

Violencia obstétrica en el uso de las técnicas de reproducción humana asistida

María Fernanda Strático¹

Resumen

Las mujeres, las parejas heterosexuales y de diversidad sexual tienen el derecho a ejercer libremente el derecho a la procreación si así lo desean. Es el reverso de las personas que no desean tener hijos, ambas tienen que poder recurrir al sistema de salud, que tendría que ser seguro y gratuito.

Sin embargo, para garantizar este derecho, hay que seguir cambiando paradigmas; en los usuarios de las técnicas de reproducción asistida y en los agentes de salud quienes requieren de una formación que contemple una perspectiva de género y de derechos humanos.

El discurso médico y su práctica cotidiana, vulneran el derecho a la información y a la intimidad de las personas. Se realizan técnicas, aún cuando hay patologías que habría que sanar primero. Se estigmatiza acuñando el término de “madres añosas” a quienes por distintas razones, personales, profesionales, económicas buscan un embarazo alrededor de los 40 años, donde a veces tampoco se permite que el parto sea natural, por considerarse de embarazo de riesgo por la edad.

Creemos que para ejercer una democracia sexual hace falta dotar a las personas de información y prevención respecto al cuidado de su fertilidad, para decidir sobre nuestros cuerpos.

¹ Licenciada en Psicología (UBA) – Presidenta de la Asociación Civil DEVELAR.

Violencia obstétrica en el uso de las técnicas de reproducción humana asistida

Quería introducir e invitarlas a reflexionar sobre la temática de violencia obstétrica en relación al uso de las técnicas de fertilización humana asistida.

La violencia obstétrica según la definición de la Ley 26.485 – Ley de protección integral hacia las mujeres, en su artículo 6, inciso e) es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley de Parto Humanizado 25.929.

Las mujeres padecemos violencia en los servicios de salud, en lo atinente a procesos reproductivos más frecuentemente de lo que se cree. A veces desde el momento mismo en que pedimos un turno, en la atención en consultorios, al recurrir a un servicio de ginecología de urgencia. La violencia obstétrica es transversal al padecimiento de las mujeres, portadoras de un cuerpo que siempre es necesario llevar a consulta.

Las técnicas de fertilización asistida, son prácticas que comenzaron a utilizarse hace casi 35 años, en el año 1978 nace la primer bebé de probeta, el biólogo Robert Edwards, pionero de la fecundación in vitro, premio Nobel de Medicina en 2010, comenzó sus investigaciones sobre fertilidad en el año 1950, fue el creador de la primera clínica del mundo especializada en la fecundación in vitro en la ciudad de Cambridge en el año 1980.

En Argentina, las técnicas de baja y alta complejidad podían realizarse en centros privados. En algunos servicios de hospitales públicos podía recurrirse para hacer diagnósticos y técnicas de baja complejidad, siempre teniendo que pagar la medicación y el costo de la inseminación artificial, aparte de los costos emocionales había que pagar las técnicas, como la medicación, estudios que no estaban cubiertos por la medicina prepaga por no estar incluidas en el PMO. La gente que tenía recursos podía ejercer el derecho a la salud y salud reproductiva y aquellos de menores recursos y capas medias, tenían muchas dificultades para llevarlo a cabo.

Por lo tal motivo, desde Develar, nos propusimos luchar para lograr la cobertura de las técnicas de reproducción humana asistida, garantizando el derecho a la salud, y salud reproductiva y procreación responsable, a nosotros como organización nos llevó aproximadamente siete (7) años de trabajo sobre el tema. Siempre peleamos por una ley de cobertura amplia para mujeres y parejas de diversidad sexual, creemos que no hacía falta hacer una restricción ni por orientación sexual, ni estado civil, ni edad.

Develar es un Observatorio de Derechos Humanos y Prácticas Políticas, nacido en el año 2006, cuya misión es garantizar el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales,

derechos políticos, sociales, económicos, culturales, entre otros. Como lo Personal es Político, al atravesar por la búsqueda de un embarazo y transitar por el uso de las técnicas de reproducción humana asistida para lograrlo, comenzó nuestro trabajo como asociación, donde elaboramos proyectos legislativos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el Congreso de la Nación, realizamos mesas redondas sobre la temática, participamos en Audiencias Públicas, porque nos dimos cuenta que realmente no se cumplía con el acceso al derecho a la salud y a la salud reproductiva.

En nuestro camino, encontramos dificultades para sumar a nuestros reclamos a otros colectivos y asociaciones que defienden los derechos sexuales y reproductivos. Temas como el derecho a la procreación, a formar una familia, a una licencia por maternidad más extendida para mujeres y varones, al respeto a decidir como parir, a veces son considerados incompatibles con la lucha por el derecho al aborto legal seguro y gratuito para las mujeres. Desde nuestra asociación, sostenemos que las mujeres que quieren tener hijos/as, tienen el mismo derecho a decidir sobre su cuerpo, que aquellas que no quieren tenerlos. O tal vez en cierto momento de la vida se decide no tener hijos/as y en otro sí, y una cosa no está en la vereda de enfrente de la otra. Como también respetamos a las mujeres que deciden directamente no tener hijos. Pensamos que las mujeres, las parejas heterosexuales y de diversidad sexual tienen el derecho a ejercer libremente el derecho a la procreación si así lo desean. Es el reverso de las personas que no desean tener hijos, ambxs tienen que poder recurrir al sistema de salud, que tendría que ser seguro y gratuito.

Sin embargo, para garantizar este derecho, hay que seguir cambiando paradigmas; en lxs usuarixs de las técnicas de reproducción asistida y en los agentes de salud quienes requieren de una formación que contemple una perspectiva de género y de derechos humanos.

El discurso médico y su práctica cotidiana, vulneran el derecho a la información y a la intimidad de las personas. Se realizan técnicas, aún cuando hay patologías que habría que sanar primero. Se estigmatiza acuñando el término de “madres añosas” a quienes por distintas razones, personales, profesionales, económicas buscan un embarazo alrededor de los 40 años, donde a veces tampoco se permite que el parto sea natural, por considerarse de embarazo de riesgo por la edad. Creemos que para ejercer una democracia sexual hace falta dotar a las personas de información y prevención respecto al cuidado de su fertilidad, para decidir sobre nuestros cuerpos.

Fertilidad o infertilidad.

Nos propusimos reflexionar sobre lo que nos ocurre a las mujeres cuando comenzamos con la búsqueda de un embarazo y este no llega. Nos dimos cuenta de que, en el mayor de los casos, las que consultamos primero somos las mujeres.

Primero a nuestro/a ginecólogo/a, que indica una serie de análisis de rutina, exámenes hormonales y nos deriva a un especialista en fertilidad, quien nuevamente nos pide más estudios. A partir de allí, comenzamos un derrotero donde nuestro cuerpo, desde el inicio, aparece fragmentado y desconectado de nuestro deseo, temores y ansiedades. De las primeras consulta salimos con la pregunta: ¿quién es el infértil? Los especialistas mencionan que aunque haya maternidad o paternidad comprobados, la pareja que consulta es “infértil” pero el peso de esta palabra recae simbólicamente sobre el cuerpo femenino que, desde un tiempo inmemorial, se asocia con la tierra a ser sembrada.

Infértil, según la Real Academia Española significa: “estéril: **estéril** (Del lat. *sterilis*).

1. adj. Que no da fruto, o no produce nada. *Mujer, tierra, ingenio, trabajo estéril.*
2. adj. Dicho de un año: De cosecha muy escasa.
3. adj. Dicho de una época o de un período de tiempo: De miseria.
4. adj. *Med.* Libre de gérmenes patógenos.
5. m. *Ingen.* Parte inútil del subsuelo que se halla interpuesto en el criadero.

El poder del discurso médico y la tecnología

La medicina alópata avanzó sobre nuestros cuerpos de manera cultural, ya que hace muchos años el embarazo comenzó a ser tratado como una enfermedad, en el sentido que los controles los realizan médicos/as, en un consultorio médico y parimos en hospitales o clínicas privadas, dejaron de nacer niños/as como un fenómeno natural, donde en la actualidad, sin tener recursos no podemos decidir de qué manera queremos parir, y en ese sentido también ahora se avanza sobre nuestros cuerpos y sobre nuestro deseo de ser madres y padres, que queda bajo la nominación de infértiles. El poder del discurso de la ciencia y la tecnología avanza de una manera vertiginosa, con un discurso que aparentemente permitiría lograr algo que para algunas personas, presenta muchas dificultades: un embarazo a término.

Hasta aquí nos encontramos frente al mismo obstáculo, quienes poseen recursos económicos pueden decidir sobre sus cuerpos, cuentan con un aborto seguro si lo necesitan, acceden a la cantidad de técnicas de fertilización asistida que su deseo y cuerpo puedan resistir y si quieren parir de otra manera, también pueden hacerlo.

En el periplo que se decide llevar adelante – utilizando las técnicas de reproducción humana asistida- , pensando que hay alguna posibilidad de ser madre o padre, nos encontramos con un discurso cientificista que no deja espacio para que preguntemos

demasiado y donde, en casi ningún caso, se brinda la información necesaria respecto de los peligros que las hormonas pueden causar en nuestros cuerpos. Al preguntar sobre los efectos de las mismas sobre nuestros cuerpos, se minimizan los riesgos como cuando una parturienta entra en la sala de partos y es sometida a una serie de prácticas con efectos sobre los que no se la informan y se limita la comunicación a las frases: “no es nada”, “no te va a pasar nada”. En tal situación de impotencia e indefensión, la ira gana nuestro cuerpo y nuestra mente. La técnica avanza sobre nuestra intimidad, porque el fin justifica los medios, que no conocemos hasta que los experimentamos en el cuerpo. Tampoco se repara en la manera que se entrelazan las expectativas al momento de la búsqueda y la estadística de éxito de estos procedimientos (cuando la tasa de fertilidad humana es baja se habla de porcentajes de éxito de alrededor del 20 o 30%).

En el uso de estas técnicas no se cumple con el derecho a la información, que es lo que nos permite poder decidir y consentir libremente, sobre todo si eso lo harán sobre nuestro cuerpo.

Nos encontramos permanentemente con la minimización de lo que es un posible dolor, frente a ciertos estudios como la histerosalpingografía, la medicación, las inyecciones para la preparación de nuestros cuerpos ante la futura relación programada, inseminación artificial o una técnica de alta complejidad. No se tiene demasiado en cuenta el padecimiento subjetivo de la mujer que llega a la consulta, o de la pareja, ni se trabaja con la angustia, ni con las frustraciones que esto trae aparejado en cada ciclo, donde la vida parece desmoronarse una y otra vez. Por eso, consideramos que el trabajo de un equipo interdisciplinario desde un inicio de la consulta, permitiría ahorrar costos innecesarios en todos los sentidos, tanto económicos como subjetivos. Sin tanta demora, ya que entre en turno y turno, análisis, autorizaciones, pasa demasiado tiempo. Sumado que, para algunos estudios se necesita esperar a determinado momento hormonal del ciclo femenino. Tampoco se ofrece un acompañamiento psicológico de entrada, ni durante el proceso de búsqueda. Muchas veces despejar algunas cuestiones psicológicas de la pareja, o de las mujeres ayudaría y facilitaría la concreción del embarazo deseado, sin la necesidad de recurrir a costosos estudios e intervenciones médicas.

Hace muchos años cuando una mujer o pareja no quedaba embarazada, ¿qué se le decía? Hoy, prácticamente en la segunda consulta, con análisis que no dan cuenta de nada, te catalogan de “infértil”, y la pronta salida de estado parece ser recurrir inmediatamente al uso de alguna técnica de reproducción asistida, aunque no tengas nada físico, por eso hay muchos diagnósticos de “infertilidad sin causa aparente”. Es cierto que en muchos casos en la actualidad, la maternidad es buscada en una época más tardía de la vida de las mujeres porque antes aparece el deseo de desarrollarse profesionalmente. En relación a este proyecto que obedece a la conquista de un derecho de las mujeres, debería estar la posibilidad de una Educación Sexual Integral que entienda la fertilidad en un sentido

mucho más amplio y complejo y no sólo repare en educar en los necesarios cuidados para no quedar embarazada, para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual y del VIH; sino en un conocimiento preciso de los ciclos en la vida de las mujeres para que ellas decidan puedan planificar su vida, informadas.

Hablar de técnicas de fertilización asistida, tiene que llevarnos a ver cuántos otros aspectos están vinculados a la fertilidad e infertilidad de las personas. Cuestiones sociales, culturales, religiosas, bioéticas. Reparar en estos aspectos debería abrir un espacio para la interrogación acerca de cómo vivimos en la actualidad, cómo vivimos la sexualidad, cómo nos alimentamos, cómo nos afecta la cuestión medioambiental donde estamos insertos, etc., Esta es una deuda pendiente de cualquier noción de salud que tenga en cuenta la integralidad de la vida de una persona y su ambiente.

Violencias

Cuando te acercás a un servicio de reproducción y tenés más de 40 años, la medicina te recibe con el título de “madre añosa”. Esta es una herida narcisista importante que recae principalmente sobre la mujer, aunque el padre tampoco sea joven; porque en el imaginario social aún se sostiene la posibilidad de que un hombre grande pueda embarazar a una mujer joven. Si bien esto es cierto, nadie se encarga de decir que los espermatozoides envejecen igual que los óvulos de una mujer. Este mito de la potencia sin límites se sostiene intacto para la fantasía del varón y en el imaginario social porque para el género masculino afrontar dificultades para procrear, pone en juego también su masculinidad, virilidad o potencia. Esto es violencia contra las mujeres también.

En el ámbito de la consulta, también se cruzan factores ideológicos que habilitan abusos por parte de los profesionales. Cuando se pregunta si la mujer tuvo embarazos previos, de acuerdo a la respuesta, se repregunta si los abortos fueron espontáneos o provocados, y se ensaya que allí podría estar la causa de la infertilidad, arrojando la culpa, nuevamente del del lado de la mujer. Esto también es violencia.

En el caso de las mujeres de diversidad sexual, que recurren a los servicios de salud, se les pide una serie de estudios específicos, por ejemplo análisis de sangre que nada tenían que ver con el diagnóstico de infertilidad, que no se les pide a mujeres heterosexuales, tratando de investigar vaya a saber qué cosa. Esto también es violencia.

No brindar la información necesaria sobre la medicación, y las técnicas de reproducción humana, es violencia.

Teniendo en cuenta los estudios de Michelle Sadler: en la tesis para optar al Título de Antropóloga Social “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario”, nos interesa destacar la noción

de construcción del “conocimiento autorizado” (Jordán, 1993 en Salder, 2003) entre otras nociones que dan cuenta del lugar y de la situación de vulnerabilidad en el que quedan las mujeres frente al sistema médico imperante, legitimado por la ciencia occidental positivista y androcéntrica. Simplemente, queremos compartir algunos conceptos que se aplican tanto a la atención en sus partos, como a la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida.

Michelle Sadler explica que: “se pueden identificar relaciones de poder asimétricas, donde el personal de atención médico detenta la autoridad y las mujeres son despojadas de ella. Utilizaremos el concepto de conocimiento autorizado para referirnos a este fenómeno (Jordan 1993), que ha recibido gran atención en la investigación antropológica de los procesos reproductivos, sobre todo de antropólogos médicos interesados en el examen crítico de la producción social de conocimiento [...] en el caso de los sistemas médicos hay un proceso histórico que llevó a la legitimación de la ciencia médica alópata como la oficial y la autorizada en occidente, esta hegemonía responde a su asociación con una base de poder más fuerte que los otros sistemas de salud imperantes, lo que llevó a la devaluación y desaparición de estos últimos en algunos contextos. En el caso particular de la atención de partos, nos ocupa el hecho de que las mujeres y sus familias han sido desautorizadas, y sus conocimientos y emociones relegados al ámbito de lo no atingente” (Sadler, 2003: pág. 92)

“La inclusión de la gestación y parto en el reino médico trae una serie de consecuencias, todas las cuales convergen en la transformación de la mujer en una paciente, lo que justifica la utilización de todos los métodos para tratar otras patologías, incluida la cirugía (cesárea) ¿Qué se entiende por paciente? Con esta denominación, resalta Sadler, “se alude a quien sufre y tolera los trabajos y adversidades sin perturbación del ánimo, a la persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo y especialmente quien se halla bajo la atención médica [...] como paciente, la mujer se define como incapacitada para lidiar con el proceso que está viviendo, y se la obliga a buscar asistencia médica técnica especializada para enfrentar su condición” (Jordan 1993: en Salder 2003 pág. 98)

Finalmente, tomando algunos aportes de Marcela Lagarde, quien se refiere a la expropiación de los cuerpos femeninos, podemos situar el dominio que ejerce la ciencia médica sobre el cuerpo de las mujeres en un entramado mucho mayor: “El cuerpo femenino está destinado para funciones y usos que implican la negación de la primera persona; es simbolizado como cuerpo para otros y las decisiones sobre éste son tomadas por terceros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes” (Lagarde, 1994: 28). Con lo anteriormente citado quise intentar realizar un paralelismo en la manera de tratar un parto, y en qué lugar queda ubicada la mujer y su deseo, con lo que ocurre cuando se recurre a la consulta y al uso de las técnicas de reproducción humana asistida. Un fenómeno o una problemática que termina siendo una práctica de medicalización en la mayoría de los casos del cuerpo de la mujer, donde el deseo y la sexualidad quedan

relegados en pos de una frenética carrera contra el reloj biológico. Me refiero a las relaciones sexuales programadas, que se tornan técnicas que hay que administrar para la consecución de un fin: la reproducción. Quedando los cuerpos fragmentados, como los sujetos, al ser leídos en términos de óvulos y espermias que pueden encontrarse, en el mejor de los casos.

No podemos permitir que la lógica del mercado se apropie de nuestro deseo de tener un hijo/a, y de nuestro cuerpo, hay un cruce importante entre medicina, laboratorios y los centros de reproducción humana asistida donde se realizan las técnicas de alta complejidad y estudios diagnósticos. Este es un punto importante para el debate también.

En todos estos años me preguntaba, ¿cuál era el beneficio secundario de algunas organizaciones que trabajan con esta temática de ser de “pacientes infértiles”?, me resulta sumamente difícil pensarlo, si bien tras esto hay una mirada política e ideológica fuerte, ya que la enfermedad encierra a la pareja heterosexual (hombre-mujer), como la discusión sobre el inicio de la concepción, el inicio de la vida, la preocupación de los sectores más reaccionarios sobre los embriones y la criopreservación, diciendo que a ellos les preocupa el derecho de los niños/as por nacer, como también la cuestión del anonimato o no de los donantes de gametos. Por suerte, en el anteproyecto de modificación del Código Civil y Comercial, se avanzó en la definición del concepto de Voluntad Procreacional, “Art. 561: los hijos nacidos de una mujer por las técnicas de reproducción humana asistida son también hijos del hombre o de la mujer que ha prestado su consentimiento previo, informado y libre en los términos del artículo anterior, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quién haya aportado los gametos”.

Todo esto, transcurría durante el momento de la discusión de los proyectos de ley donde era difícil pensar, además, en la cobertura de las técnicas para mujeres solas, para las parejas de diversidad sexual. La ampliación de derechos que garantiza la Ley 26.862, Ley Nacional de Fertilización Humana Asistida, sancionada el 5/6/2013 constituye apenas el comienzo para pensar estas cuestiones desde otro lugar al pensar la reproducción, el ejercicio del derecho a la procreación, como un derecho. Implica, poder repensar la asistencia sanitaria para la reproducción de un modo que sea integral e interdisciplinaria, vincularnos con las próximas generaciones y con su sexualidad de una manera abierta, respetuosa, diferente de cómo ha sido hasta ahora. Pero los cambios culturales muchas veces vienen a la cola, de algunas cuestiones que se muestran de avanzada.

Creo que hay que buscar un orden diferente, una medicina más humana que priorice la integralidad de los sujetos y no la subordinación a la técnica y la ciencia. Donde las mujeres dejemos de padecer de violencia obstétrica, porque son los mismos profesionales que nos atienden y luego algunos/as asisten nuestros parto.

Lic. M. Fernanda Strático

Pta. Asoc. Civil Develar

Bibliografía.

- Lagarde, Marcela 1994, Democracia genérica. México: Repem – México y Mujeres para el Diálogo.

- Tesina de Sadler, Michelle (2003) “Así me nacieron a mi hija” (Aportes antropológicos para el análisis de la atención Biomédica del parto hospitalario – Tesis Michelle Sadler 2003 – Universidad de Chile – Facultad de Ciencias Sociales – Departamento de Antropología.