de nieve.

Se utilizó el programa Atlas – Ti de análisis textual como procedimiento de análisis de los datos construidos.

En lo sucesivo analizaremos la relación entre ginecólogos, obstetras y mujeres en lo que refiere a los siguientes aspectos: dinámica de la entrevista, maternidad y vida reproductiva: embarazo, parto y lactancia.

1. Dinámica de la entrevista médico – paciente

Un aspecto fundamental en la dinámica de la entrevista es su tiempo de duración. Salvo en dos casos (ambas son mujeres) en los que los turnos con las pacientes duraban cuarenta y cinco minutos, la mayoría de los ginecólogos y obstetras consultados afirmaron que las entrevistas con sus pacientes tienen una duración promedio de quince minutos.

-Antes uno atendía 15 pacientes por tarde, hoy puedo atender 8. En general yo trato de preguntar todo porque considero que es mejor tener una mirada holística, cuerpo, mente, espíritu y las circunstancias. Si yo no sé esta circunstancia tampoco voy a hacer un diagnóstico como corresponde (Dra. De 49 años. Casada con hijos, únicamente práctica privada).

-En general sus pacientes de hace tiempo le consultan cosas más privadas de decisión respecto de la maternidad o cuestiones más personales?

-Yo no doy mucho pie para eso, yo personalmente, trato de no influenciar mucho en la vida de las personas por mi... por cómo soy yo...

-Cómo es usted?

-Yo soy más cirujano que otra cosa...yo trato de resolver problemas puntuales, no trato de... eso es más del obstetra, del ginecólogo obstetra, yo no trato de generar un vínculo de dependencia de médico con la paciente, no me parece... o soy más americano en ese sentido...

-En qué sentido americano?

-Un poco más distante, simplemente hablo de la medicina basada en la evidencia y nada más que eso. Algunas veces cuando detecto...lógicamente no soy... pero no me meto en donde no tengo que meterme simplemente me meto en lugares donde pienso que puede hacer falta ayuda, pero no... de rutina no investigo, simplemente me ocupo del paciente que tiene problemas severos y que necesita ayuda pero no de la vida misma como por ejemplo la maternidad, no? (Dr. de 42 años, casado con hijos, especialista en fertilidad, únicamente práctica privada).

Es coincidente la voluntad manifiesta de intervenir en las decisiones reproductivas de las mujeres con el tiempo dedicado a la entrevista. Los dos casos que daban turnos de cuarenta y cinco minutos como mínimo, trataban con sus pacientes temas generales de la vida, acerca de los sentimientos, los temores, la vida sexual, los proyectos. Una de ellas tenía una posición tradicional y la otra más liberal, sin embargo, ambas tomaban la iniciativa en aconsejar a las mujeres sobre diversas áreas, aún cuando no surgiera de las pacientes tratar esos temas. Es necesario

aclarar que ambas médicas dedicaban ese tiempo en la práctica privada, espacio en el que podían decidir, pues en la atención pública no tenían opción, salvo dedicar un promedio de 10 minutos por paciente. En aspectos como estos podemos observar los límites y posibilidades donde puede colarse la iniciativa propia de los profesionales de la salud, dentro de los marcos institucionales de la actividad médica.

En lo que respecta a la injerencia del médico en las decisiones reproductivas; por un lado, en una investigación de Tamburrino (et al, 2007) en mujeres de sectores medios del AMBA, se observa que la mayoría de ellas manifiesta la necesidad de abordar temas relativos a la vida cotidiana en la consulta para ser interpretadas en el diagnóstico de manera integral como sujetos. Por otro lado, en una encuesta de Ramos (et al, 2001) a ginecólogos y obstetras en hospitales públicos del AMBA casi la totalidad de la muestra (96%) considera que el hombre y la mujer conjuntamente son los responsables de decidir cuántos hijos/as tener y cuándo. El 90% opina, también, que el hombre y la mujer deben decidir en forma conjunta el uso de anticonceptivos. Sólo el 8,4% opina que esa decisión debe ser tomada exclusivamente por la mujer. Una gran mayoría –siete de cada diez encuestados/as– opina que debe ser tomada conjuntamente por “el médico/a y la pareja”, postura enfatizada entre las médicas mujeres (73,7%). De este modo también podemos observar una tendencia democratizadora en las lógicas médicas, con una diferencia de género: en la misma investigación las médicas mujeres se manifestaron más permeables a las demandas, manifiestas o latentes, de las pacientes. Tal como afirman Castro y 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 donde la mujer está emparentada con los sentimientos, la epistemología médica femenina relaciona este proceso con una integralidad emocional y física.

Volviendo a nuestros hallazgos, dentro de las temáticas abordadas en la consulta, la mayoría de los médicos entrevistados considera importante tomar la iniciativa para tratar el tema de la edad para comenzar a tener

hijos. Manifestaron "alertar" a las mujeres de cerca de treinta años acerca de la progresiva decadencia de su organismo y fertilidad para lograr con éxito y sin riesgos el proyecto reproductivo. Estos "avisos" respecto de la edad ideal para comenzar a tener hijos en la mujer no son transmitidos sin filtros, en la mayoría de los casos lo hacen únicamente con aquellas mujeres que tienen 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 va 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 (Dr. de 50 años, casado con hijos, únicamente práctica privada).

-Qué opina respecto del aplazo 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 joroban 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 (Dr. de 45 años, casado con hijos, únicamente trabaja en sector privado).

En este verbatim podemos observar que el médico homologa el término pareja a mujer cuando refiere al proyecto reproductivo. Aquí podemos

observar también cómo se representa este profesional una situación reproductiva prototípica.

Lo referido a la edad para comenzar la vida reproductiva, coincide con los testimonios de las mujeres entrevistadas que manifiestan una presión muy fuerte para tener hijos por parte de su entorno cuando se acercan a los treinta años. También muchas de ellas identificaron esa edad como la ideal para tener el primer hijo, argumentan que se es lo suficientemente maduro como para hacer frente a las demandas de la maternidad.

En este tipo de conversaciones menos específicas con sus pacientes, la mayoría de los médicos observa un temor muy generalizado en las mujeres que los consultan cuando se acercan a los treinta años acerca de la posibilidad de ser estériles sin saberlo. Otro temor muy frecuente en las pacientes está referido a la posibilidad de poner en riesgo su vida por un embarazo después de los treinta.

Se les consultó a todos los ginecólogos entrevistados si tenían pacientes lesbianas, la mayoría respondió negativamente. Esto se vincula con comentarios en los que los médicos aclaraban que no era su estilo "*inmiscuirse en la intimidad sexual de las personas*". También coincide con los testimonios de las mujeres lesbianas entrevistadas que aludían a la incomodidad de tratar estos temas con sus ginecólogos, razón por la cual preferían no hacerlo, a veces por haber recibido malos tratos, otras veces por temor a una conducta discriminatoria.

En la consulta con el ginecólogo u obstetra, la posibilidad de la sanción moral e incluso en ocasiones legal (denuncias de aborto) permanece siempre presente aunque de manera velada (Tamburrino et al, 2007).

Muchas mujeres lesbianas consideraban que la práctica sexual lésbica no produce situaciones en las que los controles ginecológicos se vuelvan necesarios, algunas 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 representaba un riesgo para su salud.

2. Maternidad y vida reproductiva

Los ginecólogos son identificados por nuestras entrevistadas como uno de los actores más importantes cuando de decisiones sobre su vida reproductiva se trata. Al describir los consejos y percepciones médicas, refieren a la identificación de la mujer con la maternidad.

En Latinoamérica, la similitud ideológica entre los Estados pronatalistas y la institución médica permitió que estas entidades fortalecieran su accionar y reafirmaran preceptos coherentes con estereotipos tradicionales de género (Rohden, 2003). Este apoyo científico coadyuva al ejercicio del poder del Estado, y a su vez, la función reguladora de éste contribuyó a legitimar la práctica médica también. Los parámetros de normalidad médicos identificaron a la maternidad como parte nodal de la identidad femenina (Meloni Vieira, 2008).

Todas las médicas consultadas coincidieron en que la mayoría de las mujeres tienen hijos como resultado de la presión social ejercida sobre ellas, que considera la maternidad como sinónimo de su condición de mujeres.

La totalidad de los varones médicos entrevistados se manifestó en forma opuesta a las médicas mujeres en este aspecto. Se refirieron a la necesidad de la maternidad en la vida de una mujer, a la frustración que puede ocasionar a una mujer el hecho de no poder ser madre, atribuyendo la voluntad de ser madres a factores biológicos.

En cuanto a las mujeres entrevistadas, los dos aspectos considerados más importantes en su vida son la maternidad y el desarrollo profesional. Todas las entrevistadas tenían ocupaciones vinculadas a su profesión. Asociaban el desempeño laboral con el preservar un espacio propio. Así, el hecho de no dejar de trabajar al haber tenido hijos tiene una fuerza axiomática en sus decisiones respecto del futuro. Admiten trabajar menos horas, pasar a un segundo plano lo laboral una vez nacido su hijo, pero no aparece como posibilidad dejar de trabajar. La mayoría de las entrevistadas identifican esto último como un cambio histórico respecto de generaciones pasadas próximas, como la de sus madres, por ejemplo.

La emergencia de esta reivindicación de un espacio de desarrollo personal tiene relación con los avances feministas, la legislación vigente y 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 los preceptos individualistas de nuestra cultura.

En relación con su individualidad también, la maternidad resulta en ocasiones una coartada eficaz para desentenderse de algunas interpelaciones sociales. Por ejemplo, si bien se ha instalado en nuestra cultura la obsesión por la apariencia corporal y la belleza, la maternidad abre un período de gracia en el que es legítimo para las mujeres descuidar su apariencia y su erotismo a favor de su rol como madres, así se suspende temporariamente la exigencia de perfección del cuerpo femenino (Casotti y Lopes, 2008; De Castro, 2007).

En cuanto a los factores considerados para decidir tener un hijo, las mujeres mencionan: la voluntad de tenerlo, la madurez, la responsabilidad y la capacidad de educarlo bien y darle amor; coincidentemente con la posición de la mayoría de los ginecólogos. Es llamativo que ni los médicos, ni las mujeres entrevistadas mencionaran el aspecto económico. A partir de comentarios referidos a otros aspectos de la vida, las mujeres especulan con la ayuda familiar en caso de problemas económicos.

A veces incluso sin explicitarlo puede observarse en el discurso de los médicos entrevistados que piensan la maternidad en el marco de una pareja heterosexual. Cuando se les consulta acerca de la maternidad homosexual dudan y en general no están de acuerdo.

-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 (Dr. de 50 años, casado con hijos, únicamente práctica privada).

El modelo patriarcal de dominación implica, entre otras cosas, un lugar subordinado de la mujer en el que su sexualidad intenta ser controlada. La heterosexualidad obligatoria es un eje de esta dominación sobre la mujer. Hay autores que atribuyen esta exigencia a cuestiones de producción económica familiar, a la producción de niños como parte de la soberanía nacional y fundamentalmente a la división sexual del trabajo, en la que a la mujer le es asignada la reproducción, entre otras tareas (Lamas, 2002). Cuando se les preguntó a las mujeres heterosexuales si una mujer lesbiana puede 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"* (30 años, un hijo). Sin embargo, no lo recomiendan por considerar que la sociedad condenaría este tipo de práctica sexual, marginando al hijo de la mujer lesbiana. Consideran que el hecho de convivir con dos mujeres que son pareja podría resultar difícil para el hijo al momento de adaptarse a su comunidad. Las jóvenes afirmaron que no es conveniente para un niño ser criado por dos mujeres que viven en pareja porque faltaría el modelo de hombre en su formación, lo que redundaría en problemas psicológicos graves para él. La mayoría afirmó que esto último podía no revestir importancia si el modelo de hombre podía ser extraído de un tío, abuelo, amigo de su madre.

La mayoría de los médicos entrevistados coincidieron con las opiniones manifestadas por las entrevistadas heterosexuales. En estas afirmaciones se hace presente la censura existente en nuestra sociedad frente a diversas prácticas sexuales y a diversos modelos de familia, así como también queda de manifiesto el lugar privilegiado que se le otorga a la

figura del varón en una educación considerada psicológicamente sana para los hijos.

La mayoría de las mujeres lesbianas entrevistadas no tenían hijos y muchas de ellas no querían tenerlos en el futuro tampoco al momento de la entrevista. Aquí podemos estar en presencia de una internalización de la norma heterosexista donde las lesbianas son interpretadas como sujetos no reproductivos, así como también, este dato puede estar aludiendo a la posibilidad de expresar con honestidad opiniones que no serían permitidas a las heterosexuales dentro de la normativa de género existente. También es necesario considerar que la sociedad les provee un ambiente adverso para el proyecto parental en cualquiera de sus manifestaciones – adopción, uso de tecnologías reproductivas, crianza, entre otros-.

El hecho de que las lesbianas no sean consideradas mujeres apropiadas para ejercer la maternidad está vinculado con la creencia de que la orientación sexual de la madre influirá en las elecciones sexuales del niño, que éste tendrá una identidad sexual poco clara o impropia o que al niño lo estigmatizarán en la escuela o en sus relaciones debido a que su madre es lesbiana (Herdt y Koff, 2002).

Aquellas entrevistadas lesbianas con hijos los tuvieron en el marco de un matrimonio heterosexual previo. Todas ellas hablaron con sus hijos sobre sus prácticas sexuales y no ocultan en ningún aspecto su orientación sexual. Reciben a sus parejas en su casa y muchas conviven con ella. Consideran que el tipo de educación que le dan a sus hijos los hará más tolerantes y abiertos a la diferencia. En la mayoría de los casos, 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 siguiente inmediato al divorcio. Esto era descrito por las mujeres con mucha angustia.

La presencia masculina en la crianza no es considerada necesaria por la mayoría de las entrevistadas lesbianas, pues consideran que el amor, protección y cuidados que el/la niño/a puede obtener de su madre y compañera es suficiente para una socialización saludable.

2.1. El embarazo y las nuevas tecnologías reproductivas

Las mujeres que ya habían tenido hijos manifestaron haber vivido el embarazo como un proceso de gran control y vigilancia médica en lo relativo al peso, la alimentación, así como también en lo referido a procedimientos de control de rutina, algunos molestos e invasivos. Pero las quejas no alcanzaron el status de cuestionamiento de la autoridad ni de la decisión médica.

En la mayoría de las consultas durante el primer embarazo las mujeres asistían acompañadas con su pareja (hombre), no así en los siguientes embarazos. Algunos hombres entraban al consultorio con la mujer y otros las esperaban en la sala.

En las entrevistadas que aún no habían tenido hijos, las formas más mencionadas de acceso a la maternidad, en caso de problemas de fertilidad o de tener pareja mujer, fueron la adopción (en mujeres heterosexuales), acudir a amigos varones (en lesbianas) y el uso de nuevas tecnologías reproductivas (en ambas). Sin embargo, no cuentan con información al respecto y desconocen cómo llevar a cabo estas alternativas. Observamos en los discursos de las entrevistadas una tendencia a idealizar los alcances de la tecnología frente a problemas de fertilidad.

Las tecnologías reproductivas son definidas por Lucía Ariza (2007: 257) 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)". Asimismo, la 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” (2004: 262)¹.

Chatel (2004) 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.

Es interesante destacar que ante el crecimiento exponencial de las nuevas tecnologías reproductivas, desde un punto de vista demográfico, la esterilidad, estimada entre un 3 y un 4 % no aumentó desde hace un siglo (Chatel, 2004).

En nuestra muestra solamente dos mujeres se encontraban en tratamiento. A ambas les resultaba un proceso muy penoso y de mucha expectativa, por lo que no lo difundían entre sus amistades y les costó mucho desarrollar el tema durante la entrevista para esta investigación. En ambos casos fueron ellas quienes tomaron la iniciativa para consultar a un profesional, después de haber intentado quedar embarazadas durante un largo período de tiempo. Aún así, manifestaban una gran conexión con sus parejas en cuanto al proyecto parental refiere. De hecho, la decisión de comenzar el tratamiento fue conjunta en ambos casos. Esta decisión suele enmarcarse en un promedio de tiempo de consulta con el ginecólogo de 10 minutos por paciente, de acuerdo a lo relatado por nuestras entrevistadas. 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.

¹ Para abordar el tema de las tecnologías reproductivas, es necesario aclarar que este tipo de tecnología es accesible sólo para sectores medios y altos, por tratarse de procedimientos económicamente muy costosos, cuyos gastos no son

El dolor que manifiestan 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, la normativa les demanda tener una vida reproductiva exitosa para constituirse en mujeres en sentido pleno. En esta situación se pone en juego el mito de la mujer madre y el vínculo simbólico: hombre – virilidad – fertilidad. Es por ello que este tipo de tecnologías resulta ampliamente deseable y es abordada con una actitud acrítica, pues se articula con normativas genéricas identitarias constitutivas para los sujetos en nuestra cultura.

En el terreno de las nuevas tecnologías reproductivas existe una delgada línea que divide la acción invasiva de la acción terapéutica; la práctica médica con una lógica mercantil y con una lógica de salud. Cuando la demanda de estas tecnologías es inducida y sugerida por la oferta de servicios, estamos más cerca de una acción invasiva de la práctica médica con lógica mercantil (Chatel, 2004).

Tanto en lo relatado por las entrevistadas de nuestro estudio, como en lo hallado por Ariza (2007), puede observarse que la infertilidad es atribuida a la mujer aún antes de realizar estudios diagnósticos. Esto puede estar relacionado con la censura al atraso de la edad para ingresar a la maternidad y también con las metáforas médicas antes mencionadas, que encuentran patológico el cuerpo femenino, reproduciendo estereotipos de género (Rohden, 2001).

3. El parto

A partir de la década del setenta, desde los movimientos feministas en los países centrales, comenzó a problematizarse la forma en que las mujeres viven el embarazo y parto. Las mujeres manifestaban vivir este proceso en condiciones de opresión relacionadas con el control social de las

cubiertos por las obras sociales, los planes regulares de medicina prepaga ni son gratuitos en los servicios públicos de salud.

mujeres embarazadas. Las mujeres no sentían sus deseos y necesidades individuales respetadas, se sentían tratadas como objetos que contenían niños, asexuadas, que debían ser vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias, muchas de las cuales eran arriesgadas, violentas y de eficacia dudosa.

Desde los ochenta el movimiento de mujeres comienza a tener como una de sus prioridades la atención en el parto, produciendo material educativo y proponiendo políticas públicas, usando el término "humanización en la asistencia del parto". La humanización puede ser vista como la legitimidad política de reivindicación de los derechos de las mujeres en la asistencia del nacimiento, demandando principalmente un parto seguro, asistencia no violenta, brindando a las mujeres el derecho de conocer y decidir sobre los procedimientos en el parto, el derecho a la integridad corporal (no sufrir daño evitable). Existe una tendencia mundial al avance tecnológico y científico que, muchas veces, sustituyen al cuidado humanizado. Esta tendencia puede ser observada en la obstetricia moderna. La hospitalización del parto llevó a considerarlo un evento médico quirúrgico, resultando en un modelo de asistencia tecnicista, que se distingue por la racionalidad y la carencia de principios humanísticos en el trato de la paciente o parturienta (Knobel, 2006). 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 aumentan si el parto es por cesárea (Martin, 2006).

Emily Martin (2006) 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. "Desde que el trabajo de parto fue definido como trabajo mecánico realizado por el útero, el nacimiento fue visto como re producción de bienes". "El parto es visto por la medicina como un proceso de producción de bebés a ser controlado, en el cual los gerentes (médicos) controlan el trabajo de las trabajadoras (mujeres) y sus máquinas (úteros) frecuentemente con la ayuda de otras máquinas.

Progresivamente, los médicos fueron incluidos en grandes corporaciones médicas, también ellos están perdiendo control sobre sus condiciones de trabajo". La mujer ocupa un lugar pasivo, subordinado en este proceso, situación reafirmada a partir de la creencia médica que identifica al útero como el principal responsable del trabajo de parto, cuyos movimientos son involuntarios. Este proceso aliena a la mujer en el parto en relación con su cuerpo, como se aliena al operario industrial en relación con su trabajo en el orden capitalista. En las mujeres esto se traduce en sensaciones de impotencia y en la fragmentación de la percepción del yo. En este esquema teleológico industrial, donde el fin es la reproducción, se reafirma el imperativo maternal para las mujeres, los libros de medicina refieren a la menstruación como un proceso de desperdicio y la menopausia como una señal de deterioro e inutilidad de una máquina que detiene la producción del bien: "bebé". Los parámetros médicos de un parto normal y exitoso – curvas medias de dilatación, entre otras medidas estandarizadas- dan cuenta de esta percepción de la construcción simbólica de la eficiencia de la máquina – cuerpo. Cualquier alteración de esos patrones es suficiente para justificar la intervención médica, a través de medicación, cesárea, estudios de control y diagnóstico. La autora encontró algunos actos de resistencia desde las mujeres: no transmitirle al médico determinadas informaciones, esperar para ir a la clínica cuando se está en trabajo de parto, elegir el parto domiciliario, entre otras acciones (Martin, 2006).

La mayoría de los obstetras consultados aquí, observan que la medicalización del proceso del parto es necesaria para la seguridad de la madre y el niño. En la generalidad de los casos, la intervención se da a modo preventivo. A pesar de esto, una obstetra (de 47 años, que realiza atención mixta y es divorciada con hijos) menciona "*muchas veces hay que apurar el parto porque no tenemos lugar y tenemos muchos partos.*" Otro entrevistado comenta "*imaginate que no podemos tener la tecnología esperando sin uso.*"

Muchos médicos se referían a la inseguridad e imprevisibilidad que sienten con un parto natural. Afirman que es deseable un parto natural pues es la vía biológicamente determinada, pero alegan que la cesárea es 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 la espera parece estar asociada por los médicos al riesgo. La redefinición del parto como evento médico depende del carácter potencialmente problemático del parto, justificando la intervención médica. De acuerdo a lo observado, la creencia en el valor de los recursos tecnológicos de la biomedicina para lidiar con las posibles complicaciones en el parto normal, sería igualmente compartida por médicos y pacientes. Entonces, la práctica médica es afectada por mucho más que intereses económicos en la práctica de la cesárea. La cesárea proporciona al médico la sensación de control total sobre el proceso del 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 al crecimiento tecnológico y a la creciente especialización de la medicina. El uso de términos técnicos disminuye la capacidad de las mujeres de tomar decisiones informadas sobre el embarazo y el parto (Chacham, 2006).

Respecto de estas intervenciones, es relevante destacar que, según información proporcionada por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) de 2005: un tercio de las mujeres residentes en localidades de 5000 y más habitantes del país, tuvieron su último hijo nacido vivo por cesárea. Las diferencias regionales son poco notables y muestran para el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) un 30%. 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 de nivel educativo más bajo), y con el 38% de las de clase media (5 puntos porcentuales más que las más pobres). Asimismo, un 36% de las mujeres con mejor calidad

de vivienda tuvieron cesárea (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.

Las mujeres entrevistadas aquí sienten temor al trato y a la intervención que recibirán en el transcurso del parto, sabiendo que será distante e impersonal, donde no se prestará atención a sus necesidades y emociones, sino que serán atendidas cuestiones técnicas del parto únicamente, en circunstancias en las que muchas veces incluso éstas interfieren con el éxito del parto mismo y de la plenitud y alegría con que la mujer pueda vivirlo.

Los médicos entrevistados afirman aplicar la anestesia peridural en la mayoría de los partos que asisten porque las mujeres no soportan el dolor. Del mismo modo alegan que las mujeres piden que no les hagan cesárea, antes de entrar a la sala de partos pero una vez allí, cuando sienten el dolor intenso del parto piden a gritos la cesárea y la peridural. En este sentido, tanto la anestesia como la cesárea son solidarias al contrato implícito de la mujer con el médico, en el que ella le entrega su cuerpo y él acciona sobre él sin dar cuenta de sus decisiones ni consultar demasiado. Sería interesante profundizar en este aspecto para 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 peridural.

Es importante resaltar 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 con los obstetras si practican alguna modalidad diferente a la tradicional, como el parto acuático, el parto con posición vertical o el parto domiciliario. La totalidad de los obstetras consultados no practican ningún método de parto diferente al convencional (en una camilla, en posición semi horizontal). Manifestaron que en Argentina no existe la tecnología necesaria para practicar otras modalidades de parto. También aludieron a la falta de interés de las pacientes en conocer acerca de estas alternativas y

mencionaron que de todos modos las coberturas médicas privadas no cubren ninguna modalidad de parto que no sea la convencional. Se investigó si esto era verdad: en Ciudad de Buenos Aires existe la tecnología necesaria para practicar estos partos alternativos, de hecho, se practican hace varios años en diferentes lugares.

En lo que refiere a la decisión del médico sobre el proceso del parto, también se les consultó a los obstetras acerca de la compañía que se le permitía tener a una mujer en la sala de partos. Algunos obstetras mencionaron que se permite que esté la pareja (varón) con la mujer mientras pare, sin embargo algunos afirmaron que no está permitido que acompañe a la mujer en la sala de partos ninguna persona que no sea el padre del bebé que va a nacer, alegando que esto responde a las políticas de las instituciones, no es una cuestión que pueda decidir el médico.

-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 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 (Dr. de 49 años, casado con hijos, únicamente práctica privada).

Se consultó por vía telefónica a siete maternidades privadas reconocidas de la Ciudad de Buenos Aires y en seis de ellas la mujer que va a parir está autorizada a elegir qué persona entra con ella a la sala de partos, mientras sea una sola persona.

4. La lactancia materna

La lactancia materna actúa tanto en beneficio del niño como de la madre. Para el niño, los beneficios residen en que la leche materna es el alimento más completo para su desarrollo, posee los mejores nutrientes, protege al niño al transmitir anticuerpos que contribuyen al proceso de defensa inmunológica y fortalece el vínculo madre - hijo. Ofrece ventajas fisiológicas y psíquicas, ya que previene el cáncer mamario y disminuye la depresión posparto. Por todo esto es que se recomienda la lactancia exclusiva en los primeros cuatro a seis meses y la lactancia complementaria todo el tiempo que sea posible (López y Tamargo, 1995). 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).

En la Argentina, en 2000, según el Ministerio de Salud de la Nación, la prevalencia de lactancia materna alcanzó el 80.1%, destacándose la lactancia complementaria que logró ascender al 36.7 % 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, (donde las madres más jóvenes y de menores recursos practican en mayor proporción la lactancia exclusiva por más tiempo), más del 60% de los 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 el 7.2% lo hace como complemento de la leche materna, sin observarse diferencias por sexo.

En nuestra investigación, el promedio de tiempo total durante el cual las mujeres alimentaron exclusivamente con leche materna a sus hijos fue de aproximadamente cuatro meses.

Los ginecólogos entrevistados recomiendan ampliamente a sus pacientes la lactancia materna, sin embargo, no brindan a las mujeres explicaciones de cómo se desarrolla el proceso ni técnicas para este fin. Las madres y amigas de las entrevistadas fueron quienes les enseñaron las diferentes

técnicas para dar de mamar, en algunos casos se mencionó a las enfermeras de la clínica donde tuvieron al bebé.

Aunque los médicos fueron los pioneros de la antisepsia, la inmunización y los suplementos dietéticos, participaron, sin embargo, en el cambio del pecho al biberón, símbolo de prestigio, que convirtió al tradicional niño de pecho en un bebé moderno y cedió a la industria madres clientes de una fórmula de leche maternizada elaborada en fábricas. Aparecieron así nuevas enfermedades entre los niños a quienes se les negó el pecho y como las madres carecían de sabiduría tradicional para tratar a bebés que no maman, éstos se convirtieron a su vez en nuevos consumidores de la atención médica y de sus riesgos (Illich, 1978).

Las mujeres entrevistadas en este estudio refieren al amamantamiento como un desafío; sienten culpa si no logran amamantar a su hijo, pero a la vez deben articular sus tareas y horarios laborales con la lactancia. Un factor inhibitor del amamantamiento es la inserción laboral de las mujeres. Los horarios de los compromisos laborales no son compatibles con los demandados para la lactancia materna. Las mujeres organizan 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 les genera contribuye a la merma de la producción de leche, provocando frustración, aunque también alivio en las mujeres, pues, en sus discursos observamos que el amamantamiento compite con el deseo de conservar un cuerpo atractivo. Esto manifiesta las contradictorias consecuencias de la separación entre sexualidad y reproducción, incipiente, pero ya presente en este momento histórico en nuestra cultura y particularmente en el nivel socio económico estudiado aquí.

5. Reflexiones finales

Es menester abordar desde una perspectiva de género el tema de la intervención de la institución médica en los procesos reproductivos. La intervención del modelo médico hegemónico, de acuerdo al término de

Menéndez (1984), se sostiene sobre una asimetría de poder entre médico y paciente. El médico detenta el poder del saber y la autorización legal y legítima que la sociedad le otorga cotidianamente al reconocer su autoridad y recurren a ella 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 el hombre ocupa el lugar hegemónico y la mujer la posición subordinada. Las mujeres entrevistadas no cuestionan las indicaciones médicas ni sus decisiones. En este sentido es interesante observar que existe una diferencia en lo hallado en las mujeres médicas y los varones, éstas tenían mayor tendencia a comprometerse con la situación integral de vida de la paciente, al mismo tiempo manifestaban mayor respeto hacia diferentes formas de estructuras familiares y prácticas sexuales.

Como analiza Illich (1978), la medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable. La profesión médica es una manifestación, en un sector particular, del control adquirido en base a la estructura del poder de clase de las elites universitarias.

Un público pasivo es peligroso, no tiene control sobre la percepción, clasificación y toma de decisión médica (Illich, 1978). Si bien en algunas áreas esta toma de control se ha logrado con mayor éxito, como es el caso de las personas que viven con VIH, en el área estudiada en este trabajo aún persiste la aceptación implícita de una libertad de decisión y de ejercicio de los médicos sobre los cuerpos de las mujeres.

Cuestionar y problematizar las maneras actualmente convencionales de traer niños al mundo y ubicar la maternidad, el embarazo, el parto y la lactancia en lugares privilegiados del debate comunitario para reconfigurar la forma de vivirlos contribuye a hallar caminos que integren de modo más equitativo a todos los actores intervinientes en la escena: madres, padres, familiares, amigos, comunidad; dando lugar al

protagonismo de quienes comprometieron su vida y su muerte en el proyecto de crear nuevas vidas.

Bibliografía

ALMEIDA, J. A. G. (1999) *Amamantamiento: un híbrido naturaleza – cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

ARIZA, L. (2007) “Tecnologías reproductivas en la Argentina contemporánea: la experiencia de la infertilidad en mujeres usuarias”. En: E. López y E. Pantelides (comp.) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA.

CASTRO, P. y BRONFMAN M. P. (1993) *Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión*. Cad. 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”. En: *Seminario Internacional Haciendo Género 7. Género y preconceptos*. Florianópolis, 28 -30 de agosto de 2006.

CHATEL, M. M. (2004) “Infertilidad, medicina y deseo” En: *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 corpeo 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. y B. KOFF 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. y A. FRELLO. 2006. “Parto y maternidad: profesionalización, asistencia, políticas públicas”. En: *Seminario Internacional Haciendo Género 7. Género y preconceptos*. Florianópolis, 28 -30 de agosto de 2006.

LAMAS, M. 1999. "Género, diferencias de sexo y diferencia sexual", En: 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". En: Casotti, L., Suarez, M y R. Diaz Campos (org): *O tempo da beleza: Consumo e comportamento feminino. Novos olhares*. Río de Janeiro: SENAC.

LÓPEZ, E. M., M. C. TAMARGO (1995) La salud de la mujer. En: *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales*. INDEC. Buenos Aires. ISBN 950-896.0035

LOPEZ, E. (2005). Anticoncepción y fecundidad en la Argentina: prácticas, opiniones y políticas. Tesis doctoral.

MARTIN, E. 1996. "O óvulo e o espermatozóide: como a ciencia construiu um romance baseado em papéis estereotipados masculinos e femininos". En: Laslett, B. *Gender and scientific authority*. Chicago, University of Chicago.

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.

MENÉNDEZ, E. L. 1984. "Hacia una práctica médica alternativa." En : *Cuadernos de la casa chata. 86, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social*. México. pp 1-23.

RAMOS S., M. GOGNA, M. PETRACCI, M. ROMERO, D. SZULIK (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.

2003. *A arte de enganar a natureza. Contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Río de Janeiro: Fio Cruz.

TAMBURRINO C., BROWN, J., GATTONI, S., PECHENY, M. (2007) Cuerpo, sexualidad y "cosas de mujeres". Un análisis de la atención ginecológica.

Schwarz

Buenos Aires: IV Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, septiembre 2007.