

VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Políticas de Maternidad.

Claudia Molina.

Cita:

Claudia Molina (2007). *Políticas de Maternidad. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/450>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Políticas de Maternidad.

Claudia Molina

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP

clau_molina2001@yahoo.com.ar

Resumen:

En el presente trabajo proponemos explorar sobre las políticas de maternidad que desde las esferas estatales se han venido desarrollando en nuestro país. El estudio se basa en las políticas que se implementan en la provincia de Buenos Aires Si bien se tiene en cuenta el marco político general se aborda desde una perspectiva de género para la lectura de las medidas que apuntaron a conformar modelos de comportamiento para las mujeres. ¿Qué orientación tuvieron? ¿Fue una cuestión relevante en la agenda política estatal la construcción de la maternidad como eje de la identidad de las mujeres? Todas estas preguntas nos sirven de norte para empezar a indagar acerca de cómo se llevó a cabo una asignación de roles para las mujeres a través de la enunciación y puesta en práctica de normativas en una sociedad que se basa en el sustento de privilegios e identidades basados en las diferencias de género.

Introducción:

“La madre da la vida, pero puesto que la vida sin dignidad, sin justicia, sin libertad, sin amor, no es vida sino muerte, puesto que la vida es lucha y luchar es soñar, la experiencia de la maternidad, no puede ser sino una experiencia liberadora, social y colectiva”

Este trabajo es parte de un proyecto más amplio en el que se intentan abordar los distintos procesos de construcción de hegemonía desde el espacio estatal y de las distintas fracciones que conforman un bloque hegemónico que permanentemente trata de asignar su visión de cómo debe funcionar una sociedad.

Son varias las cuestiones que se nos presentan al momento de abordar el problema y cuando decimos esto nos referimos a las preguntas que a pesar de su simpleza, para ser respondidas requieren un trabajo exploratorio y un análisis de situación que supera el tema en sí, quiero decir, es necesario entender el contexto más amplio económico y político en el que se desarrollan dichas políticas.

Una vez iniciado este trabajo de contextualización, nos preguntamos a cerca del tema específicamente.

¿Existen políticas que podríamos denominarlas “de maternidad”? ¿Fue una cuestión relevante en la agenda política estatal la construcción de la maternidad como eje de la identidad de las mujeres?

El Rol del Estado.

Al centrarnos en los programas y estrategias que el Estado Argentino ha desarrollado en torno a la cuestión de la maternidad se hace necesario e imprescindible precisar de qué estamos hablando cuando nos referimos al "Estado".

Encontramos que el Estado, que es el órgano en el que se articulan las funciones "socialmente necesarias", ya sea que lo haga a través de su rol represivo o a través de prácticas políticas e ideológicas a través de las que la clase dominante (o fracción de clase) mantiene su hegemonía mediante la articulación de los estrechos intereses "económico-corporativos" de las clases subordinadas, de las masas, con sus propios intereses de clase.

Es así que abordamos al Estado como una relación de poder en el marco de las desigualdades existentes, ya sean sociales, genéricas, étnicas, religiosas. El Estado, el contenido y sentido de esta unidad, la coacción legítima y las fuentes de legitimidad, dependen de la matriz de relaciones de poder en la sociedad en un determinado momento histórico.

La conducta real pro-estatista del Estado neoliberal y la aplicación de sus políticas tienen entre otras consecuencias la pauperización de la población, intensificando la "feminización de la pobreza". Las relaciones entre Estado y Mujeres no son estáticas ni un hecho dado, sino que se van construyendo y cambiando en la coyuntura. La subordinación en todas las esferas se recicla, por la fuerza o la eficacia de los discursos que se resquebrajan más lentamente que las condiciones materiales. Siempre vinculadas al rol de la reproducción en oposición con la producción y no como su contraparte dialéctica, cosa que en términos patriarcales es considerada una actividad menor, que no genera en sí valor económico (y por lo tanto relevante) alguno. Se termina por ocultar el trabajo de las mujeres que es el que por mucho tiempo ha sido la condición del otro o sea que el privado sentimentalizado sostiene al público racionalizado. "La asociación conceptual de la mujer con la naturaleza ; concepto nunca dado por la propia naturaleza, siempre social o ideológicamente construido desde definiciones culturales sostiene la marginación la opresión y la explotación en que se encuentra la mujer." Entendemos que existe un discurso hegemónico sobre las representaciones, es decir, un universo de significados que operan como organizadores de sentido de las prácticas, sentimientos, pensamientos de los actores sociales que se plasman como lo instituido en una sociedad (Fernández, 1993).

La reforma del sector salud

Las políticas nacionales de salud promulgadas desde el año 1992 plantean como líneas fundamentales el derecho de la población a la salud sobre la base de principios de una supuesta eficacia que se aseguraría a través de una reorientación del papel del Estado en función de los procesos de federalización y descentralización. Entre las estrategias más relevantes que encontramos en este sentido, cabe mencionar los programas de lucha contra el sida, y las acciones en pro de la maternidad y la infancia.

Entre los principales programas se destaca el Programa de Maternidad e Infancia. En 1994 se formuló el Compromiso en Favor de la Madre y el Niño con la casi totalidad de financiación externa y es así que según información del Ministerio de Salud y Acción Social, entre los principales proyectos de cooperación financiera externa figura

El Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).

El Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF) aportaba el 80% del presupuesto el resto de los aportes los realizaron la Nación, las provincias y municipios Es en los noventa que conceptos tales como “derechos reproductivos” son tenidos en cuenta en los programas de acción de las Conferencias de El Cairo y Beijing, siendo el resultado de “luchas y consensos entre las feministas y el establishment internacional. “

EI PROMIN se ha ido reformulando a lo largo de los últimos años y en la actualidad se centra en aspectos tales como:

- Salud de la Mujer en edad reproductiva.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Promoción de la lactancia Materna.
- Salud Reproductiva.

Esto se desarrolla en el marco del **Plan Federal de Salud** que contempla acciones vinculadas a la atención materno-infantil con énfasis en la temática de “salud reproductiva”

En la insistencia en la promoción de la lactancia materna, considerada el punto esencial del programa, vemos que nuevamente nos encontramos con la necesidad de consolidar el binomio Madre- Hijo que puede ser entendido como la extensión del binomio Mujer –Madre.

Una lectura desde la perspectiva de género nos muestra que los programas que implementa el Estado en materia de salud sólo manifiestan una posible veta de las mujeres, la de madres. Al centrarse sólo en los derechos reproductivos las reinstala, al menos en el terreno discursivo, en su lugar tradicional: la maternidad.

Se sabe que la situación crítica que viene atravesando el sistema de salud en nuestro país obedece a la implementación de políticas de ajuste estructural, que conlleva el deterioro de la cantidad y calidad de los servicios brindados en los hospitales públicos, a lo que se suma la presión de una mayor demanda por la incorporación de los "nuevos pobres".

Plan de Perinatología y Lactancia Materna Responsables: Para mejorar la salud y la atención de la madre, el sub.-programa se propone entre otros puntos.

- Promover condiciones óptimas para el inicio de la vida, con especial énfasis en el apoyo del vínculo madre hijo.

Entre los principales problemas detectados se encuentran:

- En un alto porcentaje, las mujeres beneficiarias de planes sociales llegan al parto sin control de su embarazo.
- Se identificó un 12 % de las embarazadas sin control prenatal.
- Se verificó que existe un 36% de las embarazadas con menos de 5 controles

Con el fin de encontrar soluciones efectivas a estos problemas se elaboraron estrategias tendientes a realizar diferentes actividades, a saber:

- Fomentar la estrategia de maternidad centrada en la familia
- Fomento de la lactancia materna exclusiva, a libre demanda, mínimamente hasta los 6 meses de vida
- Fomento del contacto inmediato madre-hijo

Otra vez la insistencia en la lactancia materna, aquí aparece como medio para consolidar o crear cuando no los haya, un vínculo de afecto entre madre e hijo, conjuntamente con un adecuado estado nutricional y una mejora en las pautas de crianza y desarrollo. Las pautas de crianza y desarrollo una vez más hacen referencia a la responsabilidad de la madre cuando debería ser entendido como una tarea compartida con la pareja.

Sobre las mujeres se descarga casi exclusivamente la responsabilidad de todo el trabajo necesario material y simbólico para el desarrollo de las futuras generaciones, me refiero a la crianza y al cuidado de los hijos.

Sub-Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

La Ley 13 066 crea el programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en junio de 2003 “a fin de contribuir a disminuir la morbimortalidad materno infantil, las complicaciones surgidas del embarazo no deseado, el embarazo adolescente, la educación sexual de la población, en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual y patología génitomamaria”.

a) ¿A quién está dirigido? A toda la población en edad fértil, sin distinción de género, edad, etnia, estrato social ni religión?

El Programa al 31 de agosto del 2005 cubría una población de 545 774 personas, el 20,7 % corresponde a menores de 20 años (112 879).

Si bien en la letra del programa dice que está dirigido a toda la población sin ninguna distinción, cuando vemos los porcentajes de personas bajo cobertura encontramos que el 98 % de la misma está compuesta por mujeres.

Es claro que los hombres han depositado en las mujeres el control de la natalidad y la planificación familiar o procreación responsable, entonces la procreación responsable en la realidad es una responsabilidad tomada por las mujeres. La no participación de la pareja en la responsabilidad que implicaría decidir cuántos hijos tener, posibilita el abandono del método en aquellas mujeres que este le provoca algún malestar o a su pareja, si esto pasara la responsabilidad una vez más recaería en la mujer.

b) ¿Qué cobertura brinda?

1) Información: consiste en exponer los métodos anticonceptivos tanto naturales (temperatura basal, Billing) como no naturales

2) Consejería: se trata de ayudar a decidir, al usuario del programa, que es lo mejor para ellos en su situación particular,

3) Entrega gratuita de insumos La compra y distribución de los mismos está a cargo del Programa Nacional.

Los insumos distribuidos por el programa al 28 / 02 / 06

- Anticonceptivos Orales Combinados
- Anticonceptivos Inyectables
- Anticonceptivos Orales
- Condones
- Kit para colocación de DIU (instrumental):
- Anticonceptivos orales hormonales.
- Anticonceptivos hormonales inyectables
- Dispositivos intrauterinos (DIU)
- La folletería y manuales para agentes sanitarios.

Los métodos naturales que el programa nombra son solo aquellos en los que la mujer debe tomar los recaudos. Esto no contempla que muchas de las mujeres acceden a mantener relaciones sexuales en una situación de desigualdad respecto de sus parejas en las que están presentes cuestiones de poder que de alguna manera son preexistentes, concretamente; no todas las mujeres son libres de decidir cuándo tener relaciones con sus parejas. El resto de la lista de anticonceptivos hormonales, como puede verse, son en un 90% para ser utilizados por mujeres.

4) Control de salud: Los exámenes periódicos de salud que figuran son solo orientados a la mujer como el PAP, serología en ITS, examen de mamas, controles ginecológicos. Además la visita al Centro de Salud es una oportunidad para asesorarse acerca de cómo mantener relaciones sexuales sin temor a contagiar o ser contagiados de infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial HIV / sida. La salud sexual de la pareja, que le garanticen una actividad sexual segura sin peligros de contagio parece ser pertinente solo a una mitad de la misma, ya que en la lista de exámenes a realizarse en los centros de salud no encontramos ninguno en el que sea el varón quien tenga que movilizarse y tomar la responsabilidad de examinarse.

c) Información sobre la enfermedad: síntomas, consecuencias y prevención. Aunque en algunos puntos encontremos frases como que: "La Salud Reproductiva busca promover en mujeres y varones el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de su vida." En este punto resaltan dos aspectos:

- Disminuir la mortalidad materna, entre otras causas, por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías.
- Evitar los embarazos no deseados.

Vemos que el termino mortalidad materna vuelve una vez más a relegar a la mujer en un destino casi inevitable. Cuando una mujer muere por complicaciones en un aborto en realidad no sería una muerte por maternidad, sino una muerte por no haber querido ser madre. Muchas mujeres llegan al hospital con complicaciones pos-aborto, con un deterioro de su salud y también con un gran desgaste emocional producto del aborto ilegal, con una red de contención mínima y a veces inexistente. Allí se enfrentan a la posibilidad de la denuncia policial, factible de ser hecha por el médico y en algunos casos a la sanción moral del personal de salud que muchas veces se plasma en el maltrato psicológico. Volviendo al programa en el punto que resalta la necesidad de cambiar la orientación actual de los servicios de salud reproductiva no encontramos propuestas que vayan más allá de la tradicional idea de planificación familiar centrada y limitada a la atención de las mujeres, porque son ellas las depositarias del mandato social de asumir la responsabilidad de la anticoncepción así como el de la maternidad. Los servicios de salud en este sentido contribuyen a perpetuar este mandato social, así como el de la maternidad biológica, como elemento básico de la identidad de las mujeres.

Tomando en cuenta la definición de salud de la OMS como "un estado de completo bienestar físico, mental social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades..." y cotejándolo con la realidad de la penalización del aborto en nuestro país deberíamos hablar de los no-derechos de las mujeres, ya que la

humanidad de una vida no es un mero hecho biológico, se construye con otras humanidades. La desvalorización de la salud de las mujeres, y fundamentalmente de las mujeres pobres, se plasma claramente en la compulsiva clandestinidad del aborto.

Si analizamos los fallos sobre pedidos de mujeres para que se las autorice a interrumpir un embarazo comprobamos que una vez más la decisión final recae sobre la parcialidad e inequidad de los jueces quizá dado a su formación impregnada de valores sexistas, ya que en la mayoría de los casos fallan en contra de la solicitante. La ley justifica la realización del aborto en cualquier etapa de la gestación, cuando sea necesario para evitar un grave daño o peligro para la vida o salud de la madre, en estos casos se habla de aborto terapéutico.

Análisis de un caso: Juzgado en lo Criminal y Correccional N° 3 de la ciudad de Mar del Plata, 5/9/97.

La mujer **K.A.** refiere que pese a las precauciones tomadas junto con su pareja, quedó embarazada sin saberlo, ya que al padecer algunas hemorragias, las confundió con menstruaciones irregulares, pasando desapercibido el embarazo prácticamente hasta el quinto mes. En el caso bajo juzgamiento, por un lado existe el derecho a la vida y la preservación de la salud de la madre, el bienestar de los hijos anteriores nacidos en la relación de pareja de ésta con su esposo, y la protección integral del grupo familiar, frente al derecho a la vida del concebido. Aquí se apela al principio "Pro Minoris", rector de todo el derecho de la minoridad por la Convención Internacional de los Derechos del Niño, aprobada por la República Argentina según ley 23.849 (con jerarquía constitucional art. 75 inc. 22, de la Constitución Nacional), que lleva a valorar muy particularmente la situación de los dos pequeños hijos de la paciente, que requiere también de protección jurisdiccional.

Finalmente se autoriza a la mujer a la inducción del parto o una eventual cesárea, pero en los argumentos que se dan, se destacan por encima (en realidad ni se nombran) del derecho a elegir o su salud, el hecho de que ella debe garantizar el bienestar de los hijos que tiene con su actual pareja/esposo, o sea que el permiso se le otorga porque ya es Madre, o por lo menos esto es definitorio para los jueces al momento de tomar la decisión. A través de estas prácticas y discursos, distintos actores sociales, como los agentes de salud, jueces, políticos (como hemos visto), reproducen un discurso hegemónico acerca de su posición ante el aborto, que a su vez, conlleva toda una concepción ideológica acerca de la mujer y sus (no) derechos.

La maternidad no es ajena a las definiciones ideológicas que se establecen desde los discursos legitimadores de cierto estado de cosas.

El reconocer que la maternidad se encuentra en cada sociedad y en cada momento histórico revestida de definiciones e implicaciones ideológicas, políticas, culturales nos lleva a pensarla y comprenderla desde una posición crítica, es decir, no tomarla como algo natural y dado. Porque en el proceso de construcción de estos sentidos que la maternidad conlleva, simultáneamente, se ha invisibilizado lo histórico social de este mismo proceso

Los Programas que hemos revisado dejan de lado muchos aspectos, como la posibilidad de que las mujeres elijamos vivir nuestra sexualidad de otras

maneras, visualizar y soñar con otros destinos, por ello los encontramos muy en sintonía con los antiguos y eficaces mitos que constituyen una gran parte del imaginario social que hace que muchas mujeres alrededor de la maternidad, aún hoy, organicen su subjetividad.

Bibliografía:

- Amorós Celia. Hacia una crítica de la Razón Patriarcal”, ED. Antrophos, España, 1985.
- Boletín Oficial del Ministerio de Salud y Ambiente. Plan Federal de Salud Fecha de Emisión: 09/08/2005 y Publicado el 17/8/05.
- De León Magdalena “ Políticas neoliberales frente al trabajo femenino” en Tiempo y Espacio. Las luchas de las Mujeres Latinoamericanas, ED. CLACSO, 1993.
- Decreto Ley 10.108/83 De la Libreta Sanitaria Materno Infantil.
- Galeotti, Giulia: Historia del Aborto, ED Nueva Visión, Buenos Aires, 2004.
- Gramsci Antonio: Selección de los Cuadernos de la Cárcel, 1971.
- Ley 11.028 De la Fecundación Asistida. Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a los quince días del mes de noviembre del año mil novecientos noventa.
- Ley 11567 Del derecho a la alimentación de la Madre y el Niño. Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a los tres días del mes de noviembre del año mil novecientos noventa y cuatro.
- Marcuse Herbert: Marx y el Trabajo Alienado ED. CEPE, 1972, Buenos Aires.
- Petras, James: Neoliberalismo en América Latina: La izquierda devuelve el golpe. ED. Homo Sapiens.1997.
- Plan de Perinatología y Lactancia Materna Responsables del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Manual de apoyo para el trabajo de los Agentes de Salud. 2003.
- Rosenberg Marha: Aborto, Sexualidad, Subjetividad en : Revista Mora Nº 8, Diciembre 2002. Sub-Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Therborn Goran: ¿Cómo domina la clase dominante? citado en : Skocpol Theda: “Los Estados y las revoluciones”: La explicación de las revoluciones sociales; otras teorías. FCE, 1994.
- Vilas Carlos: “La reforma del Estado como cuestión política” en “Taller” Revista de Sociedad , Cultura y política. Agosto 1997, Vol. 2 N 4.