

BOLETÍN

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



“Generosidad absoluta, esto es lo que hace respetable la actitud del medico”

Gregorio Marañón (1887-1960)

Médico endocrinólogo, científico, historiador, escritor y pensador español

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, of. 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 Garelo. 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 Garelo
Dr. Alfonso Arias
Ing. Diana Cuintaco
Dr. Alvaro Erramuspe

Comité de Cáncer Ginecológico

Dr. Gustavo Ferreiro (Coordinador)
Dr. Agnaldo Lopes Da Silva Filho
Dra. Lina María 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

Nota de la Dirección del Boletín <i>Pío Iván Gómez Sánchez</i>	3
---	---

Artículo de Investigación

Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina <i>Dalia Szulik, Nina Zamberlin</i>	6
---	---

Artículos de Revisión

Virus del Zika y su repercusión en el embarazo <i>Octavio Miranda, Raúl González Salas, Mildre Mercedes Vidal del Río, Mónica Cárdenas</i>	15
---	----

Cuerpo y género en la educación médica <i>Diana Milstein, Viviana Mazur</i>	22
--	----

Actividades destacadas en la región

Chile despenaliza el aborto en algunas causales	32
---	----

Aportes Especiales en Sexualidad

Hacia donde va la sexualidad en el siglo XXI <i>Carlos Pol Bravo</i>	33
---	----

Próximos Eventos Académicos	34
--	----

Resúmen de artículos	35
-----------------------------------	----

Nota Editorial

NOTA DE LA DIRECCIÓN DEL BOLETÍN

Pio Iván Gómez Sánchez

*Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia
Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG*

En el primer trimestre del año 2012, publicamos el primer boletín electrónico de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), como un medio de contacto con los(as) profesionales de la región que estamos comprometidos con la Salud Sexual y Salud Reproductiva de la población. Se ha convertido en un importante medio de difusión de investigaciones regionales, reflexiones de colegas, eventos destacados en la región, así como medio de difusión de congresos regionales y globales.

Ha sido un privilegio dirigir nuestro Boletín y ser Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Son ya varios años en estos honrosos cargos pero mis crecientes compromisos académicos nacionales e inter-

nacionales me limitan para continuar al frente de estas actividades en Flasog, así que considero es el momento de dar un paso al lado para dejar que otras personas con mentes renovadas asuman el liderazgo.

Agradezco a Flasog la confianza que por más de una década ha tenido conmigo y el permanente apoyo, de igual forma a las personas que aportaron con sus editoriales, artículos y demás contribuciones.

Los materiales en el Boletín publicados han sido de gran relevancia para la comunidad académica de la región y para facilitar su consulta en línea, a continuación encontrarán el listado de las Editoriales, Artículos y aportes en Sexualidad publicados a lo largo de estos años.

ÍNDICE BOLETIN FLASOG

Editoriales

1. Que es el Boletín de Flasog. Pio Ivan Gomez. Vol I N.1, 2012
2. Anticoncepción de emergencia en El Salvador. Julia Evelyn Martínez Vol I N. 2, 2012
3. No tiene precio Andrés Zamora Leiva. Vol I N. 3, 2012
4. Algunas Reflexiones sobre la Objeción de conciencia. Pío Iván Gómez Sánchez. Vol I N. 4, 2012
5. La necesidad de promover el acceso de los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y salud. Andrea Berra. Vol I N. 5, 2012
6. MUJER - MUJERES. Beldys A. Hernández Albarracín. Vol 2 N.1, 2013
7. La atención de la patología genital femenina. Aspectos psicológicos. Enrique P. Spandau. Vol 2 N.2, 2013
8. ¿Shakespeare o Stein? Un Aborto en El Salvador para Beatriz. Alexander Sanger. Vol 2 N. 3, 2013
9. Interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México: Vulnerabilidades y Posibilidades. Kristina M. Graff. Vol 2 N. 4, 2013
10. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Ana Cristina González .Vol 2 N.5, 2013
11. FLASOG comprometida por los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Pio Iván Gómez Sánchez. Vol 3 N.1, 2015

12. SEXOLOGÍA MÉDICA: una asignatura pendiente. Carlos Pol Bravo. Vol 3 N.2, 2015
13. La madre, el feto y el niño. Un sueño hecho realidad o el deber cumplido. Pedro Faneite Antique. Vol 3 N.3, 2015
14. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SOCIEDADES ALTAMENTE SEXUALIZADAS. José Enrique Pons. Vol 3 N.4, 2015
15. COMUNICACIÓN ASERTIVA MAMÁ, PAPÁ y GINECOBISTETA. Paulo Meade Treviño. Vol 4 N.1, 2016
16. Aliviar la práctica médica en la mujer: un trabajo mancomunado. Ingrid Juliana Moreno Ladino. Vol 4 N.2, 2016
17. Título de Caballero de la Legión de Honor a Florence Thomas. Discurso en la Residencia de la Embajada de Francia en Colombia. Florence Thomas. Vol 4 N.3, 2016
18. Acuerdos de cooperación entre la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y la Sociedad Española de Contracepción (SEC). FLASOG, SEC. Vol 4 N.4, 2016
19. PARIS MON AMOUR. Carlos Pol Bravo. Vol 5 N.1, 2017
20. Una propuesta de asesoría en anticoncepción basada en tecnologías de la comunicación e información. Fabián Camilo Galeano-Buitrago, Cristian Felipe Espinel-Pachón, Germán Eduardo Fonseca-Medina, Manuel Enrique Duque Parra. Vol 5 N.2, 2017
21. Nota de la Dirección del Boletín. Vol 5 N.3, 2017

Artículos

1. Consenso Latinoamericano sobre usos del misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Cartagena de Indias – Colombia. Enero 27-28 de 2012. Hoover O. Canaval Erazo, Edgar Iván Ortiz Lizcano. Vol 1 N.1, 2012
2. Nueva Guía 2012 de la Organización Mundial de la Salud sobre aborto seguro. Aníbal Faúndes. Vol 1 N.2, 2012
3. Reflexiones sobre Infertilidad, Carta de Flasog dirigida a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Costa Rica. Ivonne Díaz Yamal, Luis Távara Orozco, Pío Iván Gómez Sánchez. Vol 1 N.3, 2012
4. Aborto: Mitos y Realidades en Chile. Ramiro Molina Cartes. Vol 1 N.4, 2012
5. Atención integral de la mujer en la interrupción legal del embarazo. Pío Iván Gómez Sánchez. Vol 1 N.5, 2012
6. La despenalización del aborto y el compromiso de conciencia en la práctica Ginecotológica. Leonel Briozzo. Vol 2 N.1, 2013
7. Atención de la Violencia Sexual desde los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Susana Medina. Edward Romero. Vol 2 N.2, 2013
8. Acompañar procesos de decisión cuando el motivo de consulta es un embarazo que no se desea. Helena Acosta de Hart. Vol 2 N.3, 2013
9. Las muertes maternas en México: una cuestión de actitud. Antonio Peralta Sánchez. Vol 2 N.4, 2013
10. Los varones adolescentes y el embarazo ¿el problema o el comienzo de la solución? Gonzalo Agüero. Vol 2 N.5, 2013
11. Tu derecho a decidir, mi deber de informar: aborto con misoprostol en atención primaria. Chiarelli, Julieta; Echegaray, Carolina; Felder, María Agustina; Ierace, Luciana Grisel; Legarreta, Patricia Nora; Pistani, María Laura; Rynkiewicz, María Cecilia; Silvi, Virginia Alejandra; Stablun, Gisela Soledad. Vol 3 N.1, 2015
12. Terapia con bifosfonatos y la necesidad de sinergia medicina-odontología. Argimiro Hernández, Beatriz Adriana Bolaños. Vol 3 N.2, 2015
13. ¿Qué es y Qué hace el Comité de Mortalidad Materna de la FLASOG? José Douglas Jarquin G, Maria Fernanda Escobar Vidarte, Edgar Iván Ortiz Lizcano. Vol 3 N.2, 2015
14. ¿Qué es y Qué hace el Comité de Climaterio de FLASOG?. José de Jesús Montoya Romero. Vol 3 N.2, 2015
15. Rol de los/las gineco-obstetras en la provisión de abortos. Despenalizados/legalizados seguros. René Castro S. Vol 3 N.3, 2015

16. Manejo médico de miomatosis uterina 2015. Comité de Medicina Reproductiva de Flasog: Ivonne Diaz Yamal, Santiago Palacios, Alfredo Celis, Jorge Alberto Campos Cañas, Ricardo Pommer T, Roberto Epifanio Malpassi. Vol 3 N.4, 2015
17. Consideraciones sobre zika y embarazo. comité de salud materna y perinatal. FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA - FECOLSOG. Vol 4 N.1, 2016
18. Cirugía Mínimamente Invasiva y Seguridad para Latinoamérica. Jimmy Castañeda. Vol 4 N.1, 2016
19. Conocimientos y prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva Encuesta a jóvenes estudiantes de la Facultad de Medicina, Argentina Silvia Oizerovich, Belén Provenzano-Castro, Babill Stray-Pedersen. Vol 4 N.2, 2016
20. Carbetocina en la prevención de hemorragia posparto. Jack Ludmir, Hector Bolati, Catalina Valencia. Vol 4 N.2, 2016
21. Adiestramiento quirúrgico en ligadura de arterias hipogástricas con técnica gala. Experiencia de diez años. Abel García López. Vol 4 N.3, 2016
22. Virus zika: una oportunidad para el mejoramiento de los servicios en salud sexual y reproductiva. René Castro S. Vol 4 N.3, 2016
23. Seminario de Salud y derechos sexuales y reproductivos. Reporte de una experiencia en el Sur del Sur. Gabriela Luchetti. Vol 4 N.4, 2016
24. La Decisión de interrumpir el embarazo en situaciones de Violación y Malformaciones Congénitas Severas. Virginia Gómez De La Torre B. Vol 4 N.4, 2016
25. Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo. Daniela Dosso. Vol 5 N.1, 2017
26. Infección por el virus de Zika en Brasil y obligaciones relacionadas con los derechos humanos. Debora Diniz, Sinara Gumieri,, Beatriz Galli Bevilacqua, Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens. Vol 5 N.2, 2017
27. Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina. Dalia Szulik, Nina Zamberlin. Vol 5 N.3, 2017
28. Virus del Zika y su repercusión en el embarazo. Octavio Miranda, Raúl González Salas, Mildre Mercedes Vidal del Río, Mónica Cardenas. Vol 5 N.3, 2017
29. Cuerpo y género en la educación médica. Diana Milstein, Viviana Mazur. Vol 5 N.3, 2017

Aportes Especiales en Sexualidad

1. Sexología Médica: una asignatura pendiente. Carlos Pol Bravo. Vol 3 N.2, 2015
2. La sexualidad en la mujer madura o el temor a los 40 años. Carlos Pol Bravo. Vol 3 N.4, 2015
3. Sexualidad y menopausia: dos palabras cogidas de la mano. Carlos Pol Bravo. Vol 3 N.4, 2015
4. La geografía del deseo. Carlos Pol Bravo. Vol 4 N.1, 2016
5. Viaje al centro del falo: un falso conjuro. Carlos Pol Bravo. Vol 4 N.2, 2016
6. El fingido orgasmo o la “actuación” en el sexo. Carlos Pol Bravo. Vol 4 N.3, 2016
7. La belleza de la mujer solitaria o el síndrome del tiburoneo. Carlos Pol Bravo. Vol 4 N.4, 2016
8. Violencia y sexualidad ¿donde esta la unión? Carlos Pol Bravo. Vol 5 N.1, 2017
9. En búsqueda de diamantes. Carlos Pol Bravo. Vol 5 N.2, 2017
10. Hacia donde va la sexualidad en el siglo XXI. Carlos Pol Bravo. Vol 5 N.3, 2017

TRAYECTORIAS PROFESIONALES DE MÉDICOS Y MÉDICAS PROVEEDORES DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN ARGENTINA

Dalia Szulik (CONICET)

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)
Argentina

Nina Zamberlin (IPPF/RHO)

Federación Internacional de Planificación de la Familiar/Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)

INTRODUCCIÓN

En Argentina el aborto está legalmente restringido. Desde 1922 el Código Penal lo tipifica como un delito y lo sanciona con prisión para quien lo efectúa y para la mujer que se lo causara o consintiera¹. No obstante, el artículo 86 establece causales específicas de despenalización cuando el embarazo representa un riesgo para la vida o la salud de la mujer, y cuando el embarazo es producto de violación².

A pesar de que esta normativa existe desde hace más de 90 años, en la práctica ha sido ignorada y ha operado una prohibición absoluta hasta muy recientemente. Los abortos permitidos han sido históricamente inaccesibles en el sistema público de salud por la restrictiva interpretación de las causales de despenalización³ y/o la negativa de los

médicos a realizarlos. La regla del estado ha sido el silencio y la reticencia a abordar la cuestión del aborto no punible como responsabilidad del estado y derecho de las mujeres (Bergallo, 2011).

Esta situación comenzó una gradual reversión a partir del 2005 cuando varios casos resonantes de denegación al acceso al aborto no punible tomaron estado público y pusieron en evidencia la vulneración de los derechos de las mujeres por parte del Estado. En principal punto de inflexión está en un fallo de la Corte Suprema de Justicia del año 2012 conocido como fallo FAL, donde el máximo tribunal se pronunció sobre el alcance del permiso para el aborto en casos de violación establecido en el inciso 2 del artículo 86 del Código Penal reafirmando que el aborto está permitido en todos los casos de violación (sin importar la capacidad de la mujer) y que no se requiere autorización judicial previa para la práctica de un aborto no punible. Asimismo, el fallo señala que no se requiere de la denuncia penal o policial de la violación sino que basta la declaración jurada de la mujer presentada ante el profesional de la salud interviniente⁴.

Ningún gobierno nacional ha dado apoyo político definido a la interrupción legal del embarazo (ILE) y la garantía de su acceso, pero se ha logrado avanzar con la protocolización de la práctica en documentos del Ministerio de Salud de la Nación (una primera versión en 2007, luego una revisión

1 El artículo 85 del Código Penal Argentino establece que el que causare un aborto será reprimido: 1) con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer; 2) con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer. El máximo de la pena se eleva a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

2 El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1° Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2° Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

3 El peligro para la salud contemplado como casual de no punibilidad se ha entendido casi exclusivamente en términos de la salud física y de riesgo grave. Mientras que la permisividad del inciso 2° ha sido interpretada erróneamente limitando su alcance exclusivamente a las mujeres violadas que sufren una discapacidad mental y excluyendo a las que no (Bergallo y Ramón Michell, 2009).

4 <http://www.saij.gov.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>

en 2010 y otra en 2015⁵) donde se incluye una interpretación amplia del artículo 86 del Código Penal, a la luz de las normas constitucionales y de los tratados de derechos humanos de rango constitucional que reconocen los derechos a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad, y a la no discriminación. Algunos gobiernos provinciales también han elaborado sus propios protocolos aunque en muchos casos éstos incluyen abordajes restrictivos que no se alinean con el fallo FAL o el protocolo nacional (Asociación por los Derechos Civiles, 2015).

Estos procesos van cobrando cuerpo y se visualizan en diversos servicios de salud que paulatinamente se muestran más proclives a realizar la práctica aunque no libres de resistencias y dificultades.

En Argentina son escasos los estudios que abordan la problemática del aborto a partir de la comunidad médica, y el foco ha estado puesto principalmente en sus actitudes hacia al aborto en general, el conocimiento de la normativa, y especialmente la atención postaborto (Ramos et al, 2001, Szulik et al, 2008, Romero et al, 2010). No hay estudios que aborden la experiencia personal de los proveedores de aborto legal. Se espera que los resultados de este trabajo contribuyan a una comprensión más profunda de la dinámica social del aborto en el contexto local actual, contribuyendo a la comprensión de la coyuntura particular que atraviesa la Argentina, caracterizada por mejores condiciones para la instalación de la práctica de ILE especialmente a partir del fallo de la Corte Suprema.

Objetivo

El presente estudio se propuso dar cuenta de la experiencia subjetiva de médicos/as que proveen servicios de aborto legal en el sistema público de salud, con foco en su trayectoria personal y profesional en el marco del proceso gradual de institucionalización de esta práctica.

Abordaje metodológico

Se trata de un estudio exploratorio y cualitativo. La técnica de recolección de la información fue la entrevista en profundidad en el marco del uso del método biográfico. El estudio se planteó como un estudio de caso, en el que se examinaron situaciones únicas -en este caso, personas únicas-, cuyas experiencias personales y vitales se convirtieron en el instrumento y argumento centrales de análisis.

El trabajo de campo fue realizado durante el primer semestre de 2014. Se realizaron entrevistas personales, previa obtención del consentimiento informado, en su mayoría en los lugares de trabajo de los profesionales, y vía Skype con los que residen fuera de la Ciudad de Buenos Aires. Las

mismas fueron grabadas digitalmente y transcritas en su totalidad.

La muestra fue intencional y por bola de nieve. Fueron entrevistados 20 médicos/as experimentados en la práctica de aborto no punible, de los cuales 17 son tocoginecólogos/as y 3 médicos generalistas; 12 mujeres y 8 varones, de edades que oscilan entre 26 y 65 años. Ocho trabajan en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, 4 en instituciones del Gran Buenos Aires y los 8 restantes en diferentes provincias argentinas (Santa Fé, Chubut, Neuquén y Córdoba). Todos se formaron en universidades públicas y todos, excepto uno, ejercen actualmente en instituciones públicas de salud (hospitales o centros de atención primaria), algunos combinándolo con la práctica en el sector privado.

Resultados y discusión

Las trayectorias

A pesar de la variedad geográfica y de la diferencia de momentos históricos en los que cursaron la carrera universitaria los/as entrevistados/as, predomina una mirada crítica hacia el tipo de medicina en el cual fueron formados, anclada en un abordaje biologicista y organicista, con ausencia de

La universidad no nos prepara en absoluto más que en la parte biomédica y con una interpretación biomédica patriarcal y obviamente que no se ajusta después a la realidad.

Yo de la facultad lo que me acuerdo es que lo importante era saber la lección... hay poco diálogo de lo extramédico, de lo político (...) me parece que falta la parte social, humanitaria.

La mirada crítica se extiende a la organización de la profesión y hacia la estructura de poder que conlleva.

El sistema de residencia es una formación vertical, que en la época en que yo la hice era un sistema de formación donde primero hay que abolir la voluntad... es muy particular, muy verticalista, llena de castigos.

Con respecto al abordaje de la problemática del aborto durante la formación de grado, se observa un consenso absoluto respecto de su ausencia. Esta temática aparece como tabú, prohibida, con una connotación altamente negativa donde se destaca su punibilidad.

En la UBA del aborto no se hablaba, el aborto era ilegal, te hablaban del aborto criminal y era un tema tabú.

Durante el grado siempre se hablaba de aborto con una connotación muy negativa. Se hablaba pestes del aborto. En la cátedra de ginecología se daban las especificaciones más biológicas de los abortos, pero obviamente siempre teñido con un tinte político bastante claro. Lo

5 Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

más grave me parece que fue en la cátedra de medicina legal que a nosotros nos enseñan a obligación de los médicos de denunciar.

“Técnicamente la formación estuvo destinada más que nada a atender a la mujer en el aborto incompleto, el raspado, o sea, la formación se centraliza en eso, en cómo resolver lo quirúrgico. Yo creo que en eso salimos bien preparados, todos saben hacer una cesárea bien, todos saben hacer un raspado bien hecho. En lo técnico el aprendizaje es bueno, y hay mucha energía puesta en eso. Se pierde el contexto de la persona, el contexto de la atención. Trabajás con un útero, trabajás con un pedazo del cuerpo.”

La denuncia policial de la mujer sospechada de haberse practicado un aborto era rutinaria en los espacios de formación.

A uno le enseñan que cuando venía una mujer con un aborto provocado había que hacer la denuncia, había que anotarlo en el libro de policiales de la guardia. O sea, por más que la guardia de Ginecología, de Obstetricia, quedaba en otro piso, había que bajar a la guardia general y entonces anotar en el libro de policiales donde se anotaban los accidentes, los baleados, también las mujeres que entraban en situación de aborto provocado, que ellas decían que habían ido a algún lugar o que a partir del examen físico uno se daba cuenta de que se había hecho maniobras

Es posible atribuirle a la denuncia cierto “efecto positivo” en la trayectoria de algunos de los entrevistados, en el sentido de que funcionó como elemento que contribuyó a tomar conciencia de lo que significa un aborto para las mujeres, por la propia incomodidad de verse involucrados en una escena tan ajena y lejana a su deber ser profesional como lo es la escena policial y por la resignificación de esta cuestión en cuanto a la necesidad de despenalizar a la mujer y combatir las prácticas clandestinas para mejorar su salud.

Me acuerdo una vez, yo estaba en una clínica y viene una mujer con un aborto provocado e hice la denuncia policial, tuve que ir a la policía a declarar por qué la había denunciado a la mujer. Yo contaba “Bueno, ella me dijo que había ido a un lugar”, “¿Le dijo el lugar?”, “No, no me dijo”, “¿Y le dijo cómo se llamaba el médico?”, “No, no”, “Bueno”. O sea, tuve que ir un día especialmente, me causó también un trastorno a mí de denunciar. Quizá eso también influyó para decir “Bueno, ¿conviene denunciar, no conviene denunciar? Mi idea no era por ella, mi idea era por la mafia de aquel que está comercializando eso. Mi decisión de denunciar ahí no pasaba por penalizar a la mujer, para nada, sino tratar de romper mafias, pero bueno, vi que así no se podía hacer y ahora veo que por otro lado estamos de cierta

manera rompiendo las mafias y mejorando la salud de las mujeres.

“Yo me formé en un hospital donde la denuncia era obligatoria. Después paso a otro hospital donde también era obligatoria, o por lo menos el jefe de aquel momento quería obligarnos a hacer la denuncia. Yo tenía muchos problemas con él porque yo no hacía la denuncia. Pero básicamente no hacíamos la denuncia no tanto pensando en el daño que le causábamos a la mujer, sino por no ir nosotros a declarar”

Es durante el período de la residencia en el que se toma contacto con la realidad del aborto inseguro al asistir a mujeres con complicaciones, e incluso verlas morir. Todos los entrevistados tuvieron contacto con las consecuencias dramáticas de los abortos inseguros.

Recuerdo el primer día, se hace una ronda a las 10 de la noche para ver qué es lo que hay y había una chiquilina muriéndose. Yo tenía 23 años, nunca había visto nada, y yo pregunto qué es lo que le pasa y me dicen “se está muriendo porque tiene síndrome de Mondor”, “¿Qué es?”, “Tal y tal cosa porque se hizo un aborto”. Esto era el año 1973... Entonces 1973, una noche a las 22.30 me impactó esta historia... Después vi como pajaritos, morir mujeres en el hospital, yo diría no menos de diez. Raspados hice un montón, hacía más raspados que partos.

Siempre recordamos el caso de una chica de 17 años que internamos, hace como 20 años, venía con el uniforme del colegio, un colegio privado religioso, ingresa con un aborto séptico, y en doce horas se murió y como que eso me quedó marcado. Me acuerdo que la madre no podía creer lo que pasaba, cuando la madre fue la que la había llevado a hacerse el aborto.

La experiencias de formación e inicio de carrera se circunscriben al tratamiento de las complicaciones del aborto, y en ningún caso se presenta la temática de aborto no punible. Aun en las instituciones consideradas centros de referencia de alta complejidad, en la atención de casos de embarazos de riesgo que comprometían la salud de la mujer o de malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, el manejo habitual era no interrumpir el embarazo, ignorando las causales de aborto no punible vigentes desde 1921.

Me acuerdo de una mujer con un cáncer de ovarios que se esperó a la viabilidad fetal, estaba de veintipico de semanas y se esperó hasta la 28. En ese momento siempre se esperaba a la viabilidad fetal, se priorizaba la viabilidad fetal, se esperaba hasta las 28 semanas y no interrumpirlo y eso era así. Habitualmente cuando llegaban estas mujeres se planteaba el tema de la viabilidad, hasta cuándo se lo podía estirar y bueno, se hacía la cesárea... Tampoco era un tema que se hablara mucho,

no se tocaba el tema, no existía. Existía pero no se veía, no se visualizaba y no estaba en la agenda, entonces la gente ni siquiera reclamaba... Y en ese momento, y menos en ese servicio, nadie podía plantear algo así.

Cuando trabajé para una obra social de la industria química tuve muchos casos complicados. Como eran pacientes que trabajaban con sustancias químicas tuve muchos anencéfalos y tuve anencéfalos que tenían que esperar nueve meses para que nacieran y se murieran. Entonces eso me resultó tremendo! Porque la paciente sabía que iba a tener algo que no iba a tener y tenía que aguantar los nueve meses y después nacía ese bicho, porque era una cosa espantosa, y bueno, unas horas y se moría. Eso me marcó mucho, realmente, porque repito, por el tema del manejo químico yo tenía, siete, ocho anencéfalos por año en un caudal te digo de quince partos mensuales. O sea que en 180 partos anuales es un porcentaje alto.

Esas situaciones generaban malestar en los entrevistados que en esa época estaban profundamente condicionados por el contexto de prohibición y silenciamiento y no cuestionaban la normatividad tácita que impedía realizar abortos en las situaciones contempladas en las causales. Ese fue el status quo hasta que el salto de la problemática del aborto a la discusión pública fue generando fracturas por donde los entrevistados pudieron empezar a reconfigurar su rol en sus escenarios de trabajo.

Cabe señalar que el hecho de constituirse y reconocerse como prestadores de ILE es algo relativamente reciente para los y las entrevistados. Para muchos de ellos la experiencia concreta engloba un número reducido de casos resueltos a partir del 2012.

El análisis de las trayectorias se enriquece al aplicar ciertas claves metodológicas que se utilizan en el trabajo con “relatos de vida” (Meccia, 2013). Se trata de identificar en el discurso ciertos tópicos que connotan la construcción del proceso vital-laboral y del entorno en donde se desarrolla, teniendo en cuenta la capacidad de agencia⁶ que los individuos se asignan a sí mismos y a los demás. Los entrevistados tienen trayectorias personales que muestran que en algún punto de sus carreras pudieron ir abriéndose a entender las necesidades de las mujeres y el alcance del marco normativo para poder realizar abortos legales. Estos quiebres en general aparecen motivados y facilitados por distintos factores que se analizan a continuación.

En primer lugar, es posible distinguir aquellos factores “de agencia propia”, vinculados con cuestiones personales, momentos de sus ciclos vitales asociados a sus propios

mundos, más allá de su trabajo, su profesión o su posicionamiento, por ejemplo la historia familiar.

En mi casa siempre se habló mucho del aborto en general, nos criaron bastante libres y me acuerdo de haber tenido charlas de chiquita con mi hermana.

Yo vengo de una familia italiana, y el aborto en Italia había sido emblemático, legalizar el aborto con el Vaticano adentro, entonces ¿cómo habían osado los italianos hacer esto? Entonces yo escuchaba que se hablaba de este tema que a mí no me tocaba en ningún lado. Yo había escuchado estas cosas en mi familia con los amigos de mi papá y mi mamá que eran italianos, “Uy, mirá, está el aborto, qué bárbaro, qué dirá el Papa?”

Otros factores de “agencia propia” empalman con una cuestión de género, donde las médicas se vinculan desde una pertenencia de género con las necesidades de las mujeres a las que asisten y en quienes pueden reflejar el acontecer de su vida personal y su propia salud sexual y reproductiva.

A mí el tema de haber sido mamá antes de haber hecho la residencia me daba una visión diferente, una visión diferente de la que tenían mis compañeras mujeres y de los varones ni hablar, de entender a las mujeres, de verlas que estaban por ahí solas, sin nadie que las acompañe. Me acuerdo cuando era estudiante, fui a ver a una chica que estaba en trabajo de parto y estaba sola, y yo me quedé tan mal, de pensar que esa chica estaba ahí tirada, sola, con todo ese dolor y me marcó, me impresionó mucho. Después me fui olvidando. A medida que vas haciendo la residencia también te vas curtiendo, te vas alienando en el trabajo médico, en lo biológico y dejás de pensar en la gente, pero siempre traté de tener esta visión de explicarles a las mujeres lo que les pasaba.

Todas tenemos en nuestra historia algo... a ver... yo siempre que pienso la gente que trabaja en esto, qué pasó en su vida para que uno se dedique a esto. Yo te dije que estoy divorciada y yo fui víctima de violencia de género, me siento muy identificada. Si bien los embarazos que tuve fueron buscados, tuve violencia de género de una persona muy humilladora, que me maltrataba mucho, siempre me menospreció para sobresalir él, un tipo inseguro, siempre desmereciendo todo lo que yo hacía, que yo no servía para nada, machista, ... y estoy muy contenta y entiendo que las mujeres no tienen por qué aguantar esto, yo no soy quién para decirle lo que tienen que hacer, pero me parece que si tenemos todas estas herramientas disponibles para que las mujeres puedan vivir mucho mejor, estoy embanderada con eso.

En segundo lugar, podemos destacar giros que tienen que ver con la “agencia desde la práctica de la medicina”. En este caso, pueden ser situaciones ligadas a la especializa-

⁶ Para Giddens, agencia es la capacidad de negociar nuestra posición y nuestra trayectoria social, de incorporar ciertas cosas y desechar otras, de modificar y dar un giro personal o grupal a las propiedades estructurales del sistema.

ción o el contacto con alguna temática en particular, como la atención de adolescentes, la anticoncepción, la ligadura tubaria, la violencia basada en género.

Siempre tuve una tendencia fuerte hacia lo social, o sea una de las cosas que primero empecé a hacer fue adolescencia y después me formé en violencia sexual.

Yo no te puedo decir cuándo fue que pasó el click. Por ahí, pienso que cuando yo comencé a estar en atención primaria, a estar dentro de una villa... Cuando yo estoy después como instructor de residentes en Ciudad Oculta empiezo a trabajar la problemática de embarazos en adolescentes, empiezo a formar un equipo. Trabajé durante esos dieciocho años que estuve con una trabajadora social codo a codo, que en un principio empezamos a tratar la problemática del embarazo adolescente y eso nos permitió empezar a tener contacto con chicas que estaban con embarazos no deseados.

Nosotras trabajamos en muchas cuestiones, empezando con la ligadura de trompas, antes de que estuviera la ley, ya teníamos como un modelo para que las mujeres hagan, habíamos hecho como todo un laburo, estábamos leyendo y pensando todas estas cuestiones y ya habíamos ido a bastantes seminarios.

En menor medida, también este tipo de tópicos se presentan a partir del contacto con profesionales que “les abren los ojos”, los “inician” en una visión del mundo y de la profesión diferentes. Algunos entrevistados pueden incluso identificar personas “mentoras” de sus procesos de transformación de la inacción a la acción.

Por último, es muy interesante repasar los tópicos ligados a la “agencia de los otros externos a la medicina”. Se trata de actores sociales externos a la comunidad médica vinculados a las ONGs y grupos de mujeres, al activismo y a instituciones regionales e internacionales que apoyan organizaciones locales por medio de proyectos específicos (FUSA, CEDES, IPAS, IPPF, OMS).

En ese momento que yo me formé había algunas cosas que me hacían ruido, pero no era totalmente consciente porque la verdad que no había ninguna formación ni de género ni de nada y después fui afortunado en el sentido de que se me cruzaron en el camino mujeres que realmente me hicieron entrar en una de las crisis más profundas de mi vida, porque era como que todo lo que había aprendido lo tenía que desaprender, desarmar y deconstruir. La verdad que si no hubiera sido por las mujeres feministas, estábamos en la época de las cavernas, ellas son las que dieron el puntapié inicial, y nos desasnaron....

Lo que marcó un giro en mi vida, digamos que en mi vida en general, fue un curso de “Atención postaborto”

que hice con IPAS. Ahí me abrieron la cabeza. La verdad es que fue una experiencia formidable y a partir de ahí empecé a cambiar la mirada no solamente de postaborto, empecé a cambiar la mirada de la atención médica, la relación médico-paciente.

FUSA nos dio la posibilidad de ir a Colombia, a Profamilia, y ver cómo trabajaban ellos la causal salud. La causal salud mental es la que es más fuerte para ellos. Ellos tuvieron un cambio en el Código Penal y se amplió y a raíz de eso empezaron a hacerlo. Como nosotros teníamos desde el año 1921 el mismo Código Penal, que daba la posibilidad pero que en realidad en la práctica no se llevaba a cabo, empezamos a buscar con un abogado de acá, del hospital, y empezamos a fortalecernos, a capacitarnos.

Complementariamente a la agencia individual, profesional y externa, hay dos factores contextuales que es preciso destacar y que contribuyen en el proceso de cambio. Se trata por un lado del uso de misoprostol para la inducción de la interrupción del embarazo que permite una gestión del aborto desmedicalizado, ambulatorio, y en un ámbito de privacidad. Y por el otro lado, la creciente instalación del modelo de reducción de riesgos y daños asociados al aborto inseguro en muchos efectores del sistema de salud y también por parte de una variedad de organizaciones de la sociedad civil, que implica el abordaje integral de la mujer en situación de aborto en el marco del derecho a la salud.

Hoy justo estábamos discutiendo eso, la reducción de daños era como un peldaño o una forma de llegar a la ILE pero que también hay que trabajar. Yo creo que lo que hay que trabajar sobre todo es la causal salud.

Los espacios de trabajo

“Sobre el ser y el hacer”

El espacio de trabajo asistencial de la mayoría de los entrevistados/as es el hospital público, en servicios de ginecología y obstetricia, y para unos pocos el primer nivel de atención. Los prestadores de ILE son siempre una minoría que se inserta en contextos generalmente adversos y hostiles que distan de ser espacios amigables tanto para ellos como para las mujeres. La prestación de ILE no suele ser una política institucional o del servicio y depende exclusivamente de las voluntades individuales y el compromiso de unos pocos profesionales, a veces de tan sólo uno⁷.

Creo que los amigables con esas cosas somos la excepción, tanto ya sea para el parto no intervenido o humanizado y para el aborto también, somos la excepción, no es lo común.

⁷ Corresponde aclarar que en Chubut y Santa Fe los contextos son más favorables y existe una red más amplia de prestadores y dispositivos aceitados que se vinculan a un posicionamiento del estado provincial más firme en la garantía del derecho a la ILE.

Como los residentes se declararon todos objetores y no quieren hacer nada directamente, a veces nos manejamos directamente con las pacientes. Les dejamos las pastillas y que se las pongan ellas o que se las tomen o les explicamos a ellas directamente. Si estamos nosotros, el procedimiento lo hacemos nosotros.

Algunos colegas de los entrevistados/as prestan algún grado de colaboración pero más bien tangencial o excepcional, o cuando el proceso de interrupción ya fue inducido y la atención se limita a completarlo. En general aparece claramente la voluntad de los compañeros de trabajo de no involucrarse de manera directa ni protagónica. Esto repercute a veces en procesos demorados o internaciones prolongadas innecesariamente u otros aspectos de la calidad de atención que impactan sobre la mujer

La residencia no me niega apoyo, algunas obstétricas también son favorables, pero no van a firmar absolutamente nada, o sea como diciendo “Bueno sí, está bien yo le pongo las pastillas ¿pero vos me lo firmás?”, O sea me piden que lo firme como si lo hubiera hecho yo. “Sí, yo te lo firmo”.

Ahora por ejemplo, tuvimos un caso que recibió una de las ginecólogas nuevas. Ella nos presenta el caso, un caso de violencia intramarital, violencia familiar, entonces como que ella está de acuerdo. Ella considera que entraría dentro de aborto no punible, pero se plantea ella que ella no le pondría la medicación, ella llega hasta acá. Ella dice “Bueno, pero yo no le pongo la medicación”.

Las condiciones de trabajo suelen ser deficitarias, no sólo por el aislamiento dentro de los equipos y el escaso apoyo institucional, sino también porque faltan los insumos básicos como el misoprostol y la infraestructura no es la adecuada (por ejemplo, se interna a las mujeres por ILE en las salas de maternidad junto a las mujeres en trabajo de parto y las púerperas).

Acá no hay misoprostol en este hospital, no compran. En los últimos abortos no punibles una caja la compró la cooperadora. La cooperadora no está para eso, no hay plata para eso. Otra caja la compré yo, de mi bolsillo, con mi tarjeta de crédito. Entonces pedí una reunión a la dirección para decir “bueno, este es un insumo que tiene que proveer el hospital”. Me vengo a enterar por la jefa del Departamento desde 2010 está pidiendo la compra. Ella es objetora, no está de acuerdo con el aborto pero lo necesita para hemorragias posparto, para otros usos, y dice “la jefa de Farmacia no los quiere comprar”. “¿Cómo es esto de que no lo quiere comprar? Mañana no quiere comprar penicilina y no compra, pasado mañana no quiere comprar insulina, ¿cómo es?”

La soledad es una característica que atraviesa las experiencias de los entrevistados en sus espacios de trabajo. Dentro

de cada institución los proveedores de ILE son contados, y la resolución de casos depende de su presencia, voluntad y esfuerzo. Los testimonios reflejan muy gráficamente la experiencia de ser minoría y pertenecer a una contrahegemonía. En estos contextos, la “individualidad” del prestador de ILE y la falta de institucionalidad de la práctica hacen que la atención de la mujer se vuelva una responsabilidad personal de un médico/a y no institucional de un hospital o servicio. El resto del equipo habitualmente se desentiende y la resolución de los procesos depende exclusivamente de la presencia física del médico o médica que asume el compromiso. Algunos colegas de los entrevistados/as prestan algún grado de colaboración pero más bien tangencial o excepcional, o cuando el proceso de interrupción ya fue inducido y la atención se limita a completarlo. En general aparece claramente la voluntad de los compañeros de trabajo de no involucrarse de manera directa ni protagónica. Esto repercute dilaciones o internaciones prolongadas innecesariamente u otros aspectos de la calidad de atención que impactan sobre la mujer.

Nos enteramos que había una chica con un embarazo por violación, le pusieron misoprostol en dosis insuficientes y le dijeron a la chica que hasta que no deje de latir ellos no iban a hacer nada, la tuvieron 14 días internada, le hicieron comprar a ella el misoprostol... en ninguna parte de la ley dice que el feto tiene que dejar de latir para hacerle la interrupción ni nada de eso, pero ellos consideraron que poner misoprostol era hasta donde ellos llegaban, ahora meter la mano un poco más ya no.

Si hay que hacer un raspado, porque la paciente expulsó y está sangrando, eso lo hace cualquier guardia, no sé en qué marco... pero si no es abandono de persona. Lo que ocurre a veces, por ejemplo pasó con una paciente que le dábamos medicación y que no respondía y que había que repetirle la medicación. Nosotros ya no teníamos y había que hacer el pedido, venía un fin de semana largo, no pudimos hacer el pedido y la paciente tuvo que quedar en la sala sábado, domingo y lunes, por el fin de semana largo, sin nada. Era una paciente violada, no se podía ir de alta porque había hecho la denuncia, o sea, cosas que vos decís, la verdad que esto se puede evitar. Nadie le quiso hacer nada, querían esperar a que volviéramos nosotras el lunes. También pasó que no teníamos medicación, no querían darle la medicación del kit de hemorragia, porque es más importante la hemorragia que la paciente que estaba ahí. La verdad que es tremendo que una chica chiquita, tuviera que pasar por eso sin necesidad.

La soledad y la desproporción en la asunción de responsabilidades son cargas pesadas sobre las espaldas de los/as entrevistados/as en el sentido del esfuerzo, exigencia y dedicación, pero también en términos subjetivos como el desgaste que implica moverse en contextos hostiles

o indiferentes que no acompañan. El apoyo mutuo entre proveedores de ILE resulta fundamental para afrontar las adversidades y para fortalecerse.

XX es mi referente y me ha sacado de dudas, preocupación, de temores que a mí me surgían. XX que por suerte estaba ahí y cerca, y ella ya tenía experiencia en esto, y sobre todo también en la parte legal, había trabajado en esos temas y... tenía las leyes como bien aceptadas.... hicimos un ANP, siempre con la referencia de XX, porque eran los primeros que hacíamos y con temores, algunas cuestiones de dudas que teníamos, pero bueno, ella nos las iba evacuando y nosotros íbamos siguiendo cerquita de la paciente, siguiéndola en el tiempo y salió todo bien.

Se identificaron dos factores que distinguen a los entrevistados y se asocian fundamentalmente a la jurisdicción e institución de pertenencia. Por un lado, la interpretación de las causales, en especial la amplitud y el alcance de la causal salud, y por el otro, el límite de edad gestacional.

La causal violación a partir del fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia, se fue instalando con un marco operativo que dispone los pasos a seguir (declaración jurada, consentimiento informado, no necesidad de exigir denuncia policial). La causal salud por su parte, tiende a ser interpretada casi exclusivamente en el sentido físico o biológico, y son pocos los entrevistados que aplican o contemplan la dimensión de salud mental y social como causal para una ILE. Los contextos de Santa Fé y Chubut son donde mayor alcance se le da a la causal salud.

La edad gestacional límite para una ILE es un nudo crítico para muchos de los entrevistados, y especialmente para los equipos de trabajo donde ellos se insertan. Si bien la normativa no especifica plazos, para muchos las 12 semanas es el límite hasta donde se sienten cómodos para interrumpir un embarazo. En este período la posibilidad del uso de la técnica medicamentosa y la atención ambulatoria facilitan la práctica. La posibilidad de que la mujer se autoadministre la medicación y el “no meter mano” del proveedor es visto por algunos como un facilitador. Luego, hasta las 20 semanas los procesos suelen ser menos ágiles ya que se requiere de internación, y entre las 20 y las 24 semanas son casos muy resistidos y discutidos que claramente generan incomodidad y malestar en muchos de los profesionales intervinientes.

Cuando hay algún caso de aborto no punible de una edad gestacional un poco mayor y ahí se plantean los debates “¿Lo hacemos, no lo hacemos? ya pasó el tiempo”, entonces cada uno argumenta y bueno y ahí se decide.

Más allá de la diversidad de situaciones, la resolución de los casos es gratificante para nuestros entrevistados/as, hay

una agradecimiento profundo por parte de las mujeres y perciben la sensación de que se hizo lo que se debía, del modo correcto, que su accionar hizo una gran diferencia en la vida de estas mujeres y niñas, que ayudaron a que sus vidas sean menos sufridas y aportaron algo de justicia en situaciones de extrema vulnerabilidad, violencia y desolación. Esto produce un alto grado de satisfacción y de realización personal y profesional.

Yo creía que me iba a sentir pésimo, un poco se me mezclaba lo de ser madre, viste, y no, para nada, porque después de haberlo hecho me sentí bien de verlas tan bien a ellas ¿entendés? La forma en que agradecían ... en la relación médico-paciente esas cosas pesan mucho a favor o en contra. La relación de confianza... viste que el secreto médico para nosotros es algo que ya está como muy claro, pero queda como esa... no sé si no llamarla complicidad, no es la palabra, queda como una confianza muy fuerte... No sé por dónde viene el origen, pero sí te digo que se crea una relación de confianza tan grande que no sé, después te siguen, se cambian de lugar y ellas te siguen con una devoción que es distinta de si vos le resolvés una neumonía o una tuberculosis. Impacta en la vida de la mujer esto.

La práctica de interrupción legal del embarazo pone en evidencia el modo en que se concibe la identidad profesional, los principios con los que se trabaja, la concepción de la salud y de las mujeres, “la importancia de hacer”.

Podría decirte que siento que es una práctica liberadora, pero... no sé si siento que sea muy diferente a otras prácticas. Me parece que también marca cierto posicionamiento que uno tiene en salud en general y cómo una separa en ese lugar de ser médica y del derecho a la salud de las personas. Me parece que es una forma más de ejercer un derecho a la salud.

Yo creo que lo que me motiva en todo mi trabajo es la mujer. O sea, no solo el derecho, sino acompañar a la mujer... acompañarnos, porque creo que en esto estamos todas en lo mismo ¿no? No sé si alguna vez me lo pregunté, es por otro lado muy satisfactorio porque a veces te sorprende mucho... las mujeres no pueden creer que van a tener este acompañamiento, me motiva más ver los resultados...

Los testimonios dan cuenta de una insistencia en señalar un recorrido personal que fue consolidando una visión de las mujeres como sujetas de derechos, diferente a la visión tradicional del modelo médico hegemónico, para el cual las mujeres son pacientes y pasivas frente al conocimiento y al poder de los profesionales, sin capacidad de decisión, y por ende, vulnerables y en una posición de subalternidad. Este es el punto de partida para construir una relación de confianza, de empatía y comprensión, que supera cualquier tipo de posicionamiento personal.

Yo tengo una contradicción interna, yo nunca me hubiera practicado un aborto yo. Si se puede llamar contradicción, al menos es una toma de posición, pero yo no puedo criticar a otro por eso, porque realmente, yo no le voy a criar el chico, no voy a tener ningún contacto, ningún vínculo, no soy nadie para decidir esto. Entonces a mí, francamente lo pongo todo el tiempo en ese terreno, el problema es de ellas.

Alguien en algún momento me dijo “vos vas a sentir cuando no esté bien”, que para mí fue lo mejor que me dijeron en mi vida, porque ahí esto coincidía con la discusión en Ciudad de si ponemos las 12 o las 14 semanas y para mí era definitorio y yo estaba enojada con el derecho porque decía “al final los abogados nos tiran todo el bardo a los médicos” y el día que me dijeron eso lo recibí como un manto de tranquilidad, porque es verdad”

Los/as entrevistados/as critican la condena, la culpabilización y el prejuicio por parte de sus colegas hacia las mujeres que recurren al aborto, que deviene a veces en situaciones de vulneración de los derechos y violencia institucional. Describen un maltrato establecido en la interacción del sistema de salud con las mujeres pobres que se exagera con aquellas que atraviesan un aborto.

Me parece que hay gente que lo único que le interesa es condenar, no entiende lo que está pasando la paciente, así como tampoco entiende a la mujer que está en trabajo de parto. Mirá, si vos te ponés a trabajar desde tu punto de vista y vos sos una negra de mierda que viene a parir o sos una boliviana de mierda que tiene 30 millones de hijos y porque sos la bruta de mierda o una paquera que te das con paco y matamos a todos, que venga la aplanadora e ir contra la villa 31 y qué sé yo, ¿viste? no vas a entender ni a un embarazada ni a una mujer en situación de aborto ni a nadie.

Resulta interesante la visión que se presenta en algunas entrevistas, en las que se reconoce que la mujer en situación de aborto parecería cuestionar el deber de los médicos como tales, y no es percibida como una persona con un problema de salud a resolver.

La mujer que demanda tiene que ser escuchada, acompañada, es una mujer con un problema de salud. Ahora, no es lo que uno ve, obviamente que no. A nosotros con la formación donde nos han formado esta mujer nos está llevando a nosotros a hacer algo que no queremos. Yo me acuerdo que leí un trabajo, donde se hablaba del aborto y los médicos. Me llamó la atención porque cuando lo leía era la sensación de que en una época daba bronca y a mí no se me hubiera ocurrido, pero ¿por qué la bronca? La bronca era porque te ponían a vos en un lugar de resolución de algo que aparentemente no era tuyo, pero eso tiene que ver con tener que terminar algo... Pero esa es una concepción... hay algo previo

ahí. Ahí hay algo previo, porque a mí no se me ocurre pensar que una persona que tengo que amputarle un pie porque tiene una gangrena le estoy terminando algo que empezó, porque en definitiva, ponele, no se cuidó porque no usó no sé, hay algo previo, hay algo previo que nos han metido la culpa. Entonces esto es lo que hay que desandar.

Algunos van más lejos aún y son conscientes del modo en que este camino influye en su vida toda, en la incorporación de una perspectiva de género integrada a su vida personal, familiar, íntima.

Me estoy dando cuenta con mi esposa, con mis hijas, hay muchas decisiones que no dependen de la mujer sino que las puedo ver de otra manera, ahora cambié totalmente. Fui cambiando, me di cuenta de que yo a veces me olvidaba de ciertas cosas, de la decisión de la mujer. La mujer yo creo que en todo tipo de clases sociales usa mucho “mi marido”, deciden otras personas por ellas. Quizá antes no lo tenía presente, ahora me parece que sí, mucho machismo, autoritarismo, la misma especialidad de obstetricia. Lo abordamos, lo hacemos todo nosotros, pero bueno, yo puedo ser un hombre y ella en ese momento de la mujer hay muchas cosas que yo ni idea, no se me pasan por la cabeza, darle un lugar a la mujer en todo.

Este posicionamiento permite conectarlos con las motivaciones que los llevan a realizar la tarea, y les refuerza un aspecto muy fuerte de su identidad. Es recurrente el tema de la desesperación de las mujeres y de una situación de soledad que, paradójicamente, los pone a ellos como profesionales también solos, solitarios contra un sistema injusto, a partir del cual aprendieron a no juzgar, y también a tomar un compromiso responsable, de “dar respuesta” y de “hacerse cargo”.

Quién soy yo para juzgar la vida del otro, además yo también siento que tengo una deuda social con la gente, con los derechos de la salud de la gente, yo fui afortunada, nací en una clase media que podía estudiar en una escuela pública, la gente pagó mi estudio, me la pagó el pueblo, y tengo todo un saber que otras mujeres no lo tienen... Esto que yo te digo, no como un premio a mí, sino como que yo creo que me parece que uno viene a cumplir una tarea y eso no es nada más que compensar, es toda una cuestión de políticas de género, de políticas de salud, de equidad, de darle a todo el mundo las mismas oportunidades, me parece que es injusto que el que pueda hacer algo, que el que tiene plata lo pueda hacer y otros no, es una cuestión de coherencia interior.

Los núcleos de opresión y los núcleos políticos de militancia que me están jodiendo a mí y que están jodiendo a las mujeres son los mismos. Cuando una mujer es más libre, yo también estoy haciendo algo para ser yo más

libre, y la verdad es que, no te voy a contar la historia de mi vida, pero yo también sufrí y padecí por esas estructuras patriarcales, y la verdad es que siento que estoy haciendo algo porque no quiero que nadie más pase por situaciones o sufrimientos innecesarios, pero también lo hago por mí, no es todo solidaridad, no es que yo lo hago y a mí no me trae ninguna recompensa.

Esta visión consolida la perspectiva de derechos en la atención de las mujeres, refuerza el modo en que construyen una relación de empatía con ellas en un ida y vuelta hacia ellos que los resignifica como profesionales.

La verdad es que me parece que tiene que ver con una postura por los derechos de las mujeres y te vuelvo a decir, que el aborto es un pedacito, no es la lucha ni... por ahí es la más representativa, la más antigua, pero vos vas a otros hospitales y no tienen implementado el programa como lo tenemos, y la carga horaria que le dedicamos a todas estas cuestiones que tienen que ver con las preparaciones, con las charlas, con los talleres, esto... yo no conozco otros lugares, o por ahí lo hacen más, qué sé yo, personal que no está... trabajadoras sociales o en otro... acá lo hacemos todos, médicos, parteras.

Conclusiones

Este estudio abordó las experiencias personales y profesionales de médicos/as prestadores de ILE en la Argentina. Sus trayectorias guardan una clara sintonía con el desarrollo histórico de esta cuestión en Argentina, que abarca durante todo el siglo XX, y hasta la mitad de la pasada década, una postura del Estado de prohibición absoluta del aborto, ignorando las causales de despenalización.

La cuestión del aborto sólo está presente en la formación médica desde la perspectiva biológica y punitivista. Es notable el largo período de inacción de los entrevistados que durante muchos años ignoraron por completo la posibilidad de interrumpir embarazos legalmente por riesgo para la salud y violación, aun en casos de riesgo grave y malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. Esas fueron épocas de total silenciamiento e invisibilización de las causales de aborto legal y de acatamiento de las condiciones institucionales contrarias a los derechos de las mujeres.

Luego ocurren quiebres que traen apertura y claridad a los entrevistados/as y se inicia un gradual reconocimiento de su capacidad, deber y responsabilidad como garantes del derecho a la interrupción legal del embarazo. Este rol se asume por compromiso personal, y muchas veces debe ser defendido y resguardado en contextos institucionales hostiles, contrarios y poco colaboradores.

En la mayoría de los espacios de trabajo de los entrevistados la ILE dista de ser una práctica institucionalizada y depende casi exclusivamente de las voluntades personales de estos profesionales que son también diversas y ancladas

en criterios “ad hoc” respecto de lo que cada uno hace en términos de causales, técnicas y edad gestacional.

A diferencia de los procesos ocurridos en otros países, la comunidad médica argentina no ha sido tradicionalmente activa en la lucha política, ese es espacio de las organizaciones sociales y en especial del movimiento de mujeres. No obstante los médicos y médicas son clave para la legitimación de los logros políticos e indispensables para su implementación. En este sentido, la conformación de la “Red de Profesionales por el Derecho a Decidir”⁸ con más de 700 integrantes de todo el país es un hecho auspicioso.

Hay que resaltar que los sujetos estudiados pertenecen un conjunto reducido, una “elite” de profesionales pioneros y protagonistas de un proceso de transición. Sus relatos y trayectorias dan cuenta de la complejidad de los contextos institucionales y del gran potencial que existe en manos de los profesionales de la salud para garantizar el acceso al aborto legal y seguro dentro del marco normativo vigente. Consideramos que conocer y difundir estas experiencias visibiliza y legitima un modelo de atención que debe ser consolidado, jeraquizado y expandido en todo el sistema de salud argentino.

Bibliografía

- Asociación por los Derechos Civiles; “Acceso al Aborto No Punible en Argentina: Estado de Situación - Marzo 2015” Buenos Aires, 2015. Disponible en: <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/ADC-Acceso-al-aborto-no-punible-Marzo-2015.pdf>
- Bergallo, P. (comp.): Aborto y Justicia Reproductiva, Buenos Aires, Editores del Puerto, 2011.
- Bergallo, P. y Ramón Michel, A.: El aborto no punible en el derecho argentino, *Hoja Informativa* N° 9, Buenos Aires, FEIM-CEDES-IPPF, mayo de 2009.
- Meccia, E. Subjetividades en el puente. El método biográfico y el análisis microsociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. N°4. Año 2. Oct. 2012 - Marzo 2013. Argentina. Págs. 38-51.
- Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, 2015.
- Ramos S; Gogna M; Petracci ; Romero M; y Szulik D. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica? CEDES, Buenos Aires, 2001.
- Romero, M.; Zamberlin, N.; Gianni, C.: “La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos”, *En Salud Colectiva*, 6(1), January-April, 2010, pp. 21-34.
- Szulik D, Gogna M, Petracci M; Ramos S; Romero M. “Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos”, *En Salud pública Méx* vol.50 no.1 Cuernavaca ene./feb. 2008

8 <https://www.facebook.com/Red-de-profesionales-de-la-salud-por-el-derecho-a-decidir-1104059222994294/?fref=ts>

VIRUS DEL ZIKA Y SU REPERCUSIÓN EN EL EMBARAZO

Octavio Miranda*

Raúl González Salas*

Mildre Mercedes Vidal del Río*

Mónica Cardenas**

* Universidad Regional Autónoma de los Andes. UNIANDES- ECUADOR

** Planned Parenthood Federation of America

RESUMEN

El virus del Zika, es transmitido por *Aedes aegypti* y *A. albopictus*. En la región de América Latina el principal hallazgo relacionado con la infección, es la microcefalia. Comprender el riesgo de defectos congénitos asociados con la infección por el virus Zika durante el embarazo puede ayudar a la comunicación guía, la prevención y los esfuerzos de planificación.

El presente informe proporciona una visión general de la transmisión transplacentaria de la infección viral Zika de la madre al feto durante el primer trimestre del embarazo según publicaciones recientes.

Evidencia de laboratorio de una posible infección reciente virus Zika en una, la placenta, feto, o muestra materno infantil. Los defectos congénitos potencialmente Zika asociado: anomalías en el cerebro con o sin microcefalia, defectos del tubo neural y otras malformaciones cerebrales tempranas, anomalías oculares, y otras consecuencias del sistema nervioso central.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la situación epidemiológica actual en el continente americano, particularmente por la Fiebre del Virus Zika, es grave y ha declarado una alerta sanitaria internacional. El virus transmite a las personas principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados del género *Aedes*, y sobre todo de *Aedes aegypti* en las regiones tropicales, vector que se encuentra actualmente en más de 100 países,

transmitiendo también el Dengue, la Fiebre Chikungunya y la Fiebre Amarilla, manteniendo en riesgo de contraer estas enfermedades a más de 200 millones de seres humanos en el mundo I.

El Virus del Zika es un arbovirus que pertenece al género *Flavivirus* y familia *Flaviviridae*. Es un virus con envoltura y su estructura madura posee una resolución de 3,8-Å, determinada por criomicroscopía electrónica². La estructura del virus Zika es similar a la de otros flavivirus, como el dengue y del Nilo Occidental^{3,4}. El genoma de virus Zika es lineal en sentido positivo, con RNA monopartito⁵.

Hasta el 2007 solo se habían descrito casos esporádicos en algunos países de África y Asia. Sin embargo, en la última década se ha expandido a nuevos territorios dando lugar a brotes epidémicos en varias islas del Pacífico. En febrero de 2015 fueron detectados los primeros casos de infección en Brasil y la transmisión autóctona fue confirmada en mayo de ese mismo año. Desde entonces se ha extendido a la mayoría de los países de América Latina.

Desde el año 2015 66 países y territorios reportaron evidencia de transmisión de virus de Zika, según la OMS investigadores de la Universidad de Notre Dame estimaron que 93 millones de personas en Latinoamérica y el Caribe podrían infectarse con Zika en el marco del actual brote⁶.

Hasta el 18 de agosto de 2016 un total de 17 países o territorios han reportado aumentos en las tasas de microcefalia congénita hasta 20 veces. En el nordeste de Brasil han informado de microcefalia y / u otras malformaciones del sistema nervioso central potencialmente asociadas con la

infección por el virus Zika o sugestivas de infección congénita. Tres de estos países informaron casos de microcefalia entre neonatos nacidos de madres en países sin transmisión endémica del virus Zika, muchos de los casos informan en sus historias clínicas viajes recientes a los países afectados por Zika en la Región de las Américas⁶.

El 1 de febrero de 2016 la OMS, después de una reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Internacional de Salud (IHR) sobre el virus Zika, declaró la agrupación de casos de microcefalia, síndrome de Guillain Barré y otras condiciones neurológicas reportadas en algunas áreas afectadas por virus del Zika, una emergencia de salud pública de interés internacional⁷.

Métodos: se realizó una búsqueda acerca de las características de la enfermedad y sus afectaciones a las mujeres embarazadas, información obtenida en revistas médicas nacionales e internacionales, informes de investigaciones realizadas, documentos inéditos disponibles publicados y no publicados y reportes del MSP del Ecuador.

Orígenes del Zika

Filogenéticamente se cree que el virus del Zika emergió entre 1892 y 1942 en Uganda, encontrándose dos linajes: el Africano (dividido en este y oeste) y el Asiático, siendo el virus de distribución común en África. Estos hechos incidentales procuraban encontrar al vector responsable de la fiebre amarilla selvática en Uganda, realizándose el primer aislamiento del virus en ese país el 20 de abril de 1947 en monos centinelas del bosque Zika cerca de la región de Entebbe⁸.

En el año 1952 se describió el perfil neurotrópico del virus Zika, los hallazgos histopatológicos en el sistema nervioso central (SNC) de ratones inoculados con el virus lo demuestran; infiltración, degeneración, reblandecimiento, fragilidad cerebral y en médula espinal, cambios inflamatorios mínimos en las meninges y el epéndimo, son algunos de ellos⁹.

En los años 1952-1954, Dick y Macnamara¹⁰ describen el cuadro clínico de Zika con fiebre leve o ausencia de síntomas en ratones y monos. Esto coincide con lo reportado en la actualidad donde 75 a 80% de los pacientes infectados son asintomáticos.

Se podría interpretar como si el virus del Zika se hubiese quedado latente o dormido en el tiempo y ahora ha sido despertado por factores relacionados al cambio climático como el fenómeno del Niño¹¹, los cuales han generado condiciones excepcionales en el Noreste de Sur América, donde en el segundo semestre del 2015 se registraron las temperaturas más calientes acompañadas de grandes sequías.

Este fenómeno ha contribuido a la expansión geográfica del vector, al igual que su supervivencia y replicación viral, además de incrementar la tasa de alimentación por el mosquito hembra¹². Otro factor a tener en cuenta es que la transmisión vectorial del Zika por el Aedes tiende a seguir las epizootias y epidemias de la transmisión por Chikungunya, patrón epidémico iniciado desde 2013 cuando el Chikungunya pasó de África a Asia seguido del Zika, fenómeno muy similar a lo observado en las Américas y en Colombia¹³.

El despertar del Zika en las Américas fue por la Isla de Pascua en Chile, en febrero de 2015. En Colombia, los primeros casos fueron reportados en octubre de ese mismo año. En más de 60 años de observación, el virus se había relacionado con cuadros clínicos asintomáticos o leves síntomas y no con cuadros graves o muertes¹⁴.

Virus del Zika en Ecuador

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador emitió el 20 de octubre de 2015 una alerta epidemiológica, además de poner en marcha un plan de respuesta y definir lineamientos técnicos para enfrentar la presencia de posibles casos. Estos lineamientos incluyen definición de casos, diagnóstico diferencial entre dengue, chikungunya, sarampión y Zika, además de toma y transporte de muestras al laboratorio de referencia, notificación y reporte.

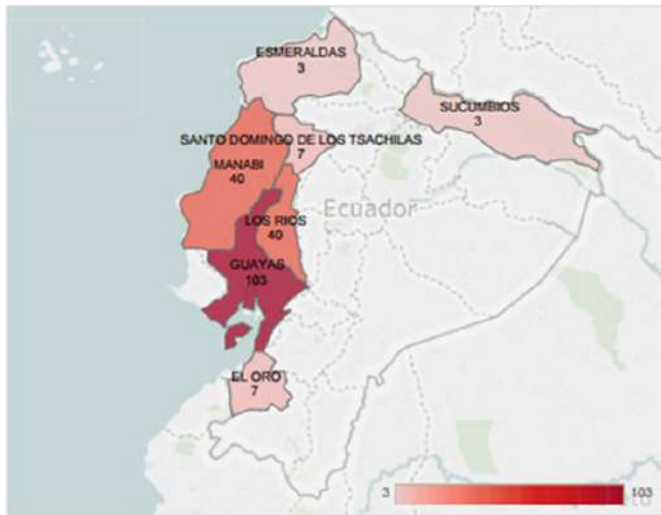
Según las estadísticas del MSP (2017) a nivel nacional Manabí es la provincia con más afectados, teniendo el 85% del total de casos, esto representa una cifra de 2.507 infectados. Le siguen de lejos Esmeraldas, Guayas y Santo Domingo, según la gaceta estadística del MSP. Hasta la fecha existen 2.947 personas contagiadas con el virus zika en Ecuador¹⁶

Cuadro 1. Casos de Zika en Ecuador del año 2015 al 2017

Provincias	2015	2016	2017	Total general
AZUAY		1		1
CHIMBORAZO		1		1
EL ORO		12	7	19
ESMERALDAS		192	3	195
GALAPAGOS		2		2
GUAYAS		113	103	2016
IMBABURA		1		1
LOS RIOS		25	40	65
MANABI	1	2509	40	2550
ORELLANA		1		1
PICHINCHA		35		35
SANTO DOMINGO		47	7	54
SUCUMBIOS		8	3	11
Total general	1	2947	203	3151

Fuente: SIVE – ALERTA

La subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública informó que desde la primera semana del mes de enero hasta el mes de marzo del 2017 se han notificado 203 casos confirmados de Zika, tal como se muestra en la figura 1.

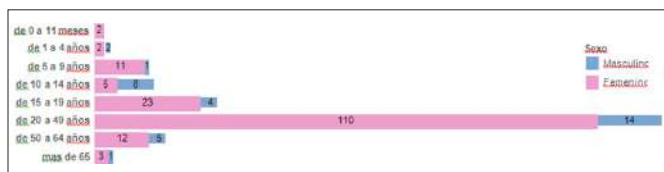


Fuente: SIVE – ALERTA

Fig. 1. Casos confirmados de Zika por provincia de domicilio, enero a marzo 2017

Este año, durante la primera semana de enero, se han reportado 27 casos sospechosos, aún no confirmados, de los cuales 8 son embarazadas. El Ministerio de Salud no proporcionó el boletín actualizado hasta la segunda semana de enero, como solicitó este Diario para el presente reportaje¹⁶

El primer contagio por virus del Zika en Ecuador se presentó en un menor de 4 años la última semana de diciembre del 2015. Desde entonces y hasta la primera semana de enero del año 2017, el virus del Zika ha afectado a 2.947 personas en todo el país, de las cuales el 67% son mujeres y el grupo de edad más afectado es de 20 a 49 años (Figura 1), el 88,7 % de las personas de ese grupo de edad son de sexo femenino.



Fuente: SIVE – ALERTA

Figura 1. Afectación por Zika según la edad

Según el primer boletín epidemiológico del Ministerio de Salud Pública (MSP) con información estadística sobre esta enfermedad, la mayoría de los casos se confirmaron porque el paciente provenía de un lugar en donde el virus circulaba activamente y un porcentaje menor se detectó a través de las pruebas de sangre y orina¹⁶.

Cuadro clínico

Por el momento no se conocen diferencias en cuanto al cuadro clínico de la infección por el virus de Zika entre las mujeres que están embarazadas y las que no lo están. La infección puede ser tanto sintomática como asintomática. Cuando cursa con síntomas, estos suelen aparecer unos días después de la picadura por un mosquito infectado. La mayoría de las embarazadas infectadas con síntomas presentan exantemas, a menudo maculopapulares y pruriginosos. Algunas padecen además fiebre, conjuntivitis, dolor articular, cefalea y cansancio. Estos síntomas, que suelen ser leves y tienden a desaparecer de manera espontánea, remiten al cabo de 2 a 7 días. En algunos casos, los exantemas pueden persistir hasta 14 días¹⁷.

Algunos países con transmisión activa del virus de Zika han notificado un aumento en la frecuencia de síndromes de tipo neurológico, entre ellos el síndrome de Guillain-Barré, trastorno que puede aparecer durante el embarazo. En consecuencia, es importante someter en el contexto de la transmisión del virus de Zika, a todas las mujeres aquejadas por el síndrome de Guillain-Barré o cualquier otra complicación neurológica, a las pertinentes pruebas de detección¹⁸.

Transmisión del virus del Zika durante en el embarazo (madre - feto)

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades – CDC-INFO¹⁹ una mujer embarazada puede transmitir el virus del Zika a su feto. La infección durante el embarazo puede causar defectos congénitos graves. Los CDC recomiendan un grupo de precauciones especiales que deben tomar las mujeres embarazadas: No deben viajar a ninguna región de Ecuador que esté por debajo de los 6 500 pies, para lo cual deben consultar un mapa virtual. Si tiene que viajar a alguna de estas áreas, hablar primero con su médico y seguir estrictamente las medidas para evitar las picaduras de mosquitos durante el viaje. Si el itinerario se limita en su totalidad a áreas que se encuentran por encima de los 6 500 pies, existe un mínimo riesgo de que contraiga la enfermedad por la picadura de un mosquito. Debido a que el Zika también puede contagiarse por vía sexual, se recomienda que si tiene una pareja que vive en Ecuador y ha viajado a zonas de riesgo, use condones o no tenga sexo (vaginal, anal u oral) o de compartir juguetes sexuales durante el embarazo. Finalmente se recomienda evitar las picaduras de mosquitos.

Los profesionales de la salud deben estar alertas a los hallazgos ultrasonográficos fetales, particularmente el tamaño cerebral y cefálico, al realizar estos exámenes en gestantes que residen o han visitado recientemente las áreas donde se conoce la prevalencia del virus Zika. La relación entre la infección por el virus de Zika y las malformaciones fetales sigue siendo objeto de investigación²⁰; no obstante, hay cada vez más pruebas de que el virus puede transmitirse de la madre al feto a lo largo de todo el embarazo²¹.

Evidencias de las descripciones de casos, sugieren que las mujeres con síntomas de la enfermedad deben ser sometidas a pruebas de la presencia del virus y, si se halla positividad, el feto debe ser evaluado por los potenciales efectos sobre el desarrollo cerebral. En la evaluación de un feto con microcefalia, deben considerarse las calcificaciones cerebrales, anomalías oculares y/o hipoplasias cerebelosa. Deben considerarse las pruebas maternas y de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del líquido amniótico para detección del virus zika²².

Hunein et al²³ reportaron 442 embarazos terminados en mujeres (edad media, 28 años; rango, 15-50 años) con evidencia de laboratorio de una posible infección reciente virus Zika, defectos de nacimiento potencialmente relacionados con el virus Zika se identificaron en 26 (6%; IC del 95%, 4 % -8%) fetos o recién nacidos. Hubo 21 bebés

con defectos de nacimiento entre 395 nacidos vivos y 5 fetos con defectos de nacimiento entre 47 pérdidas de embarazo.

Microcefalia

La microcefalia es una condición en la que el bebé tiene una cabeza que es más pequeña en comparación con otros bebés del mismo sexo y edad. Se considera que un niño tiene microcefalia cuando la circunferencia de la cabeza (también conocida como circunferencia occipitofrontal) es menor que un valor de corte específico comparado con los patrones de referencia de la circunferencia de la cabeza para niños o niñas de edad gestacional o posnatal equivalente. La circunferencia de la cabeza refleja el volumen intracraneal y es una medida importante (Cuadro 2) para controlar el crecimiento cerebral del niño.

Cuadro 2. Comparación de las normas de circunferencia de la cabeza - CGS e IG-21 de la OMS por sexo y edad gestacional.

Gesta	Gestational age (weeks)	Standard deviation	IG-21 size at birth (cm)	WHO Child Growth Standards		
BOYS	37	0	33.02	WHO CGS provides a single set of head circumference values from 37 weeks to 41 weeks and 6 days gestational age		
		-2 SD	30.54			
		-3 SD	29.12			
	38	0	33.47		0 SD = 34.5 cm	
		-2 SD	31.05			-2 SD = 31.9 cm
		-3 SD	29.67			-3 SD = 30.7 cm
	39	0	33.90		3rd percentile = 32.1 cm 1st percentile = 31.5 cm	
		-2 SD	31.54			
		-3 SD	30.19			
	40	0	34.31			
		-2 SD	32.00			
		-3 SD	30.68			
41	0	34.70				
	-2 SD	32.44				
	-3 SD	31.14				
GIRLS	37	0	32.61	WHO CGS provides a single set of head circumference values from 37 weeks to 41 weeks and 6 days gestational age		
		-2 SD	30.24			
		-3 SD	28.85			
	38	0	33.03		0 SD = 33.9 cm	
		-2 SD	30.73			-2 SD = 31.5 cm
		-3 SD	29.37			-3 SD = 30.3 cm
	39	0	33.41		3rd percentile = 31.7 cm 1st percentile = 31.1 cm	
		-2 SD	31.17			
		-3 SD	29.85			
	40	0	33.76			
		-2 SD	31.57			
		-3 SD	30.29			
41	0	34.08				
	-2 SD	31.94				
	-3 SD	30.68				

Fuente: OMS, 2016

La microcefalia puede ser causada por numerosos factores genéticos, incluyendo trastornos cromosómicos y metabólicos, y también por etiologías no genéticas²³, incluyendo infecciones congénitas, Exposición intrauterina a teratógenos, lesiones perinatales al cerebro en desarrollo y desnutrición severa. Dependiendo del momento del insulso, la microcefalia puede estar presente al nacer (congénita) o puede desarrollarse posnatalmente (adquirida).

Funcionarios de salud de Estados Unidos concluyeron que las infecciones con Zika en mujeres embarazadas pueden provocar microcefalia, una malformación congénita en la que el bebé nace con la cabeza más pequeña de lo normal, lo que puede causarle problemas graves en el desarrollo. La relación entre el virus y la microcefalia se hizo notoria por primera vez en Brasil, que ya confirmó más de 1 600 casos del trastorno congénito ligado a la infección con Zika en las madres durante la gestación²³.

Se informó de defectos de nacimiento en 16 de 271 (6%; IC del 95%, 4% y el 9%) mujeres asintomáticas embarazadas y 10 de 167 (6%; IC del 95%, 3% -11%) mujeres embarazadas sintomáticas. De los 26 fetos o recién nacidos afectados, 4 tenían microcefalia y sin neuroimagen reportado, 14 tenían anomalías cerebrales y microcefalia, y 4 tenían anomalías cerebrales sin microcefalia; anomalías en el cerebro reportados incluyen calcificaciones intracraneales, anomalías del cuerpo caloso, la formación de la corteza cerebral anormal, atrofia, ventriculomegalia, hidrocefalia y anomalías del cerebelo²³.

Los bebés con microcefalia (18/442) representan el 4% de los embarazos terminados. Los defectos de nacimiento fueron reportados en 9 de 85 (11%; IC del 95%, 6% -19%) embarazos terminados con síntomas maternos o exposición exclusivamente en el primer trimestre (o primer trimestre y el período periconcepcional), sin informes de defectos de nacimiento entre fetos o recién nacidos con exposición prenatal a la infección por el virus Zika sólo en el segundo o tercer trimestre del embarazo²³.

Varios informes de casos han demostrado que las mujeres que tenían fetos recién nacidos con anomalías cerebrales congénitas pueden ser debido a la infección por el virus del Zika, adquiriendo la infección en el primer o segundo trimestre del embarazo, según se determinó de acuerdo al conjunto de los síntomas y calendario de viaje desarrollado por la persona al visitar áreas donde el Zika es endémico. De igual forma se refiere que en Brasil han aumentado el número de casos de microcefalia durante el primer trimestre de la gestación, resultando esta etapa el periodo crítico para la infección²⁴.

Hay datos confiables limitados sobre la prevalencia de la microcefalia congénita. En todo el mundo, los registros de defectos de nacimiento informan tasas de microcefalia congénita que varían de 0,5 por 10 000 nacimientos (0,005%)

a 10-20 por 10 000 nacimientos (0,1 - 0,2%), basado en un corte de más de tres desviaciones estándar) Por debajo de la mediana para los estándares ajustados por edad y sexo e incluyendo los nacidos muertos y los embarazos terminados (pero excluyendo la microcefalia asociada con anencefalia o encefalocele). Aunque las diferentes causas de la microcefalia congénita pueden explicar una cierta variabilidad regional, los métodos para evaluar y medir la circunferencia de la cabeza en fetos y neonatos también pueden explicar algunas diferencias en la determinación de los casos (Michelle Griffin, comunicación personal²⁴).

La prevalencia combinada de microcefalia de la vigilancia europea de las anomalías congénitas (EUROCAT) entre 2008 y 2012 fue de 2,85 por 10 000 nacimientos (incluidos los nacidos vivos, las muertes fetales y los embarazos posteriores al diagnóstico prenatal), mientras que el Estudio colaborativo latinoamericano De las Malformaciones Congénitas (ECLAMC) estimó la prevalencia de la microcefalia congénita (<-3SD) en 1,98 por 10 000 nacimientos. La investigación de lactantes con microcefalia congénita en entornos de transmisión del virus Zika ha detectado la transmisión transplacentaria del virus Zika y, cuando el embarazo ha terminado o ha dado como resultado un parto fetal, el virus Zika se ha recuperado del tejido cerebral fetal²⁵.

Transmisión por vía sexual del virus del Zika

El virus del Zika es hasta la fecha el único flavivirus transmitido a través del contacto sexual, y la forma de transmisión puede ser más frecuente de lo que se pensaba anteriormente. Hasta el momento, se han documentado varones a varones²⁶ de hombres a mujeres²⁷ y de mujeres a hombres²⁸, y hasta 11 países han reportado transmisión sexual de esta enfermedad. Aunque la mayoría de los casos se han originado de hombres con antecedentes de transmisión sexual del virus.

La transmisión por vía sexual puede suceder al tener sexo vaginal, anal y oral, y al compartir juguetes sexuales, pudiendo transmitirse por esta vía incluso entre parejas estables. Los períodos durante los cuales mujeres y hombres pueden transmitir el virus del Zika por vía sexual son diferentes ya que el virus puede permanecer en el semen por más tiempo que en otros líquidos corporales.

La supervivencia del virus del Zika en el semen es todavía poco comprendida. Informes de viajeros que adquirieron esta enfermedad viral durante la visita a diversos países de América mostraron la existencia de este virus en el semen por periodos de 47, 62, 76 y 80 días. Recientemente, un caso de persistencia del virus Zika para 6 meses en semen ha sido descrito en un viajero que regresa de Haití a Italia²⁹. Coincidiendo esta referencia con los informes de detec-

ción prolongada de ZIKVARN en el semen, con la duración más larga informada hasta el momento de hasta 188 días después del inicio³⁰. Por otra parte Oliveira et al.³¹ expresaron que la infección por ZIKV de un caso importado de Venezuela se confirmó durante el período virémico 3 días después del inicio de los síntomas, con una duración de la infectación de varios meses.

Nisha et al.³² desarrollaron un experimento con el fin de estudiar la cinética del virus del Zika en ratones GA129 vasectomizados, observándose que sus fluidos seminales contenían partículas del virus con capacidad infecciosa a partir de los 7 días después de la inoculación, títulos de antígeno sostenidos en exámenes realizados a los 21 días y hasta los 58 días en que finalizó el experimento. En otro grupo de ratones machos no vasectomizados se identificaron antígenos del virus del Zika empleando la técnica de Inmunohistoquímica a partir del epitelio epididimal y de las células germinales. El ARN viral persistió en el semen de los animales en experimento más allá del final del periodo infeccioso y que la transmisión sexual ocurre en el 50 % de los apareamientos.

Para reducir el riesgo de transmisión sexual y de posibles complicaciones del embarazo en zonas endémicas se recomienda tener prácticas sexuales seguras, utilizando preservativos, o abstenerse de las relaciones sexuales durante el embarazo. Las mujeres que deseen quedar embarazadas deberán esperar al menos 8 semanas antes de intentar la concepción en caso de que no aparezcan síntomas de infección por el virus de Zika, o 6 meses en caso de que uno o ambos miembros de la pareja tengan síntomas³³.

Aspectos de la terapéutica recomendada

En las zonas donde exista alta prevalencia de enfermedades tropicales como dengue, chikungunya o zika, se deberá descartar la presencia de ellas previo a la administración de ácido acetil salicílico y suspender en caso de estar tomando³⁴.

Conducta terapéutica

- Reposo y aislamiento, para evitar la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus Zika con mosquitos del género *Aedes*, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica).
- Fiebre inicialmente se recomienda disminuir la fiebre de la gestante con medidas físicas (pañuelos húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia). Cuando las medidas físicas no sean efectivas, se deberán usar antipiréticos o analgésicos, El acetaminofén o paracetamol es el de primera línea.
- Dosis recomendada 500 mg VO cada 6 u 8 horas, se debe advertir sobre no sobrepasar los 4000 mg/día ya

que puede asociarse con daño hepático de la gestante.

- Prurito se debe realizar un tratamiento sistémico con anti-histamínicos tiene un elevado nivel de seguridad.
- Loratadina 5 a 10 mg VO cada 12 horas
- Hidratación se debe aconsejar a las pacientes ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la depleción por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles³⁴.

Conclusiones

El virus del Zika es un virus neurotrópico; característica descrita hace más de 60 años, sin embargo las investigaciones referentes a su influencia en el desarrollo fetal son aún incipientes.

El embarazo es una etapa especial en la vida de la mujer, donde el curso natural de la enfermedad cambia su patogenia, por lo cual se hace necesario el desarrollo de estudios que demuestren el verdadero impacto de este virus y sus consecuencias a largo plazo.

Referencias bibliográficas

- 1 Birmingham M. Países de las Américas se preparan frente al dengue, chikungunya y zika. "Jornadas de arbovirosis: dengue, chikungunya y zika. Preparación y respuesta de los países de Cono Sur" OPS/OMS. 2015. Buenos Aires. Disponible en: www.paho.org/arg/index.php.
- 2 Sirohi D, Chen Z, Sun L, Klose T, Pierson TC, Rossmann MG, .The 3.8 Å resolution cryo-EM structure of Zika virus. *Science* 2016; 352: 467–470.
- 3 Kuhn RJ, Zhang W, Rossmann MG, Pletnev SV, Corver J, Lenches E, et al: Structure of dengue virus: implications for flavivirus organization, maturation, and fusion. *Cell* 2002; 108: 717–725.
- 4 Zhang X, Ge P, Yu X, Brannan JM, Bi G, Zhang Q, et al: Cryo-EM structure of the mature dengue virus at 3.5-Å resolution. *Nat Struct Mol Biol* 2013; 20: 105–110.
- 5 Faizan M, Abdullah M, Sher A, Irshad HN, Anwar A. Shama P. (2016). Zika Virus-Induced Microcephaly and Its Possible Molecular Mechanism. *Intervirology*; 59:152–158. (452950).
- 6 Vázquez, H y González ME. 2016. Boletín temático en Medicina. Prensa Latina. Copyright 2016. Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A. Disponible en: https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=1157749217596914&id=973199979385173
- 7 OMS(a). Atención en el embarazo en el contexto del brote de virus de Zika: Orientación provisional actualizada. 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204617/1/WHO_ZIKV_MOC_16.2_spa.pdf
- 8 Serra M.A. Fiebre por virus Zika: una alerta necesaria. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2016. 15(1) Recuperado en 05

- de abril de 2017, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100001&lng=es&tlng=es.
- 9 Dick GWA, Kitchen SF, Haddow AJ. Zika virus. II. Pathogenicity and physical properties. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1952;46(5):521-34.
 - 10 Dick GW & Macnamara F. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1952;46(5):509-20.
 - 11 OMS (b). Screening, assessment and management of neonates and infants with complications associated with Zika virus exposure in utero. Rapid Advice Guideline. 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204475/1/WHO_ZIKV_MOC_16.3_eng.pdf
 - 12 Yakob L, Walker T. Zika virus outbreak in the Americas: the need for novel mosquito control methods. *Lancet Glob Health* 2016; 4(3):e148-9.
 - 13 Carvajal AC, Peña SO, Oletta JF. Infección por Virus Zika (VZIK): Arbovirosis emergente en las Américas. *Med Interna (Caracas).* 2015;31(1):8-15.
 - 14 Catillo-García S, Bistel-Expósito R, Díaz-Gonzales M, GalindoSantana B, Toledo-Rodríguez I. El virus Zika se propaga en América Latina. *BOLIPK.* 2015;25(46):362.
 - 15 MSP. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera. Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
 - 16 MSP. Gaceta Zika, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 2017. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/GACETA_ZIKA_SEI1.pdf.
 - 17 Brasil P, Calvet GA, Siqueira AM, Wakimoto M, de Sequeira PC, Nobre A, et al. Zika Virus Outbreak in Rio de Janeiro, Brasil: Clinical Characterization, Epidemiological and Virological Aspects. *PLoS Negl Trop Dis* 2016; 10(4).
 - 18 World Health Organization (WHO). Prevention of sexual transmission of Zika virus. Interim guidance update. 7 June 2016. WHO/ZIKV/MOC/16.1 Rev.2. Geneva: WHO; 2016. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204421/1/WHO_ZIKV_MOC_16.1_eng.pdf?ua=1
 - 19 CDC-INFO. (2016). El virus del Zika en Ecuador. Atlanta, USA. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/es/travel/notices/alert/zika-virus-ecuador>.
 - 20 Tetro JA. Zika and microcephaly: causation, correlation, or coincidence? *Microbes Infect* 2016.
 - 21 Besnard M, Lastere S, Teissier A, Cao-Lormeau V, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia. Diciembre de 2013 y febrero de 2014. *Euro Surveill* 2014; 19(13).
 - 22 Botell ML y Bermúdez MR. (2016). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 42, Núm. 3. Disponible en: <http://revginacobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/83/81>.
 - 23 Hunein MA, Dawson AL, Petersen EE, Jones AM, Lee EH, Yazdy MM, Ahmad N, Macdonald J, Evert N, Bingham A, Ellington SR, Shapiro-Mendoza CK, Oduyebo T, Bellas AD, Marrón CM, Sommer JN, Gupta J, Cavicchia P, Slavinski S, Blanco JL, Owen SM, Petersen LR, Boyle C, Meaney-Delman D, Jamieson DJ. Birth Defects Among Fetuses and Infants of US Women With Evidence of Possible Zika Virus Infection During Pregnancy. *JAMA.* EE.UU. 2017; 317 (1): 59-68.
 - 24 Sonja A., Rssen M.D., Denise J., Jamieson M.D, Margaret A. Honein M.P, and Lyle R. Petersen. (2016). Zika Virus and Birth Defects — Reviewing the Evidence for Causality. *Rev. The new England Journal of Medicine* (20): 374.
 - 25 Moureau G, Temmam S, Gonzalez JP, Charrel RN, Grard G, de Lamballerie X. A real-time RT-PCR method for the universal detection and identification of flaviviruses. *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2007;7(4):467-77.
 - 26 Deckard DT, Chung WM, Brooks JT, Smith JC, Woldai S, Hennessey M, et al. Male-to-male sexual transmission of Zika Virus – Texas, January 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65:372–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27078057>
 - 27 Frank C, Cadar D, Schlaphof A, Neddersen N, Günther S, Tappe D. Sexual transmission of Zika virus in Germany. *Euro Surveill.* 2016;2016:2–5.
 - 28 Davidson A, Slavinski S, Komoto K, Rakeman J, Weiss D. Morbidity and mortality weekly report suspected female-to-male sexual transmission of Zika virus —New York City, 2016. *Early Release.* 2016;65:716–7.
 - 29 Nicastrì E, Castilletti C, Liuzzi G, Iannetta M, Capobianchi MR, Ippolito G. Persistent detection of Zika virus RNA in semen for six months after symptom onset in a traveller returning from Haiti to Italy, February 2016. *Euro Surveill Bull Eur sur les Mal Transm = Eur Commun Dis Bull.* 2016;21:1–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27541989>.
 - 30 Gabriela PB, Rosenberg E, Doyle K, Munoz JJ, Santiago GA, Klein L, Pérez JP, Medina FA, Waterman SH, García GC, Alvarado LI and Sharp TM. Persistence of Zika Virus in Body Fluids. *The New England Journal of Medicine.* 2017; 2:1-9.
 - 31 Oliveira S, Cancho A, Gascón BJ, Mestres AP, Munoz J, Gutiérrez A, Martínez YM. Persistence of Zika virus in semen 93 days after the onset of symptoms. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.10.009>.
 - 32 Nisha K. Duggal, Jana M. Ritter, Samuel E. Pestorius, Sherif R. Zaki, Brent S. Davis, Gwong-Jen J. Chang, Richard A. Bowen, Aaron C. Brault. Frequent Zika Virus Sexual Transmission and Prolonged Viral RNA Shedding in an Immunodeficient. *Mouse Model Cell Reports.* Volumen 18, Número 7, 2017 14 de febrero de Páginas 1751-1760
 - 33 Gil T. S, Sánchez GA, Reques L, Suárez B, García JA, González P, García L, Amela C, Sierra M, Simón F. (2016). Evaluación rápida del riesgo de transmisión de enfermedad por el virus Zika en España. *Rev Enf Emerg* 2016;15(1):13-21.
 - 34 Tova-Herrera OE, Villanueva-Segura OK, Dávila JM, Gomez-Govea MA, Medina-Sanchez A, de Jesús Zamudio-Osuna M, et al: Brief description of Zika virus. *Artrópodos y Salud* 2016;3:13–20.

CUERPO Y GÉNERO EN LA EDUCACIÓN MÉDICA¹

Diana Milstein

Doctora en Antropología Social, Universidad Nacional del Comahue y CIS-CONICET-IDES

Viviana Mazur

Especialista en Medicina General y Familiar. AMES - Asociación Metropolitana de Equipo de Salud

Introducción

En el año 2011 se puso en marcha una carrera de Medicina con “currículo innovado”^[1] en la Universidad Nacional de La Matanza, situada en San Justo, conurbano bonaerense, Argentina. La innovación se planteaba en varias dimensiones del proceso de formación de los médicos y las médicas. En particular, algunos aspectos eran centrales desde el comienzo de la implementación, entre los cuales se ponderaban el proceso de enseñanza y aprendizaje centrado en los y las estudiantes, la incorporación de las metodologías de “aprendizaje basado en problemas y en casos” desarrolladas con pequeños grupos tutoriales, la orientación comunitaria sostenida por prácticas pre profesionales desde el segundo mes del primer año, la implementación de prácticas reflexivas semanales en pequeños grupos, la organización de equipos docentes en Unidades y Escenarios de Aprendizaje (en lugar de materias o disciplinas) y el trabajo integrado de los equipos docentes. Este conjunto de modalidades innovadoras en la formación, impactaron a los docentes -en su mayoría profesionales de la salud y sobre todo médicos y médicas-, a los y las estudiantes y a los integrantes de los equipos de salud que se desempeñaban en las instituciones en que se desarrollaban las prácticas pre profesionales.

Conjuntamente con el inicio de la carrera, en junio del 2012, junto a un equipo de docentes de la carrera comenzamos a trabajar en un proyecto de investigación^[2] que apuntaba a problematizar los procesos de cambio que se

intentaban producir en la formación básica de estudiantes de esta carrera. Optamos por observar y registrar la cotidianeidad del enseñar y aprender en la mayor cantidad de lugares y momentos posibles -participando de clases, reuniones, encuentros junto a estudiantes y colegas, incluyendo el registro de las propias clases- para estudiar las experiencias educacionales innovadoras y los debates generados como parte de la implementación de la carrera. Para el estudio se optó por el enfoque etnográfico, lo que permitió contar con registros de diálogos, reuniones, situaciones de clases y encuentros tanto en el espacio de la universidad como en otros a los que concurrían estudiantes y docentes. Los resultados de ese primer período de trabajo con los registros mostraron que las formas en que se presentaban las referencias a los cuerpos por parte de los y las estudiantes eran particularmente sorprendentes cuando no se vinculaban con los contenidos de las asignaturas. De manera similar, la perspectiva de género emergió en instancias de reflexión con las y los estudiantes de maneras imprevistas.

Cabe destacar que en esta carrera entre el 60 y el 70% del estudiantado son mujeres. Además, en los primeros años de la carrera, también el porcentaje de docentes mujeres llegaba al 50% y varias de ellas tenían militancia reconocida y recorridos que mostraban una sensibilidad particular con la perspectiva de género, así como la sensación colectiva de haber encontrado en esta carrera un espacio socializador marcado por el género. Si bien no tomamos este dato como determinante, entendemos que forma parte de un contexto favorable para que cuerpo y género irrumpieran de maneras sorprendentes en algunas clases. Además, ambos tópicos están poco frecuentados en los debates sobre innovaciones en educación médica y muy concurridos en los estudios sociales de la salud y la enfermedad.

¹ Publicado con permiso de la Revista Topía y a solicitud de las autoras. Publicación original: Milstein, Diana y Mazur, Viviana: “Cuerpo y género en la educación médica”, Revista Topía, Junio 2017. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/cuerpo-y-genero-educacion-medica>

En este trabajo, intentamos mostrar cómo irrumpen una concepción social del cuerpo en la formación de médicos y médicas y cómo la perspectiva de género ilumina una dimensión estratégica en dicha formación. A través del relato de situaciones de clase de “Campo” durante “prácticas reflexivas” desarrolladas con estudiantes de primero y segundo año, mostraremos procesos de reconocimiento del cuerpo de los otros, que se diferencian y/o espejan los cuerpos propios para detenernos en los modos en que fueron presentados los pudores y las asimetrías de género. Esto nos da lugar a plantear dos niveles de discusión que articularían la feminización del estudiantado en Medicina y una crítica a las formas innovadas de enseñanza en esta carrera.

Campo” y “prácticas reflexivas”: breve descripción de esta modalidad de estudio y trabajo

“Campo” es el nombre que tenían en el currículum de esta carrera de Medicina las prácticas pre profesionales o prácticas en terreno. Esa denominación intentaba caracterizar la modalidad que asumía en el proceso de formación básica – durante los primeros tres años de la carrera. Se buscaba que “Campo” se desarrollara como un escenario de aprendizaje en el que los docentes ocuparan posiciones más cercanas a la coordinación, la orientación, la organización, la planificación, que al dictado de clase. Y los estudiantes asumieran centralidad y protagonismo en su proceso de aprendizaje. De ahí que estudiantes y tutores/as concurrían a encuentros de “Campo”, diferenciándolos de las clases. El equipo docente estaba constituido por un equipo de coordinación que organizaba la tarea de tutores y tutoras y cada uno de ellos trabajaban con grupos de aproximadamente diez estudiantes. Las actividades se desarrollaban en su mayoría en centros de salud, hospitales y otras instituciones barriales vinculadas a la salud de los vecinos y vecinas como las escuelas, centros de jubilados, sociedades de fomento, entre otras. Desde la quinta semana de clases y hasta un mes antes de finalizado el curso anual, los grupos de estudiantes realizaban las actividades, acompañados por un tutor o tutora que pertenecía al equipo de salud de un efector del subsistema público de salud. Los y las tutoras se incorporaban también como docentes de la carrera y recibían una formación en educación médica innovada, de la que participaban los docentes de todas las disciplinas, y una formación específica como tutores de “Campo” que acompañaba la actividad con los y las estudiantes durante el primer cuatrimestre.

El programa de “Campo” incluía actividades teórico-prácticas orientadas a que los y las estudiantes integraran conocimientos formales fundantes de la práctica médica con la adquisición de experiencias, a articular múltiples formas de pensar y de conocer, a conformar equipos de estudio y trabajo y a aprender distintas facetas del trabajo

de los médicos: defensor de derechos, educador, promotor, investigador y, por supuesto, clínico-asistencial.

Se buscaba también que los y las estudiantes desarrollaran capacidades para describir, analizar y criticar prácticas médicas insatisfactorias -biologistas, normalizadoras, discriminatorias, etc.-, así como sus propias prácticas como estudiantes en los centros de salud, hospitales, escuelas, etc., para reaccionar con propuestas sobre las mismas. Este último aspecto se trabajaba específicamente en el espacio denominado “práctica reflexiva”, nombre adoptado siguiendo a Donald Schön (1992), que se desarrollaba durante la última hora de cada encuentro de “Campo”. Tomamos de Schön su concepción de reflexión como modalidad de conocimiento que orienta la acción, sostenida en la noción de pensamiento reflexivo desarrollada por John Dewey (1989)[3]- y su propuesta de aplicación en la formación y la educación permanente de profesionales –médicos/as, educadores/as, arquitectos/as. Propone la necesidad de desarrollar el pensamiento práctico a través de tres fases: conocimiento en la acción, reflexión en y durante la acción y reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción. Si bien las tres fases son consideradas en conjunto y están concatenadas, en la última se concreta la práctica reflexiva, es decir el análisis a posteriori de las acciones realizadas –que incluyen el pensamiento en acción. En esta última fase, según el modelo de Schön, se ponen en consideración, de manera individual y colectiva, las características de las situaciones experimentadas como problemáticas, los procedimientos que estuvieron en juego al definir el problema, la elección de objetivos y medios, así como la intervención de cada uno en las acciones, las formas en que se pensó durante las acciones, las teorías implícitas, las creencias y, por supuesto, las formas de representar la realidad vivida por el/la profesional quienes se están formando como profesionales. Así, la reflexión parte de algo vivido, del estar ahí, del estar-en-el-mundo, de los juicios previos (pre-juicios) que guían nuestra actuación con el mundo. En su conjunto, éstos son materia prima para el proceso reflexivo. Se organizan como objetos de la reflexión que siempre son conocidos por los sujetos que eligen reflexionar sobre ellos. A esta noción la enriquecimos en diálogo con el concepto de reflexividad en debate en la investigación social, sobre todo desde la década de 1980 del siglo pasado. En particular, resultaron enriquecedores los aportes de la corriente afín a Pierre Bourdieu, a Donna Haraway y a Rosana Guber. De Bourdieu (2003) tomamos la necesidad de incorporar a los relatos: condiciones personales (género, edad y generación, nacionalidad, etc), posiciones profesional y académica, circunstancias institucionales y las modalidades del logocentrismo de las y los protagonistas de la situación que se toma como objeto. Los aportes de Donna Haraway (1988) nos permitieron desarrollar un trabajo sostenido con tutores/as y estudiantes que atendiera a lo que esta autora denominó “conocimiento situado”, tópico que desarrollamos en el próximo apartado. Y de los trabajos de

Guber la comprensión de “la reflexividad como la capacidad social de crear el orden del que se habla” (2014:22), y, por lo tanto, como un rasgo de cualquier forma de relato descriptivo de la realidad, tanto lego como académico.

Este fue, en términos generales, el punto de partida para diseñar y poner en práctica las prácticas reflexivas semanales que se desarrollaban al final de cada encuentro semanal de “Campo” en la carrera de Medicina de la UNLaM entre 2012 y 2014[4]. Así, la hora final de cada encuentro se intentaba destinar a estimular y habilitar los procesos de transformación de experiencias en conocimientos, habilidades, actitudes y valores, a través del relato de los sucesos que generaban dudas, perplejidades, asombros, desconciertos, confusiones, enojos, indignaciones, satisfacciones[5]. Los relatos operaban como primeras instancias de objetivación que generaban la fase de problematización en la que todos y especialmente el/la protagonista planteaban preguntas para entender qué había provocado esa perplejidad, asombro, etc. y ayudaban a transformarlos sucesos en problemas a resolver. Este tipo de problemas que se formulaban en las prácticas reflexivas no respondían a causas. Intentábamos reducir lo máximo posible las preguntas por el “por qué” y maximizar las preguntas por el “cómo” y por los significados. Las preguntas por el significados resultaban muy productivas porque ayudaban a localizar las problematizaciones en campos temáticos y buscar bibliografía de campos académicos, que ampliara las perspectivas y miradas sobre las cuestiones que preocupaban. A su vez, preguntar por significados otorgaba a los/las propios/as protagonistas autoridad sobre los conocimientos que comenzaban a ponerse en juego para construir los problemas. Las prácticas reflexivas daban lugar a un encuentro de miradas, relatos, preguntas que proporcionaba una mayor magnitud a la vivencia experimentada como individual y local. La circulación de las experiencias tendía a constituir un espiral en el que la práctica se iba problematizando en una constante articulación de realidades, conocimientos y visiones que colectiva e individualmente se vinculaban entre sí. Así, la producción de conocimiento alcanzaba una dinámica particular y situada.

Se aspiraba a que las prácticas reflexivas constituyeran la instancia que permitiera enriquecer una articulación teórico-práctica e incorporar –en el sentido de hacer cuerpo– desde el inicio de la formación, que las experiencias pre-profesionales implican y suponen procesos de transformación, que nunca son completamente individuales, sino sociales y por eso mismo siempre, en mayor o menor medida, son colectivas y producen un impacto social. Enseñar y aprender así, daba lugar a comprender las experiencias como formas de volver inteligible aspectos de la realidad; de crear las mejores condiciones posibles para entender la realidad, de contar con interpretaciones -producidas por un ejercicio de reflexividad- que nunca son ajenas a dicha realidad, sino que la constituyen. Así intentábamos desen-

volver otra forma de hacerse médico/a, ya que contábamos con prácticas pre-profesionales como en otras currículas innovadas, y éstas se verían potenciadas con una producción genuina de conocimiento que facilitarías miradas integrales e integradoras de las prácticas en salud.

“Campo” y conocimiento situado

“Campo” era el espacio en el que se presentaba la posibilidad de poner en acción, materializar, la articulación entre los conocimientos teóricos y prácticos junto con la problematización de las perspectivas que pretendían la supremacía de la teoría sobre la práctica o de la práctica sobre la teoría. Las prácticas preprofesionales en las carreras de Medicina de las currículas innovadas como la de la UNLaM, tienen como parte de sus propósitos lograr que la formación de los futuros médicos esté implicada con la problemáticas de salud de la comunidad. Se aspira a que la formación esté estrechamente ligada a la resolución de los problemas de salud que aquejan a una población. Se procura una comprensión profunda de la forma en la que el proceso salud/ enfermedad/atención/cuidado se desarrolla, a través de la experiencia concreta, a partir de palpar, sentir y hasta padecer, lo que la comunidad trae y refiere en su proceso de atención. Asimismo, se busca que los y las integrantes de los equipos de salud que reciben a las y los estudiantes también sean impactados con estas experiencias y, por ejemplo, vayan produciendo modificaciones que apunten a incorporar actitudes más ligadas al respeto, la escucha, la promoción de la salud. Es decir, una educación médica orientada desde una perspectiva de derechos, en coincidencia con los planteos de OMS y OPS (OMS, 2001; Macinko y otros, 2007; OPS, 2011) que trasmiten la preocupación por el atraso en el cumplimiento de los objetivos de la Atención Primaria de la Salud, y la necesidad de incidir sobre las instituciones de salud para transformarlas. Esto requiere que los servicios puedan internalizar miradas y prácticas centradas en la comunidad, pero el tránsito requiere una movilización de los servicios de salud, que permita problematizar y modificar esas prácticas. La presencia de los estudiantes que se forman en esos mismos servicios, provocando situaciones que cuestionan y ponen en juego otras observaciones, genera condiciones para que esas transformaciones puedan realizarse. Entre los roles que los estudiantes de medicina debían desarrollar en campo se encontraba la de ser promotores de derechos. El análisis de las situaciones que se vivían, muchas veces de vulneración, requería de la puesta en cuestión de los conceptos previos, así como de la elaboración de nuevos conceptos, que generaran a su vez nuevos conocimientos.

En el caso que estamos analizando nos proponíamos también que la experiencia en “Campo” permitiera, tanto a tutores como a estudiantes, comprender que los conocimientos médicos que circulaban en las instituciones sanitarias, educativas, barriales, etc. en las que participaban, se entendieran como parte de las situaciones y las relaciones –siempre

desiguales y jerárquicas- en las que se producían y utilizaban, y que dichos conocimientos no quedaran reducidos al saber biomédico.

Nos interesaba que en las sesiones de “Campo” se hiciera visible que los saberes vuelven inteligible aspectos y relaciones de la realidad en la medida en que los reconocemos y tratamos como “situados” y, que el conocimiento encuadrado dentro de la denominada biomedicina no se entienda como un simple resultado de la objetividad de la ciencia, sino del “objetivismo científico”, en los términos de Haraway (1988, 1995). El adjetivo “situado” condensa una crítica a la ilusión objetivista de la ciencia occidental y una posición epistemológica y política que apunta a mostrar la imposibilidad de sostener la noción de conocimiento en abstracto, ya sea concebido desde visiones holísticas o relativistas. Tanto unas como otras las considera “*trucos divinos* que prometen, al mismo tiempo y en su totalidad, la visión desde todas las posiciones y desde ningún lugar, mitos comunes que rodean la Ciencia” (Haraway, 1995: 329). El conocimiento se produce y reproduce siempre en relaciones sociales y encarnado en sujetos: “desde un cuerpo, siempre un cuerpo complejo, contradictorio, estructurante y estructurado” (Haraway; 1995: 335). Se concreta localizándolo, posicionándolo, es decir, aceptando la parcialidad –ni la relatividad ni la totalización- que se produce en las distintas situaciones, como condición para aspirar a un conocimiento racional. De ahí que las perspectivas y puntos de vista se constituyen en la posibilidad de acceder a una “búsqueda objetiva, sostenida y racional” de conocimiento y “la racionalidad [de la Ciencia Occidental] es sencillamente imposible, una ilusión óptica proyectada de manera comprensiva desde ninguna parte” (Haraway, 1995: 333).

Cuerpo y género: temas poco frecuentados en Educación Médica

Los debates acerca de la Educación Médica se han extendido en varios temas de interés. Entre estos, si bien se han discutido los espacios que ocupan en la enseñanza “la teoría y la práctica” y sus formas de articulación, poco se ha dedicado a pensar sobre la superioridad que han adquirido los sistemas abstractos de representación del conocimiento, como la ciencia, sobre otros sistemas de representación más directamente vinculados a la experiencia, muchas veces denominados saberes. Los sistemas abstractos –aceptados como Conocimiento-han alcanzado su lugar de relevancia y de verdad sobre otros, imponiéndose por el hecho de ser abstractos y distanciándose de las experiencias que están en su origen. Como uno de los resultados de este proceso de jerarquización, estos conocimientos se transmiten haciendo poca o ninguna mención a las experiencias, y quienes aprenden, incorporan modelos, fórmulas, protocolos, alejados del saber empírico que permitió diseñarlos y sistematizarlos. Esto inclusive ocurre con saberes ligados directamente a la práctica en salud y

tiende a producir que para los sujetos, “el conocimiento aparezca a menudo como producto de una forma incorpórea de ejercitar la razón, que acontece como externalidad del sujeto corpóreo en un ambiente desencarnado en el que habita, solo, el *logos* (Pedraza, 2010:48)[6]. Esta exclusión del cuerpo de su participación activa y protagónica en los procesos vinculados a pensar, conocer y entender, es parte de la tradición moderna que generó una forma novedosa de escisión entre el cuerpo y la mente y provocó la generación y naturalización de múltiples formas de dicotomía (físico-mental, naturaleza-cultura, objetos-sujetos, pensamiento- emoción, percepción-razón, etc.) en las que está implicada la *extrañeza* con nuestros cuerpos.

Sin embargo “la verdadera *extrañeza* consiste en haber sustentado por tanto tiempo una imagen de nosotros mismos como *escindidos* del mundo, encerrados en la actividad incorpórea, des- contextualizada, desraizada, des-relacionada de una mente solitaria, de un sujeto desencarnado. Aquello que debería causarnos *extrañeza*, perplejidad, es la idea de concebir que nuestro cuerpo, fuente primera y primigenia de relación con el mundo en tanto locus primario de sensaciones, emociones, afecciones, perspectivas, contactos, intuiciones, nada tiene que ver con nuestro ser-en-el-mundo, con nuestro modo de habitar un mundo en permanente amalgama, interacción y mutuo reflejo con el mundo y los otros (Arnao, 2013:61).

Muchos de los encuentros en “Campo” y, sobre todo, durante sesiones de “prácticas reflexivas”, pusieron en evidencia que para nuestros estudiantes sus cuerpos eran fuente de pensamiento y conocimiento y que era posible poner en palabras esta manera de pensarse y pensar a los otros. Un ejemplo interesante ocurrió en 2013 con una estudiante de segundo año de la carrera. Durante el desarrollo de una práctica reflexiva comentó que estando en una consulta que desarrollaba una pediatra, ella notó que la mamá del niño que estaba siendo atendido tenía lesiones en la cara secundarias a golpes. La estudiante le hacía señas a la médica para que se fijara en la cara de la mujer, esperando alguna intervención. Pero la médica no hizo caso a sus esfuerzos. Cuando la mujer con el niño se van del consultorio ella le pregunta si no debería haber preguntado algo sobre los golpes, y la médica responde “no, si abro el tema no termino más ...” Ante esa respuesta la estudiante dijo: - “me quedé paralizada y sin palabras. Me sentí mal, con náuseas, mareada, no podía quedarme en el consultorio”. Tiempo después, en otra oportunidad en que se discutía grupalmente con una tutora cuestiones referidas a violencia de género, esta estudiante evocó esta escena y comprendió que el malestar que había sentido en su cuerpo había sido expresión de esa sensación de parálisis que le había causado su no intervención en consultorio en aquella oportunidad. Ella dijo: - “sentí en mi cuerpo la repulsión que me había generado la indiferencia de la médica y la violencia que debía sentir la mujer, la mamá de la nena. Pero no me di

cuenta en el momento, que era por eso... recién ahora veo que podría haber hecho otra cosa, puedo pensarlo". Así, en esta situación y tantas otras, experimentaban y ponían en acción la capacidad que tienen nuestros cuerpos para participar activamente en la creación y recreación de significados sociales, en este caso incorporando la perspectiva de género para comprender una situación de violencia de género en la que se implicó una relación de poder entre mujeres y un niño: la médica, la estudiante de medicina, la mamá y su hijo.

La perspectiva de género en el conocimiento propone una "mirada" social y política, que lejos de introducir el sexo como variable de análisis o desglosar los resultados por sexo, propone pensar cómo esas diferencias biológicas, y planteadas desde un binarismo absoluto, reflejan y refuerzan un sistema de poder, de jerarquías, que impactan en las formas de transitar por la vida. Desde esta perspectiva, esta "mirada" está siempre presente en los saberes, las metodologías y los objetos de estudio relacionados con los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado y de la atención/servicios sanitarios.

Las inequidades en salud se sostienen a través del aprendizaje que los sujetos hacemos sobre la feminidad o masculinidad hegemónica, basada en las relaciones de autoridad y poder existentes, en relación con otras variables tales como sexo, clase, edad, entre otras. En ese sentido, género es un elemento estructural y no solamente un conjunto de roles útiles para que los estudios individualicen y oculten o desdibujen problemas.

Salud y sistemas de clasificación según género son construcciones y producciones culturales que atraviesan las prácticas y los discursos biomédicos marcados por perspectivas androcentradas, etnocentradas, adultocentradas y clasistas. Los estudios sobre ciencia y género que emergen en las ciencias sociales desde los años 70 del siglo pasado han mostrado cómo la Ciencia está cargada de valores de género que originan formas de androcentrismo científico. En primer lugar, el hecho que las preconcepciones acerca del género, también compartidas por los científicos, se extienden en los estudios científicos provocando efectos de naturalización de procesos biológicos según categorías y formas de clasificación culturales, tal como argumenta de manera clara y contundente Emily Martin (1991). En segundo lugar, mostró que los científicos como sujetos cognoscentes, lejos de ser individuos que pueden imaginarse como neutrales e incontaminados –tal como han sido pensados por las Epistemologías occidentales- son sujetos histórica y geográficamente situados, cuyos razonamientos, intereses, emociones y sensaciones son aspectos indisolubles de los resultados del conocimiento que producen. Más aun, siguiendo a Helen Longino (19) se trata de atender a grupos formados por sujetos quienes construyen colectivamente el conocimiento y, por lo tanto, el contexto en

el que se construye forma parte de los resultados. En segundo lugar, Sandra Harding (1996) plantea la crítica a las formulaciones de "objetividad" y "verdad" en la Ciencia como resultado de una perspectiva que ha privilegiado la posición de la perspectiva masculina por su posición de poder en la estructura social. Esto ha dado lugar a planteos que incluyen en esta posición de poder, además las diferencias de género, las de raza, orientación sexual y clase. Cabe aquí retomar el concepto de "conocimiento situado" (Haraway, 1995) que ofrece una alternativa para repensar los criterios de "objetividad" y "verdad" sin privilegiar perspectivas desde posiciones de poder o subalternidad, sino incorporando dichas posiciones y las relaciones de poder a la validación y la legitimación de conocimientos. Las prácticas y los discursos biomédicos sostenidos en gran parte por los criterios de "objetividad" y "verdad" de la Ciencia, también atraviesan las prácticas y los discursos de la educación médica, inclusive la innovada. Esto es así, en tanto los discursos y las prácticas biomédicas son sostenidos y reconocidos como devenidos de un "conocimiento autorizado" ("authoritative knowledge") que opera, en la mayor parte de los casos, "como la fuente fiable de conocimiento, porque parece natural, razonablemente construido por consenso" (Jordan, 1997:57). Jordan argumenta también, que el reconocimiento a la autoridad que goza este tipo de conocimiento no deriva del hecho de ser correcto, sino del status que goza dentro de un grupo social particular y de la función que cumple para mantener la definición de moralidad y racionalidad de dicho grupo. (Jordan, 1997:58).

Una dimensión que debemos tomar en cuenta en este último sentido referido a la definición de moralidad y racionalidad es que "parte de la legitimidad de la medicina moderna proviene del establecimiento de un sistema de formación universitaria, por el cual los médicos fueron organizados y formados como grupo profesional (Starr en Bellón Sánchez, 2015:100). Esto permitió y continúa posibilitando no solamente la desautorización y deslegitimación de otras prácticas y discursos médicos –aunque sean utilizados y den buenos resultados- sino también la desautorización y deslegitimación del conocimiento que producen y reproducen estudiantes de Medicina –así como de otras profesiones dentro de las Ciencias de la Salud- hasta tanto sean admitidos por la comunidad profesional como Médicos/as.

De ahí que, las perspectivas androcentradas, etnocentradas, adultocentradas y clasistas también se reproducen en las prácticas y los discursos destinados a educar a médicos y médicas y en escasas oportunidades se tiende a estimular la reflexión sobre el monopolio de las concepciones del saber biomédico, los estereotipos de género que influyen en la construcción de dicho saber y las relaciones de poder que se dan entre los/las profesionales de la salud y las mujeres, así como con niños, niñas y varones en situaciones de clase y étnicas subalternizadas

Las dos situaciones que relatamos en el próximo apartado dan cuenta de las posibilidades que se abren cuando se producen estas oportunidades. Su descripción, análisis y discusión intentan mostrar cómo el cuerpo y el enfoque de género emergieron como ejes para problematizar temas que en la formación médica –inclusive en las que tienen tendencia innovadora- se enseñan como parte de “las formas incorpóreas de ejercitar la razón”, en los términos de Pedraza (2010). Dando continuidad a los aportes de las teorías feministas intentaremos mostrar que no son realmente incorpóreas, sino que su corporeidad se construye con valores asignados a los géneros y por lo tanto, la razón y la emoción son valores distribuidos diferencialmente según los géneros.

Cuerpo y género. Temas muy frecuentados en las “prácticas reflexivas”

La primera situación sucedió en junio de 2014 durante una sesión de “práctica reflexiva” en la que participaban alrededor de 40 estudiantes de segundo año, y tres tutoras.

En el comienzo de la sesión de trabajo, las tutoras percibieron malestar entre los y las estudiantes. Estaban en silencio y notaban dificultades para presentar relatos de alguna situación vivida durante las actividades en los centros de salud a los que asistían. Una vez cada quince días, la sesión de “práctica reflexiva” se desarrollaba en la sede de la Universidad entre los estudiantes de varias comisiones con el fin de compartir experiencias y enriquecer análisis. Eran sesiones difíciles para las y los tutores porque era complicado coordinar la conversación y las sesiones solían quedar reducidas a que alguno por grupo narrara algo de lo realizado en su lugar, con poca escucha por parte de los integrantes de los otros grupos y con pocos comentarios y propuestas de análisis. En esta oportunidad, una tutora decidió hacer una propuesta para estimular una sesión más activa y participativa. *Representen una escena que los haya conmovido/impactado*”- dijo, dirigiéndose a los estudiantes.

La consigna movilizó a todos –dialogaban, se reían, se movían en sus asientos- y dos estudiantes mujeres se propusieron para dramatizar lo que les había sucedido cuando participaron en el consultorio del pediatra en el centro de salud.

Acomodaron las sillas para organizar un espacio para la escena. Un estudiante representó al médico y las dos estudiantes, el papel de estudiantes. Mientras actuaban, contaban lo que había sucedido con la paciente, su madre y sus hermanos, porque los personajes de la niña que era atendida, su madre y sus hermanos menores no fueron actuados. A través de esta representación de lo vivido, más hablada que actuada, contaron que el médico hizo desvestir a una niña de 11 años, prepúber, para mostrarles a las estudiantes los estadios de Tunner [7]. En la consulta la mamá se mantenía lejos y como mirando hacia otro lado, como incómoda,

pero sin poder decir nada. Uno de los hermanitos se distraía, jugaba, miraba hacia otro lado, y estos comportamientos no parecían casuales, de acuerdo a lo que las estudiantes observaron. Más bien parecía estar activamente intentando salir de la escena entre el médico, la niña y las estudiantes. La niña miraba hacia el piso parecía tener mucha vergüenza y estar sufriendo. Las estudiantes actuaban su incomodidad, no sabían a donde mirar y no encontraban la manera de salir, de no estar allí, estaban rígidas, se miraban entre ellas y no hablaban. Y de acuerdo a la expresión de ellas, *la niña había sido convertida de sujeto en objeto.*

Finalizada esta dramatización que duró 3 o 4 minutos y mientras las estudiantes protagonistas se acomodaban en sus sillas, se produjeron diálogos. Enseguida una de las tutoras propuso que las protagonistas hablaran de la incomodidad que habían sentido en la consulta. Ellas dijeron que querían salir de “esa escena”, la real, y no pudieron. Contaron que sintieron *parálisis ante la violencia que les generaba el avasallamiento del cuerpo y el pudor de esa niña. Pero que ante eso solo pudieron optar por el silencio y el intento de entablar miradas cómplices con la chica.* Ellas sentían que tendrían que haber hecho algo distinto.

Una tutora preguntó a todos qué pensaban que podrían haber hecho ellos en una situación similar. Varias estudiantes relataron situaciones referidas a interrogatorios médicos en las que se habían sentido incómodas, pero tenían que quedarse y no podían hablar; tenían que tolerar, porque *no se sentían con autoridad para cuestionar la práctica del profesional en la consulta.* A partir de estas intervenciones, otra tutora propuso poner en discusión el vínculo estudiante-profesional en las consultas. *¿Cómo intervenir sin ser irrespetuosos y sin tensar ese vínculo?*, preguntó la tutora. Varios comentan que es muy difícil, porque en esos momentos lo que más pesa es la asimetría entre ellos -que son estudiantes de segundo año- y los médicos. Para una gran parte de médicos y médicas - integrantes de los equipos de salud- los y las estudiantes estaban ahí pero solamente para mirar o hacer lo que ellos/as indicaban y/o sugerían. Los aceptaban como pasantes en sus consultorios pero considerando de manera explícita que *no sabían porque eran estudiantes de los primeros años de la carrera*, dijo un estudiante.

En esta primera ronda de diálogo se habló acerca de cómo se juegan las asimetrías, pero más ligadas a los roles de médico/a y estudiante de Medicina. Desapareció un poco el protagonismo del personaje de la niña, tal como había estado durante la dramatización y en los primeros diálogos que se habían producido de manera desordenada y todos al mismo tiempo.

Continúa la conversación sobre los propios pudores. Una de las estudiantes que tenía alrededor de 25 años, a través de un relato referido según sus términos *cuando era más joven*, sin especificar el momento de su vida al que se

refería, evocó situaciones que dieron lugar a que una tutora preguntara cuándo y ante quién exhibimos o no, el propio cuerpo. Continuaron preguntando y proponiendo respuestas sobre quién decide qué se muestra; qué hubiera pasado si el paciente era varón; si el médico hubiera hecho lo mismo o no frente a un niño, frente a un estudiante varón; y si una médica hubiera actuado de la misma manera. Contaron más escenas autobiográficas, de sus vidas y de otras, de sus cotidianidades, de sus experiencias como pacientes.

Cuando ya faltaban pocos minutos para que finalizara la sesión de “práctica reflexiva”, una de las tutoras propuso un cierre provisorio del tema, como se hacía en estos encuentros y dijo:

“...Hay una historia propia de experiencias en las que se ha vulnerado el propio pudor que se reactiva en esos procesos de aprendizaje. (...) Traerlos a la conciencia y a la descripción, al relato o a la dramatización nos permite poner en discusión los atravesamientos de género y las situaciones humillantes recorridas e inscriptas en los propios cuerpos, que pueden paralizar la acción, aun cuando estamos en un rol distinto (...) El pudor es un mandato dirigido solo, o principalmente, a las mujeres (...) Y ¿cómo, a la vez, sus cuerpos pueden ser expuestos en consultas para que otros aprendan? ¿Los pudores, pueden ser leídos al margen del género? (...) ¿Una práctica reflexiva los puede transformar de obstáculo en herramienta?” (fragmento de crónica de tutora, 12/06/2014)

La segunda situación sucedió durante una jornada en agosto del 2014 con estudiantes de segundo año y su tutora en la sede del Centro de Salud. Una estudiante, durante la “práctica reflexiva” luego de la jornada de cuatro horas de actividades, comentó una situación que *la había dejado muy angustiada*. Había sucedido que para desarrollar las actividades con el grupo de estudiantes ese día, la tutora había citado a un paciente que padecía problemas de salud cardiovasculares, para que las estudiantes pudieran *indagar acerca del impacto de las enfermedades crónicas en la vida de los adultos*. Desde el momento en que había comenzado a conversar esta estudiante con ese paciente, de acuerdo al comentario de la estudiante, *había un tono desafiante en el hombre que en algún punto la incomodaba*. Y cuando se dispuso a tomarle la presión y le pidió *permiso para ponerle el manguito del tensiómetro en el brazo*, el señor le dijo: *Tocame lo que quieras, mi mujer no es celosa*.

La estudiante explicó que, a partir de ese momento, *le costó continuar con la atención y solo quería que terminara esa situación*.

La tutora, luego de escucharla y sin dar lugar a que otros estudiantes se manifestaran, dijo: *son pavadas, hay que hacer como si no se oyen, y seguir adelante*.

Este comentario era coincidente con la advertencia que un docente de la Unidad de Aprendizaje [8] Salud de Adultos Mayores había hecho unos días antes en una clase en la que participaba esta estudiante: *las mujeres tienen que acostumbrarse a alguna mano fuera de lugar con los ancianos*. Una de las tareas que tienen que realizar los estudiantes en “Campo” es llevar un registro narrativo-descriptivo de cada jornada de trabajo en su cuaderno de campo que es un documento público [9]. Esta estudiante escribió en el registro de ese día la situación vivida y el intercambio con la tutora. En ese registro la estudiante narró *“la aversión que le produjo esa situación” (...)* *“la necesidad de sacarse de encima a ese paciente” (...)* *“la imposibilidad de pensar que le generó”* y, al final escribió *“expresar el malestar generado me permitió superar el espacio del centro de salud y su consultorio”*.

Tan importante le resultó el evento que fue ese registro el que seleccionó para entregar al equipo de coordinación de “Campo” cuando le fue requerido. Antes de finalizar cada cuatrimestre de actividades desde el año 2013 la coordinación solicitaba a todos los estudiantes que eligieran dos registros entre todos los realizados como parte del proceso de evaluación cualitativa del proceso de enseñanza/aprendizaje. Gracias a la insistencia de esa estudiante para que ese registro fuera leído-escuchado por otros, pudimos conocer la situación a través del relato hablado de la estudiante y decidimos convocar a la estudiante y su grupo, para pensar el episodio desde una perspectiva de género. Analizar cómo las relaciones de género imprimen todas las relaciones sociales, y la importancia que el reconocimiento de ello tiene, ya sea para la defensa de sus propios derechos como ciudadanas, como para poder desarrollar prácticas profesionales que no reproduzcan esos vínculos. Pensábamos en la importancia de lo grupal, la escritura y la reflexión: herramientas para hacer consciente la dimensión del cuerpo y el género en la formación de los estudiantes de Medicina.

En esa instancia, y con la tutora también presente, se le pidió a la estudiante que comentara lo sucedido con los y las colegas de su grupo de “Campo”. La mayoría de ellos/as no había atendido a ese relato hasta el momento. La tutora, intentaba minimizar los hechos, subestimar la implicancia que generaba en la práctica médica. Insistía en que *“había que dejarlo pasar”* ... que *“siempre iba a haber gente que se desubique”*. Desde la perspectiva de Viviana (coautora de este trabajo, integrante del equipo de coordinación y partícipe de esta reunión) quien estaba participando como docente del equipo coordinador en esa situación, la tutora parecía sentirse interpelada en el poco valor que le dio a esta circunstancia en ese momento... y quizás también compartía su resignación a un rol de género en el que el “aguantar” es moneda corriente. En el relato de la estudiante, aparecía con fuerza la indignación y el rechazo. En sus compañeros/as, la sorpresa por sentir que estas situaciones que sucedían de manera más o menos explícita, no eran habitualmente

reconocidas como un problema en la práctica médica ni en el proceso de formación.

Cuerpos que saben, cuerpos que legitiman otras formas de aprender y conocer

En ambas descripciones registramos que en el devenir de los intercambios entre estudiantes y tutoras se tornaron visibles conocimientos vividos, sentidos, pensados y organizados en modos de expresión y comunicación que permitieron un primer abordaje de temas que no se incluyen en las currículas innovadas, pero atraviesan siempre la formación de los médicos y las médicas. Probablemente por la escasa utilización de conceptos disciplinares y una expansiva carga emotiva y sensible, podrían dar lugar a suponer que en términos de aprendizaje de un médico o de una médica, los procesos mostrados están, sobre todo, vinculados a la práctica. Sin embargo, en ambas situaciones se abordaron tópicos reconocidos como conocimiento dentro de las ciencias de la salud.

Está aceptado como parte de la tradición cartesiana e inclusive desde perspectivas críticas de esa tradición, que “el cuerpo en su materialidad más `carnal’” (Vartabedian, 2007)[10] esté ausente en el conjunto de programas de enseñanza (llámense asignaturas, materias, unidad hospitalaria –UDH-, etc.) como condición necesaria para que los médicos y las médicas aprendan -en el sentido de apropiarse y aprehender- los procesos vinculados a la salud y la enfermedad. Las escenas registradas muestran que el cuerpo sabe y que cuando es escuchado se enriquecen las posibilidades de comprender el sentido de situaciones y conflictos. En muchas circunstancias, los sujetos tenemos dificultades para verbalizar un saber cuyo significado hemos captado corporalmente y esto provoca que minimicemos la relevancia de su significado, ya sea porque restringimos su impacto a una dimensión personal e individual, o porque no consideramos que el cuerpo también tiene sus razones, en el sentido más profundo del término razón.

Sin embargo, cuando analizamos el conjunto de referencias, ejemplos y episodios que se fueron vinculando a partir de la primera escena relatada y actuada advertimos cuánto sabían las y los estudiantes sobre el pudor como convención social. Cuando el cuerpo es definido como parte del sujeto donde residen sensaciones y emociones, pero no pensamientos, resulta imposible procesar significados sociales captados en y por nuestros cuerpos. En esos casos lo que estamos suprimiendo, impidiendo y hasta anulando, es la posibilidad de aprender, de entender y, por lo tanto, de conocer. Porque la situación se vivió y se entendió corporalmente y requiere otro trabajo para procesarla verbalmente. La violencia experimentada de acuerdo a lo narrado en ambas escenas fue el resultado de una transgresión al pudor promovida por el “conocimiento autorizado” y eso generó la tensión en las estudiantes. Vemos así un doble juego de poder con el saber: en el cuerpo no hay saber

y el saber válido está en lo que actúa el médico como instructor en la primera escena, y como tutora, en la segunda.

En esta segunda escena la violencia comprendida en el cuerpo se vincula a la respuesta del paciente –autorizado por la médica tutora (recordemos que lo invitó para la práctica del grupo de estudiantes)- y a la respuesta de la propia tutora. La estudiante escucha el saber de su cuerpo, lo traduce al lenguaje verbal oral y escrito y advierte las dificultades para que eso que ella entendió sea escuchado, inclusive por los otros estudiantes. Porque es en la situación, que lo que vive en y con su cuerpo se vuelve significativo y devela el sentido de esa escena. Fuera de esa relación desigual mediada por el conocimiento de uno y no del otro, y por relaciones de género y de edad investidas por autoridad, no es posible entender lo sucedido.

Es el “conocimiento situado” y la apertura a la crítica permanente al “conocimiento autorizado”, lo que posibilita que el proceso de aprender y enseñar incluya la producción de conocimiento. Brigitte Jordan (1997, 57) en su análisis sobre la construcción del “conocimiento autorizado” explica cómo la autoridad cultural ganada por la medicina, ha provocado que, en la mayoría de casos, el conocimiento proporcionado por sus profesionales se acepte como natural y sostenido por la verdad de la razón, aunque tenga consecuencias negativas para el bienestar de las mujeres, cuyo conocimiento queda deslegitimado y a veces suprimido. En el caso que estamos analizando, estas consecuencias negativas alcanzan a estudiantes mujeres y varones, inclusive en carreras que se proponen desarrollar una currícula centrada en los estudiantes y orientada desde una perspectiva de derechos.

Las escenas también dan lugar a observar el impacto que los estereotipos de género juegan en la práctica de enseñanza. El género como categoría que organiza sistemas de clasificación social y representaciones colectivas, habla en ambas escenas de manera bastante obvia, de violencia. Si bien el análisis de la relación médico paciente podría enriquecer aun más los tópicos que abrimos a la discusión, no lo hemos incluido porque no contamos con registros etnográficos de las situaciones tal como fueron experimentadas en el consultorio, que nos permitan reconstruir perspectivas de otros actores, indispensables para ese análisis. Sin embargo, contamos con elementos para mostrar que cuando llevamos y sostenemos transversalmente en un programa de enseñanza la perspectiva de género, se acrecientan las posibilidades de percibir y distinguir algunas de las distorsiones poco visibles que produce el conocimiento biomédico. Entre ellas, la legitimación de “proyectos que perpetúan la existencia de poderes sociales hegemónicos, que bloquean y excluyen a todos aquellos sectores de población exentos de poder” (Sanchez Bellon, 2015: 97)

Las innovaciones curriculares, la capacitación de docentes, las leyes que garantizan derechos, permiten que escenas

como las mostradas se vuelvan visibles, relatables y discutibles. Y esto es lo que podría dar lugar a contribuir a cambios y transformaciones estructurales y a constituir nuevas relaciones dentro de las “comunidades de práctica” (Lave y Wenger, 1991) [11], que generen rupturas en el sentido común de las prácticas y los discursos médicos.

Un final que no cierra

Indudablemente, el proceso de feminización del estudiantado de Medicina (que, en esta carrera, por ser nueva, es una marca desde los inicios), junto con la inclusión temprana de las prácticas pre profesionales (desde la quinta semana de clases del primer año), dio lugar a que ciertas vivencias, que han formado parte del *currículum oculto* en la formación de médicos/as, hayan tenido un espacio para ser expuestas, adquiriendo una dimensión imprevista. Una vez más, la irrupción de la presencia de mujeres en carreras tradicionalmente conformadas por mayoría de hombres, posibilita ampliar en magnitud y diversidad la circulación de conocimientos, acelerar procesos de desnaturalización de los órdenes sociales establecidos, producir modificaciones en las comunidades de aprendizaje como resultado de desplazamientos de relaciones entre expertos y aprendices y de valoraciones del conocimiento autorizado. Tal vez, estos resultados posibles que tanto valoramos nosotras y muchas otras y otros, hayan producido -junto con otras circunstancias políticas y sociales- la interrupción del proceso de innovación en la carrera de Medicina del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de la Matanza.

Referencias bibliográficas

Almeida, M., Feuerwerker, L. y Llanos, C.M. (eds.) (2001) *Education of Health Professionals in Latin America: Theory and Practice in a Movement for Change: A Critical Look*. Maastricht, The Netherlands: Network Publications.

Arnao, M. (2013) “Extrañeza y escisión: Merleau Ponty, Wittgenstein y la dimensión constitutiva del cuerpo”. *Cuerpos, emociones y sociedad* 5 (13), 51-63.

Bellon Sánchez, S. (2015) “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. *Dilemata* 7:18, 93-118.

Bourdieu, P. (2003) *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.

Byrn, N. y Rozental, M. (1993) “Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para la educación médica en América Latina”. *Educación Médica y Salud* 28:1, 53-93.

Dewey, J. (1989 [1910]). *Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento y proceso educativo*. Barcelona: Paidós.

Esteban, M.L. (2011) *Crítica al pensamiento amoroso*. Barcelona: Bellaterra

Fausto-Sterling, A. (2006) *Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Madrid: Melusina

Guber, R. (2014) “Introducción”. En Guber, R. (comp.) *Prácticas etnográficas. Ejercicios de reflexividad de antropólogas de campo*. Buenos Aires: Miño y Dávila, 13-40.

Haraway, D. (1988). *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.

Haraway, D. (1995) “Conocimientos situados. la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial”. En D. Haraway. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Valencia: Cátedra. 313-395.

Harding, S. (1996) *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

Jordan, B. (1997) “Authoritative knowledge and its construction”. En Davis Floyd, R. y Sargent, C. (eds.) *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 55-79.

Lave, J. y Wenger, E. (1990) *Situated learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge UK: Cambridge University Press.

Longino, H. (1990) “Values and objectivity”. En Longino, H. *Science as social knowledge: values and objectivity in scientific inquiry*, Princeton: Princeton University Press, 170-191.

Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007) “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 21(2/3):73-84.

Martin, E. (1991) “The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles” *Signs* 16 (3), Spring, 485-501

Organización Mundial de la Salud (2001) *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud*. Ginebra: O. M. S. (WHO/RHR/01.29) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69089/1/WHO_RHR_01.29_spa.pdf (link is external) Acceso: 3 de noviembre de 2012.

Organización Panamericana de la Salud (2012) “Educación hacia las ciencias de la salud y libros de texto” *Informe de la Reunión Cartagena de Indias*. Washington D.C., 25 de junio de 2011. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15266&Itemid=270&lang=es (link is external) Acceso: 24 de agosto de 2013.

Pedraza, Z. (2010) “Saber, cuerpo y escuela: el uso de los sentidos y la educación somática”. *Calle 14: revista de investigación en el campo del arte*, 4 (5), 44-56.

Pinzón, C.E. (2008) Los grandes paradigmas en la educación médica en Latinoamérica *Acta Médica Colombiana* 33(1), 33-41.

Schön, D. (1992) *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós.

Tizon, J.L.(2009)“Sobre la formación integral del médico: aportaciones de las Primeras Jornadas Estatales de estudio y reflexión sobre el tema”. *Educación Médica* 12 (4): 209-221. <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v12n4/colaboracion.pdf>(link is external)Acceso: 25 de agosto de 2013

Vartabedian, J.(2007)“El cuerpo como espejo de las construcciones de género. Una aproximación a la transexualidad femenina”. *Quaderns de l'institut català d'antropologia* 10 b, 1-14.<http://www.raco.cat/index.php/Quaderns/CA/article/view/109038/136554>(link is external).Acceso: 31 de agosto de 2016

Venturelli J.(1997)“Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos”. *Salud y sociedad* 2000 No. 5.Washington: OPS/OMS, Serie PALTEX.

Las autoras agradecemos a estudiantes y tutoras de Campo con quienes intercambiamos algunas de las intuiciones que dieron origen a las ideas que aquí desarrollamos. Agradecemos también la oportunidad que nos dieron las dos editoras de esta publicación para participar en 2015 en el Taller que nos reunió a las autoras de este trabajo y sus enriquecedores comentarios.

- [1] Esta idea de innovación estaba encuadrada en el nuevo paradigma de formación de los profesionales de salud, que en Latinoamérica tuvo un gran impulso. Sobre el mismo se puede consultar, entre otros, en Almeida, Feuerwerker y Llanos, 1999; Byrn y Rosenthal, 1993; Venturelli, 1997; Pinzón, 2008; Tizon, 2009, entre otros.)
- [2] Este estudio se desarrolló en dos etapas. El primer proyecto fue “La educación médica innovada; cotidianeidad, debates y experiencias educacionales en la implementación de una nueva carrera” (E001) 2012-2013, y el segundo, “La educación médica innovada. La construcción del cuerpo como materialidad, discurso y experiencia en la implementación de una nueva carrera” (E005) 2014-2015. Ambos dirigidos por Diana Milstein, integrados por un equipo constituido por docentes y estudiantes de la carrera y subsidiados por la Universidad Nacional de la Matanza.
- [3] John Dewey en su obra “Cómo Pensamos” sostiene que pensamiento reflexivo nos orienta a comprender el pensamiento como un encadenamiento ordenado de ideas sobre el que voluntariamente mantiene control los sujetos, porque persigue una finalidad que es el examen activo

de cualquier forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la sostienen. En las primeras páginas de la obra afirma: “Lo que constituye el pensamiento reflexivo es el examen activo, persistente y cuidadoso de toda creencia o supuesta forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la sostienen y las conclusiones a las que tiende” 1989, pg. 25 el énfasis pertenece al autor).

- [4] Señalamos este período, porque a partir del año 2015, razones de política académica ajenas a la voluntad y el deseo de quienes escribimos este trabajo, detuvieron el desarrollo de esta modalidad de enseñanza y aprendizaje en “Campo”.
- [5] Señalamos las satisfacciones, para hacer notar que, si bien las situaciones que analizamos en este capítulo tienen que ver con enojos e incomodidades, en ciertos casos fue muy rico revisar reflexivamente hechos que “salieron bien” y quienes los vivieron manifestaban no saber cómo había “salido tan bien”.
- [6] Tomamos esta reflexión de un trabajo que Zandra Pedraza escribió refiriéndose al conocimiento en la escuela y que puede extenderse al conocimiento tal como es tratado y enseñado en las instituciones educativas de nivel superior.
- [7] Estadios de Tunner es una escala que mide los grados de desarrollo puberal a través de la valoración del desarrollo mamario, del vello pubiano y características de genitales externos
- [8] En el currículo de esta carrera de Medicina se denominan Unidades de Aprendizaje a las asignaturas que tradicionalmente en las universidades argentinas son designadas como cátedras.
- [9] Los cuadernos de campo son leídos por los docentes del equipo de “Campo” y su elaboración es considerada como parte de la evaluación de las tareas anualmente desempeñadas por los y las estudiantes
- [10] Tomamos esta expresión en el que la autora rescata y a la vez critica la perspectiva representacional de estudios sobre el cuerpo
- [11] “Comunidad de práctica” en los términos de estos autores alude al aprendizaje entendido como una práctica social llevada a cabo en comunidades o grupos donde se relacionan expertos y novatos produciendo diferentes formas de participación entre las que se destacan sobre todo la “participación periférica legítima”

CHILE DESPENALIZA EL ABORTO EN ALGUNAS CAUSALES

El día 21 de agosto de 2017, el Tribunal Constitucional de Chile votó 6 a 4 para aprobar un proyecto de ley que permitirá a las mujeres acceder a servicios de aborto seguros y legales en tres causales: cuando la vida se encuentre en peligro, cuando el embarazo sea el resultado de violación o cuando el feto sufra de malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.

Junto con Nicaragua, República Dominicana, El Salvador, Haití, Malta y Honduras, Chile conformaba el grupo de siete países del mundo que prohíben la interrupciones del embarazo en cualquier circunstancia. Desde 1989, bajo la dictadura de Augusto Pinochet se dictaminó que no podría ejecutarse ninguna acción cuyo fin fuera provocar un aborto. Desde la llegada de la democracia en 1990, una de las mayores luchas de los movimientos feministas ha sido cambiar la legislación. La presidenta Michelle Bachelet introdujo esta legislación en enero del 2015. El proyecto de ley sobre aborto había sido aprobado en el Comité Constitucional, en la Cámara de Diputados y el Senado. Sin embargo, grupos conservadores interpusieron un requerimiento de inconstitucionalidad.

La aprobación del Tribunal Constitucional fue el último paso para que el acceso a servicios legales de aborto sea una realidad para las mujeres y niñas de Chile. El paso a seguir es que el proyecto de ley sea firmado por la presidenta Bachelet para su promulgación.

FELICITACIONES A CHILE POR ESTE GRAN LOGRO PARA LAS MUJERES LATINOAMERICANAS

HACIA DONDE VA LA SEXUALIDAD EN EL SIGLO XXI

Carlos Pol Bravo

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

A lo largo de su Historia la sexualidad, ciencia antigua y siempre nueva, ha mantenido una evolución irregular.

En algunas ocasiones olvidada y en otras perseguida. Potenciada en la Grecia y Roma milenarias, como estudiada en el antiguo oriente, que, tras un oscurantismo medieval durante centurias en Occidente, fue reavivada con acierto a nivel medico en el siglo XIX y hoy en el siglo XXI finalmente reconocida y respetada.

Recordemos la Carta Magna sobre los Derechos Sexuales Humanos, en el Congreso Mundial de Sexología en Valencia - España - en 1.997.

Desde los terrores mitos y leyendas, al desconocimiento potenciado por factores culturales, y porque no decirlo, aprovechados hasta estas décadas por equívocos desviacionistas y mala cultura sexual, circunstancia que llevó, de un puritanismo radical, a libertinaje exacerbado con afectaciones impropias en las culturas y pueblos.

Sin embargo el ser humano prevalece como una flor de Oriente, también en referencia al sexo. Por ello, es nuestro deber reafirmar en este nuevo milenio conceptos clínicos transmitiéndolos a la Sociedad para sensibilizarla y explicarle, para atender, entender, diagnosticar, pautar y tratar a nuestros pacientes en sexología medica, así como brindarles la psicoinformación y psicoeducación oportunas para su tranquilidad.

Disfunción eréctil, eyaculación precoz, retardada, anorgásmia, coitalgias, vaginismo, son disfunciones frecuentes en la población, que por ese terror y falta de confianza en la pareja y en el médico, llevan a mantenerse en silencio cuando hoy día son altamente tratables en todo su concepto Holístico, Léase Biopsicosociosexual: Valoración y atención del

aspecto biológico, psicológico, social y sexual del individuo, para mejorar así la calidad de vida sexual en la población general.

Mayores estudios en claridad y profundidad sobre sexología en referencia a males tan aquejantes y dolientes en los afectados, por carencia de información actualizada.

Detección, valoración y tratamientos en la Disfunción Eréctil con Erectogénicos del Tercer Milenio.

Atención y prevención a la mujer en su esfera sexual especialmente menopáusica y perimenopáusica, logros en fertilidad y anticoncepción, así como nuevos avances en Medicina General, Psiquiatría, Andrología, Urología, Ginecología, Cirugía Plástica, entre otras, renacen una cultura sexual potenciada clínica, social y profesionalmente, dentro un válido concepto integrador y multidisciplinario que, permitirán por fin, desensibilizar a la población de conceptos traumatizantes como obsoletos.

En Psiquiatría se entiende como “La aurora del bienestar” el instante que el paciente supera su enfermedad y puede integrarse de nuevo a la vida cotidiana.

En sexología, la aurora de la salud sexual y de la pareja van juntas con un trinomio fundamental como básico:

Comunicación → Confianza → Educación

Queda por desgracia el tema sobre las infecciones de transmisión sexual, como el VIH, no solo en su marco Clínico, también sociosexual, siendo otro de los retos que debemos asumir actualmente quienes trabajamos en una sexología moderna sin tabúes, ni prejuicios pero con responsabilidad y respeto.

Próximos Eventos Académicos

5 al 9 Noviembre 2017
CANCÚN MÉXICO



- Fetal and Women's Imaging 2017: Advanced OB-GYN Ultrasound del 8 al 10 de septiembre de 2017. Seattle, Washington, Estados Unidos
- Breast Ultrasound with Tom Stavros, del 14 al 17 de septiembre de 2017. Arlington, Virginia (Washington DC), Estados Unidos
- ESSO Course on Breast Cancer Surgery, del 28 al 30 de septiembre de 2017. Nápoles, Italia
- I curso taller internacional de emergencias obstétricas del 28 de septiembre al 01 de octubre de 2017, Quito, Ecuador
- Congreso Venezolano de Mastología del 11 al 13 de octubre de 2017. Caracas, Venezuela
- 12th Congress of the European Society of Gynecology (ESG 2017) del 18 al 21 de octubre de 2017, Barcelona, España
- EUROPEAN MEDICAL FITNESS CONGRESS 2017 del 20 al 22 de octubre de 2017. Barcelona, España
- Adult Medicine Live Course del 25 al 28 de octubre de 2017. Phoenix, Estados Unidos
- Curso Avanzado Medicina Materno Fetal del 2 al 4 de noviembre de 2017. Sao Paulo, Brasil
- XVIII Congreso Latinoamericano de Mastología. Reunión Regional de la SIS. del 9 al 11 de noviembre de 2017 Santo Domingo, República Dominicana
- The Best of the Big Apple OB-GYN Ultrasound 2017 del 17 al 19 de noviembre de 2017. New York, New York, Estados Unidos
- IX Congreso Internacional de Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología del 23 al 25 de noviembre de 2017. Lima, Perú
- XXXVI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2017. Viña del Mar, Chile
- Curso Práctico de Iniciación en Cirugía Laparoscópica del 01 al 02 de diciembre de 2017. Madrid, España
- Automated Breast Ultrasound Workshop. 6 de diciembre de 2017. Florida, Estados Unidos
- Maternal-Fetal Imaging 2018: Advances in OB-GYN Ultrasound del 19 al 21 de enero de 2018. San Antonio, Texas, Estados Unidos
- IV CONGRESO CROG - Controversias en Reproducción Obstétrica y Ginecología del 7 al 9 de marzo de 2018. VALENCIA, España
- XXXI Congreso FECASOG 2018 del 16 al 20 de abril de 2018. Ciudad de Panamá, Panamá

Resumen de artículos

Satisfacción de necesidades de anticoncepción en mujeres positivas al VIH: efecto sobre la eliminación de la transmisión vertical del virus.

Meeting contraceptive needs of HIV-positive women: effect on elimination of vertical transmission of HIV. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(6):479-84.

Gómez Suárez M

La correspondencia se debe dirigir a Marcela Gómez. Correo electrónico: magomezsu@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia, Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Bogotá, Colombia

Cerca de 38% de embarazos no planeados se dan por necesidades insatisfechas en anticoncepción. En las mujeres positivas al VIH, las cifras se triplican, un fenómeno explicado por determinantes sociales como la pobreza, el acceso a los servicios de salud, la violencia y el desplazamiento forzoso, todos ellos elementos propios de la vida de estas mujeres. Los embarazos no planeados representan una carga psicológica vinculada

con el temor de transmitir la infección a sus hijos, la orfandad y el asumir los riesgos durante el embarazo, a lo cual se añaden las consecuencias familiares y sociales que se manifiestan en baja asistencia al control prenatal, descuido de la salud y aumento de la posibilidad de transmisión vertical. El asesoramiento en anticoncepción diferencial e integrado a los servicios de atención y control del VIH es básico para lograr la eliminación de la transmisión vertical del VIH a corto y medio plazo. Reconocer que estas mujeres tienen características diferentes a las de la población general, como expresan su vida reproductiva, sus deseos e intenciones sobre la maternidad y que los embarazos no planeados representan una carga psicológica, social y económica adicional a la de las demás mujeres permitiría que el asesoramiento en anticoncepción se proporcionara en los programas de atención y seguimiento del VIH, en el mismo lugar y momento, con personal capacitado, capaz de comprender y atender sus necesidades reproductivas dentro de un marco de derechos, logrando que los sistemas de salud, basados en la responsabilidad que tienen con la sociedad, fueran capaces de ofrecer un asesoramiento en reproducción de calidad y dirigido a satisfacer las necesidades específicas de estas mujeres.



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAÍTÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org