

Mujer Cubana: Continuidad y Cambio en la Sociedad

ELENADÍAZ
FLACSO - CUBA

Como dijera Simone de Beauvoir hace 50 años "no se nace mujer". Parto del concepto de **género**, como proceso social condicionante que establece rasgos y conductas polarizantes para ambos sexos. Estos patrones **construidos socialmente** imponen una situación de segregación social y subordinación femenina, que abarca todas las esferas y etapas de su existencia (De Barbieri 1996), y se modifican o permanecen de acuerdo a condiciones históricas, sociales, económicas, de clase social, culturales, étnicas y religiosas. Es mi objetivo analizar cómo permanecen o se modifican en la sociedad cubana actual estos patrones del género, focalizando el análisis en el género femenino.

La situación de la mujer cubana ha sufrido varios impactos de signo diferente, en los últimos 40 años. El principal se inscribe en los efectos emancipadores del proceso social revolucionario, a partir de 1959, que generó una ascendente movilidad social, y estableció las bases de una sociedad equitativa. En 1985 se estimaba el Índice Gini en 0,22 (Zimbalist 1985)

Un segundo impacto se produce con la crisis económica que sufre el país en la última década (1990-2000); con la desaparición del bloque de países socialistas del este europeo y la intensificación del bloqueo económico que EEUU impone a Cuba desde el triunfo revolucionario (Leyes Torricelly 1992 y Helms Burton 1995). Una idea de la recesión ocurrida la expresa la caída del producto, 32% en términos reales entre 1989 y 1993, en que "toca fondo la crisis". La economía inicia una relativa recuperación entre 1994 y 1999, que promedia algo más del 3% anual en ese lapso. (CEPAL 1999: 44 y 45).

Para analizar el complejo entramado social actual parto del concepto de **plataforma social** para la participación, que incluye tres ejes principales: empleo, educación y salud genésica (Díaz 1997:26)

Empleo: En el censo de 1953, la tasa de ocupación femenina se reporta con el 13,7, predominando como empleo el servicio doméstico, y la prostitución encubierta bajo la figura de servicios en establecimientos nocturnos dedicados a la venta de bebidas alcohólicas. El 52% del total de mujeres activas residían en la capital (CEE 1984).

En los años 60 se produjo el reajuste de la reincorporación laboral femenina, que dio lugar a un proceso de **acumulación educacional**. Un importante hito en esa dirección fue la campaña de alfabetización masiva, donde la mujer fue el 55% de los alfabetizadores y el 50% de los alfabetizados.

La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) creada en 1960, convocó cursos para domésticas y campesinas, que cumplieron el do-

ble papel de instruir y convertir a las mujeres en activistas sociales en sus comunidades. Especial importancia tuvieron las Escuelas de Instrucción Revolucionaria para la Mujer, donde se calificaron miles de mujeres de diferentes procedencias sociales, perfiles ocupacionales y edades.

Durante los años 60 al 80 la ocupación femenina creció a una tasa anual del 8%, mayor intensidad con relación al empleo masculino, de cada 100 personas que se incorporaban, 69 eran mujeres. (González 1986)

La tasa de desocupación descendió en 1970 al 1,3% y se mantuvo relativamente baja, oscilando entre 3,6% en 1981 y un 4% en 1989 (CIEM 1999). Entre 1970 y 1995 la población femenina creció en un 50%, mientras que la participación de las mujeres activas en la PEA creció en un 211 (Barros 1999). Podría señalarse que a pesar del ascenso cuantitativo de la participación femenina en la fuerza de trabajo, aún predominaba en sectores tradicionales. Sin embargo, el análisis más profundo permite apreciar que en estas esferas de la educación y la salud, su participación es altamente calificada.

En salud por ejemplo en 1991 las mujeres eran el 49,3% de los médicos, y el 70,7% de los estomatólogos. En la educación son el 46% de los profesores del tercer nivel, el más alto de América Latina (Valdés 1995).

La reestructuración del empleo provocada por la crisis significó la disminución o traslado de medio millón de empleos no estatales. Junto a esto, se produjo también una disminución de medio millón de personas en la PEA. A pesar de esto, se mantuvo un cierto equilibrio en la esfera laboral, con un desempleo que se estima en 6% y que coexiste con un número significativo de oferta de plazas sin cubrir (González 1997). Esto ocu-

rra de este modo por las altas expectativas laborales y el elevado nivel educacional de la población.

La crisis económica de la última década impacta al mercado laboral cubano, estableciendo nuevos rasgos como la aprobación del empleo privado, la ruptura de la correspondencia establecida entre la calidad del trabajo y sus resultados con las remuneraciones, y el desplazamiento laboral que genera la doble circulación de moneda (peso cubano y dólar) hacia los empleos que acceden a esta última, por su mayor capacidad adquisitiva.

Sin embargo a pesar de que internacionalmente los efectos en el mercado laboral bajo los impactos de una recesión económica recaen desfavorablemente sobre el empleo femenino, esto no ocurrió así en el caso cubano, por la mayor presencia masculina en el sector productivo, en particular la industria básica y la construcción, donde se produjo el mayor impacto, y por la alta calificación de la mujer.

En 1999 las mujeres son el 65% de la fuerza técnica del país, y el 30% de los científicos. Sólo esos dos datos ilustran la presencia calificada femenina y su potencialidad en un contexto donde el conocimiento es cada vez más decisivo en su vínculo a la tecnificación.

En el empleo por cuenta propia la mujer representaba en 1998 el 29% del total de trabajadores. En una tesis tutorada por mí, realizada en restaurantes particulares de La Habana, la autora constató las características de las mujeres que asumían estos roles, muchas de ellas, las verdaderas dueñas y gerentes de sus establecimientos, aunque sus esposos aparecían formalmente como tales (Flores 1995). En un interesante trabajo, la psicóloga Patricia Arés arriba a conclusiones similares sobre las características

sociodemográficas y psicológicas de estas mujeres. (Ares 1999)

Podría valorarse que la incursión en este sector es un retroceso para la mujer cubana, si se tienen en cuenta el predominio de actividades de servicio tradicional que abarcan y el relativo desplazamiento de alguna fuerza calificada. Sin embargo, es necesario destacar que muchas de estas mujeres eran amas de casa (19%). Otras, son jubiladas que regresan a la vida activa por esta vía.

Otro elemento interesante es la reestructuración salarial que se lleva a cabo en el país, durante 1999 y el 2000 ascendieron en un 30% los salarios de maestros, médicos, policías y otros sectores priorizados.

La valorización de la moneda cubana (pasó de 120 pesos por 1 dólar en 1994 a 20 en 1998, y se ha mantenido en esa relación) es otro factor favorable en esta dirección.

Educación. En esta esfera, además de garantizar la continuidad de los parámetros de alta calidad, universalidad y gratuidad, se evalúa de forma muy satisfactoria la equidad de género en todos los niveles de enseñanza.

En la educación-preescolar se ha complementado la disponibilidad insuficiente en los Círculos Infantiles (para mujeres trabajadoras), con el establecimiento de un programa comunitario informal, "Educa a tu hijo" que prepara a la familia. Por estas vías formales, e informales, se ofrece atención al 98,3% de los niños en edad preescolar. En los Círculos Infantiles el 47% son niñas, por las vías no formales lo son el 51% (UNICEF 2000:59).

En la educación primaria, el % de escolarización de la población es de 99,3, y de aprobados el 99,1; el % de graduados que continúan estudios de 7mo. grado es de 99,9% (UNICEF 2000) Del total de matrículas en escuelas primarias el 49% son niñas. La calidad al-

canzada en este nivel se ilustra con el resultado que alcanzó Cuba en el Primer Estudio Internacional Comparativo que realizó la UNESCO, en el que obtuvo 350 puntos de una calificación de 400, siendo el resultado promedio de 250.

La educación media incluye de 7 a 12 grados, clasificados en dos subniveles. En el curso 1999-2000, se alcanza un 95,2% de escolarización en los niños de 6 a 16 años de edad. En este nivel de enseñanza se instrumentaron acciones de Educación Sexual, que cobraron fuerza al iniciarse en 1996 el proyecto Educación Formal para Conducta Sexual Responsable, (MINED-FNUAP) que se ha extendido progresivamente. En el acceso al Tercer Nivel de enseñanza, se observa la presencia mayoritaria de mujeres graduadas en la casi totalidad de las ramas de las ciencias (en 7 de las 9 ramas es superior al 50%). En Ciencias Sociales y Humanísticas, Ciencias Médicas y Ciencias Pedagógicas, son el 70%.

La crisis económica ha impactado al sistema de enseñanza, en la disponibilidad de materiales docentes, la insuficiente reparación de locales y aulas, la escasa publicación de textos, y otras carencias.

Pero junto a la recuperación, la presencia femenina continúa hegemónica: con el 60% del total de los graduados de la Educación Superior.

Resultan significativas las tendencias al cambio que caracterizan el sistema educacional de la sociedad cubana, las que han podido preservarse de los efectos desfavorables de la crisis.

En el último trimestre del 2000, una nueva línea de desarrollo cultural contribuye a acentuar esta tendencia, con la instrumentación de un ciclo de lecciones a través de la televisión en lo que se denomina "Universidad para todos". Cursos de apreciación li-

teraria, de idioma español e inglés, son seguidos con extraordinario interés por una población ávida de mayores conocimientos. La dimensión cultural refuerza el perfil educacional que contribuye a potenciar al género femenino en su papel protagónico y equitativo.

Salud: En cuanto a la salud reproductiva a fines de los 50 la tendencia a la fecundidad había descendido en Cuba al igual que la mortalidad infantil. Desde 1959 hasta la mitad de los 60, se produce la interrupción de esa tendencia, con el brusco aumento de los nacimientos generados por las expectativas que creó el proceso revolucionario. Entre 1970 y 1980 los niveles de fecundidad y de mortalidad infantil se redujeron a menos de la mitad. Esto se debió a la generalización del acceso y el uso gratuito y seguro de la interrupción de embarazos, y a un programa de planificación familiar integrado que significaron la mayor supervivencia infantil, y la posibilidad de que cada mujer pudiese elegir el número y espaciamiento de los hijos deseados. La mortalidad infantil descendió de 46,7 por mil nacidos vivos en 1969, a 10,2 en 1992, y 6,4 en 1999. La mortalidad materna se estimaba en 3,4 por 10 mil nacidos vivos en 1995, y 2,9 en 1999.

Programas masivos de detección del cáncer y de enfermedades congénitas, sistema de prevención de enfermedades, un 99,8% de partos hospitalarios, 15,7 promedio de consultas por parto, 176 habitantes por médico en 1999, son algunos de los aspectos connotados del Sistema de Salud.

Los aspectos que pueden considerarse menos satisfactorios en la salud reproductiva son la alta incidencia en la maternidad adolescente, y el uso del aborto en forma errónea como forma de planificación familiar.

Sobre la maternidad precoz,

hay una evolución positiva precisamente por la acción del médico de la familia en la comunidad, que ha desarrollado a nivel local una labor convincente y mucho más efectiva y preventiva entre los jóvenes, que la generada por la divulgación nacional. El aborto, que tiene un ascenso desde fines de los 60 hasta mediados de los 80, comenzó a descender por campañas similares.

La trasmisión del VIH se encuentra bajo control; desde 1986 se reportaron 2676 seropositivos, de los cuales se han enfermado 1000, de éstos fallecieron 689 personas. El sistema de ubicación de los seropositivos en el sanatorio se complementa con visitas autorizadas a enfermos ambulantes, a los que se les acredita por una comisión multidisciplinaria su confiabilidad para preservar que no se extienda la contaminación.

Así, a pesar de la crisis se mantienen las condiciones básicas de la salud reproductiva y el contexto de salud satisfactoria.

Las cifras que avalan esta situación son conocidas en el mundo. En los indicadores que UNICEF estableció como metas para el año 2000, Cuba sobrecumplió la mayoría antes de la fecha señalada. (UNICEF, 2000).

Estos éxitos son en gran medida el resultado de la extensión de la medicina comunitaria, que abarca el 98,2% de la población; con un carácter fundamentalmente preventivo. Se destaca el 98,2% de los niños cubanos que poseen cobertura de inmunización contra 12 enfermedades, durante sus dos primeros años de vida (Programa Nacional de Acción, 1997:50).

Es destacable que el trabajo de salud en la sociedad cubana mantiene su estabilidad, aunque con carencias notables en la calidad de los servicios y acceso a determinados medicamentos. En estas deficiencias desempeña un

importante papel el impacto del bloqueo de EE.UU., que se estima ha costado a Cuba más de 1200 millones de dólares (De la Osa 1999:4). Un informe de la Asociación Americana por la Salud Mundial reporta algunas de las arbitrariedades que el bloqueo impone a la salud cubana, afectando parcialmente programas tan avanzados como la detección temprana del cáncer de mamas, que fue concentrado temporalmente a mujeres en edad de riesgo, por carecer de materiales para su extensión masiva (World Health 1997).

Pero con la continuidad de las políticas sociales y el énfasis en el trabajo comunitario, muchas de las dificultades son solucionadas. Así ocurrió con el incremento del bajo peso al nacer, combatido con el suministro alimentario a las embarazadas y la vinculación de aquellas mujeres en condiciones más difíciles, a comedores obreros en centros laborales cercanos a sus domicilios, por la gestión del Poder Popular. El indicador sobre el bajo peso al nacer (peso inferior a 2,500kg al nacimiento) evolucionó de 7,3% en 1989 con un incremento que llega a 9% en 1993, y comienza a descender progresivamente hasta alcanzar el 6,5% en 1999, cercano a la meta del 2000 (UNICEF 2000:16).

La excelencia de la medicina cubana, la disponibilidad de anticonceptivos (recuperada gradualmente desde la mitad segunda del pasado decenio), y el acceso gratuito hospitalario y seguro a la interrupción del embarazo no deseado, otorgan a la mujer una dimensión de dominio sobre sí misma y su capacidad reproductiva.

Principales limitantes: la expresión de la continuidad

Los rasgos más tradicionales que predominan en la situación social de la mujer cubana son dos:

la continuidad de la sobrecarga doméstica y familiar sobre la mujer; y su poco acceso a los niveles de dirección de mayor jerarquía. Se podría decir que estos rasgos están muy distantes uno del otro, de una parte el escenario familiar, y de otra, el más alto rango de toma de decisiones y acceso a los recursos. Pero en realidad, ambos rasgos se complementan y retroalimentan como expresión de la continuidad del papel tradicional de la mujer, excluida del poder y relegada a tareas de servicios domésticos.

En una investigación sociológica realizada por mí en 1995, en la Universidad de La Habana y en una industria electrónica, constaté que las mujeres cubanas dirigentes, obreras, profesoras y secretarías no se autoperciben como discriminadas. Aunque están conscientes de que no asumen las más altas responsabilidades jerárquicas, esto no parece ser su obstáculo más significativo. Para ellas, el problema más grave es la continuidad del rol tradicional en el hogar, acentuado por la crisis, "las mujeres cubanas merecemos una medalla" plantea una técnica electrónica. (Díaz, E. 1995). Y con relación a los alimentos y su distribución en el hogar, planteaban la prioridad de niños, ancianos y enfermos, en una complicidad familiar que protege a los más vulnerables a nivel de hogar.

En la participación en los más altos niveles de dirección influyen diversos factores, entre ellos la escasa estimulación material que reciben los dirigentes y la alta cuota de exigencia en cuanto a dedicación de tiempo y esfuerzos. Influyen además los prejuicios sobre la idoneidad de la dirección masculina, y las propias limitaciones de la mujer para asumir responsabilidades a ese nivel, cuando ya sus vidas están sobrecargadas por su superación, su tra-

bajo social y la atención a la familia.

Sin embargo, la mujer cubana representa el 27,6% de los parlamentarios, y son mujeres 3 de los Ministros, dos de ellas en esferas particularmente novedosas: el Ministerio de la Ciencia, la Tecnología y el Medio Ambiente, y el Ministerio de Colaboración e Inversión Extranjera.

En un interesante trabajo del Centro de Investigaciones sobre la mujer (Alvarez 2000) se analiza el incremento de la mujer en el Poder Popular, y apoyándose en una encuesta extensa realizada, se muestra como no son las mujeres quienes renuncian a ocupar responsabilidades, sino los que promueven su participación quienes la inhiben, con una mezcla de falsa protección por sus excesivas tareas y una gran dosis de prejuicios sobre su eficiencia. Esta continuidad de tradiciones persiste en mujeres y hombres; porque se trata del condicionamiento de una forma de pensar, la misma que ha prevalecido durante siglos.

Conclusiones:

El escenario donde se desarrolló y posibilitó el ascendente papel protagónico femenino construyó una sólida plataforma para su participación social. El acceso al empleo y las oportunidades de calificación, la garantía en su salud reproductiva, y las políticas sociales dirigidas a la equidad y la promoción de valores éticos solidarios, son estructuras demasiado fuertes como para ser revertidas después de 3 décadas, por la contradictoria y compleja situación que atraviesa el país en los 90.

El impacto es fuerte, y sus efectos son desfavorables, pero en el equilibrio de tendencias, puede afirmarse que prevalece la situación positiva. La mujer cuba-

na desarrolla su participación con toda la fuerza creadora que le permite transformarse a sí misma en el proceso de luchar por la permanencia de los logros y los valores de su sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ, M. (1998). Mujer y Poder en Cuba, Revista Temas No. 14, La Habana.
- ARÉS, P. (1999). Estudio de la relación familia-sociedad en el sector privado de la economía emergente en Cuba en Diversidad y Complejidad familiar en Cuba, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Instituto Iberoamericano de Estudios Sobre Familia, La Habana.
- BARROS, O. (1999) Cuba: evolución de la Población Económicamente Activa. Período 1970-1995. Revista Economía y Desarrollo # 2 Vol. Julio-Diciembre. La Habana.
- CEPAL (2000). La Economía Cubana. Reformas estructurales y desempeño en los 90, CEPAL, México, Fondo de Cultura Económica.
- CIEM (CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA ECONOMÍA MUNDIAL) (1999). Investigación sobre el Desarrollo Humano y Equidad en Cuba, 1999. PNUD. Caguayo, S:A. La Habana.
- COMITÉ ESTATAL DE ESTADÍSTICAS (1984). Censo de Población y Viviendas, 1981, La Población Cubana en 1953 y 1981, La Habana.
- DE BARBIERI, T. (1996). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género, en: Estudios básicos sobre Derechos Humanos. Tomo IV, Primera Edición. San José.
- DE LA OSA, J. (1999). Ascende a 1200 millones de dólares el costo del bloqueo a la salud pública. Granma. Mayo.
- DÍAZ E., CARAM, T. (1996). Mujer Cubana, desarrollo social y participación, En: Revista Mundial de Sociología, N°. 2, Madrid.
- DÍAZ, E. (1995). Economic crisis: Employment and Quality of life in Cuba, En: Economic Reforms, Wome's Employment, and Social Policies. The United Nations University. Wider. Finlandia.
- DÍAZ, E. (1997). Género y Empleo en Cuba, Impacto de la Crisis en Grupos Vulnerables: Mujer, Familia, Infancia: FLACSO Cuba, UH, La Habana.
- FLORES, V. (1997). Genero e informalidad, El caso cubano. Tesis de maestría, Flacso. La Habana.
- GONZÁLES, A.(1997). Economía y Sociedad: los retos del modelo económico. Revista Temas 11: Julio-Sep. La Habana.
- GONZÁLEZ QUIÑONES, F. (1986). La participación de la mujer en la fuerza de trabajo y la fecundidad en Cuba. Cedem. UH. La Habana.
- UNICEF (2000). Informe nacional sobre el seguimiento de Lima en el marco de la Cumbre Mundial a favor de la infancia. República de Cuba. Agosto, La Habana.
- VALDÉS, T. (1995). Mujeres Latinoamericanas en Cifras, Tomo Comparativo, FLACSO, Instituto de la Mujer, España.
- WORLD HEALTH (1997). The impact of the US: Embargo on Health an Nutrition en Cuba. A Report from the association for World Health, Washington.
- ZIMBALIST A., Brundenius, C (1985). Crecimiento con equidad: el desarrollo cubano en una perspectiva comparada. Cuadernos de Nuestra América. La Habana, vol VI, No. 13 (julio diciembre).

Algunos Datos Sobre la Salud y la Conducta Sexual de las Mujeres de Cantabria (España)

MARTA GARCÍA LASTRA, ÁNGEL GARCÍA SANTIAGO y JUAN CARLOS ZUBIETA AIRÚN
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

1. Introducción. El marco de la investigación

Desde hace un lustro, en el equipo de investigación "Taller de Sociología" de la Universidad de Cantabria venimos desarrollando un amplio programa de investigación sobre la situación de las mujeres de la región. Fruto de ese trabajo se han realizado los siguientes estudios: "La situación socio-laboral de las mujeres del municipio de Torrelavega" (1997), "Mujeres de Cantabria. Informe Cero" (1998), "Mujeres rurales de Cantabria (1999)" y "La presencia de las mujeres en puestos de responsabilidad de Cantabria" (2000). Así mismo, en otras investigaciones también se ha prestado especial atención a la situación de ciertos grupos de mujeres; esta tarea se ha llevado a cabo en "La juventud de Cantabria" (1993) y en "Jóvenes de Cantabria. Informe Cero" (1997).

Todos estudios sobre las mujeres, promovidos por diversas instituciones públicas de la región, pretenden aportar información sobre la realidad social de las mujeres que permita elaborar planes de intervención a las distintas entidades públicas y privadas y, también, que contribuya a la reflexión y el debate del conjunto de la sociedad y, de esa forma, sea posible un cambio social en favor de la igualdad entre hombres y mujeres.

A continuación se recogen algunos de los datos sobre la salud obtenidos en el estudio "Mujeres de Cantabria. Informe Cero" así como el marco en el que se realizó esa investigación: los Planes para la Igualdad.

2. Las medidas para contribuir a la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres contenidas en los Planes para la Igualdad

En 1983 el Gobierno español creó el Instituto de la Mujer para llevar a cabo una política interministerial en favor de las mujeres (se trataba de establecer un instrumento eficaz para cumplir el mandato de la Constitución española de 1978 sobre la no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (art. 14) y sobre la obligación de los Poderes Públicos de promover las condiciones para la igualdad y remover los obstáculos que la impidan (art. 9.2). Para que esa política fuese eficaz se estableció el Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres 1988 - 1990, en donde se definieron los objetivos a conseguir y las actuaciones a llevar a

cabo en ese período de tiempo. En este Plan se establecieron, entre otras, las siguientes actuaciones en el ámbito de la salud: "Desarrollar programas que mejoren el nivel de conocimiento sobre el embarazo, el parto y el puerperio", "Desarrollo de un programa de prevención de embarazos no deseados dirigido a los adolescentes", "Aumentar el nivel de información y educación sexual en los grupos de riesgo (sobre prevención del aborto y de las enfermedades de transmisión sexual)", "Programa de información y educación sanitaria para la prevención y detección precoz del cáncer genital y mamario", "Normalizar la prestación de Planificación familiar" y "Formar adecuadamente y facilitar el reciclaje del personal sanitario en todas las áreas relacionadas con la salud de la mujer".

El II Plan para la Igualdad de las Mujeres (1993-1995) continúa la línea de objetivos establecidos en el I Plan y, en el ámbito de la salud, señala como objetivos: "Impulsar programas de prevención del embarazo en la adolescencia", "Impulsar los programas de lucha contra el cáncer entre la población femenina", "Prevenir la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) entre las mujeres" e "Introducir un nuevo enfoque de la menopausia entre la población en general y entre los profesionales de la salud y de los servicios sociales en particular". Este II Plan también indica que "se potenciará la atención al programa materno-infantil haciendo que los cursos de psicoprofilaxis al parto se extiendan a todos los embarazos, que se favorezca el consejo genético y el diagnóstico prenatal en los grupos de riesgo para prevenir las malformaciones congénitas, que haya una atención al parto más humanizada, que se haga un seguimiento al postparto y, además, que se haga una atención integral a las mujeres".

En la actualidad se encuentra

en vigor el III Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (1997-2000); en él también se establecen una serie de medidas para contribuir a la mejora de la salud reproductiva y sexual de las mujeres. Entre estas medidas destacan las siguientes: "Apoyar programas para el diagnóstico preventivo y prenatal, a fin de prevenir en el embarazo las malformaciones congénitas", "Favorecer, mediante materiales divulgativos y educativos, la promoción de la salud de las mujeres, la preparación al parto y a la menopausia", "Realizar jornadas y debates sobre los tratamientos de infertilidad, con el fin de reflexionar sobre las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que producen en las mujeres y promover soluciones", "Apoyar programas que mejoren y amplíen la prevención del cáncer ginecológico y de mama, atención a la menopausia y tratamiento de la osteoporosis", "Desarrollar programas de información y educación sexual, dirigidos a toda la población y prioritariamente a las adolescentes", "Realizar actuaciones y campañas destinadas a prevenir el embarazo no deseado, especialmente en la adolescencia", "Impulsar la mejora de la oferta de servicios que se ofrecen en los centros de planificación familiar, ofreciendo asesoramiento sobre el comportamiento sexual" e "Impulsar y desarrollar programas de atención a la salud sexual y reproductiva en los Centros de Atención Primaria".

En el ámbito de nuestra región, Cantabria, se han redactado dos Planes para la Igualdad de Oportunidades, el primero de 1991-1993 y el segundo de 1998 a 2001, estableciendo, fundamentalmente, los mismos objetivos que los nacionales. Debe destacarse que en el II Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Cantabria (1998-2001) se recogen una serie

de indicadores para evaluar el nivel de cumplimiento de cada objetivo propuesto.

En definitiva, tanto desde una perspectiva nacional como regional, se cuenta con Planes y Programas detallados para atender a los diversos aspectos relacionados con la salud de las mujeres. Aunque el cumplimiento de estos Planes es, en muchos casos, absolutamente insuficiente, debe reconocerse que es fundamental contar con el compromiso de actuación por parte de los gobiernos y que, a pesar de los muchos defectos e incoherencias que podrían señalarse, los avances logrados en los últimos 20 años en la lucha por la igualdad son muy importantes.

3. Algunos datos generales sobre la salud sexual y reproductiva en Cantabria

3.1 La experiencia de un Centro de Planificación Familiar

En el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres de Cantabria es especialmente significativa la labor que lleva a cabo, en Santander, capital de Cantabria, desde 1984, el Centro de Orientación Familiar "La Cagiga", dependiente del INSALUD (Instituto Nacional de Salud) para atender las necesidades de las mujeres en "Planificación Familiar y Psicoprofilaxis Obstétrica" desde un equipo multidisciplinar. Este Centro también desarrolla un Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de cérvix y de mama y se establecen programas de Educación Sanitaria en colaboración con el Ministerio de Educación y Cultura y con diversas organizaciones privadas. El área de influencia del COF "La Cagiga" reúne a 74362 mujeres en edad fértil (otras áreas sanitarias de la región son cubiertas por otros Centros). En la actualidad en el Centro "La Cagiga" se atienden anualmente a cer-

ca de 16.000 mujeres de forma continuada y a otras 2.500 mujeres y parejas que acuden a resolver problemas que no necesitan consultas sucesivas.

El equipo sanitario de "La Cagiga" ha informado¹ que en los primeros años el Centro atendía, principalmente, a mujeres casadas, mayores de 30 años, con 3 o más hijos, que no trabajaban fuera de casa, que tenían sobradamente satisfechas sus necesidades reproductivas, que confesaban no tener información suficiente sobre sexualidad y anticoncepción, que acudían solas, que utilizaban como método anticonceptivo principalmente la píldora contraceptiva o el coito interrumpido y que veían como solución una Ligadura Tubárica. El SIDA no se percibía como un problema de salud y el aborto voluntario estaba penalizado en todos los casos.

En la actualidad, el perfil de las mujeres que acuden al Centro por primera vez es el siguiente: tienen menos de 24 años, están solteras, son estudiantes o trabajan fuera de casa, no han estado embarazadas nunca, a menudo vienen con sus parejas, dicen tener poca información, conocen el riesgo de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS/VIH), como método anticonceptivo usan principalmente los métodos de barrera, y eligen la anticoncepción hormonal y el D.I.U. El cambio en la población atendida en el Centro se explica porque se fueron cubriendo las necesidades inmediatas y, además, porque se pusieron en marcha estrategias de captación de mujeres y parejas en situación de riesgo, y actividades de información encaminadas a fomentar una sexualidad gratificante sin riesgo de embarazos no deseados ni de Enfermedades de Transmisión Sexual.

El equipo sanitario de "La Cagiga" también explica que la despenalización del aborto ha supuesto en Cantabria la desaparición de

la mortalidad por aborto séptico (aborto voluntario realizado clandestinamente y en condiciones insalubres), que hasta ese momento era causa de muerte de una mujer en edad fértil cada 3 años en Cantabria, y la desaparición también de la morbilidad que generaba, incluyendo secuelas graves como la esterilidad. Según indica "La Cagiga", en Cantabria, el número de embarazos no deseados (de acuerdo con las estadísticas de interrupciones voluntarias del embarazo) está descendiendo en todos los grupos de edad. La explicación que se da es: el mayor acceso a la información sexual en Institutos de Enseñanza Secundaria, la mayor sensibilidad de profesores y profesionales sanitarios y la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, especialmente de la anticoncepción postcoital (CPC) (en 1996, en el Centro "La Cagiga" se administraron 1595 tratamientos y calculan que por cada 5-7 tratamientos postcoitales se evita un embarazo no deseado).

El Centro "La Cagiga" también desarrolla programas de Terapia Sexual atendiendo problemas de dificultades orgásmicas, disfunción erectiva, deseo sexual inhibido, eyaculación precoz, dispareunias y vaginismos y problemas de pareja.

También es importante el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Los datos de "La Cagiga" indican que aunque la mayor parte de los que acuden al Programa buscan estrategias para enfrentarse mejor al parto, cada vez son más las mujeres que quieren, además, compartir la experiencia del embarazo con sus parejas y con otras mujeres.

3.2 Indicadores sobre la salud de las mujeres

En 1993, el comité regional europeo de la OMS estableció una serie de indicadores para medir los

progresos en la mejora de la salud de las mujeres, entre estos indicadores se encuentran: la tasa de mortalidad materna, las diferencias entre varón y mujer en determinados indicadores socioeconómicos tales como ingresos, educación y empleo, la incidencia o prevalencia de enfermedad inflamatoria pélvica, la tasa de partos por cesárea, la incidencia de embarazos no planificados por edad, el porcentaje de mujeres con acceso a servicios anticonceptivos adecuado, y la incidencia de violación, intento de violación y abusos sexuales por edad. El Dr. J. Mozota, con ocasión del estudio "Mujeres de Cantabria. Informe Cero"², consideró que estos indicadores deberían completarse con otros sobre las principales causas de mortalidad, la morbilidad, la expectativa de vida libre de incapacidad, y los hábitos de vida condicionantes de la salud. También indicó que, en Cantabria, además de mejorar la información disponible sobre cada uno de los problemas mencionados, deberían establecerse programas de educación sanitaria, desde las instituciones sanitarias, los centros educativos y los medios de comunicación, sobre, entre otros aspectos sanitarios, la anticoncepción y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

4. Algunos datos sobre la salud y la conducta sexual de las mujeres de Cantabria

El estudio "Mujeres de Cantabria. Informe Cero" fue realizado por el Taller de Sociología por encargo de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria con el propósito de obtener una información general sobre la situación de las mujeres de la región con la que poder redactar el II Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Cantabria (1998 - 2001). Para ese objetivo general, la in-

investigación se basó en la siguiente recogida de datos: una encuesta a 1600 mujeres de toda la región (amas de casa, trabajadoras, desempleadas y estudiantes), entrevistas semi-estructuradas a 37 mujeres residentes en diversas localidades de Cantabria, de diversa edad y condición social y 6 entrevistas con expertos y conocedores de la situación de las mujeres y de sus diversos problemas y situaciones. Como se ha indicado este estudio ha tenido un carácter general y, en consecuencia, no presta una atención específica a la salud reproductiva y a la conducta sexual de las muje-

res. De todas formas se obtuvieron algunos datos sobre este ámbito. A continuación se destacan los más significativos.

4.1 Estado general de salud

El 73% de las mujeres entrevistadas califica su estado general de salud de bueno o muy bueno (hay que advertir que, lógicamente, este resultado sólo puede tomarse como un indicador aproximado ya que seguramente muchas mujeres con mal estado de salud no habrán podido o no habrán querido responder a un cuestionario como el uti-

lizado). Como es sabido, la metodología para conocer el estado de salud de una población es diferente a la usada en esta ocasión. Lo que es importante destacar es el resultado de la comparación de las respuestas obtenidas en los distintos grupos. Se comprueba que son las más jóvenes (las estudiantes) las que están mejor de salud; por el contrario, es entre las amas de casa y en el grupo de las de más edad (recordamos que hay una gran asociación entre esas dos variables) donde se encuentran más personas que se quejan de su situación (Tablas 1 y 2).

Tabla 1

Autovaloración del estado de salud, según Ocupación				
(En % y V. Medio)	Muy bueno o Bueno	Regular	Malo o muy malo	V. M. ^(*)
Conjunto de mujeres	73.0	23.9	3.1	3.84
Amas de casa	60.8	33.3	5.9	3.64
Estudiantes	85.1	13.9	1.0	4.05
Paradas	84.7	13.8	1.4	4.00
Trabajadoras	79.9	19.4	0.7	3.97
A de Varianza (F. Prob.)	.000			

(*) Escala F 5: Muy bueno, ..., 1: Muy malo

Tabla 2

Autovaloración del estado de salud, según Edad			
(A. de Varianza)	N	Valor Medio ^(*)	F. Prob.
Jóvenes	(351)	4.10	.000
Maduras	(976)	3.96	
Mayores	(521)	3.46	

(*) Escala F 5: Muy bueno, ..., 1: Muy malo

El 43% de las mujeres entrevistadas ha tomado algún medicamento en las dos últimas semanas. Otra vez se comprueba el distinto estado de salud de las amas de casa y las estudiantes (Tabla 3). También, en coherencia con los resultados de la tabla 2, es en el grupo de más edad (que es el grupo de peor salud) donde (como podía esperarse) con más frecuencia se consumen medicamentos (Tabla 4).

En el último año, el 77% de las mujeres consultadas ha acudido al médico. La Odontología (49%) y la Oftalmología (28%) han sido las especialidades más consultadas. En el apartado denominado en la tabla "otras especialidades" destaca la Ginecología (72.4%), y con una frecuencia mucho menor (menos del 5% del total recogido en "otras") la Dermatología (4.3%), Neurología (1.9%), Urología (1.9%), etc. Es significativo que el grupo de las mujeres que estudian (las más jóvenes) acude, en mayor proporción que los otros grupos que venimos considerando, al dermatólogo y al endocrinólogo. Se confirma que las amas de casa son quienes con más frecuencia han visitado las distintas especialidades médicas.

La relación entre las variables "Edad" y "Visita a las distintas especialidades médicas" pone de relieve, entre otros, un dato significativo: las de más edad son quienes menos acuden a los servicios de la Odontología. La distribución del resto de resultados es la que podía esperarse: a más edad corresponde una peor salud y, por lo tanto, con mayor frecuencia se acude a los profesionales de la sanidad.

El 68% de las mujeres entrevistadas ha padecido, en el último año, de dolor de cabeza, jaqueca o migraña. El 51% ha tenido problemas de artritis, ciática, lumbago o dolor de espalda.

Un 41% ha tenido problemas de la boca. El porcentaje de mujeres que han sufrido otros problemas de salud se puede observar en la tabla 5.

Un 21% de las mujeres consultadas indica que nunca ha acudido a visitar a un ginecólogo u obstetra. El porcentaje se incrementa hasta el 65% en el grupo de las mujeres que estudian. Por supuesto, otra vez la edad y la situación personal explican estos datos. Otro 22% indica que acudió a consulta de esa especialidad médica hace más de 3 años. En las tablas 6 y 7 se observa que la edad y el tipo de relación sentimental que mantiene

Tabla 3

Porcentaje de mujeres que, en las dos últimas semanas, ha tomado algún medicamento, según Ocupación (en %)	
Conjunto de mujeres	42.8
Amas de casa	53.6
Estudiantes	29.0
Paradas	34.9
Trabajadoras	37.1
χ^2 (Sig.)	.000

Tabla 4

Porcentaje de mujeres que, en las dos últimas semanas, ha tomado algún medicamento, según Edad (en %)	
Jóvenes	29.2
Maduras	35.5
Mayores	65.2
χ^2 (Sig.)	.000

la mujer (las dos variables están relacionadas) influyen en la frecuencia con que se consulta al ginecólogo; así, las mujeres más jóvenes y las que no tienen relación sentimental estable son quienes menos han ido a visitar a los especialistas en Ginecología y Obstetricia.

El 52% de las mujeres consultadas no ha ido nunca a hacerse una revisión médica para prevenir el cáncer de mama (Tabla 8). Como podía esperarse, la revisión ha sido más frecuente entre las mujeres de 25 a 49 años. Los resultados pueden verse en las tablas 8 y 9.

Tabla 5

Mujeres que, en el último año, han padecido las siguientes enfermedades, según Ocupación						
(En %)	(C)	(AC)	(E)	(P)	(T)	χ^2 (Sig.)
Colesterol elevado	12.3	19.6	3.9	7.6	7.7	.000
Reumatismo, artritis, ciática, lumbago o dolor de espalda	51.3	63.5	29.7	38.1	49.8	.000
Problemas de la boca o encías	41.1	*	*	*	*	.675
Hemorroides	16.3	18.2	7.2	16.1	17.9	.000
Varices	27.2	36.2	6.2	20.0	27.5	.000
Problemas de los pies	25.4	31.2	17.0	15.0	25.7	.000
Problemas de tensión arterial	30.7	42.8	17.6	19.6	24.2	.000
Problemas de nervios, depresión	31.3	*	*	*	*	.200
Alergia	19.6	16.7	27.9	22.2	18.6	.000
Dolor de cabeza, jaqueca, migraña	68.4	64.1	73.5	71.4	70.8	.006
Dolencias del estómago	36.8	31.9	52.0	36.7	37.1	.000
Estreñimiento	33.6	*	*	*	*	.957
Bronquitis o asma	10.6	*	*	*	*	.744
Diabetes	3.8	5.4	2.6	2.6	2.7	.027
Otros padecimientos	11.5	*	*	*	*	.976

(C) Conjunto mujeres (AC) Ama de casa (E) Estudiante (P) Parada (T) Trabajadora
 (*) El análisis de χ^2 indica que no existen diferencias estadísticamente significativas

Tabla 6

¿Cuándo fue la última vez que visitó al ginecólogo u obstetra?, según Edad				
(En %)	Jóvenes	Maduras	Mayores	χ^2 (Sig.)
No ha ido nunca	60.2	10.6	15.8	.000
Hace menos de un mes	7.4	10.1	7.6	
Entre 1 y 6 meses	8.7	22.1	14.7	
Entre 7 meses y un año	7.9	16.5	10.6	
De 1 año y 2 años	11.4	19.5	16.2	
De 3 a 5 años	3.4	12.8	12.6	
Más de 5 años	1.1	8.4	22.4	
N	(345)	(968)	(511)	

Tabla 7

¿Cuándo fue la última vez que visitó al ginecólogo u obstetra?, según Relación sentimental				
(En %)	Casada o viviendo en pareja	Con novio	Sin relación estable	χ^2 (Sig.)
No ha ido nunca	6.8	46.7	47.1	.000
Hace menos de un mes	10.5	8.2	4.7	
Entre 1 y 6 meses	21.2	13.0	9.4	
Entre 7 meses y un año	15.3	11.8	7.2	
De 1 año y 2 años	20.3	13.0	10.1	
De 3 a 5 años	12.4	4.3	11.0	
Más de 5 años	13.4	3.0	10.4	
N	(1172)	(299)	(365)	

Tabla 8

¿Cuándo fue la última vez que acudió a una revisión médica para prevenir el cáncer de mama?, según Ocupación						
(En %)	(C)	(AC)	(E)	(P)	(T)	χ^2 (Sig.)
No ha ido nunca	52.1	45.8	86.0	53.3	44.9	.000
Hace menos de un mes	6.0	7.1	2.3	7.0	5.9	
Entre 1 y 6 meses	10.9	11.4	4.2	10.7	13.3	
Entre 7 meses y un año	8.5	8.9	2.3	8.7	10.7	
De 1 año y 2 años	12.0	13.4	3.3	11.9	14.2	
De 3 a 5 años	6.6	8.0	1.6	4.9	7.6	
Más de 5 años	3.9	5.5	0.3	3.5	3.4	
N	(1866)	(803)	(253)	(264)	(546)	

Tabla 9

¿Cuándo fue la última vez que acudió a una revisión médica para prevenir el cáncer de mama?, según Edad				
(En %)	Jóvenes	Maduras	Mayores	χ^2 (Sig.)
No ha ido nunca	86.6	45.1	42.0	.000
Hace menos de un mes	4.9	5.7	7.8	
Entre 1 y 6 meses	2.4	13.1	12.7	
Entre 7 meses y un año	2.0	10.3	9.5	
De 1 año y 2 años	3.1	14.0	13.7	
De 3 a 5 años	0.7	8.4	7.4	
Más de 5 años	0.2	3.4	6.9	
N	(248)	(969)	(507)	

4.2 Conducta sexual

En primer lugar hay que subrayar un dato muy significativo: un 24% de las mujeres entrevistadas no ha querido contestar a la pregunta de a qué edad tuvo su primera relación sexual completa, ni tampoco a las otras cuestiones referidas al sexo (a pesar de que se garantizaba el

anonimato). El 40% de las mujeres que ha respondido a la encuesta ha mantenido su primera relación sexual completa entre los 21 y los 25 años. Otro 34% la ha mantenido entre los 17 y los 20 años. Un 11% señala que no ha mantenido relaciones sexuales (Tabla 10).

La tabla 10 también pone de manifiesto que las mujeres cada

vez se inician en las relaciones sexuales a una edad más temprana; así, el 8% de las que tienen entre 18 y 24 años han tenido sus relaciones sexuales antes de los 16 años, mientras que sólo se habían iniciado a esa edad el 3% de las que tienen más de 50 años.

El 14% de las mujeres indica que la primera vez que mantuvo

Tabla 10

Edad a la que tuvo su primera relación sexual completa, según Edad					
(En %)	Conjunto mujeres	Respond	Jóvenes	Maduras	Mayores
Antes de los 14 años	.9	1.1	1.9	1.1	0.7
Entre los 14 y los 16 años	2.9	3.8	6.1	3.7	2.0
Entre los 17 y los 20 años	27.3	34.3	40.7	40.0	17.3
Entre los 21 y los 25 años	31.7	39.6	9.8	44.0	52.8
Después de los 25 años	8.1	10.7	0.0	7.7	25.2
No ha tenido relaciones sexuales	8.3	10.5	41.5	3.5	2.0
No quiere responder	20.4	--	--	--	--
N	(1902)	(1413)	(275)	(773)	(364)
χ^2 (Sig.)			.000		

Tabla 11

Método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual completa, según Edad					
(En %)	Conjunto mujeres	Responde n	Jóvenes	Madura s	Mayore s
Ningún método, no la importaba quedar embarazada	23.8	29.1	0.0	21.1	62.8
Ningún método, no lo pensé	11.1	14.0	6.0	15.9	13.8
Preservativo	24.2	30.4	75.5	30.5	7.0
Coito interrumpido	12.1	15.2	11.5	17.9	10.9
Píldora	5.8	7.4	3.5	10.7	1.5
DIU	0.2	0.2	0.0	0.4	0.0
Ogino	2.1	2.7	1.5	2.7	3.2
Otro método	0.8	1.0	2.0	0.9	0.8
No quiere responder	19.9	--	--	--	--
N	(1902)	(1225)	(163)	(742)	(319)
χ^2 (Sig.)			.000		

relaciones sexuales no utilizó ningún método anticonceptivo porque en ese momento no lo pensó. El 29% no utilizó ningún método porque no le importaba quedar embarazada (y, por supuesto, no temía a las enfermedades de transmisión sexual o no era consciente de ese problema). El preservativo ha sido el método más utilizado en una primera experiencia sexual (el 30%). El coi-

to interrumpido ha sido utilizado por el 15% (Tabla 11).

Como podía esperarse, la edad de las mujeres introduce muchas diferencias en el método anticonceptivo utilizado (o en la no utilización de procedimiento de anticoncepción) en su primera relación sexual. La gran mayoría de las más jóvenes, el 76%, ha usado el preservativo y un 12% el coito interrumpido; también con-

viene destacar que un 6% de las mujeres de este grupo confiesa que no utilizó ningún método porque en esos momentos no lo pensó. Por su parte, la mayoría de las mujeres de más de 50 años, el 63%, señala que cuando tuvo su primera relación sexual no le importaba quedarse embarazada y, por lo tanto, no utilizó ningún método. Otros resultados pueden observarse en la tabla 11.

Tabla 12

En la actualidad, en sus relaciones sexuales ¿qué método anticonceptivo utiliza habitualmente?, según Relación sentimental					
(En %)	(1)	(2)	(3)	(4)	χ^2 (Sig.)
Ningún método, no la importaba quedar embarazada	19.7	24.8	2.1	10.8	.000
Preservativo	35.7	27.6	59.9	56.0	
Coito interrumpido	6.9	7.3	6.4	3.6	
Píldora	17.8	16.6	27.4	9.0	
DIU	6.0	7.5	1.7	1.9	
Ogino	0.6	0.7	0.4	0.0	
Otro método	13.4	15.4	2.0	18.8	
N (que responde)	(1040)	(768)	(178)	(93)	

(1) Conjunto de mujeres (2) Casada o viviendo en pareja (3) Con novio (4) Sin relación estable

En la tabla 12 se observa que, en las relaciones sexuales que las mujeres mantienen en la actualidad, el preservativo es el método más utilizado. Este procedimiento es el preferido por el 60% de las que no tienen una relación sentimental estable. Sorprende mucho que un 11% de las mujeres que no tiene una relación sentimental estable indique que no utiliza ningún método porque no las importa quedar embarazadas (este dato tan incomprensible obliga a un análisis específico para llegar a poder establecer alguna conclusión). En el apartado "otros métodos" se recogen: Vasectomía (40%), Ligadura de trompas (30%) y otras subrayan que

no lo necesitan (no puede quedarse embarazada por la edad, por problemas físicos, etc.).

Habitualmente, el 62% de las más jóvenes utiliza el preservativo, otro 25% toma la píldora. La frecuencia del uso de los distintos métodos por los diversos grupos de edad pueden verse en la tabla 13.

El 79% de las mujeres que han respondido a la encuesta indica que está satisfecho con su vida sexual; el 7% dice estar insatisfecho. Las mujeres que tienen novio están más satisfechas que las casadas (el 90% frente al 84%). Las que más se quejan son las que no mantienen ninguna relación estable (Tabla 14).

Según los resultados que se recogen en la tabla 15, las mujeres de zonas rurales, tengan la edad que tengan, dicen estar más satisfechas con su vida sexual que las que residen en zonas urbanas (las limitaciones de esta investigación impiden explicar este dato).

Lógicamente, el número de relaciones sexuales está muy influido por el tipo de relación sentimental que mantienen las entrevistadas. Así, como podía esperarse, las mujeres que no tienen una relación estable son las que menos relaciones sexuales mantienen: el 88% de este grupo indica que, durante el último mes, no ha tenido ninguna relación sexual. También es importante señalar

Tabla 13

En la actualidad, en sus relaciones sexuales ¿qué método anticonceptivo utiliza habitualmente?, según Edad				
(En %)	Jóvenes	Maduras	Mayores	χ^2 (Sig.)
Ningún método, no le importaba quedar embarazada	2.0	12.3	52.8	.000
Preservativo	62.2	37.3	13.2	
Coito interrumpido	7.1	6.8	6.2	
Píldora	25.4	20.1	5.8	
DIU	1.2	8.1	3.0	
Ogino	0.0	0.9	0.4	
Otro método	2.2	14.5	18.6	
N (que responde)	(154)	(659)	(221)	

Tabla 14

Grado de satisfacción con su vida sexual, según Relación sentimental				
(En %)	Mucha o Bastante	Regular	Poca o Ninguna	N
Conjunto de mujeres	78.7	14.4	6.9	(1481)
Casada o viviendo en pareja	83.5	11.9	4.6	(1041)
Con novio	90.1	7.9	2.0	(234)
Sin relación estable	41.6	34.1	24.4	(206)
χ^2 (Sig.)	.000			

Tabla 15

Grado de satisfacción con su vida sexual				
(A. de Varianza de dos variables: Edad y Hábitat)	Santander	Torrelavega	Semi-urbano	Rural
Jóvenes	3.76	3.84	3.98	4.30
Maduras	3.94	4.05	4.08	4.09
Mayores	3.76	3.68	3.79	3.83
Sig. Edad	.000			
Sig. Hábitat	.018			
Sig. Edad y Hábitat	.000			

que un 10% de las mujeres casadas tampoco ha tenido relaciones en el período señalado. La frecuencia más común está entre 5 y 10 relaciones al mes (Tabla 16).

Lógicamente, la edad (variable que está relacionada con el tipo

de relación sentimental) influye en el número de veces que una mujer mantiene relaciones sexuales al mes. Así, las que tienen entre 25 y 49 años (que es en el grupo donde el porcentaje de casadas es mayor) son quienes con más

frecuencia hacen el amor. Sería de mucho interés estudiar la influencia de la variable edad controlando la relación sentimental (este análisis no puede llevarse a cabo en este trabajo debido al tamaño de la muestra) (Tabla 17).

Tabla 16

Aproximadamente, ¿cuántas veces ha mantenido relaciones sexuales completas durante el último mes?, según Relación sentimental				
(En %)	(1)	(2)	(3)	(4)
Ninguna vez	27.3	10.4	20.5	88.0
Una vez	4.8	5.7	4.1	2.6
De 2 a 4 veces	18.5	23.3	17.3	4.1
De 5 a 10 veces	26.9	33.0	31.1	3.2
De 11 a 15 veces	13.6	16.4	17.9	0.8
Más de 15 veces	8.9	11.2	9.2	1.3
N (que responde)	(1.000)	(626)	(180)	(194)

(1) Conjunto de mujeres (2) Casadas o viviendo en pareja (3) Con novio (4) Sin relación estable

Tabla 17

Aproximadamente, ¿cuántas veces ha mantenido relaciones sexuales completas durante el último mes?, según Edad				
(En %)	Jóvenes	Maduras	Mayores	χ^2 (Sig.)
Ninguna	45.2	17.3	39.6	.000
Una vez	2.7	4.0	9.4	
De 2 a 4 veces	12.3	19.3	22.8	
De 5 a 10 veces	18.1	33.3	15.2	
De 11 a 15 veces	14.8	15.8	6.3	
Más de 15 veces	6.9	10.3	6.7	
N (que responde)	(211)	(595)	(188)	

(1) Conjunto de mujeres (2) Casadas o viviendo en pareja (3) Con novio (4) Sin relación estable

4.3 Mujeres maltratadas

Un 29% de las mujeres entrevistadas indica que conoce la existencia en su entorno cercano (familia y amigos) de algún caso de

mujer maltratada físicamente. El 45% conoce casos de maltrato psicológico (Tabla 18).

La mayor parte de las mujeres que sufren maltrato "aguanta" la

situación para que no sufran los hijos; así lo indica el 30%. Un 27% soporta el maltrato por la falta de recursos económicos. Otras reacciones pueden verse en la tabla 19.

Tabla 18

Porcentaje de mujeres que conocen la existencia, en su entorno cercano (familiares, amigos) de algún caso de maltrato a mujeres, según Ocupación						
(En %)	(C)	(AC)	(E)	(P)	(T)	χ^2 (Sig.)
Agresión física	28.8	28.0	29.1	29.5	29.7	.924
Maltrato psicológico	44.7	43.9	41.1	44.1	47.6	.346
N	(1832)	(800)	(238)	(257)	(536)	

(C) Conjunto de mujeres (AC) Ama de casa (E) Estudiante (P) Parada (T) Trabajadora

Tabla 19

Reacción de la mujer maltratada ante los malos tratos	
(En %)	Conjunto de mujeres
Ha denunciado al marido/compañero	9.5
Ha buscado ayuda en asociaciones	8.9
Se ha separado o divorciado	18.7
Aguanta por los hijos	29.9
Aguanta por falta de recursos económicos	17.3
Aguanta por no romper la pareja	13.5
Otras reacciones	2.2
N	(940)

5. A modo de conclusión final

Para poder llevar a cabo programas que promuevan la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres es necesario contar con información que posibilite realizar una planificación a partir del conocimiento de la realidad. En el ámbito de la salud,

en Cantabria, los indicadores con los que se cuenta son insuficientes (y esta región seguramente se encuentra en este aspecto por encima de la media de España); esta afirmación se apoya en los juicios del personal sanitario y, en el ámbito de las Ciencias Sociales, en nuestra propia experiencia. Es necesario establecer

un programa permanente de investigación en el que colaboren los profesionales de la salud con los especialistas de las Ciencias Sociales (por supuesto, en actuaciones de este tipo debe contarse con la colaboración de los organismos públicos, de los privados así como con las asociaciones de mujeres).

NOTAS

1. Álvarez, D. y otros (1998). La mujer en Cantabria desde el Centro de Planificación Familiar La Cagiga, en García Santiago, A. y Zubieta Irún, J.C. Mujeres de Cantabria. Informe Cero. Páginas 193-207. Taller de Sociología- Dirección General de la Mujer. Gobierno de Cantabria. Santander.
2. Mozota, J. (1998). La salud de las mujeres de Cantabria, en García Santiago, A. y Zubieta Irún, J.C. Mujeres de Cantabria. Informe Cero. Págs. 209-218. Taller de Sociología- Dirección General de la Mujer. Gobierno de Cantabria. Santander.

Feminismo y Maternidad por Sustitución

FRANCESCA PUIGPELAT MARTÍ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA, ESPAÑA

A modo de presentación:

La Dra. Francesca Puigpelat es Doctora en Derecho y Catedrática de Filosofía del Derecho en la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona. Además es Profesora del Master de Bioética de la Universidad de Barcelona y miembro de la Asociación Bioética "I Dret".

Esta conferencia que hoy transcribo (con su autorización), es una de las dos presentadas por ella en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral en Santa Fe, entre los días 27 y 28 de octubre de 2000.

Nos planteó que los primeros temas que empezó a analizar eran sobre Teoría del Derecho, y que si bien en sus inicios, políticamente su posición estaba relacionada con el feminismo, es a posteriori que reflexiona teóricamente desde el mismo. Nos dice "si se hace un repaso de la filosofía política, las únicas que han hecho y dicho algo importante han sido las feministas". Desempeñando una activa defensa de los Derechos Humanos, al referirse a los derechos de las mujeres agrega: "aunque en teoría los derechos humanos deberían incluir los derechos de las mujeres, en el ámbito del Derecho hay que insistir, las mujeres tradicionalmente han quedado al margen".

María Graciela Galván: CEIM. UNR.

El feminismo ante la maternidad por sustitución

Las técnicas de reproducción asistida, orientadas a paliar los problemas de infertilidad de hombres y mujeres, han permitido disociar algo que hasta hace poco parecía indisoluble: sexualidad y reproducción. Sin embargo, la práctica de la inseminación artificial no es tan reciente, en 1880 hubo una condena oficial de la misma por un Tribunal de Burdeos. Se trataba, no obstante, de casos puntuales, por lo que su impacto social apenas era perceptible. Cuando Ogino y Kraus en 1932 descubren el período de fertilidad en el ciclo menstrual de la mujer, la inseminación artificial puede ser más eficiente y por ello será utilizada con mayor profusión (Stolcke V. 1988). Uso que se ha visto ampliado, a partir de 1953 por la posibilidad de crioconservar el esperma humano (Silver L. 1998).

La disociación permite introducir en una relación de pareja la intervención de una mujer o de un hombre sin que ello provoque excesivos costos psicológicos. Este es uno de los motivos, además de los estrictamente terapéuticos, que favorecen la utilización de las técnicas de reproducción asistida. Pero, a su vez, gracias a ellas se han abierto posibilidades nuevas en el ámbito de las relaciones de filiación. Uno de los casos más controvertidos ha sido el de la maternidad por sustitución. Suele entenderse por maternidad subrogada, maternidad por dele-

gación o maternidad por sustitución una práctica en la que una mujer conviene, mediante contrato, gestar y dar a luz, cediendo sus derechos de filiación sobre el nacido a una pareja en la que la mujer ha cedido su óvulo y/o el varón ha cedido su esperma.

Situaciones análogas a la maternidad por sustitución se han dado ya en otros momentos históricos. El caso bíblico de Jacob, su mujer Raquel y la esclava Bilhà sería ilustrativo en este sentido. En este caso no se daba, sin embargo, la disociación sexualidad-reproducción, ni, sobre todo, la intervención voluntaria de la mujer gestante, que aquí era, a su vez, la madre biológica (Vilacoro Barrachina M. 1997).

Precisamente, lo que tiene de novedoso la maternidad por sustitución a través de las técnicas de reproducción asistida es que no sólo permite excluir la relación sexual, sino también que la madre gestante sea la madre biológica. Esta nueva maternidad puede introducirse, así, en el ámbito estricto de la relación familiar, o sea, en el de la relación madre-hija, hermanas-hermanos.

Las nuevas formas de reproducción asistida han surgido y se usan en un contexto histórico-social en el que se ha producido un cambio trascendental. La vida de las mujeres se ha transformado y han empezado a irrumpir de forma masiva en el mercado de trabajo y en la vida pública. La emancipación de la mujer de su rol tradicional ha venido propiciada por avances científicos, pero, sobre todo, por la crítica ideológica realizada por uno de los movimientos sociales más significativos desde los años 60: el feminismo.

La posición del feminismo ante la maternidad por sustitución no es uniforme. Hay planteamientos a favor y otros en contra, igual que en otros sectores sociales (López de la Vieja M. 2000). La diferencia ante

ella entre las feministas y no feministas es que los argumentos de las feministas se articulan en torno a una idea central: la institución de la maternidad por sustitución sólo puede ser admisible si contribuye a la liberación de las mujeres.

Los argumentos ofrecidos por otros planteamientos a favor o en contra de la maternidad por sustitución tienen en cuenta otros puntos de vista: por ejemplo, que es contraria a la dignidad de la madre y del hijo, que introduce un elemento extraño a la relación conyugal, que es contrario al orden natural, que pone en peligro la institución familiar, que entroniza la compraventa de niños, etc. Aunque también argumentan en clave feminista cuando señalan, por ejemplo, que la sustitución puede dar lugar a la explotación de las mujeres pobres y de las clases sociales bajas, etc. (Lema Añon C. 1999).

Las posiciones feministas ante la maternidad por sustitución son varias y distintas porque el feminismo no es un todo monolítico, sino que en él coexisten diversas perspectivas. Por ello no debe sorprender que frente a la maternidad por sustitución las posiciones del feminismo sean divergentes (Silver M. 1998). Hay una amplia literatura feminista sobre el tema, pero examinaré sólo las tesis, radicalmente opuestas, de dos autoras, Carmel Shalev y Carol Pateman. Ambas adoptan la perspectiva de género, y, a su vez representan a las dos grandes corrientes que conforman el movimiento feminista.

Feminismo

La caracterización del feminismo es bastante compleja. El feminismo es un movimiento social que se inicia en la Ilustración, se consolida a finales del siglo XIX y principios del XX y cobra un nuevo impulso a partir de los años

sesenta. Se denomina "feminismo de la primera ola" el que llega hasta la segunda Guerra Mundial y "feminismo de la segunda ola" el que renace en los sesenta.

El eje vertebrador del feminismo es la tesis de que la mujer se halla discriminada en la sociedad. Para ser feminista no hace falta ser mujer. Sólo se necesita creer que la mujer está injustamente tratada y que es preciso poner fin a esta situación.

La dificultad proviene, sin embargo de que en el seno del feminismo, y circunscribiéndonos sólo al de la segunda ola, hay también discrepancias. Hay acuerdo en que la mujer está discriminada en la sociedad, pero no todas las feministas comparten las mismas tesis sobre cuáles son las causas que la determinan y los mecanismos que deben utilizarse para acabar con ella.

En orden a estas dos cuestiones pueden establecerse diversas clasificaciones dentro del feminismo. Sin embargo, en este trabajo nos centraremos básicamente en el *feminismo liberal* y el *feminismo radical*.

El feminismo liberal

El libro de Betty Friedan, "*La mística de la feminidad*", publicado en 1963, es el punto de referencia de esta corriente. En él se denuncia el modelo de vida al que deben ajustarse las mujeres, el de ama de casa al cuidado de los maridos y los hijos. La realización de este modelo es el que impide a las mujeres ser independientes y autónomas. Las mujeres, seres racionales y libres como los hombres, sólo podrán ser verdaderamente autónomas cuando, gracias a la educación, se incorporen plenamente en la sociedad.

La exclusión de la mujer de la vida pública ha estado, además, configurada por normas jurídicas que han impedido a las mujeres competir en igualdad de condicio-

nes con los hombres. Por ello el feminismo liberal cree que es necesario impulsar reformas legales para conseguir que los principios constitucionales de libertad e igualdad se extiendan a las mujeres. La discriminación de las mujeres en la sociedad acabará cuando las mujeres disfrutemos efectivamente de los mismos derechos que tienen los hombres.

Para alcanzar esta igualdad están justificadas ciertas medidas que favorecen especialmente a las mujeres. Las denominadas *acciones positivas* no son más que medidas temporales encaminadas a crear condiciones que contrarresten las condiciones históricas desfavorables que han impedido a las mujeres tener las mismas oportunidades y derechos que los hombres.

El feminismo radical

La caracterización del feminismo radical no es fácil. Sí puede decirse, sin embargo, que ofrece una explicación de la subordinación y de su superación que va más lejos que la ofrecida por las feministas liberales. Aunque hay diferentes concepciones acerca de cómo ha de entenderse, consideran que la causa básica de la subordinación es el *patriarcado*. En la obra de Kate Millet, *"Política Sexual"*, publicada en 1970, se introduce este concepto. Con ello quiere afirmar que las relaciones entre los sexos se han basado en relaciones de poder y que éste se manifiesta en todas las áreas de la vida.

El patriarcado se conforma y perpetúa a través de diversos mecanismos. Sobre la base de diferencias biológicas se han construido socialmente los roles de género "masculino" y "femenino", adscribiéndose a cada uno posiciones sociales, habilidades, actitudes y valores diversos, que favorecen una posición privilegiada de los hombres sobre las mujeres. Se socializa a los niños en ellos, tan-

to en la familia como en la escuela, y se refuerzan a través de la literatura, los medios de comunicación, los juegos, la ciencia, etc.

El dominio patriarcal se da en todos los ámbitos sociales, pero la familia es uno de los lugares donde es más visible. En ella se explota a la mujer por medio del desvalorado trabajo doméstico, la sexualidad debe orientarse a la reproducción, y el maltrato físico y psíquico se visualiza normalmente como el ejercicio de un poder de violencia legítimo que descansa en la autoridad del marido.

Para este planteamiento, dado que la subordinación de la mujer viene determinada por la dominación masculina y no sólo porque se la discrimine de forma arbitraria, la solución es que la mujer tenga igual poder que el hombre. La igualdad entre hombres y mujeres no puede depender sólo del hecho de que las mujeres tengan la oportunidad de acceder a los roles diseñados por y para favorecer a los hombres, sino que exige que las mujeres puedan crear roles nuevos que tanto las mujeres como los hombres tengan interés en ocupar.

El feminismo radical, en palabras de Habermas, lo que hace es "cuestionar la premisa en que se basan las políticas de equiparación liberales o las que están ligadas al Estado social, es decir, que la igualdad de derechos de géneros se puede conseguir dentro del marco institucional existente y dentro de una cultura definida y dominada por los hombres" (Habermas, J. 1998:507)

Parece razonable pensar, por ejemplo, que si las mujeres hubiesen configurado el mercado laboral no habrían presupuesto, como parece presuponerse, que quienes hubieran de ocupar los trabajos remunerados no tuvieran a su cargo responsabilidades familiares directas. Es decir, no habrían establecido la incompati-

bilidad existente entre trabajo remunerado, embarazo y cuidado de los hijos y personas enfermas (Littellon Ch. 1987).

La devaluación de lo femenino se percibe también de forma clara si consideramos que el análisis de la vida familiar ha quedado al margen de la reflexión política liberal. Sorprende, como señala Kymlicka, que los liberales, que se opusieron a las jerarquías en los ámbitos religiosos, culturales, económicos y científicos, en defensa de los principios liberales y democráticos, no hayan tenido interés en asegurar que la vida doméstica se organice de forma igualitaria y consensuada (Kymlicka W. 1995). También es significativo que muchos filósofos, que defienden posiciones totalmente opuestas, sólo hayan coincidido en señalar que el lugar natural de la mujer es el de la esfera privada y que el trabajo que allí se realiza es natural y repetitivo, incapaz de desenvolvimiento cultural.

Puede diferenciarse el feminismo radical del liberal, según Cain, a través de las dos contraposiciones siguientes: a) si el liberal da preferencia al sujeto individual (el hombre y la mujer como seres individuales), el radical ve a la mujer como una clase, como una clase dominada por otra clase, la clase masculina; b) mientras que los liberales resaltan en sus argumentaciones las similitudes entre las mujeres y los hombres, las radicales focalizan las diferencias, señalando que éstas se han construido para situar a las mujeres en una posición de desigualdad (Lloyd/Freeman 1994).

La maternidad por sustitución y la liberación de la mujer:
Carmel Shalev y Carole Pateman

La liberación a través del contrato: Carmel Shalev

Carmel Shalev, nacida en Inglaterra

terra y emigrada en 1964 a Israel, publicó en el año 1989 el libro "*Birth Power. The Case for Surrogacy*". En él comparte el temor, común a la mayoría de feministas, de que en el contexto actual las innovaciones tecnológicas tiendan a disminuir el poder de las mujeres y aumentar el control masculino en los procesos reproductivos.

Considera, sin embargo, siguiendo a John A. Roberston, que dichas técnicas pueden tener aspectos liberadores porque permiten a la mujer pasar del derecho a no reproducirse, introducido por la contracepción al derecho a reproducirse cuando, con quien y con el método que ella prefiera (Shalev, C. 1992).

Estas tecnologías posibilitan, también, proyectos de cooperación entre distintos sujetos, y la mejor forma jurídica de encauzarlos es la vía contractual. El contrato supone para el individuo una forma de establecer vínculos más allá de las pautas tradicionales determinadas por el status. El paso del status al contrato ha de verse como un proceso de liberación de los individuos de los vínculos no elegidos; es deseable que este cambio tenga lugar, también, en la esfera de la reproducción. Con ello se daría un paso decisivo para superar las relaciones basadas en las diferencias tradicionales atribuidas a los sexos (op. cit. 1992).

Pero a la mujer no se le reconoce esta autonomía. Ello se ve claramente en la oposición a la legalización de la maternidad por sustitución. La razón es que la sustitución refuta radicalmente la cultura patriarcal. La madre subrogada engendra fuera del vínculo conyugal, rompe la conexión entre maternidad biológica y maternidad social y pretende tener derecho a una participación en la economía del mercado por medio del embarazo como un trabajo remunerado. Se opone, con ello, a la visión tradicional de la mater-

nidad como un acto altruista y desinteresado, una visión en la que el embarazo se presenta como experiencia emotiva que la mujer no puede controlar racionalmente (op. cit. 1992).

La propuesta de Shalev es que "las consecuencias jurídicas de la subrogación y, en general, de la cooperación en la actividad procreativa deben determinarse en un contexto contractual, de acuerdo con la deliberación asumida por las partes antes de la concepción. Las relaciones parentales deben ser objeto de un acuerdo voluntario que prescinda de la naturaleza de las partes" (op. cit. 1992:105). Sería paternalista permitir que la mujer vulnerase el acuerdo inicial alegando que así lo exige el desarrollo del instinto materno provocado por la gestación.

Cree que la regulación contractual es especialmente compatible con el modelo de la ética de la responsabilidad de Gilligan (Gilligan, C. 1985). Cree que la responsabilidad supone reconocer la autoridad de una persona para decidir cómo ha de actuar teniendo en consideración los intereses propios y los de los demás correlacionados con su actividad (op. cit. 1992). La forma contractual es la que es idónea para establecer vínculos entre agentes autónomos y responsables. Cuando en lugar del contrato, y en aras de la tutela de intereses superiores, se recurre a la intervención legislativa para imponer ciertas conductas se limita la autonomía y la responsabilidad. Además en el caso de la maternidad por sustitución los intereses tutelados por la legislación, supuestamente "superiores", son los de la ideología patriarcal.

Sin embargo, ha subrayado Picht, el planteamiento de Shalev, al atribuir un carácter liberador al contrato por presuponer y constituir sujetos autónomos responsables de sus elecciones, es más bien un exponente de la ética de los derechos que de la ética

de la responsabilidad. En la medida en que esto es así, las tesis de Shalev son encuadrables en el feminismo liberal (Picht, T. 1998) y sólo son admisibles si no se cuestiona la ideología liberal y con ella la bondad del contrato. Precisamente esto es lo que hace Carole Pateman.

El contrato bajo sospecha: Carole Pateman

Carole Pateman publicó en 1988 el "*Contrato Sexual*". En este libro la autora australiana critica la teoría política liberal según la cual las instituciones políticas modernas están justificadas porque son el fruto de un contrato entre sujetos libres e iguales. La teoría del contrato social, que se autorrepresenta como una teoría antipatriarcalista, desconoce que con él se inaugura el patriarcado moderno. Así pues, patriarcado y contrato social no se excluyen, sino que "el contrato es el medio a través del cual el patriarcado moderno se constituye" (Pateman, C. 1995: 11).

Ello se debe a que el contrato originario no es sólo un contrato social, sino que incluye, también, tácitamente un contrato sexual. A través de este contrato los hombres obtienen libertad, pero las mujeres no, ya que éstas se hallan sometidas a los varones y al derecho de éstos sobre sus cuerpos. Esta duplicidad no ha sido visible porque la historia del contrato social ha focalizado sólo la esfera de la vida pública y ha considerado la privada como políticamente irrelevante. Pero "ignorar el contrato matrimonial es ignorar la mitad del contrato originario" (Pateman, C. 1995: 12).

Sólo los hombres son partes del contrato originario porque sólo ellos están dotados de la capacidad más importante para celebrarlo, la posesión de la propia persona. Los teóricos clásicos, excep-

tuando a Hobbes, sostendrán que las mujeres carecen de los atributos y de las capacidades inherentes a los "individuos" que pueden contratar, porque ellas no han nacido libres, sino que se hallan sometidas a sus maridos. Las mujeres no son sujetos de este contrato sino el objeto del mismo (Pateman, C. 1995: 15).

Pero Pateman no se limita a señalar que las mujeres han sido excluidas como sujetos del contrato social y que éste fundamenta el patriarcado moderno. También cuestiona el carácter liberador de la forma contractual para las mujeres. Su tesis es que las mujeres nunca podrán ser los "individuos" que contratan, porque el individuo no es un sujeto en abstracto y descarnado, sino que tiene un cuerpo masculino y su sexualidad consiste en poseer y tener acceso a la propiedad sexual: "el individuo" es un varón que hace uso del cuerpo de una mujer (propiedad sexual), la situación inversa es mucho más difícil de imaginar" (Pateman, C. 1995:255).

La propuesta de Shalev sobre la maternidad por sustitución podría verse, una vez aceptadas las tesis de Pateman, como una posibilidad de acceso de las mujeres al estatus de individuo. Hasta ahora las mujeres no son los "individuos" que pueden contratar porque no han podido tener una relación con su cuerpo como han tenido los hombres, esto es, la posibilidad de disponer de él libremente. Si se les permite contratar libremente su capacidad reproductiva se les está reconociendo la plena posesión de la propiedad en sus personas (cuerpo). Devienen así, como los hombres, individuos autónomos capaces de valorar racionalmente cuáles son sus propios intereses y deseos en relación a sí mismos (Pitch, T.: 1998).

Para Pateman, sin embargo, no puede hacerse esta lectura del

contrato de sustitución. Con él no se abre la vía para la autonomía femenina, sino que ha de verse "como otra disposición del contrato sexual, como una nueva forma de acceso y de uso de las mujeres por parte de los varones" (Pateman, C. 1995: 288). En las discusiones sobre la sustitución, ésta suele presentarse y defenderse como un servicio que una mujer presta a otra mujer pero se deja de lado que también puede verse como el ejemplo de una mujer inseminada con esperma de un varón que debe gestar la criatura de éste a cambio de dinero. Le parece especialmente sospechosa, que no se considera problemática la forma en que los hombres participan en el contrato y qué significa la demanda de este servicio (Pateman, C.: 1995).

Muchos de los argumentos que se han utilizado para condenar la prostitución reaparecen en el tema de la sustitución, coerción económica, desigualdad de clase, así como el argumento de que con ella se trata de la compraventa de niños. Pero ninguno de ellos refleja, según Pateman, lo que realmente esconde el contrato de sustitución. Lo que hay es que la madre sustituta recibe un dinero a cambio de firmar un contrato que permite al varón hacer uso de sus servicios, en este caso el uso de la propiedad que la mujer posee: su útero (Pateman, C.: 1995). Aunque también es engañoso creer que la mujer sólo contrata el uso de su útero. Lo que contrata también es el derecho "sobre su singular capacidad fisiológica, emocional y creativa de su cuerpo, es decir, de sí misma como mujer" (Pateman, C. 1995: 295).

Extender a las mujeres la concepción del "individuo" como propietario de su persona, y concebir la libertad como capacidad de hacer lo que uno quiera consigo mismo, comporta, según Pateman,

"barrer toda relación intrínseca entre la mujer como propietaria, su cuerpo y sus capacidades reproductivas" (Pateman, C. 1995: 296). De esta forma no hay nada específico a la condición de mujer. Desde la perspectiva contractual la diferencia sexual se vuelve irrelevante incluso en el caso de la reproducción física. Si hasta el presente la condición de mujer se había considerado inseparable de la maternidad, con el contrato de sustitución la maternidad ha sido separada de la condición de mujer.

Pero no deja de ser paradójico que una mujer pueda ser madre sustituta porque, en cuanto individuo que presta un servicio, su condición de mujer es irrelevante, pero, a su vez, "puede ser una madre 'sustituta' sólo porque es una mujer (Pateman, C. 1995: 298). La separación de la maternidad de la condición de mujer permite que los varones puedan, por medio de un contrato, apropiarse de la génesis física. Ello puede dar lugar, en opinión de Pateman, a una forma nueva de ejercer el derecho patriarcal como derecho paterno.

Lo que subyace a los dos planteamientos que hemos expuesto es, como sugiere Pitch, una forma distinta de concebir la subjetividad. En Shalev, la subjetividad, en consonancia con el planteamiento liberal, no viene mediada por el cuerpo. Sólo es la capacidad abstracta de elección racional. Considerar irrelevantes las diferencias biológicas es lo que conducirá a la liberación de la mujer de los vínculos tradicionales. En Pateman, por el contrario, la subjetividad tiene que ver con todo aquello que hace de mí lo que soy, y esto inevitablemente incluye mi cuerpo y mi sexo. Por tanto, una subjetividad neutra respecto al propio cuerpo no sólo es una concepción de sujeto masculina, sino que sirve para perpetuar el modelo masculino de dominación (Pitch, T. 1998).

La maternidad por sustitución en una sociedad plural.

Las dos posiciones examinadas muestran que, desde el feminismo, según se adopte una perspectiva u otra, se justificaría o no la maternidad por sustitución. ¿Es verdad que, como cree Shalev, con el contrato de sustitución se abre una nueva vía para romper los vínculos tradicionales que han limitado a las mujeres y que la forma contractual es la única que posibilita la constitución de sujetos autónomos?, ¿o tiene razón Pateman cuando señala que lo que está en juego en este contrato es un nuevo acceso de los hombres al cuerpo de las mujeres y que luchar por la eliminación de la naturaleza, la biología y el sexo a favor del "individuo" es jugar el juego del patriarcado moderno?

En principio y tomadas en su totalidad, ninguna de las dos posiciones me parece defendible. Creo que los problemas concretos y complejos no pueden resolverse satisfactoriamente utilizando sólo esquemas generales y; por ello, relativamente simples. La constitución de sujetos realmente autónomos no se materializa sólo por medio de la vía contractual, por ejemplo, las situaciones de desigualdad social o la presión de los estereotipos culturales suponen serios límites a la autonomía. Pero tampoco el contrato de sustitución puede verse sólo como un nuevo acceso de los hombres al cuerpo de las mujeres.

Para muchas mujeres la maternidad biológica todavía es una cuestión decisiva en sus vidas. Que ello sea así no debe extrañarnos porque en cada mujer se conjugan identidades, aspiraciones, sentimientos y valores diversos. La crítica a los estereotipos no puede llevar a desconocer que la frustración de este proyecto de vida puede causar un fuerte sufrimiento psíquico. Dar importancia ex-

cesiva a nivel personal a este tema es problemático y, como señala Birke, es deseable estimular aquellos cambios que permitan eliminar los procesos de identificación de la maternidad o paternidad social con la biológica (Birke, L. 1992). Pero el deseo de ser madre en ningún caso puede minusvalorarse, y despreciarlo significa no reconocer el alcance que la reproducción tiene para el mantenimiento de cualquier sociedad.

Desde algunos sectores se aboga por la adopción como la forma más excelsa de ejercer la maternidad, incluso en caso de que no concurren causas de infertilidad. La bondad de la adopción radica en que ésta rompe con la idea de necesidad y potencia los aspectos de construcción social de la maternidad. Para las mujeres ha resultado especialmente opresiva la vinculación entre la maternidad social y la biológica, porque de esta forma el cuidado de los hijos se considera también una secuela natural y necesaria de la experiencia del embarazo y el parto. Pero aceptar que no hay una relación de necesidad entre maternidad biológica y social, no conlleva que debamos despreciar por egoísta el proyecto de maternidad biológica y erigir como alternativa más altruística la adopción, o formas de realización personal más expresivas de creación "específicamente humana" (Izquierdo, M.J. 1993:72).

Es verdad que la fecundidad humana se expresa, también, en otras formas que las estrictamente biológicas. Y es cierto que las mujeres cuyo proyecto vital deja de lado la reproducción biológica están en mejores condiciones para tener proyectos vitales de más relevancia social. Pero no me parece adecuado que la maternidad y paternidad biológicas se consideren un proyecto de vida poco valioso. El problema de este proyecto es que todavía para la ma-

yoría de mujeres no es un proyecto personal, sino un destino. Pero, reelaborado críticamente, la ventaja de este proyecto de vida es que puede ser compartido por la mayoría de la población y propicia relaciones de cooperación y afecto, mientras que otros proyectos más "humanos" pueden favorecer el elitismo y las relaciones de competencia y rivalidad.

Creo pues, que, desde la perspectiva de género, la maternidad por sustitución en ciertas condiciones ha de ser perfectamente admisible y que la legislación española, "modesta" (Pitch, T. 1998: 56) y tendencialmente feminista, debería reconocerla. Defender la maternidad por sustitución no significa, sin embargo, que ésta tenga que configurarse necesariamente como un contrato sujeto sólo a las leyes del mercado, sin ninguna mediación institucional. Tampoco significa que tenga validez en cualquier contexto. Las experiencias y las situaciones de las mujeres no solo son distintas individualmente, sino que los entornos culturales exigen estrategias diversas para acabar con las relaciones de opresión. Las propuestas que defienden están pensadas desde y para el contexto histórico-cultural de las actuales democracias europeas.

La sustitución como sabemos, puede ser parcial o plena. Es parcial cuando la mujer sólo presta el útero, plena cuando presta el óvulo y el útero. En el primer caso, gracias a ella, otra mujer satisface su deseo de ser madre biológica. Ese deseo creo que merecería ser atendido y debe poder cumplirse con la ayuda de la otra mujer.

En el segundo caso el deseo de maternidad de la mujer podría satisfacerse igual por la vía de la adopción, pues no hay ningún vínculo biológico con el niño que nace de la madre sustituta. Normalmente, sin embargo, una mujer prefiere esta solución cuando su

pareja no quiere recurrir a la adopción, al preferir un hijo biológico, y ella quiere satisfacer su deseo. ¿Deberíamos admitir esta opción desde la perspectiva de género? Aunque algunas feministas censuren este tipo de elecciones, tampoco debe rechazarse esta opción. La razón es que cuando se quiere impedir que las mujeres tomen "malas" elecciones no sólo se ejerce un paternalismo discutible, sino que se corre el peligro, como señala Birke, de recortar la libertad reproductiva de las mujeres de modo mucho más grave y dañino (Birke, L.: 1992).

Para que la sustitución parcial o plena sea admisible desde la perspectiva de género no es suficiente reconocer que el deseo de maternidad biológica merece ser tenido en cuenta. También han de concurrir otras condiciones. La sustitución ha de configurarse como un mecanismo de interacción entre dos mujeres que se relacionan entre sí como personas concretas y no como sujetos generales y abstractos.

No creo que el mercado y el contrato favorezcan este tipo de interacción. El procedimiento adecuado para encauzar esta ayuda podría ser la creación de un organismo público de sustitución. (Birke, L.: 1992). A él deberían dirigirse aquellas mujeres dispuestas a prestar ayuda a otras tanto en la forma de sustitución plena como la parcial y a él deberían dirigirse, también, aquellas mujeres que no pueden gestar por sí mismas.

La entidad iniciaría un expediente de sustitución en el que propondría al Juez una serie de datos y la selección de la sustituta y la sustituida. Esta selección de las candidatas evitaría que surgiesen problemas en el cumplimiento de los acuerdos (Silver, L.: 1998). La propuesta por parte de la entidad no sería necesaria cuando concurren ciertas circunstancias, por ejem-

plo, cuando la ayuda para la sustitución parcial la presta una familiar de la mujer que no puede gestar. La prestación de los servicios podría estar remunerada pero no debería convertirse en una forma de vida para las mujeres. Sería razonable limitar el número de gestaciones por mujer y propiciar que pudiesen mantenerse lazos afectivos entre la madre gestante y el niño.

La perspectiva feminista, orientada a lo concreto y personal debería favorecer un cambio de orientación en materia de reproducción asistida y adopción: acabar con el secretismo y el anonimato. Un óvulo es sólo un óvulo, un espermatozoide es sólo un espermatozoide. Pero cuando el resultado de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide alcanza entidad suficiente para hacerse preguntas razonables sobre sí mismo, debe poder conocer de quién era el óvulo, de quién era el espermatozoide y de quién era el

útero. Si abogamos por la vinculación y el cuidado y no por la separación y la indiferencia hemos de favorecer que estas preguntas puedan ser contestadas. No se trata de obstaculizar la donación de óvulos, espermatozoides y embriones, sino defender otra forma de establecer vínculos con los demás.

Es comprensible que ciertos sectores feministas muestren recelo ante las técnicas de reproducción asistida, en general, y la maternidad por sustitución, en particular, porque contribuyen a favorecer el estereotipo de la relegación simbólica de la mujer a las tareas reproductivas (Boetzkes, E.: 1999). Pero ni la permisón total ni la prohibición absoluta me parecen formas razonables de solución de problemas. Deben buscarse formas flexibles de regulación que permitan la integración razonable de la libertad individual con la igualdad.

BIBLIOGRAFÍA:

- BIRKE, L., Himmelweit, S., Vines, G. (1992). El niño del mañana. Tecnologías reproductivas en los años 90. Barcelona. Ediciones Pomares - Corredor.
- BOETZKES, E. (1999). Equality, Autonomy and Feminist Bioethics, en A. Docnchin, L. M Purdy (ed.) *Embodying Bioethics*, Recent Feminist Advances, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham.
- GUILLIGAN, C. (1985). La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México. Fondo de Cultura Económica.
- HABERMAS, J. (1998). Facticidad y validez. Madrid. Editorial Trotta.
- IZQUIERDO, M.J. (1993). Ideología individualista y técnicas procreativas. *Debate Feminista*. Setiembre.
- KYMLICKA, W. (1995). Filosofía política contemporánea. Barcelona. Editorial Ariel.
- LEMA AÑON, C. (1999). Reproducción, poder y derecho. Madrid. Editorial Trotta.
- LITTELTON, Ch. (1987). *Reconstructing Sexual Equality*. California Law Review.
- LOPEZ DE LA VIEJA, M. T. (2000). Principios morales y casos prácticos. Madrid. Editorial Tecnos.
- LLOYD / Freeman (1994). *Introduction to Jurisprudence*, London. Sweet & Maxwell.
- PICHT, T. (1998). *Un diritto per due*. Milano. Il Sagittario.
- RAGONE, H. (1994). *Surrogate Motherhood: conception in the Heart*. Westview Press, Boulder.
- SHALEV, C. (1992). *Nascere per contratto*. Milano. Editorial A. Guiffre.
- SILVER, L. M. (1998). *Vuelta al Edén. Más allá de la clonación en un mundo feliz*. Madrid. Taurus.
- STOLCKE, V. (1988). *New Reproductive Technologies: The Old Quest for Fatherhood*. *Reproductive and Genetic Engineering*, vol. 1, N° 1, pág. 7.
- VILACORO BARRACHINA, M. D. (1997). *Huérfanos biológicos. El hombre y la mujer ante la reproducción artificial*. Madrid. San Pablo.