

BOLETÍN

DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE
SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)



*Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor,
la electricidad y la energía atómica: la voluntad.*

Albert Einstein

DIRECTOR DEL BOLETIN:

Pío Iván Gómez Sánchez.

COMITÉ EDITORIAL:

René Castro, José Figueroa, Octavio Miranda,
Angélica Vargas

DISEÑO y DIAGRAMACIÓN:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas
-JAVEGRAF-

Dirección Administrativa FLASOG Sede Permanente FLASOG

Dirección: Plaza Comercial San Fernando, primer piso,
ofic. Nro. 26. Panamá, República de Panamá
Teléfono: +507 261-9873

Correo electrónico: oficina@flasog.org

COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Edgar Ivan Ortiz Lizcano. Presidente
Dr. Rafael Padrón Burgos. Vice-Presidente
Dr. Néstor César Garello. Secretario
Dr. Rodrigo Alfonso Arias Alvarez. Tesorero
Dr. Samuel Karchmer K. Presidente Electo
Dr. José Fernando De Gracia S. Past. Presidente

DIRECTORES

Dr. Ricardo Fescina Director Ejecutivo
Dr. Rubén Darío Mora Director Administrativo
Dr. Paulino Vigil Coordinador Científico

COMITÉS DE FLASOG Periodo 2014-2017

Comité Científico del XXII Congreso FLASOG 2017

Dr. Paulino Vigil De Gracia (Coordinador)
Dr. Javier Gómez Pedroso
Dr. Kristian Navarro
Dr. Miguel Ruoti
Dr. William Sánchez

Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Dr. Pío Iván Gómez Sánchez (Coordinador)
Dr. René Castro
Dr. José Cender Figueroa
Dra. Octavio Miranda Ruiz
Dra. Angelica Vargas

Comité Medicina Reproductiva

Dra. Ivonne Díaz (Coordinadora)
Dr. Jorge Alberto Campos Cañas
Dr. Roberto Epifanio Malpasi
Dr. Alfredo Celis
Dr. Ricardo Agustin Hernan

Comité de Climaterio

Dr. Jose de Jesús Montoya (Coordinador)
Dra. María Cecilia Arturo Rojas
Dr. Néstor Siseles
Dr. Julio Pozuelos
Dr. Alejandro Paradas Caba
Dr. Julio Morfín Marín

Comité de Mortalidad Materna

Dr. José Douglas Jarquin (Coordinador)
Dr. Paulo Meade
Dra. Wendy Carcamo
Dr. Juan Trelles
Dr. Héctor Bolatti
Dra. María Fernanda Escobar Vidarte
Dr. Mario Pérez
Dr. Eghon Guzmán

Comité de Endoscopia Ginecológica

Dr. Jimmy Castañeda (Coordinador)
Dr. Jorge Sarrouf
Dr. Guillermo Campuzano
Dr. Milciades Albert
Dr. Miguel Cáceres

Comité Científico y de Congresos

Dr. Paulino Vigil de Gracia (Coordinador)
Dr. William Sánchez
Dr. Christian Navarro
Dr. Miguel Ruoti Cosp
Dr. Javier Gómez Pedroso
Dr. Germán Thevenet

Comité de Desarrollo Organizacional

Dr. Rubén Darío Mora (Coordinador)
Dr. Nestor Garello
Dr. Alfonso Arias
Ing. Diana Cuintaco
Dr. Alvaro Erramusepe

Comité de Cáncer Ginecológico

Dr. Gustavo Ferreiro (Coordinador)
Dr. Agnaldo Lopes Da Silva Filho
Dra. Lina Maria Trujillo
Dr. Erick Jacobo Alvarez Rodas
Dra. Agueda Santana Martinez
Dr. Valentín Jaimes
Dr. Antonio Villavicencio

Comité de Perinatología

Dr. Eduardo Valerio Fonseca (Coordinador)
Dr. Rogerio Cruz
Dr. Alcibiades Sales
Dra. Catalina Valencia
Dra. Ana Bianchi

Comité de Infanto Adolescencia

Dra. Margarita Castro (Coordinadora)
Dr. Jorge Peláez
Dra. Marisa Labovsky
Dr. Raúl Bermúdez
Dr. Mercedes Pérez
Dra. Grisel Valerio

Comité de Promoción de la Salud y Desarrollo Profesional

Dr. Ricardo Fescina (Coordinador)

Comité de Nominaciones

Dr. José De Gracia
Dr. Roberto Nilson De Melo
Dr. Angel Terrero
Dr. Carlos Fuchtnet

Advertencia

Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita de ningún tipo.

Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesariamente la opinión oficial de la FLASOG.

La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable por daños y/o perjuicios derivados de su uso.

Índice

Editorial

Paris mon amour <i>Carlos Pol Bravo</i>	3
--	---

Artículo de investigación

Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo <i>Daniela Dosso</i>	4
--	---

Aportes Especiales en Sexualidad

Violencia y sexualidad ¿Donde esta la unión? <i>Carlos Pol Bravo</i>	17
---	----

Próximos Eventos Académicos	20
--	----

Nuevos libros	22
----------------------------	----

Resúmenes de artículos	23
-------------------------------------	----

Nota Editorial

PARIS MON AMOUR

Carlos Pol Bravo

*Médico Psiquiatra U. de Barcelona – España.
Magister en Sexología. U. de Valencia. – España.*

De como la imaginación se cita con la experiencia y los recuerdos en un lugar romántico, donde se desprende que el romanticismo también es parte del Eros.

Desarrollemos ese Eros romántico que todos llevamos dentro. Y justo en esa época que el amor renace como la primavera en París. – Prof. C. Pol Bravo.

La primavera y la sexualidad tienen en común que renacen tantas veces como son llamadas y hay buena receptividad para ellas. Se asemejan para fortuna humana, por no entender de color, razas, religiones o sexos.

En la madurez la sexología es tan importante como la “edad productiva” de los 30 o 40 años, léase edad adulta.

Pero el deseo, la atracción y las ganas de vivir deben permanecer justamente, para no morir.

En otras ocasiones hemos ahondado en la mujer madura y su sexualidad, válida y fructífera, con el hombre vital que puede y quiere mantener una sexualidad activa y hoy enmarcaremos, la transculturalidad en un lugar geográfico muy especial para romper los moldes que han impedido una sexualidad abierta, sin reparos ni reproches pasados los 40-50 años.

Ese punto de referencia es París, ciudad inmortal y del eterno florecimiento, donde se juntan el humanismo, la cultura y la sensualidad como la Tour Eiffel, se levanta erguida **no como monumento al falo si no al deseo, ya que la sexualidad y el romanticismo son parte de la ilusión y se retroalimentan constantemente.**

“Ya estas vieja para faldas cortas”
“O a dónde vas con la camisa abierta”

Son frases inocentes de nuestros abuelos y hasta de nuestros hijos, pero cariñosamente impertinentes por coartar nuestra libertad social y sexual.

La madurez con imaginación no tiene fronteras.

Un mínimo de control médico con su farmacopea a bordo y terapias de ser necesario, no es una limitante; es un mantenimiento obvio para seguir estando activos en nuestros sentimientos.

En el campo sexológico la medicina no es un marcador de fronteras. Se desarrolla paralelamente al ser humano y para el ser humano.

La calidad de vida sexual no puede coartarse por transculturalidades, influencias negativas, envidias, ni nada que impida su desarrollo en los límites de la persona.

Así es París siempre; viejo siempre nuevo. La ilusión, el deseo constante de sentimientos, como es la sexualidad; un querer hacer para compartir y vivir con imaginación, el mañana.

MIRADAS INTEGRALES DE LA CAUSAL SALUD PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO¹

Daniela Dosso.

Licenciada en Trabajo Social. Parte del equipo de “Atención a mujeres en situación de aborto” del Centro de Atención Primaria de la Salud Mercedes Sosa, del Municipio de Morón (Buenos Aires). Miembro de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”, y de la “Red de acceso al aborto seguro de Argentina”.

En este ensayo intentaré hacer algunos aportes desde las ciencias sociales sobre las posibilidades actuales para la atención a mujeres en situación de aborto dentro del sistema de salud. Surge de la acción reflexiva del equipo interdisciplinario en el que participo como trabajadora social, del ejercicio constante por la legitimación del quehacer profesional que nos recupere a los profesionales de la salud como sujetos con conciencia moral y principios éticos que guían la atención que brindamos a las mujeres. Al poner la mirada en la relación entre el contexto legal argentino y el rol de los profesionales de la salud me guía la inquietud de encontrar el camino para garantizar el derecho de las mujeres al aborto legal, seguro y gratuito en el contexto legal actual.

Como sabemos, el aborto está penado y permitido a la vez: en su Art. 85, el Código Penal dice que está penado y en el 86, que está permitido en tres circunstancias: cuando el embarazo es producto de una violación, si es un peligro para la vida o la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. La Ley no pide que el peligro o riesgo sea grave y aclara que el aborto debe ser realizado por un médico diplomado y con el previo consentimiento de la mujer.

Los profesionales de la salud, en general, conocen el contexto legal del aborto en la Argentina y son muchos los que entienden que cualquier embarazo no deseado o que la mujer necesita interrumpir es un problema, un riesgo para

su salud, y comprenden que debe poder acceder a un aborto. Algo que se escucha frecuentemente, cuando participan de capacitaciones para la aplicación de las causales de no punibilidad del aborto, es que “entonces todo aborto es no punible”. Pero esta frase a modo de declaración de principios, sola, no es suficiente. Debemos desarmarla y armarla de nuevo, haciendo un esfuerzo teórico y metodológico para poner a operar nuestros conocimientos interdisciplinarios de modo que podamos dar cuenta de lo singular y lo general que se presenta con cada mujer, en cada caso en particular.

En esta coyuntura histórica, para que las mujeres accedan a un aborto seguro, es necesaria la mediación profesional. La brecha entre el pedido de aborto de una mujer y los permisos legales expresados en el Código Penal nos convoca a los profesionales de la salud a poner a operar los marcos teóricos, la capacidad técnica y la visión epidemiológica para que las mujeres puedan acceder a su legítimo derecho de decidir sobre sus cuerpos, sobre sus vidas.

Algunas consideraciones previas

Antes que comenzar con el contenido me parece pertinente aclarar dos cuestiones clave que tuve en cuenta en el desarrollo: qué mirar y cómo hacerlo.

En cuanto al cómo, me propuse aplicar una mirada integradora de dos posturas aparentemente antagónicas en ciencias sociales: el objetivismo y el subjetivismo. El primero trata a los hechos sociales como cosas, deduciendo las acciones e interacciones de la estructura; el segundo reduce el mundo social a las representaciones que de él se hacen los agentes, reduciendo las estructuras a las inte-

¹ Ensayo ganador del primer puesto en el concurso de ensayos: “Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo” FUSA 2015.

racciones. En este ensayo intentaremos superar esta falsa oposición para el análisis de la relación entre el *contexto legal* y el *rol profesional*. Es un desafío no fragmentar la realidad social, considerando lo micro y lo macro como dos momentos que refieren a la actitud de análisis del observador y no a dos planos separados realmente. Parafraseando a Pierre Bourdieu, las estructuras objetivas, al apartar las representaciones subjetivas de los agentes, son el fundamento de las representaciones subjetivas y constituyen las coacciones estructurales que pesan sobre las interacciones; pero por otro lado, esas representaciones también deben ser consideradas si se quiere dar cuenta de las luchas cotidianas, individuales o colectiva, que tienden a transformar o conservar esas estructuras. La idea es que la mirada a la que hacemos referencia nos permita abordar la relación sujeto-sociedad desde una perspectiva superadora.

En cuanto a qué mirar, la idea fue hacer una observación doble, en paralelo, de dos componentes intrínsecos de la atención a mujeres en situación de aborto en el sistema de salud: por un lado la *mujer en situación de aborto* (que es el objeto de intervención y conocimiento del profesional que atiende), y por otro el mismo sujeto de conocimiento e intervención como es el *profesional de la salud*. A la primera nos interesa comprenderla lo más ampliamente posible y encontrar la relación entre los motivos y razones que las mujeres tienen para abortar con las dimensiones bio-psico-sociales de la salud que se ponen en juego y en riesgo frente a un embarazo que no se quiere tener; al segundo nos interesa cuestionarlo como un agente social capaz de conservar, resistir o modificar el campo de la salud en el que lleva adelante la atención de las mujeres en situación de aborto. Como se planteó anteriormente, a ambos vamos a aplicarle el mismo método de análisis: el análisis sociológico de la relación sujeto-sociedad para develar y encontrar nuevos caminos interpretativos que nos lleven a pensar y hacer con mayor autonomía profesional.

Contexto legal y texto profesional

Los profesionales, en tanto sujetos sociales, no realizan sus prácticas en un vacío sino en un determinado contexto al que llamaremos “campo”, en este caso, el campo de la salud. Siguiendo la perspectiva de Pierre Bourdieu, el campo es una configuración específica del espacio social, puede definirse como “una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) —cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo— y por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etcetera.)” (Bourdieu y Wacquant, 1995: 64). Desde esta perspectiva los profesionales, en tanto agentes sociales, estamos condicionados, es

decir, habilitados y limitados, por las reglas que regulan la acción en el campo de la salud, y que tienden a reproducir la estructura o red de relaciones existentes.

Las representaciones sociales son parte fundamental y estructurante de los campos sociales. Estas representaciones son *construcciones simbólicas* que operan como instrumentos de aprehensión de la realidad, siendo construcciones reductoras, de carácter simplificador. Según José Antonio Pasta, “una vez que la representación es construida, a través de un proceso de selección y esquematización, puede decirse que compone un punto de vista. Esta abstracción es, entonces, tomada como la propia realidad social, a partir de un proceso de naturalización” (citado en “Apuntes de Antropología I”, de la carrera de Trabajo Social [UBA]).

Es importante analizar la génesis y el carácter estructurante de las representaciones, y para comprenderla introduciré el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu, que da cuenta del conjunto de principios y esquemas de percepción y acción duraderos y transferibles. Estructura organizada socialmente, constituida a partir de la posición de cada agente en el espacio social, o sea a partir de determinadas condiciones de vida. Esquemas que funcionan como estructuras estructurantes, es decir, como principios capaces de organizar las visiones y prácticas de los distintos agentes.

Las condiciones objetivas asociadas a una determinada clase o fracción limitan y posibilitan, al mismo tiempo, determinadas experiencias para los agentes; son las experiencias pasadas (y dentro de estas las primeras experiencias) las que se depositan en cada persona bajo la forma de principios o esquemas (*habitus*), a partir de los cuales se van a estructurar visiones y prácticas futuras coherentes con esas condiciones.

Estas condiciones objetivas, a partir de las cuales se generan los *habitus*, son las mismas para los agentes de una determinada clase o fracción, lo cual permite hablar de *habitus* de clase, pero también se puede hablar de *habitus* individuales como una variante particular de estos, en la medida de que los *habitus* no son expresión mecánica de las condiciones objetivas sino producto de la relación dialéctica entre estas y las trayectorias individuales.

Si las representaciones o sistemas de clasificación del *habitus* son coherentes con las condiciones objetivas a partir de las cuales se engendran, entonces son capaces de imponer la definición legítima de las divisiones del mundo social; en este sentido, son objeto de disputa. Según Pierre Bourdieu, en tanto *categorías de percepción*, corresponden y funcionan de acuerdo con el orden establecido (vale decir, en conformidad con los intereses de quien la domina), quien, a su vez, produce los esquemas de pensamiento como forma de incorporación de ese orden; los límites y los criterios de clasificación son aprehendidos como una necesidad objetiva.

De este modo, el orden establecido y, digamos, *la visión* del orden establecido interactúan dialécticamente una sobre la otra, cada cual estructurando y siendo estructuradas. Esta dialéctica supone el carácter dual de la estructura¹, es decir, que da cuenta de cómo los agentes a través de la acción-interacción son condición para que la estructura exista, se actualice (recreada); y a la vez es condición para la realización de la acción, la existencia de la estructura. En este sentido, la relación dialéctica entre visión y orden establecido no existe fuera de la acción-interacción de los sujetos, que en tanto tales son capaces de intervenir en el mundo transformándolo o conservándolo, para lo cual se valen de los recursos disponibles según su posición en espacio social.

El campo de la salud, donde se juega el tema de la salud reproductiva en general y del aborto en particular, es parte del espacio social en el cual se inscribe. Es fundamental caracterizar este espacio en su estructura y coyuntura, teniendo en cuenta la dinámica estructural que forja un tipo de sociedad y la diferencia de otras, y su expresión coyuntural producto del resultado entre las fuerzas sociales en pugna por imponer sus intereses. En este caso, estamos frente a una sociedad cuyo modo de producción y reproducción dominante es el capitalista. Este tipo de sociedades se caracteriza por la resolución constante de una contradicción intrínseca: la tensión entre la necesidad de acumulación (la necesidad estructural de la explotación) y la necesidad de legitimación (el reconocimiento formal de la igualdad). Esto es, “la ya clásica afirmación de Habermas a cerca de la contradicción de la que es presa el Estado, entre la acumulación y la legitimación”, y se expresa como tal “en la unidad de un modelo [que] es mucho más que un simple modelo económico: es, a la vez, una práctica política —en el sentido de construcción de un “orden”— y social —en el del reconocimiento y desconocimiento de sujetos y actores. [...] No hay, por lo tanto, acumulación sin legitimación” (Grassi, Hintze y Neufeld, 1994).

Este determinado orden económico-político-social-cultural (resultante de la resolución de la contradicción) se garantiza a través de *mecanismos de control social*. Entendemos a este último como “el conjunto de sistemas normativos (religión, ética, costumbres, usos terapéuticos y Derecho (este último en todas sus ramas, en la medida que ejercen un control reproductor, pero especialmente la penal, y tanto en sus contenidos como en sus no contenidos) cuyos portadores, a través de procesos selectivos (estereotipia y criminalización), y mediante estrategias de socialización (primaria y secundaria o sustitutiva), establecen una red de

contenciones que garantizan la fidelidad (y en su defecto, el sometimiento) de las masas, a los valores de un sistema de dominación; lo que, por razones inherentes a los potenciales tipos de conductas discordantes, se hace sobre destinatarios sociales diferencialmente controlados según su pertenencia de clase” (Aniyar de Castro, s./f.).

Entonces, en cuanto al aborto, podríamos decir que:

- El control social crea la conducta desviada o “antinatural” al definirla en el Código Penal. El nivel macrosocial, legislativo, son las reglas formales que estructuran el campo de la salud.
- El control social produce a la mujer “desviada” al señalar una mujer en vez de a otra que ha realizado una conducta similar, se activa diferencialmente por razones de clase. Es el nivel microsociales, a través de las reglas formales e informales que regulan las instituciones de salud e intervenciones profesionales.
- El control social se garantiza a través de la *producción del consenso*, la *coerción al consenso* y la *represión del disenso* (Pich, 1996).

Por un lado, la Ley (nivel macrosocial), formalmente para todos iguales, plantea un sistema de penas y permisos en relación al aborto. A pesar del volumen de mujeres que realizan esta práctica, no hay prácticamente juicios debido a eso. Pero sí hay “penas”. No son las que resultan de un proceso judicial con las debidas garantías constitucionales. Son las penas que se ejercen sobre ciertas mujeres, que van desde la tortura física y simbólica hasta la muerte.

Por otro lado, el conjunto de las prestaciones en salud (nivel microsociales), sus fines, técnicas, ofertas, se han estructurado en el contexto de una sociedad basada en la resolución de la tensión entre la necesidad de acumulación y el reconocimiento formal de la igualdad. Por lo tanto, en el abanico de prestaciones en salud socialmente producidas conviven lógicas contrapuestas: la salud como derecho y como mercancía. Simplificando el proceso histórico, esto dio lugar a la conformación de tres subsectores: el público estatal, el de obras sociales y el privado. Desde el punto de vista de la población, cada sujeto accede según su condición de clase, o fracción de clase, a un determinado subsector. Esta forma particular de organización del sistema de salud argentino hace que las mujeres accedan de forma desigual a las prestaciones socialmente producidas para la interrupción de un embarazo.

En el nivel microsociales sucede que se configura una situación escalofriante: para las mujeres pobres, las acciones y omisiones del Estado en materia de política pública, encarnadas en los procedimientos y actitudes de los jefes de servicio de tocoginecología y demás profesionales de la salud, dan como resultado la configuración de una “encerrona trágica

¹ Estructura pensada como el despliegue en el espacio y el tiempo de reglas tácitas e implícitas generalizables a muchas ocasiones; reglas como técnicas y procedimientos que constituyen y regularizan la acción articulando (habilitando y limitando) gran parte de la vida cotidiana. Estructura, también, como la organización de recursos utilizados y reproducidos por los agentes en el transcurso de la acción para ejercer poder, como posibilidad de transformación.

ca” para ellas. Según Ulloa, esta se refiere a la situación en la que “alguien para dejar de sufrir o para cubrir sus necesidades elementales de alimento, salud, trabajo, etc., dependen de alguien o algo que lo maltrata, sin que exista una terceridad que imponga la Ley. Desde el punto de vista del psicoanálisis predomina algo más terrible aún que la angustia: el dolor psíquico, aquel que no tiene salida. La salida parece identificarse con la muerte” (Ulloa, 2000).

La negativa de los profesionales a realizar los abortos legales en el sector público, el maltrato que reciben algunas mujeres cuando acuden a una institución de salud por un aborto en curso, incompleto, etc., la tortura física y psíquica al que son sometidas en algunas guardias de los hospitales, provoca que las mujeres se encuentren sin salida frente a su problema, y recurran a alternativas riesgosas aun sabiendo que se exponen a la muerte.

Las mujeres de los sectores que pueden pagar un aborto en el sector privado y los médicos que lo realizan no son alcanzados por la Ley, es decir por la pena que esta prevé. Las mujeres pobres que no acceden a estas prestaciones tampoco son alcanzadas por la Ley, en el sentido estricto de la norma, es decir, no son llevadas a un juicio en el cual se juzgue si su aborto es susceptible de sanción. Pero tampoco son alcanzadas por el derecho que la Ley les otorga a una interrupción legal del embarazo en los casos previstos por el Código Penal. Se conforma así una *realidad aparte del derecho*.

Nos encontramos entonces frente a una configuración social perversa, un campo para la acción *liberado de la Ley*, donde cobran fuerza otros poderes, que responden a intereses particulares y que no se ajustan al derecho necesario para la vida en sociedad y en democracia.

Este vacío de la Ley permite o habilita varias situaciones funcionales entre sí:

- La práctica del aborto en mujeres de sectores medios y altos sin riesgos para su salud y su vida. Por lo tanto, no se generan reclamos sociales al estado de derecho que provengan de mujeres de estos sectores. La excepción son las minorías de mujeres solidarias y organizadas, pero que son alcanzadas por el control social en sus efectos de producción de consenso a través de la estigmatización.
- La acumulación del capital a través de un mercado rentable para los médicos que lo practican. A esto se suma la organización en asociaciones de defensa corporativas que les garantizan que la Ley no los alcance.
- Que la práctica del aborto, cuando es realizada por mujeres pobres, sí tenga castigo. No el que proviene del estado de derecho, la pena prevista en el Código, sino aquel que resulta de la falta de Estado, aquel que

se ejerce cuando las garantías están suspendidas. En la realidad “aparte del derecho” las mujeres pobres cuando abortan lo hacen con sufrimiento físico y subjetivo, son objeto de torturas físicas y psíquicas dentro del sistema de salud, y muchas son castigadas hasta con la muerte.

Como consecuencia de esta configuración social, las mujeres trabajadoras empobrecidas enferman y mueren por realizarse una práctica que realizada de forma segura sería menos riesgosa que un parto. La cantidad de muertes, internaciones y sufrimiento de mujeres de estos sectores no es vista socialmente como un problema, en el sentido que no pone en cuestión al orden social. Es llamativo que el sistema de salud argentino no sea severamente cuestionado por la población en general y por los trabajadores de la salud ante la evidencia de las estadísticas vitales de nuestro país. Argentina tiene una tasa altísima no solo de muertes por aborto inseguro, sino también de muertes por causas obstétricas indirectas², que son aquellas muertes que probablemente se podrían haber evitado si a las mujeres que son tratadas en los servicios de alto riesgo se les hubiera ofrecido el acceso a una interrupción legal del embarazo.

Como lo anticipé, el modo de reproducción en el que vivimos no es únicamente un modo de producción de objetos materiales, sino también de producción de subjetividad. El modo de producción dominante requiere de sujetos dóciles, esto se garantiza a través de la producción de consenso, la coerción al consenso y la represión del disenso. La acción y omisión del Estado en este tema, el abuso de poder ejercido de hecho en las instituciones de salud pública y el negocio que representa el aborto en el sector privado, tienen efectos de control social, es decir, tienden a reproducir las condiciones de desigualdad de clase y género que requiere el modo de producción capitalista.

Esta dinámica produce, por lo menos, dos tipos de sujetos dóciles. Uno lo constituyen profesionales, algunos por beneficiarse económicamente y otros por las ventajas que supuestamente otorga no ir contra del modo de des-atención instituido (producción y coerción al consenso). El otro lo forman las mujeres, a fuerza del castigo (represión del disenso) que se hace pesar sobre ellas cuando toman la decisión de abortar.

El sometimiento que vive una mujer de los sectores pobres cuando se encuentra en una situación de aborto es masivo, la implica corporal y subjetivamente. Los dispositivos de la culpa (producción de consenso) son fundamentales para someterla. Incorporados través de los procesos de socia-

2 Causas obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

lización primaria y secundaria se activan en los discursos y prácticas profesionales que ponen a la mujer en el lugar de desviada, de deudora, y como consecuencia, objeto del poder de otros.

El subsector de la salud pública es el escenario donde las mujeres pobres en situación de aborto se relacionan con el Estado. Estas mujeres se encuentran en un estado de necesidad que solo el profesional que las atiende puede satisfacer evitándole el dolor físico o graves problemas a su salud. La negación de la práctica de una interrupción legal del embarazo, el mal manejo del dolor, las esperas prolongadas, la resistencia de los profesionales a aplicar técnicas menos invasivas y riesgosas, la dilación de la atención, junto con comentarios que mortifican a las mujeres, son algunos ejemplos de una *praxis de la mala voluntad* que es tolerada, justificada y naturalizada por muchos profesionales de la salud.

Otro texto profesional es posible

El contexto legal y las visiones y prácticas hegemónicas dentro del campo de la salud nos determinan y condicionan como profesionales. Pero como sujetos en tanto agentes sociales no somos una mera repetición del contexto que nos contiene y condiciona. Debemos tener en cuenta que nuestras prácticas y visiones son siempre productivas, en el sentido de que no hay realidad sin los sujetos que la realizan. También que nuestras prácticas, indefectiblemente, por acción u omisión, van a tender a conservar, resistir o transformar las condiciones, los sentidos, los esquemas de percepción, las prácticas y las relaciones de poder dentro del campo en que se realizan.

Una de las herramientas con la que contamos los profesionales que nos sentimos convocados a transformar el campo de la salud es la *acción reflexiva*. Esta permite encontrar dentro del mismo campo de intervención los principios rectores para producir visiones y prácticas contra-hegemónicas, coherentes con nuestros propios intereses y los de las mujeres. La acción reflexiva es un proceso de problematización y desnaturalización de las prácticas profesionales para tomar decisiones respecto de qué se debe hacer, cómo y para qué. Es siempre colectiva, es decir, implica la disposición de dos o más integrantes del equipo de salud a tomarse el tiempo para reflexionar en un encuadre de trabajo que lo permita. Es una reflexión que tiene sentido siempre y cuando se vuelque a la acción, al cambio de las prácticas en salud para que tiendan al cuidado y el respeto, en este caso, de las mujeres que se atienden.

Cabe preguntarnos, entonces, ¿qué rol pueden asumir los profesionales de la salud para garantizar los derechos de las mujeres?, ¿es posible correrse de la función de control social, tutelar hacia las mujeres y escribir un nuevo texto en el mismo contexto?

Se pueden encontrar respuestas a estas preguntas a partir de algunas reflexiones.

- **Asumirnos como parte de un cambio social que implica un cambio de paradigma en salud.** Los procesos de democratización de la sociedad incluyen también las de las instituciones sociales. No sin conflictos, estas se dan en el último tiempo con un motor muy importante: la perspectiva del respeto y garantía de los derechos humanos de las personas. Las instituciones de salud no escapan al desembarco (en general de abajo hacia arriba) de personas que encarnan estas perspectivas e intentan llevarlas a la práctica provocando microcrisis en el sistema de respuestas instituido, poniendo en cuestión desde la misma construcción del objeto de intervención hasta las respuestas dadas hasta el momento. Las prácticas contrahegemónicas en el campo de la salud tales como las consejerías pre y post aborto y la provisión de una interrupción legal del embarazo por causal salud integral se originan en sujetos colectivos que portan una nueva visión del mundo y la hacen valer en el campo donde desarrollan su acción. Desde una mirada epistemológica, podemos decir que estas nuevas respuestas no provienen de cambios en el objeto de intervención, sino en el sujeto de conocimiento e intervención. Es decir, las mujeres abortan tanto e igual que antes, sus motivos no han cambiado de perfil, los riesgos a la salud física, mental y social son los mismos, solo que *ahora los vemos*. Es decir, estamos cambiando el lente con el que miramos, no lo que miramos. Lo que antes nos era invisible se nos vuelve visible. Estos cambios dentro del sistema de salud se inscriben, también, en un contexto que ha contribuido a un proceso de visibilización del aborto como un problema de salud pública y un derecho de las mujeres. Estos cambios son llevados adelante por las mujeres organizadas en el movimiento feminista que luchan desde hace tiempo por la legalización del aborto, incidiendo en la formación de profesionales de la salud, dando respuestas ante la falta de respuestas del Estado y traccionando al sistema de salud a tomar a cargo la asistencia a mujeres que necesitan abortar; la existencia de abogados que encarnan una corriente jurídica con perspectiva de derechos humanos y de género que han volcado sus saberes al campo de la salud, etc.
- **Volver siempre sobre los principios de la bioética que deberían regular nuestras prácticas en salud.** En esta crisis de paradigma, con los profesionales de la salud como sujetos de intervención, con los cambios en las respuestas que se dan a las mujeres en situación de aborto, debemos buscar la continuidad y la coherencia de las acciones en los principios éticos que nos regulan. Es necesario tener en cuenta que los permisos otorgados por el Código Penal tienen que

ser leídos desde los principios éticos que regulan nuestro quehacer profesional, y en ellos se encuentran los fundamentos para proveer abortos dentro del marco legal actual, que en definitiva son los fundamentos por los cuales el aborto debería ser un derecho a solo pedido de la mujer.

- **Tener una visión histórico-social de la salud en general y del problema del aborto en particular.** Esto, teniendo en cuenta que la falta de demanda de interrupciones legales del embarazo es consecuencia de barreras institucionales que hay que remover con estrategias de búsqueda activa de la población afectada por el aborto inseguro, y ejercitando el deber de los profesionales de la salud de asegurar la transparencia activa y el derecho al diagnóstico de las mujeres. Esto es, la obligación de suministrar toda la información disponible, incluso si no hay una solicitud explícita de una interrupción legal del embarazo. Hay que tener en cuenta la falta de información que en la mayoría de los casos tienen las mujeres sobre los permisos para un aborto legal. Por ello es necesario realizar una búsqueda activa de las causales de no punibilidad. Esto se basa en el derecho de las mujeres a acceder a un diagnóstico oportuno. Es importante que los instrumentos para el diagnóstico de las causales estén actualizados conceptual y metodológicamente y sean completos de acuerdo al estado del arte en el tema.
- **Tener una visión epidemiológica de los problemas de salud en general y del aborto en particular.** Es decir, conocer la distribución y los determinantes del problema del aborto inseguro para buscar soluciones sanitarias. Para constatar la existencia de riesgo a la salud de una mujer que decide abortar es fundamental conocer las causas, frecuencia y gravedad en que se producen los daños a la salud de las mujeres que cursan un embarazo. Es importante conocer las estadísticas vitales del país y de la región donde desarrollamos nuestra profesión³. Es fundamental el conocimiento de las tasas de mortalidad materna, tanto por aborto como por causas obstétricas directas e indirectas. También es importante estimar la morbilidad materna severa (*near miss*)⁴ por estas causas. Estas

3 El Ministerio de Salud de la Nación publica anualmente las Estadísticas vitales (DEIS). Disponibles en: <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.PDF>

4 Se considera la morbilidad materna grave como término para describir la suma de casos de potencial amenaza vital, casos de amenaza vital (*near miss*) y muertes maternas. Sin embargo, dado que *near miss* no cuenta con una traducción directa del concepto al español, la recomendación del Centro Latinoamericano de Perinatología, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, es de reservar el término de “morbilidad materna grave” para los casos en los que una mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo, definición que corresponde al término “*near miss*” o amenaza vital materna de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014).

tasas constituyen los patrones de riesgo colectivo a partir de los cuales debemos escuchar a las mujeres que se encuentran cursando un embarazo no deseado.

Implementación de la causal salud

Cuando nos planteamos que la salud tiene dimensiones bio-psico y sociales pueden surgir interrogantes como ¿a qué se refiere el concepto?, ¿qué marco teórico sirve para dar cuenta de este constructo?, ¿qué es lo social de la salud?, ¿dónde se ubica?, ¿qué es lo *psico*?, ¿qué tipo de relación debe establecerse entre lo *social*, lo *psico* y lo *bio*?

Para responder a estas preguntas es fundamental recuperar los aportes de las ciencias sociales al campo de la salud, las corrientes teóricas de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva. Y ponerlas a operar para esclarecer las relaciones fundamentales que determinan la salud-enfermedad de las personas, y para comprender la relación que se establece entre lo *social*, lo *psíquico* y lo *físico-biológico*, de la salud.

Lo social

Lo social se comporta de forma diferente que lo bio y lo psico en tanto componentes de la salud integral de una persona. Mientras que lo bio y lo psico son dimensiones de la salud que tienen su anclaje material en el cuerpo, lo social está conformado por el contexto en donde ese cuerpo nace, crece, se desarrolla y muere. Lo social es el contexto y el cuerpo es el texto en que el contexto se imprime. En ese texto se dirime la tensión entre salud-enfermedad. Siguiendo a Raúl Rojas Soriano, para entender la relación entre la salud y la enfermedad que se produce en los cuerpos vamos a utilizar algunas leyes de materialismo dialéctico.

- **Unidad y lucha de contrarios.** Salud y enfermedad se diferencian entre sí por sus características sustanciales y por eso se excluyen mutuamente, son *contrarios*. Pero al ser elementos, polos, situaciones antagónicas del mismo proceso, del mismo cuerpo, están ligados entre sí, se hallan en *unidad*. Unidad relativa ya que la unidad de los contrarios es siempre transitoria. Salud y enfermedad son dos polos del mismo proceso. Se encuentran en relación dialéctica (no mecánica ni lineal), en unidad relativa y oposición permanente. El predominio de uno de los dos polos puede ser de diversa duración y diferentes manifestaciones. El pasaje de la salud a la enfermedad no se da sin explicación ni de un momento a otro.
- **Paso de cambios cuantitativos a cambios cualitativos.** El primero se daría cuando la salud cede lugar a la enfermedad o esta da lugar a la salud. Ahora bien, este pasaje (siempre relativo y transitorio) no deviene por la aparición de un solo o varios factores físicos, químicos; ni por la suma a estos de “factores” sociales

que en igual relación causan la enfermedad, su repetición o su gravedad. El pasaje de situación, el cambio cualitativo que implica estar sano o estar enfermo, se produce por un proceso de acumulación, conjunción de cambios cuantitativos negativos para la salud, que, en determinado momento, crean las condiciones para la aparición de la enfermedad, su repetición, su agravamiento, o su no curación. Estos cambios cuantitativos son situaciones que por sí mismas no explican las causas del proceso salud enfermedad atención.

- **Esencia y fenómeno.** La esencia es el aspecto interno, no visible, más estable del objeto o proceso. En el caso del proceso salud-enfermedad, la esencia estaría dada por los elementos fundamentales que operan para que se pase de la salud a la enfermedad; estos elementos son las condiciones materiales de trabajo y de vida, las relaciones sociales en las que participa ese sujeto en determinada sociedad. En la sociedad capitalista, si bien pueden modificarse ciertos aspectos no esenciales para reproducir las relaciones sociales dominantes, subsiste lo básico, lo que caracteriza a ese modo de producción: las relaciones de explotación que conllevan para los trabajadores situaciones nocivas para su salud. Los aspectos esenciales no se ven a simple vista, se develan mediante el proceso de reflexión teórica en la que se buscan las causas del fenómeno observado. El fenómeno es lo visible, es el aspecto externo de la situación de salud-enfermedad, es más variable. Son las manifestaciones en los cuerpos de las relaciones sociales en las que participa la persona. Estas relaciones dependen de las formas que asuma el modo de producción capitalista en diferentes coyunturas históricas, según la estrategia de acumulación, según la correlación de fuerzas y las mejores o peores condiciones de trabajo y de vida fruto de la lucha de clase. En el fenómeno (el problema de salud observable) se manifiesta la esencia pero no en su totalidad. Cuando vemos una persona enferma no vemos lo que hay detrás, las causas que originaran dicha situación. La *acción reflexiva* propuesta debería estar orientada a revelar la esencia, de lo contrario, la explicación que ubica las causas en el plano fenomenológico tiende siempre a la justificación o auto justificación de la realidad, del orden social vigente. Si presentamos como causas de los problemas de salud a factores biológicos o sociales que están en el mismo nivel fenomenológico, lo que hacemos es naturalizar y ocultar los determinantes sociales, las relaciones fundamentales que lo producen.

Entonces, que el proceso salud-enfermedad se dirima en los cuerpos, y que estos, en tanto materialidad, sean soportes biológicos, no quiere decir que el carácter del proceso sea natural. Es decir, el modo en que se desarrolla ese devenir biológico, que es el cuerpo, no es natural. Muy por el contrario, el proceso salud-enfermedad es la “forma histórica

específica del proceso biológico humano” (Laurell, 1986). Se desarrolla en personas concretas cuyo modo biológico se desenvuelve (crecen-envejecen, enferman-mueren) según cómo viven, es decir, según sus condiciones materiales de existencia.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, el objeto de intervención y conocimiento del presente ensayo —la mujer en situación de aborto— tiene una doble materialidad: biológica y social. La primera es el cuerpo de las mujeres, la segunda son las condiciones materiales y simbólicas de existencia en donde nació, creció y padece.

Ahora bien, lo social es lo dado en la vida de una persona, es aquello que nos precede, que de alguna manera no elegimos como sujetos al venir al mundo. Esta determinación es a la vez material y simbólica. Las relaciones sociales fundamentales son diferentes en cada sociedad según sus características, es decir según el modo de organización social para la producción y reproducción que da lugar a un modo de producción dominante. Como adelanté, en el caso de nuestras sociedades este modo de producción es el capitalista. Esta forma de producción social se basa en la desigualdad estructural de clases (dueños de los medios de producción y sujetos no dueños que para vivir necesitan vender lo único que tienen: su fuerza de trabajo). Asimismo, esta forma de organización social requiere de la división social del trabajo por géneros y, en su necesidad de acumulación, que gran parte del trabajo necesario para la reproducción social no sea pago. Gran parte de este tipo de trabajo es realizado por mujeres.

En este sentido, hay cuatro grandes categorías sociales que son los determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad; estas son: *clase social, género, proceso de trabajo*⁵ y *condiciones para la reproducción de la vida cotidiana*⁶. La salud de las mujeres está determinada, entonces, por su pertenencia de clase social, por el proceso de trabajo en el cual ella u otros miembros del grupo doméstico participa, por la desigualdad de género y por las condiciones de reproducción de la vida cotidiana. El componente *atención del proceso salud-enfermedad* también es un determinante, en tanto se refiere a la accesibilidad de las mujeres a los bienes y servicios socialmente producidos para curar, paliar, rehabilitar, prevenir un determinado problema de salud.

Como detallé, la relación entre sujeto y sociedad es dialéctica y asimétrica en términos de poder, en la cual las prácticas de los sujetos están siempre condicionadas —en el sentido de habilitadas y limitadas— por su posición de clase

5 Se refiere a los patrones de desgaste del cuerpo en el proceso de trabajo según determinada estrategia de acumulación. Tiene sus efectos no solo en el/la trabajador/a que vende su fuerza de trabajo, sino también en el grupo doméstico al que provee.

6 Se refiere a las condiciones sociales en que se realizan las tareas no remuneradas necesarias para la reproducción de la vida propia y la del grupo doméstico a cargo.

y género, es decir, por el contexto de relaciones sociales en el que participa y que le brinda un abanico de opciones limitado para decidir.

Sintetizando, para la constatación del riesgo a la salud de la mujer a causa del embarazo debe considerarse la dimensión social como *las condiciones materiales y simbólicas de existencia que conforman el contexto de producción de la decisión de abortar*. Estas condiciones son objetivas y se relacionan con el sujeto –la mujer– en una *relación de determinación*. Hay que tener en cuenta que lo social se expresa en cada mujer singular en las relaciones cara a cara, en sus vínculos familiares, laborales, etc. Se deben observar las circunstancias particulares –físicas, emocionales, sociofamiliares– en que ese embarazo se produjo y las determinaciones que esas circunstancias le imponen a la mujer. Asimismo, considerar las relaciones sociales fundamentales y determinantes para las mujeres que influyen en tomar la decisión de criar un hijo o no poder, no querer hacerlo en un determinado momento de su vida. Para incorporar la dimensión social a la evaluación de riesgo a la salud de la mujer se deben operacionalizar los determinantes sociales en dimensiones e indicadores para que estos puedan ser observables (ver “Instrumento para la evaluación de riesgo para la mujer a causa del embarazo”, pág. 20, y su apartado “Determinantes sociales que sumados al embarazo ponen en riesgo la salud de la mujer”, pág. 21).

Lo psíquico

Esta es una dimensión fundamental para el encuadramiento de la causal salud. Requiere que se constate la existencia, o no, de sufrimiento psíquico en la mujer a causa de un embarazo que se produce en determinadas condiciones físicas y subjetivas (cuerpo-texto) y socio-familiares (contexto).

Con respecto al concepto de *sufrimiento psíquico*, coincido con varios autores que señalan que este se diferencia de la *patología mental* en que se refiere a un malestar producido en el sujeto a causa de los conflictos que devienen de la vida cotidiana y las interrelaciones sociales, registrado tanto en forma consciente como inconsciente (Ulloa, 2000; Galende, 1997).

En las mujeres que necesitan interrumpir el embarazo, el sufrimiento psíquico aparece también por el conflicto entre la necesidad de abortar y las condiciones socialmente determinadas, de riesgo, en que tienen que hacerlo, que conllevan la posibilidad real del sufrimiento y la muerte.

Cuando hay sufrimiento psíquico hay riesgo a la salud y a la vida. Las mujeres que mueren por abortos inseguros (ver Ministerio de Salud de la Nación, 2014) son la expresión extrema de una cantidad mucho mayor de mujeres que se exponen a prácticas peligrosas para terminar con aquello que no pueden tolerar: un embarazo que se produce en ciertas condiciones físicas y/o socio-familiares.

Una mujer que presenta sufrimiento psíquico está expuesta al riesgo de realizar *actos autoagresivos*. Este concepto se refiere a la acción de la mujer de exponerse a un aborto inseguro que pone en riesgo su salud y su vida. A partir de este riesgo, dado por el patrón colectivo que representa la alta tasa de mortalidad por aborto en la Argentina, se evalúa que toda mujer que presente sufrimiento psíquico a causa del embarazo que necesita interrumpir, está incluida en este grupo de riesgo.

Es importante no patologizar las decisiones reproductivas de las mujeres. El sufrimiento psíquico que presenta una mujer frente a un embarazo forzado, y ante la perspectiva de no encontrar respuestas sanitarias, es la expresión saludable de una mujer que se encuentra en sus cabales. Si la mujer encuentra una respuesta, el acceso a un aborto seguro, el sufrimiento psíquico cesa. Si no encuentra alternativas, el sufrimiento psíquico persiste y aumenta, se vuelve una carga imposible de soportar, y a pesar de saber que pone en juego su vida, la mujer puede terminar resolviendo su problema en el acto que pone en peligro su vida.

Ante una mujer que plantea la posibilidad de abortar, es importante evaluar la existencia de sufrimiento psíquico a causa del embarazo. En esta dimensión resulta indispensable contar con un instrumento de evaluación que permita el diagnóstico preciso, para no caer en calificaciones discrecionales que dependan del modo en que se presenta la mujer a la consulta (ver “Evaluación del estado psicoemocional”, pág. 19). Luego de constatar el estado psicoemocional de la mujer se deben volcar los resultados en el “Instrumento para la evaluación de riesgo para la mujer a causa del embarazo”, en el área “Riesgos para la salud mental de la mujer a consecuencia del embarazo” (pág. 20).

Lo físico

Esta dimensión se refiere ni más ni menos que al cuerpo de la mujer: de la mujer misma en su existencia material, en su totalidad e integridad. Todo embarazo conlleva algún grado de riesgo a la salud física de la mujer. En este aspecto lo esencial es escuchar a la mujer respecto de eventos que afectaron o podrían afectar su cuerpo, darle información veraz y respetar su decisión respecto de los riesgos que está dispuesta o no a asumir.

En esta dimensión también es importante ampliar la mirada sobre los riesgos a la salud física que existen ante un embarazo. Y entender que es la mujer la que tiene la autoridad sobre su propio cuerpo y salud.

La relación bio-psico-social

Ya planteamos el marco teórico para establecer la relación entre estos tres componentes y su mutua determinación. Pero es la mujer, desde sus razones y motivos, la que puede determinar qué dimensiones de su contexto sociofamiliar y sus condiciones físicas son determinantes para tomar la

decisión de abortar en ese momento de su vida. Es quien tiene que valorar, con información veraz, los riesgos a su cuerpo y si está en condiciones de afrontarlos o no en su determinada coyuntura sociofamiliar. Desde el rol profesional, nos queda identificar si esos motivos y razones coinciden con indicadores de riesgo a la salud.

A los profesionales nos corresponde atender a estas razones, establecer las relaciones causales pertinentes para constatar el riesgo sobre la salud de la mujer a causa del embarazo, y si ese riesgo puede o no ser evitado por algún medio que no sea el aborto. Por esto es muy importante escuchar a cada mujer, sus razones y motivos para querer abortar. En este relato se encuentra todo el material necesario para identificar los determinantes del contexto sociofamiliar, y detectar los posibles riesgos a su salud física y la existencia de sufrimiento psíquico.

La escucha de cada situación se puede realizar en una entrevista abierta o semiestructurada. En este último caso es útil valerse de instrumentos de entrevista con dimensiones e indicadores preestablecidos para el diagnóstico de la situación. En este ensayo se presenta un modelo de instrumento de entrevista que puede ser adjuntado en la historia clínica (ver “Instrumento para la evaluación de riesgo para la mujer a causa del embarazo”, pág. 20 y “Componentes necesarios para el encuadre por causal salud”, pág. 22).

El primer paso en la entrevista es despejar la decisión de la mujer. Los abortos punibles serían los que se realizan sin el consentimiento de la mujer o cuando presta consentimiento bajo amenaza o coacción. Este es un punto fundamental, porque ubica el primer objetivo del rol profesional frente a una mujer que se acerca a la consulta con un embarazo no buscado, es decir, atender la decisión de la mujer, tenga la edad que tenga.

El rol del profesional de la salud es ofrecer el apoyo necesario para que la mujer tome su decisión en forma libre. Si esta se acerca al servicio de salud con la decisión tomada, solo queda respetarla. Si se muestra indecisa respecto de qué decisión tomar, es importante acompañarla ofreciéndole un espacio de escucha e información verás en el que ella pueda valorar sus opciones, despejar sus deseos de los ajenos y tomar su propia decisión. También es importante que los profesionales de la salud estén atentos para detectar casos en que la mujer reciba presiones –que en general provienen de sus otros significativos, como pareja, madre, etc.– sobre qué decisión tomar. En estos casos el rol profesional debe estar orientado a intervenir para remover estas presiones o, aun con ellas, que la mujer pueda decidir lo más autónomamente posible.

En relación a los “medios” para evitar los riesgos a la salud a causa del embarazo, es fundamental identificar qué tipo de problema presenta la mujer. Es decir, cuál es el problema

motivo de consulta y a partir de esto intervenir brindando información para que la mujer encuentre una solución. Así como la valoración del riesgo a la salud la realiza la propia mujer, también la valoración de los medios para evitar esos riesgos es autoridad de ella. Es la mujer la que determina el medio pertinente, posible y viable en su situación.

Si la mujer considera que el aborto es el medio que le permite evitar los riesgos a su salud causados por estar embarazada en determinadas circunstancias físicas-socio-emocionales, entonces no hay ningún motivo para pensar que habría otro medio que solucione ese problema. Si por alguna razón el profesional que la atiende considera que hay otros “medios” para evitar los riesgos a la salud integral que ese embarazo conlleva, debe tener en cuenta que para que esa opción sea considerada genuina no tiene que obstaculizar la opción del aborto seguro. Si se le ofrece otro medio al aborto, esta opción no puede ser presentada como la única posible o de mayor acceso que el aborto, porque de esa manera estamos dañando la autonomía de la mujer. Un medio, para que sea una opción genuina, tiene que estar acompañado de otra opción viable, sino deja de ser opción, es coerción.

Por otro lado, un “medio” para solucionar un problema concreto no puede ser evaluado y considerado en abstracto. Para que un medio sea una solución a la salud de una mujer, este tiene que ser aceptable, accesible y viable para ella. Para que sea aceptable, tiene que ser el medio elegido, tiene que existir el deseo de la mujer de continuar con el embarazo; para que sea accesible debe ser un medio a disposición real de la mujer según su cobertura de salud; para que sea viable tiene que ser un medio posible de llevar adelante sin afectar a la mujer y su familia en la reproducción de su vida cotidiana.

Reflexiones finales

En este ensayo plasmé algunos aportes teórico-metodológicos que en la práctica profesional cotidiana nos sirven para dar más y mejores respuestas al cuidado de la salud de las mujeres en situación de aborto dentro del sistema de salud.

Espero que el rodeo teórico nos ayude a entender la dimensión política de nuestro quehacer profesional, y esto nos haga más conscientes de nuestro rol social para orientarlo hacia objetivos estratégicos que tiendan a la construcción de una realidad más justa y liberadora.

Queda ahora en cada uno insistir en la acción reflexiva para desarrollar en cada lugar de trabajo una mirada amplia y crítica de nuestras respuestas sanitarias. La perseverancia en ella es lo que nos permitirá crear mejores condiciones de igualdad y ampliación de derechos para las mujeres.

EVALUACIÓN DEL ESTADO PSICOEMOCIONAL

ÁREA AFECTIVA	ÁREA COGNITIVA
<input type="checkbox"/> Sin alteración <input type="checkbox"/> Tranquila <input type="checkbox"/> Angustiada <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Confundida <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Ansiosa <input type="checkbox"/> Agotada/Cansada <input type="checkbox"/> Con miedos <input type="checkbox"/> Hostil <input type="checkbox"/> Desesperada <input type="checkbox"/> Aplanada afectivamente <input type="checkbox"/> Desesperanzada <input type="checkbox"/> Impotente / Desbordada <input type="checkbox"/> Sentimiento de inutilidad <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Sin alteración <input type="checkbox"/> Dispersa <input type="checkbox"/> Pensamientos negativos frecuentes <input type="checkbox"/> Autorreproches / Culpa <input type="checkbox"/> Dificultad para resolver problemas <input type="checkbox"/> Dificultad para tomar decisiones <input type="checkbox"/> Dificultades para concentrarse <input type="checkbox"/> Ideas de persecución / Alucinaciones <input type="checkbox"/> Ideas de autoagresión <input type="checkbox"/> Ideas de muerte <input type="checkbox"/> Otros
ÁREA RELACIONAL	ÁREA SOMÁTICA
<input type="checkbox"/> Sin alteración <input type="checkbox"/> Agresiva <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Aislada <input type="checkbox"/> Inhibida <input type="checkbox"/> Paralizada <input type="checkbox"/> Sentimiento de soledad <input type="checkbox"/> Dificultades para realizar actividades <input type="checkbox"/> Cotidianas <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Sin alteración <input type="checkbox"/> Dolor / Malestares físicos <input type="checkbox"/> Autolesiones/ autoagresiones <input type="checkbox"/> Alteración del sueño <input type="checkbox"/> Alteración del apetito <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Debilidad /desgano / fatiga <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Ahogo/ falta de aire <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Otros

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO PARA LA MUJER A CAUSA DEL EMBARAZO

A continuación se plantean los permisos otorgados en la Ley Argentina (artículo 86 del código penal de la nación incisos 1 y 2) para realizar la práctica del aborto, y los indicadores clasificados por las áreas bio-psico-sociales para la evaluación de la existencia de riesgo a la salud de la mujer.

Permisos otorgados

- El embarazo es producto de una violación (relación sexual no consentida)
- La mujer mantuvo relaciones sexuales contra su voluntad: obligada físicamente, obligada bajo coerción o amenaza.
- El embarazo pone en riesgo la vida de la mujer
- El embarazo pone EN RIESGO LA SALUD DE LA MUJER

Riesgos para la salud física de la mujer a consecuencia del embarazo

- Enfermedades susceptibles de agravarse, o que de hecho se agravan con el embarazo en virtud de los cambios fisiológicos producidos durante la gestación normal (anemia, HTA crónica, enfermedades reumatoideas, problemas ortopédicos, alteraciones de la coagulación, enfermedades inmunodepresoras, diabetes, cardiopatías, miomatosis, varices, epilepsia, trastornos psiquiátricos, etc). Causas obstétricas indirectas de riesgo a la salud.
- Riesgo de complicaciones médicas del embarazo que pueden generar enfermedad o agravar una enfermedad preexistente o constituirse en una amenaza para la salud y el bienestar (anemia, HTA, preeclampsia, hemorragia obstétrica, riesgo quirúrgico, trombosis, etc. Causas obstétricas directas de riesgo a la salud.
- Enfermedades que no pueden recibir tratamiento adecuado con el embarazo y que por lo tanto aumentan el riesgo de afectación de la salud de las mujeres.
- Antecedentes de complicaciones obstétricas anteriores (hemorragia, atonía utrina, preeclampsia, eclampsia, enfermedades de placenta, sepsis, antecedentes de abortos de riesgo anteriores, etc.).
- Hay afectación de la integridad física por violencia.
- Tiene efectos físicos sobre la salud de la mujer un diagnóstico de malformación fetal.

Riesgos para la salud mental de la mujer a consecuencia del embarazo

- El embarazo no deseado le produce un sufrimiento psíquico de tal gravedad que afecta la percepción de bienestar.
- El embarazo no deseado le produce un sufrimiento psíquico que puede desencadenar en actos autoagresivos
- La continuación forzada del embarazo produce un riesgo de desencadenar daño o patología mental.
- Se trata de un embarazo temprano o tardío (en función del momento vital particular) que le produce sufrimiento psíquico.
- Se está atravesando una situación traumática (duelo, estrés post traumático, crisis accidental).
- Se está atravesando el puerperio y esta situación de embarazo no planificado no puede ser asumida ni corporal ni emocionalmente ya que se están llevando adelante los cuidados que implican tener un bebé.
- Sufrimiento psíquico por diagnóstico de una enfermedad.
- Sufrimiento psíquico derivado de un diagnóstico de malformación fetal.
- Se observa una historia de compromiso severo de la salud mental de la mujer en el postparto.
- Hay una debilidad mental.
- Otras causas que no se encuentre en las mencionadas y a criterio del profesional incidan en el embarazo. Existen antecedentes de trastornos graves o crónicos (trastornos del estado de ánimo, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de despersonalización).

Determinantes sociales que sumados al embarazo ponen en riesgo la salud de la mujer

Situación laboral

- Imposibilidad de continuar el vínculo laboral actual a causa del embarazo
- Desempleo: el embarazo no le permitiría encontrar un empleo.
- Empleo informal, imposibilidad de tomarse licencias necesarias para el cuidado de su salud y la de un futuro bebé.
- Dependencia económica. Depende de otras personas para su subsistencia, y éstas no están en condiciones de apoyar económicamente el embarazo y un futuro hijo.
- Ingreso nulo, bajo o insuficiente como para mantener económicamente un nuevo integrante en el grupo familiar.

Educación

- Educación en proceso, que se terminaría o postergaría a causa de este embarazo, con sus consecuencias en el retraso en el ingreso al mercado de trabajo.
- Baja escolaridad, con las limitaciones que esto implica para acceder a un trabajo digno.
- Necesidad de interrumpir la escolaridad a causa del embarazo.

Situación de vivienda

- Precariedad habitacional. Malas condiciones de la vivienda actual.
- Dificultades para pagar el alquiler de la vivienda, y el riesgo constante a quedar sin un lugar donde vivir y criar un hijo.
- Dependencia habitacional. Vivienda cedida con su consecuente incertidumbre respecto de contar con un lugar para vivir y criar un hijo.
- Vivienda compartida con otros grupos familiares de forma permanente o eventual y la incapacidad habitacional para albergar otro integrante.

Condiciones familiares para la crianza de un hijo

- Ausencia de pareja o de un padre que apoye la crianza de un hijo.

- Falta de apoyo por parte de la pareja o del padre para llevar adelante la crianza del hijo.
- Inexistencia de red familiar ampliada para la crianza.
- Cantidad de hijos a cargo y la consecuente imposibilidad de afrontar tareas de cuidado de otro.
- Problemas de salud de hijos o familiares a cargo, que ocupan gran parte del tiempo cotidiano de la mujer y no le permitirían ocuparse del cuidado de un nuevo integrante.
- Imposibilidad de encargarse de un hijo o de otro hijo por trabajo, incluido el no remunerado, y el cuidado en el hogar

Violencia de género

- Mujer víctima de violencia de género por parte de su pareja, expareja u otros.
- Situación de violencia de género de la que es víctima que se agravaría con el embarazo.
- La mujer no consintió las condiciones para la anticoncepción en que se mantuvo esa relación sexual.
- Embarazo forzado producto de la negligencia del sistema de salud que le negó o retrasó el acceso a un método anticonceptivo.

Material elaborado por la médica Carolina Bassini y las licenciadas Paula Cruz, M. Cecilia Carulli, Rosa Mahffuz y Daniela Dosso.

Componentes necesarios para el encuadre por causal salud

Se sugiere comenzar la entrevista de forma desestructurada, permitiendo que la mujer plantee su motivo de consulta. Por ejemplo, con una pregunta abierta, como “qué te trae por acá?”. Si la mujer se presenta ambivalente con respecto al embarazo la entrevista sigue otro carril. Si no, hay que ir guiando la entrevista para que la mujer pueda explicar sus motivos y razones para tomar la decisión de abortar. Estos primeros dichos pueden registrarse como textuales en la historia clínica y, al mismo tiempo, ser consignados en los instrumentos de evaluación. Luego de lo que la mujer mencione espontáneamente, puede realizarse una indagación más sistemática de las áreas bio-psico-sociales que no fueron referenciadas en la parte abierta de la entrevista.

Para la evaluación del estado psicoemocional de la mujer es importante hacer la pregunta correcta. Es decir, ubicar el punto de conflicto que presenta cada mujer entre estar

embarazada y no querer o no poder estarlo. La pregunta en general es “¿cómo te impactó emocionalmente la noticia del embarazo?”, pero si es una mujer cuya razón para abortar se relaciona con una circunstancia posterior a enterarse del embarazo (por ejemplo, el diagnóstico de una patología que pone en riesgo su salud, haber perdido a su pareja, etc.) entonces la pregunta debe ser reformulada poniendo en relación el embarazo con la circunstancia que entra en conflicto con este. Por ejemplo, ¿cómo te afectó emocionalmente recibir el diagnóstico xx? o, ¿cómo te afecta emocionalmente estar embarazada en estas circunstancias xxx que me describís? Los resultados de la evaluación psicoemocional se utilizan como insumo para la evaluación del riesgo a la salud mental de la mujer a causa del embarazo descrito en el instrumento de evaluación (pág. 19).

Según qué motivos pesen más en cada mujer, el encuadre de la situación puede redactarse de diversas maneras. En todas tienen que aparecer los siguientes componentes:

- Que la mujer decide interrumpir el embarazo.
- Que ese embarazo pone en riesgo su salud y este no puede ser evitado por otros medios.
- Que se da lugar a la solicitud de la mujer de una interrupción legal del embarazo según los permisos otorgados en el Art. 86 del Código Penal.
- Que se presta atención sanitaria según lo establecido en el “Protocolo para la atención integral a personas con derecho a la interrupción del embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación.
- Que se procede a la firma del consentimiento informado.

Ejemplo de texto para la historia clínica

Se realizó la indagación por las áreas bio-psico-sociales de la salud para evaluar la existencia de riesgo a la salud de (nombre de la mujer) a causa de la gestación en curso y si ese riesgo puede ser evitado por un medio que no sea el aborto seguro.

Se concluyó en que (nombre de la mujer) presenta una situación sociofamiliar-emocional con condiciones que hacen imposible afrontar un embarazo y la perspectiva de un hijo en este momento, y que la confronta con un dilema que solo puede ser resuelto con la interrupción segura de ese embarazo.

Se constata que (nombre de la mujer) presenta sufrimiento psíquico a causa de estar embarazada en las circunstancias sociofamiliares descriptas. Este embarazo constituye un riesgo a su salud mental y física, que puede desencadenar en actos autoagresivos.

Este embarazo, en las condiciones sociofamiliares que atraviesa (nombre de la mujer), representa un riesgo a su salud integral que no está dispuesta a correr, y que no puede ser evitado por otro medio que no sea la interrupción segura de esta gestación.

Además, (nombre de la mujer) no está dispuesta a correr los riesgos a su salud física que implica este embarazo.

Por tales motivos se da lugar a la solicitud de (nombre de la mujer) de acceder a una interrupción legal del embarazo según los permisos otorgados en el Art. 86 del Código Penal. Se presta atención sanitaria según lo establecido en el “Protocolo para la atención integral a personas con derecho a la interrupción del embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación.

Bibliografía

Aniyar de Castro, Lola (s./f.). “Notas para un control social alternativo”. Mimeo.

Bourdieu, Pierre y Loic Wacquant (1995). *Respuestas para una antropología reflexiva*. Mexico: Grijalbo.

Galende, Emiliano (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.

Grassi, E., S. Hintze y M. Neufeld (1994). *Políticas sociales, crisis y ajuste estructural*. Buenos Aires: Espacio.

Laurell, Asa Cristina (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”, en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 37. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario.

Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Estadísticas Vitales 2013*. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.PDF> (acceso, diciembre de 2014).

Pich, Tamar (1996). “Qué es el control social”, en *Revista de Ciencias Sociales; Delito y Sociedad*, n° 6. Buenos Aires.

Rojas Soriano, Raúl (2006). “Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad”, en *Capitalismo y enfermedad*. México: Plaza y Valdés.

Ulloa, Fernando (2000). *Sociedad y crueldad (notas preliminares)*. Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo.

WHO (2014). *Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. 2011*. World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/> (acceso, marzo de 2014).

VIOLENCIA Y SEXUALIDAD ¿DONDE ESTA LA UNIÓN?

Carlos Pol Bravo

Médico Psiquiatra U. de Barcelona – España.
Magister en Sexología. U. de Valencia. – España.

“El lado oscuro del sexo, sus intrigas, parafernalias, negación, deshumanización, o vergonzosas negociaciones, son la venganza de Tanatos frente a Eros.”

Carlos Pol

¿Quién gana, me pregunto en esta absurda lucha del obsesivo binomio entre la sexualidad y la violencia enfrentando constantemente a Tanatos contra a Eros?

En la transculturalidad negativa, negación a realidades, distorsión informativa y manipulación educativa, se intenta premiar a Tanatos? O cohibir a Eros.

Bien sabemos que Tanatos desde la teoría Psicoanalítica, es la pulsión de la muerte que se opone a Eros, pulsión de vida.

Y deberíamos saber que la muerte y el dolor tienen su momento. Pero no enfrentados al sentimiento, la sensualidad, la sexualidad y la propia vida.

Eros por contra, que posteriormente encarno a Cupido, diocesillo jugueteón que en la Grecia antigua era el principal responsable de la atracción, el amor y el sexo, pero también se le veía como dios de la procreación.

Hijo de Nix – la noche y Erebus – la oscuridad, donde quizás ya los dioses Griegos, querían poner luz, sensualidad y ternura entre sus hijos.

Así las cosas, de los amores bonitos y eternos en la literatura y la Mitología son los de Eros y Psique, donde se deriva esa deidad enamorada, encarnada, no solo en la fuerza del erotismo, sino también el impulso creativo de la siempre viva naturaleza.

Por tanto, Tanatos frente a Eros son antípodas en la vida.

Tanatos sentido de muerte, dolor, Eros concepto de vitalismo, vida. Una vez más me pregunto, por qué esa constante

intención obsesiva de mezclar la vida con el erotismo y la muerte?

PORQUE SENCILLAMENTE... Juegan con los miedos de las personas

Y juegan, porque ese morboso sentimiento psicosocial de ser atraído por lo tenebroso como por el sexo, “Por lo prohibido”, como “lo casi a prohibir”, “por rozar el que dirán, pero sin que se vea, sin que se note”, subrepticamente, con esa hipocresía de doble moral, la cual es enmarcada por las Huestes como potenciada comercial y cinematográficamente.

El diagrama del error o mejor aun; del terror.

La sexualidad es inherente al erotismo, van unidas o se juntan en una copula sensual y tierna por la intimidad, el deseo y el amor; y ese puente de violencia donde intentan separarlas a través de él, y que intentan unir las con la nefasta palabra violencia, además forzosamente.

Por qué imponer la barca de Karonte, de la antigua Mitología Griega, con el barquero de la muerte, quien transportaba las almas al Hades, tierra del olvido o territorio de los muertos.

Por qué permitimos que se mezclen dos mundos opuestos?

De las causas principales antes anunciadas haremos con ellas un pequeño recuento:

- Transculturalidades negativas, mutismos y secretismos en referencia al sexo.
- Información callejera. Siempre mala y pobre en su contenido, potenciando los errores y la tergiversación en su concepto. Donde eran líderes los que algo sabían ante los que ignoraban. Pero donde muchos han aprendido por necesidad al no haber otro medio.

- Negación a la cultura sexual, evitando tan siquiera mencionarlo e incluso castigando a quien lo hiciera.
- Potenciar los mitos y leyendas, siempre proscribiendo la sexualidad y sembrando sus terrores en vez de ayudar y dar luz a su conocimiento.
- Admiración al machismo sexual, donde la falocracia mal entendida, la picaresca perversa, y las malas artes de seducción, que aun perduran, alaban al macho dominante, impertérrito, ese Don Juan que va conquistando cuerpos y destruyendo sentimientos, y que a su vez es premiado desde la juventud con erróneos conceptos de seducción y sexualidad; en cambio la mujer quien así actuare, es despreciada tratándole con todas las palabras abyectas del diccionario castellano.
- Negación a realidades “En mis tiempos no pasaba”.

Tampoco había Internet, tampoco la velocidad del pensamiento era comparada al mundo actual en todos sus conceptos. Y por que no pasase, no significa que hoy si ocurra y haya que evitarlo en lo negativo, pero no en la realidad sexual responsable y estructurada que deben vivir las nuevas generaciones.

“Eso es imposible con mis hijos”, sin embargo había un comercial muy bueno en Colombia, hace unos años que rezaba algo así... Sabe usted en este momento donde están sus hijos?

- Confundir comportamiento con respeto. Respetar no es dejar de sentir ni desear, y me refiero puntualmente a esos hombres que humillan maltratan, ofenden e incluso golpean a su pareja; pero eso sí, no hacen el amor con ellas cuando están menstruando o embarazadas por “respeto”.
- La vulgaridad del sexo, cierto es que la vulgaridad se ha impuesto en muchas áreas incluyendo la sexualidad. Pero aun es más cierto que el sexo no es vulgar. Se le vulgariza. Porque es un don inherente al ser humano y como ya bien dice el Profesor Cavalcanti; Psiquiatra Brasileiro: “Cuando se creo el hombre y la mujer, también se creo el orgasmo”.
- Manipulación educativa, es tan grande y notoria en algunos casos con tendencias injustificadas, que tan solo me dedicare a contrarrestarla con el 9° y 10° derechos de la carta magna a los derechos sexuales proclamada en 1.997 en el XIII Congreso Mundial de Sexología en la ciudad de Valencia España, reafirmada en el XIV Congreso Mundial de Sexología en Hong –Kong 1.999 y sancionada y promulgada mundialmente en el XV Congreso Mundial de Sexología en la ciudad de Paris en el año 2.001, a través de WAS Asociación Mundial de la Salud Sexual y apoyada por la OMS Organización Mun-

dial de la Salud. Y ese 9° derecho reza: El derecho a la información sexual ha de ser basada en el conocimiento científico, generada a través de un proceso Libre de presiones externas, y difundido de forma apropiada en todos los niveles sociales. 10° El derecho a educación sexual comprensiva es un proceso que dura toda la vida, y debería involucrar a todas las instituciones sociales.

- Distorsión informativa, la encontramos:
 - o En el arte cinematográfico
 - o Determinado tipo de literatura
 - o Medios publicitarios
 - o Películas de T.V. principalmente.

En el primero: se reitera ese excesivo binomio de violencia y sexualidad.

Por qué después del beso viene el palo?

Por qué tras una escena de sensualidad y ternura, deseo e intimismo de una pareja, la siguiente escena ha de ser de tiros, de sangre o castigo?

Me pregunto... a quien ofenden o que ganan?

Innecesarias “Exigencias del guión”, donde el desnudo inútil y procáz, va en contracorriente?

Porque en el arte, las secuencias han de venir con la misma coherencia y frescura con que el mar besa la arena y no con la innecesaria fuerza con que las olas rompen las rocas.

Determinado tipo de literatura aquí, son príncipes del desatino. Esa prensa amarillista que con tintes científicos ofrece a un publico desorientado, fantasías erróneas sobre sexualidad.

La chica estupenda es presentada al lado de un homicidio, de una tragedia de un error conceptual.

Que finalidad tiene fomentar el dolo sexual?

- Medios publicitarios, donde las imágenes son falacia y a través de un desnudo innecesario se induce a ser más hermoso, más seductor o más actualizado. En otras palabras a estar “más In” cuando realmente esta “más out”

Y principalmente... películas de T.V., donde los sábados de diversión se convierten en sábados de destrucción.

Por qué muchas veces en horarios de sábado o domingo tarde impera la violencia sexual en nuestra T.V.? Y me refiero a toda Latinoamérica???

Porqué en el aburrido deporte de hacer sapinng o cambiar desesperada como casi obsesivamente por falta de buenos o agradables programas al menos, con el mando de la caja tonta; en muchos canales de otros países, especialmente del norte; llega uno a tener callosidades en los dedos, buscando una película de tranquilidad o relajación para ese necesario relax de fin de semana.

No es bueno aceptar la tergiversación con sexualidad y violencia, que a lo largo de estas líneas estamos describiendo.

No es sano que nuestra juventud o madurez conceptué, y en común conjugue algo tan natural, holístico y necesario como es la sexualidad con los tiros las persecuciones, la prostitución, la pandémica corrupción, y las muertes callejeras.

Erotismo es sensibilidad más sensualidad, partida por la intensidad del tiempo. Y de forma menos matemática, es la ternura llevada a la excitación producida por el deseo y sentimientos hacia la pareja.

El juego erótico no es libertinaje, ni perversión; es una forma de comunicación entre dos seres que anhelan gratificarse en sus instantes de intimidad.

Un cambio en el habito sexual, un poco de picante y un erotismo compartido son aderezos necesarios para mantener viva la llama de la imaginación en pareja.

Y dejando finalmente unas inquietudes a vez de conclusiones a lo mencionado, es importante definir: Que la imagen de Eros no debe ser de errores u horrores.

Una deformación, distorsión o alteración de la verdad sobre la sexualidad y el erotismo, empiezan en la infancia.

Se mantienen en la madurez y se potencian en la edad adulta.

La formación en la infancia – adolescencia debe ser: Clara, directa, práctica y real.

No deben existir perjuicios, ni mitos. Pero si responsabilidad y sensibilidad en cada espacio, guardando Académico respeto al marco cultural de cada caso.

Conservar las tradiciones sin traumas, pero desechando los mitos y leyendas innecesarias como muchas ya conocidas y mencionadas.

Debemos profesionalizar a fondo a los responsables en educación y promoción sexual, y por encima de todo **MEDICALIZAR LA SEXOLOGIA EN SU AREA CLINICA**, contando más con los profesionales de la salud, sin intrusismos desvirtuadores de la realidad Científica.

Y en ello contemplar tres ramas simples, como reza en nuestro profesión Galenica: Educar para Prevenir y tratar si es necesario, las disfunciones sexuales que no dejan de ser patología como cualquier otra en el ser humano, siempre bajo el concepto holístico biopsicosociosexual desechando de una vez la tanatología mediática, a cambio de la preparación Académica en los claustros Universitarios.

Porque definitivamente la sexualidad es como la mar; se puede disfrutar con ella, pero nunca jugar con ella.

Próximos Eventos Académicos

5 al 9 Noviembre 2017
CANCÚN MÉXICO



FLASOG

XXII LATINOAMERICANO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
del 5 al 9 de noviembre de 2017

Cancún, México

Inscripciones en línea:
www.congresoflasog2017.org.mx

congresoflasog2017
@flasog2017

PROMOCIÓN !!!
del 20 de febrero al 20 de marzo

Tipo de cambio **\$18.50**
solo en cuotas de inscripción

INSCRIBETE

- XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ISAMI 2017 del 01 al 04 de marzo de 2017. Quito, Ecuador
- Ecografía y Doppler en Ginecología y Obstetricia (Curso Taller básico) del 02 al 04 de marzo de 2017. Barcelona, España
- 7th International Symposium on Womens Health Issues in Thrombosis and Haemostasis del 03 al 05 de marzo de 2017. Barcelona, España
- XX JORNADA SOBRE EL CÁNCER DE MAMA 03 de marzo de 2017. Barcelona, España
- 9th International DIP Symposium on Diabetes, Hypertension, Metabolic Syndrome & Pregnancy of which Maternal Medicine meets Fetal Medicine del 08 al 12 de marzo de 2017. Barcelona, España
- XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA ISAMI 2017 del 08 al 11 de marzo de 2017. Quito, Ecuador
- 12° Congreso Colombiano de Menopausia del 09 al 11 de marzo de 2017. Barranquilla, Colombia
- FLEG 2017, 3° Congreso Internacional de la Federación Latina de Endocrinología Ginecológica del 04 al 06 de mayo de 2017. Santiago de Chile, Chile
- 2017 Annual Meeting ACOG del 06 al 09 de mayo de 2017. San Diego. California, Estados Unidos
- Debates y Avances en Ginecología y Obstetricia (Reunión DAGO) del 30 de junio al 01 de julio de 2017. Cartagena de Indias, Colombia
- Women's Health Live Course del 19 al 22 de julio de 2017. Denver, Estados Unidos
- 2° Congreso Internacional de Climaterio y Menopausia - Guadalajara. Jalisco del 16 al 19 de agosto de 2017. Guadalajara, México
- Congreso Venezolano de Mastología del 11 al 13 de octubre de 2017. Caracas, Venezuela
- Adult Medicine Live Course del 25 al 28 de octubre de 2017. Phoenix, Estados Unidos
- XXXVI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología del 29 de noviembre al 01 de diciembre de 2017. Viña del Mar, Chile

II Máster Iberoamericano en Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva



Fecha de Inicio: 15 de Junio de 2017
Fecha Límite de Envío de Documentación:
1 de Mayo de 2017

- Máster ONLINE Universitario Estudios Propios.
- Titulación Europea.
- Universidad de Alcalá. Madrid, España.
- 60 Créditos Europeos ECTS
- Impartición Online.
- Duración 6 meses.
- Dirigido a Licenciados/as en Ginecología.
- Destinado a residentes fuera de España.
- Matrícula 1.800 € (2.000US \$)
- Contacto: masterib@sec.es
- Página Web: www.masteriberoamericano.com

Nuevos libros

Menopausia: una visión clínica

Autores: David Vásquez-Awad (Colombia) y Santiago Palacios (España)



Ed. Kimpres, Bogotá, DC, Colombia 2016

Aval: Academia Nacional de Medicina de Colombia y Federación Latinoamericana de Sociedades de Climatología y Menopausia (FLASCYM)

900 páginas

Colaboradores de nueve países de Iberoamérica y Estados Unidos

Prólogo: Andrea Genazzani (Presidente de la International Society of Gynecological Endocrinology - ISGE-)

Epílogo: Wulf Utian (Director emérito de la North America Menopause Society -NAMS-)

Puede adquirirse directamente con los autores:

spalacios@institutopalacios.com

vasconia12008@gmail.com

En Colombia en los teléfonos 571-6331745 (Bogotá) o en el celular 57- 3103241881

Resumen de artículos

Aporte del Dr. Daniel Aspilcueta. Perú

Infección por Virus Zika en Mujeres Embarazadas en Río de Janeiro N Engl J Med Diciembre 15. 2016; 375:2321-34. DOI: 10.1056/NEJMoa1602412

Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro

Antecedentes

El Virus del Zika (ZIKV) se ha relacionado con malformaciones del sistema nervioso central en fetos. Para caracterizar el espectro de la enfermedad ZIKV en las mujeres embarazadas y lactantes, se siguieron pacientes en Río de Janeiro para describir las manifestaciones clínicas en las madres y las repercusiones de la infección aguda en lactantes ZIKV.

Métodos

Se incluyó a las mujeres embarazadas en las que la erupción se había desarrollado dentro de los 5 días anteriores y probadas muestras de sangre y orina para ZIKV mediante ensayos de reacción de la transcriptasa inversa-polymerase chain-. Se siguieron prospectivamente las mujeres y niños para obtener datos sobre los resultados del embarazo

Resultados

El total de 345 mujeres se enrolaron desde septiembre del 2015 a mayo del 2016; De estas, 182 mujeres (53%) dieron positivo para Zika en sangre, orina, o ambos. El momento de la infección aguda por Zika varió de 6 a 39 semanas de embarazo. Las características clínicas predominantes incluyeron una reacción macular pruriginosa materna des-

centente o erupción maculopapular, artralgias, inyección conjuntival y dolor de cabeza; el 27% tuvo fiebre (de corta duración y bajo grado). En julio del 2016, un total de 134 gestantes afectadas por Zika y 73 embarazadas no afectadas por Zika habían llegado a su término, con resultados conocidos para 125 gestantes afectadas por Zika y 61 embarazadas no afectadas.

Se identificó infección por el virus de Chikungunya en el 42% de las mujeres sin infección Zika frente al 3% de las mujeres con infección por Zika ($P < 0,001$). La tasa de muerte fetal fue de 7% en ambos grupos; los resultados adversos en general fueron del 46% en los hijos de las mujeres Zika-positivas frente a un 11,5% en los hijos de mujeres Zika-negativas ($p < 0,001$). Entre los 117 recién nacidos vivos de 116 mujeres Zika-positivo, se encontró que el 42% tenían hallazgos de imagen clínica o cerebro muy anormal o ambos, incluyendo 4 bebés con microcefalia. Los resultados adversos se observaron independientemente del trimestre durante el cual las mujeres fueron infectadas con el virus Zika (55% de los embarazos tenían resultados adversos después de la infección materna durante el primer trimestre, un 52% después de la infección en el segundo trimestre, y 29% después de la infección en el tercer trimestre).

Conclusiones

A pesar de los síntomas clínicos leves en la madre, la infección por virus Zika durante el embarazo es perjudicial para el feto y se asocia con muerte fetal, restricción del crecimiento fetal, y un espectro de anomalías del sistema nervioso central. (Financiado por el Ministerio de Salud de Brasil y otros.)



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA	COLOMBIA	SALVADOR	MÉXICO	PERÚ
BOLIVIA	COSTA RICA	GUATEMALA	NICARAGUA	REP. DOMINICANA
BRASIL	CUBA	HONDURAS	PANAMÁ	URUGUAY
CHILE	ECUADOR	HAÍTÍ	PARAGUAY	VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org