

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO**



**Consecuencias del enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en la
formación del obstetra en el Perú**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN PERSONA, MATRIMONIO Y FAMILIA**

AUTOR

Laura Angélica Cueva Llerena

ASESOR

Silvia Johanna Alburqueque Uceda

<https://orcid.org/0000-0003-2490-0911>

Chiclayo, 2023

**Consecuencias del enfoque de género y mentalidad
anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú**

PRESENTADA POR

Laura Angélica Cueva Llerena

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN PERSONA, MATRIMONIO Y FAMILIA

APROBADA POR

Rosa De Jesús Sánchez Barragán

PRESIDENTE

Luis Enrique Jara Romero

SECRETARIO

Silvia Johanna Alburquerque Uceda

VOCAL

Dedicatoria

A Dios, quien me permitió estudiar la presente maestría, para entender el verdadero significado del amor, y así poder contribuir a favor de la defensa de la persona, el matrimonio y la familia.

A mi familia, que son el regalo más valioso de Dios para mi vida, por el amor, la paciencia y el apoyo incondicional que me han brindado siempre, motivándome constantemente para alcanzar mis sueños.

Agradecimientos

A Dios, por estar siempre conmigo, dándome fuerzas para no rendirme y así concluir la tesis.

A mi familia por darme su tiempo y sobre todo su amor y paciencia.

A la maestra Dra. Silvia Johanna Alburqueque Uceda por su amor, paciencia, comprensión durante la realización de la tesis.

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

2

tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1%

4

issuu.com

Fuente de Internet

<1%

5

www.pueg.unam.mx

Fuente de Internet

<1%

6

Orozco Reyes Nelly Gabriela. "Interrupción legal del embarazo, derecho humano de las mujeres y la prensa como formadora de opinión", TESIUNAM, 2013

Publicación

<1%

7

observatorio.campus-virtual.org

Fuente de Internet

<1%

8

repositorio.ucss.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

ÍNDICE

Resumen.....	6
Abstract.....	7
1. Introducción	8
2. Revisión de literatura.....	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2. Bases teóricas.....	12
2.3. Bases conceptuales	16
3. Materiales y métodos	19
3.1 Paradigma, tipo y diseño de investigación.....	19
3.2 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
3.3. Consideraciones éticas implicadas.....	19
4. Resultados y discusión.....	21
4.1 Formación del obstetra en relación con la visión integral de la persona.	21
4.2. Enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en normas de formación del obstetra...24	
4.3 Consecuencias del enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra.....	32
5. Conclusiones	40
6. Recomendaciones.....	41
7. Referencias.....	42

Resumen

Hoy en día, las políticas de salud sexual y reproductiva a través de la injerencia de la normativa nacional e internacional, vienen marcando las pautas a seguir por los profesionales de salud, sobre todo del obstetra, a favor de legitimar el aborto y la práctica anticonceptiva, a través del llamado enfoque de género. De allí que, la presente investigación estableció como objetivo general: Analizar las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú. Esta investigación es de tipo cualitativo, inductivo, descriptivo y retrospectivo, de diseño teórico documental, usando el método sintético – analítico y la técnica bibliográfica; a partir de la cual, se evidencia y concluye, efectivamente, la influencia de dicha normativa sobre políticas de salud en la formación personal y profesional del obstetra, a través de su inclusión, desde la formación universitaria, en normas técnicas, de competencia como el “Código de Ética y Deontología” del año 2016 sobre el perfil profesional del obstetra y demás normas vigentes, desvirtuando su visión sobre el valor de la vida, la persona, la relación hombre-mujer, la libertad y responsabilidad, haciendo necesario para restaurar su visión, el planteamiento de una formación desde una visión personalista, para recuperar la realidad unitaria e integral de la persona que a través del buen uso de la libertad no la deshumanice, sino que busque su propio bien.

Palabras clave: Enfoque de género, mentalidad anticonceptiva, políticas de salud sexual y reproductiva, visión personalista, obstetra, norma técnica

Abstract

Nowadays, sexual and reproductive health policies, through the interference of national and international regulations, have been setting the guidelines to be followed by health professionals, especially obstetricians, in favor of legitimizing abortion and contraceptive practice, through the so-called gender approach. Hence, the present investigation established as a general objective: Analyze the consequences of the gender approach and the contraceptive mentality on the training of the obstetrician on the Peru. This research is of a qualitative, inductive, descriptive and retrospective type, of documentary theoretical design, using the synthetic - analytical method and the bibliographic technique; from which, it is evidenced and concluded, effectively, the influence of said regulations on health policies in the personal and professional training of the obstetrician, through its inclusion, from university education, in competence regulations such as the "Code of Ethics and Deontology" of the year 2016, the professional profile of the obstetrician and other current regulations, distorting his vision of the value of life, the person, the man-woman relationship, freedom and responsibility, making it necessary to restore his vision, the approach of a formation from a personalist vision, to recover the unitary and integral reality of the person who, through the good use of freedom, does not dehumanize him, but rather seeks his own good.

Keywords: Gender approach, contraceptive mentality, sexual and reproductive health policies, personalist vision, obstetrician, technical standard

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, las llamadas “políticas de género”, traducidas como “políticas de salud sexual y reproductiva”, promovidas por organizaciones internacionales como “la Organización de las Naciones Unidas – ONU y sus países miembros” (Naciones Unidas, s.f.), han venido marcando injerencias en la normativa nacional e internacional, a favor de legitimar el aborto y la práctica anticonceptiva, para el logro de los “Objetivos de Desarrollo Sostenible”. para el año 2030 (ONU Mujeres, s.f.), que también deberán ser cumplidos por nuestro país, por ser parte de los países miembros de la ONU, a través de documentos que vienen siendo publicados como “la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030” (Gobierno del Perú, 2020), por medio de los programas de planificación familiar, que colocan por encima la autonomía total de la mujer, sobre los derechos del concebido, creando una mentalidad anti vida o anticonceptiva y en consecuencia afectando directamente la noción del respeto a la dignidad que merece todo ser humano, y así, poco a poco, ir destruyendo el lugar natural de la transmisión y continuidad de la vida; el matrimonio y la familia.

El Perú que no está ajeno a dichas políticas de salud sexual y reproductiva, por pertenecer a los países miembros de la ONU, ha incluido un enfoque de género que trae consigo una mentalidad que promueve de una forma más directa la anticoncepción dentro de sus normativas y directrices, sobre todo a través del Ministerio de Salud, entre las que resaltan la “Norma técnica de salud de planificación familiar” (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2017) y las “Guías Nacionales de atención integral de salud sexual y reproductiva” (MINSA, 2004); que marcan las pautas a seguir por los profesionales de salud, entre ellos, los obstetras, repercutiendo en su formación personal, que ahora se ven “orientadas principalmente a promover y mejorar la salud sexual y reproductiva” (Colegio de Obstetras del Perú [COP], 2012, p.56), entendida en los términos antes señalados.

Es así que, de acuerdo al panorama planteado, el motivo por el cual se realiza la presente investigación es llamar la atención sobre las consecuencias o incidencias que causan el enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva, presentes en la normativa actual para la formación de los profesionales en obstetricia, teniendo como centro la comprensión integral de la persona y a la vez proponer una formación integral desde una visión personalista, que le permita reconocer y salvaguardar el respeto de la vida y la dignidad del ser humano, y así prevenir ataques contra la propia persona y su repercusión en la familia y la sociedad.

De allí que, surge la siguiente problemática: ¿cuáles son las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú? Es decir, la

hipótesis es verificar si realmente a través de normativas que inciden en su formación se está introduciendo este enfoque de género con mentalidad anticonceptiva y cuál sería su influencia, y a partir de esta hipótesis, se plantea dar respuesta a través del siguiente objetivo general: analizar las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú, así como los siguientes objetivos específicos: 1) Explicar la formación del obstetra en relación con la visión integral de la persona. 2) Analizar la presencia de la relación entre el enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva, presente en normas que inciden en la formación del obstetra. 3) Examinar las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra.

Asimismo, la presente investigación está compuesta de tres capítulos generales. En el primer capítulo sobre el marco teórico conceptual, se hace una revisión de los antecedentes y las teorías en relación al enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva; en el segundo capítulo, se explica la metodología e instrumentos utilizados para realizar la investigación, y en el tercer y último capítulo, el análisis y discusión a partir del desarrollo de los objetivos propuestos, se hace una revisión teórica de la relación entre el enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva y cómo esta normativa afecta a la formación del profesional obstetra, sobre todo en aspectos relacionados con la comprensión de la persona, la vida, la dignidad y otros aspectos importantes que se desarrollarán en los acápite pertinentes. Proponiendo como recomendación la introducción de los fundamentos desde una visión personalista para resolver el problema propuesto y contrarrestar la visión reduccionista del enfoque de género sobre la persona como una nueva alternativa de enseñanza y formación del obstetra, más objetiva, amplia e integradora.

Finalmente, se busca que la presente tesis pueda evidenciar la importancia de contar con una formación adecuada e integral del profesional en obstetricia, libre de injerencias ideológicas, a fin de que cada uno pueda, dentro de su campo de acción, contribuir a promover la vida, la persona, la relación hombre – mujer y la libertad – responsabilidad, entre otros, aspectos propios de esta profesión, orientada al servicio de los demás.

2. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Antecedentes

A continuación, se revisarán los trabajos de investigación previos relacionados con el tema de investigación. Los cuales se han ordenado desde los antecedentes más antiguos, hasta los más modernos, para poder evidenciar, como ha ido evolucionando a lo largo del tiempo el enfoque de género, a nivel nacional e internacional:

2.1.1 Antecedentes Nacionales.

Vassallo (2014). “Los llamados derechos sexuales y reproductivos en las políticas demográficas familiares y las políticas públicas en el Perú”.

La presente tesis es un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo de las políticas públicas, el cual apuntó a describir y analizar la intromisión de la ideología de género dentro del ordenamiento jurídico internacional y peruano, a través de los derechos sexuales y reproductivos; y a partir, de estas normas influir en el cambio de mentalidad de la población. Asimismo, subrayó que dichos “nuevos derechos”, son aparentes, porque se pretende resaltar, el interés propio de la persona, negando el contenido del verdadero sentido del derecho fundamental a la protección de la salud. Por consiguiente, esto manifiesta la actual crisis antropológica del ser humano, que se ve reflejado en el seno familiar y social.

Miranda (2016). “Directrices de salud para implementar programas de educación de la sexualidad, con visión personalista, para adolescentes – Perú”.

La presente investigación cualitativa, descriptiva e interpretativa, que señala una fuerte influencia del enfoque de género en los lineamientos para la educación de la sexualidad, propuestos en los documentos de organismos nacionales e internacionales. Esto, a través del término derechos sexuales y reproductivos, que denota ser un bien en sí mismo, que debe ser exigido por toda la población. Para esto, señala directrices de salud, que deberían ser consideradas al momento de implementar programas de educación desde una visión antropológica personalista. Las cuales se tomarán en cuenta en el desarrollo del trabajo para argumentar, cómo debe ser la formación personal del profesional en obstetricia desde una visión personalista.

Chirinos (2017). “El enfoque de género y su injerencia en el ordenamiento jurídico peruano y sus políticas públicas”.

Este estudio cualitativo, descriptivo, retrospectivo, subraya una marcada injerencia del denominado “enfoque de género” en el marco normativo, por la influencia de movimientos, organismos y autoridades del aparato estatal que promueven la injerencia de terminología

ideológica en favor de los llamados pseudoderechos sexuales y reproductivos, que trivializan a la familia. El autor concluye, que frente al “dualismo” del enfoque de género, se debe incentivar por un “modelo de la complementariedad”, que entiende a la persona como una unidad sustancial.

Barja-Ore y Alca-Robles (2020). “Desarrollo profesional en obstetricia: Evidencia de un sistema de evaluación de competencias en el Perú”.

Este estudio permite evidenciar que actualmente la formación actual del profesional obstetra, a través del “Sistema Nacional de Desarrollo Profesional de Obstetricia” (SINADEPRO) del “Colegio de Obstetras del Perú”, se está realizando a través del llamado enfoque de género, a partir de los procesos de certificación de competencias profesionales, las cuales siguen las pautas de la “normativa implementada por la Confederación Internacional de Matronas”, que están relacionadas a difundir la salud sexual y reproductiva, por medio de la capacitación en el uso y aplicación de los métodos anticonceptivos.

2.1.2 Antecedentes Internacionales.

De Irala et al. (2015). “La política de la Educación Sexual Integral”

Este es un informe técnico elaborado por investigadores expertos de la Universidad de Navarra, que muestra la influencia de organismos internacionales como la “Organización Mundial de la Salud – OMS”, la “International Planned Parenthood Federation – IPPF”, el “Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA”, entre otros, que se basan en estudios científicos con opiniones ideológicas para la educación de la sexualidad, cuyas iniciativas están siendo financiadas en todo el mundo, sobre todo en el uso de métodos anticonceptivos, presentando como si todo fuera totalmente científico y objetivo, que puede incluir también el aborto como una opción.

Ortiz y Vásquez (2017). “Identificación del contenido de los currículos en salud sexual y reproductiva de la educación superior de Latinoamérica y el Caribe.”

Este estudio de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal, realizado durante el año 2017, aplicó una encuesta por internet a universidades de Latinoamérica y el Caribe, que determinó la influencia de los contenidos curriculares de la propuesta de FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología), tanto en pregrado (Medicina) como en posgrado (Obstetricia y Ginecología), que incluyen sobre todo tres temas: aborto, anticoncepción y morbilidad materna, fomentando de este modo, las políticas de salud sexual y reproductiva en los países de Latinoamérica y el Caribe.

2.2. Bases teóricas

A continuación, se explicarán las teorías que ayudarán en la comprensión durante el desarrollo del trabajo de investigación:

2.2.1 Teorías fundantes del enfoque de género.

Teoría del dualismo. Concebida por Platón, Descartes y Kant, quienes plantearon separar el cuerpo (material) y el alma (inmaterial), “una cuestión eternamente pendiente en la antropología filosófica. Desde que Platón dijera, en el Fedón, que el alma quedaba atrapada en un cuerpo, esta idea ha sido defendida y matizada por innumerables filósofos, incluso de la Edad Moderna, como Descartes, quien estableció la distinción entre «Res cogitans» y «Res extensa»”(Páramo, 2012), y Kant que planteó la libertad cultural como un medio para autoconstruir la propia naturaleza, descartando que la naturaleza sea fija, y trastocando de este modo la propia naturaleza humana y la relación con los demás a través de la intimidad (Ahedo, 2013), por tanto, la persona con el acto libre podría ser persona o despersonalizarse, de allí que para no dañar la propia naturaleza se recomienda que la libertad sea usada con responsabilidad. Kant si bien se enmarca más en la postura dualista, sin embargo, también se lo considera precursor del personalismo por su aporte en favor de la dignidad de la persona, por ser superior a los demás seres vivos.

Teorías de género. Toma como referencia a filósofos modernos como Kant, que tergiversa el concepto de naturaleza de la filosofía tradicional de Aristóteles o Tomas de Aquino, pues lo consideran demasiado rígido para ser sede de la libertad cultural de la persona, sobre todo con respecto a la autodeterminación del acto libre, sin embargo en realidad lo más específico del concepto hilemórfico de naturaleza no se circunscribe solo en lo biológico, sino también en la inteligencia y la libertad (Burgos, 2015b). Por tanto, en realidad cuando se habla de la sexualidad, no es lo más adecuado la separación; “*naturaleza o cultura*”, una forma de dualismo antropológico; sino lo más correcto sería la unión de ambas dimensiones: “*naturaleza y cultura*”, porque hay algo dado, hay algo permanente, pero también hay cultura, siendo esto una forma de dualidad o monismo antropológico (Conen, 2011).

Asimismo, el término género no es un término de un solo significado, las distintas teorías lo llenan de un contenido que es distinto. De ahí que, no se puede hablar de teoría de género, sino más bien de teorías de género, puesto que son heterogéneas y parten de presupuestos antropológicos distintos. En este sentido, Jara (2018), señala las siguientes bases filosóficas antropológicas de las teorías de género: La negación rotunda de la naturaleza humana, la separación radical entre sexo y género, la familia como enemigo que hay que

combatir y la manipulación del lenguaje como estrategia de difusión de sus postulados. Las cuales, nos ayudan a entender sus posturas ideológicas, promovidas por las teóricas de género, que son feministas radicales.

De este modo, siguiendo una misma línea histórica se podría decir que el feminismo, a partir del término *gender*, ha pasado por “cuatro fases, que se concentran sucesivamente, en la paridad de género, la construcción del *gender*, la deconstrucción del *gender* y la individualización del *gender*” (Fumagalli, 2016, p.17). Durante estas fases, existen las siguientes teorías:

La teoría del esencialismo natural, pone el acento en la biología como factor determinante y suficiente por sí mismo, esto es, no solo resalta las diferencias físicas entre el hombre y la mujer, sino también las diferencias psicológicas. (Fumagalli, 2016).

La teoría del construccionismo socio-cultural, el cual considera que las diferencias de género son una construcción social, es decir, señalan que el ser hombre y mujer no se define en el nacimiento, sino como resultado posterior de la incidencia del poder social ejercido por la familia, el Estado y la Iglesia (Fumagalli, 2016), postura tomada por el primer feminismo de la paridad de género, a través de teóricas como Simone de Beauvoir y su obra “El segundo sexo”, a través de la frase: “la mujer no nace; se hace”, es decir, se concibe que el género femenino no lo otorga la naturaleza, sino la cultura, haciendo una interpretación neomarxista de la historia de opresores y oprimidos en la relación entre hombres y mujeres (Jara, 2018), para la búsqueda de la emancipación de la mujer, a través del discurso de la no discriminación, queriendo tener más control y mayor autonomía sobre su propio cuerpo, a través del acceso a la fecundación artificial, el uso de anticonceptivos o el aborto (Fumagalli, 2016).

*La teoría del *gender**, que concibe la elaboración de la categoría del *gender*, no a partir del sexo biológico, sino de la orientación sexual, postura que se radicalizó aún más, en las últimas décadas, llegando a la denominada *Teoría Queer*, que sostiene la deconstrucción del género, pretendiendo prescindir del sexo biológico, desvirtuando la noción de identidad sexual tanto a nivel individual como social, cuya representante más destacada es Judith Butler. (Fumagalli, 2016).

2.2.2 Teorías fundantes de la mentalidad anticonceptiva.

Teoría utilitarista. Nació en el Siglo XVIII, con exponentes como Jeremy Bentham y John Stuart Mill, para buscar legitimar como derecho todo aquello que produce mayor utilidad, bienestar, felicidad, satisfacción o placer según la decisión de la mayor cantidad de personas,

sin tener en cuenta los intereses de la minoría, que rechaza la intervención del Estado en las libertades individuales, promoviendo de este modo una libertad sin límites y consecuencias (Baquero, 2017 y Gómez-Dávila, 2018).

Teoría neomalthusiana. El neomalthusianismo, nace de la postura dada por la teoría malthusiana, pero al mismo tiempo se opone de forma radical a la planificación familiar natural, fomentando la anticoncepción, pues se concibe la familia numerosa como causante de la miseria de los más pobres, de allí que, se considere necesario el control de la natalidad, donde se separe la sexualidad y la reproducción y se defienda la maternidad libre y voluntaria, a través de “la promoción y difusión de la anticoncepción”, además de estar de acuerdo con la postura hedonista, utilitarista de Freud. Tenemos entre los impulsores ideológicos Margaret Sanger, Emma Goldman, Stuart Mill, Mary Stopes, entre otros. (Arnau, 2019).

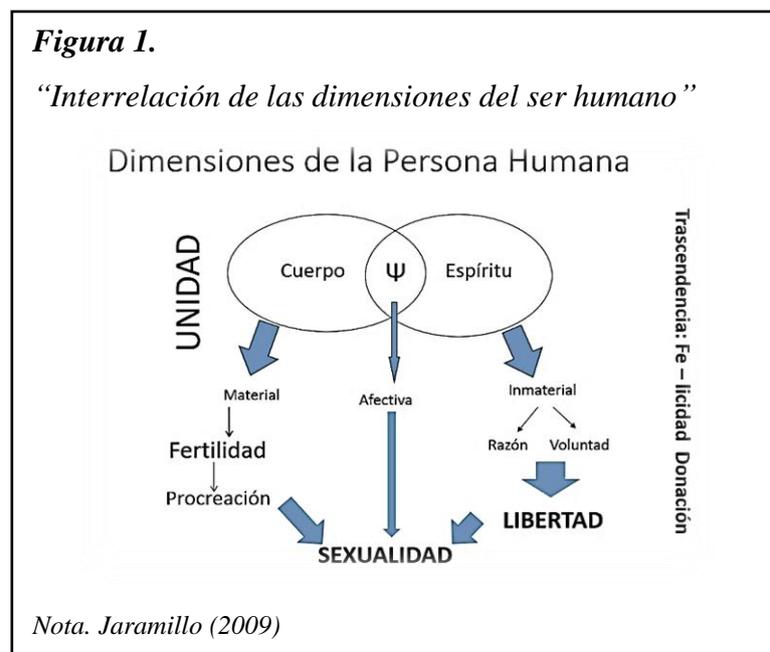
Teoría eugenésica. El término eugenesia fue descrito en 1883 por el biólogo inglés Francis Galton, quien justifica la selección de la natalidad a través de la genética para perfeccionar la raza o para mejorar la especie, tomando como base la teoría de selección natural de Darwin y la teoría de población Malthusiana (Significados, s.f.). Hoy en día, siendo promovido y usado como excusa, para la llamada interrupción del embarazo, a partir de la legislación de leyes que están a favor del aborto.

2.2.3 Teoría sobre la visión integral de la persona humana.

Teoría personalista. El personalismo se enmarca en la tradición filosófica realista que toma en cuenta el aporte de Santo Tomás de Aquino, quien fue seguidor de Aristóteles, de Kant y Husserl, pasando por el personalismo ético de Scheler, el personalismo comunitario de Mounier, el personalismo ontológico clásico tomista de Maritain, el personalismo existencial - fenomenológico de Gabriel Marcel, y el personalismo ontológico moderno de Karol Wojtyla y Juan Manuel Burgos, que proponen la construcción de un nuevo concepto de persona, basado en una nueva antropología llamada personalista, para dar una visión unitaria e integral de la persona, que busque la igualdad en dignidad de hombres y mujeres, la solidaridad y una correcta educación de la afectividad, que no deje de lado la dimensión espiritual, para así contrarrestar el individualismo y el colectivismo, en los que se inspiraron tanto el marxismo, el nazismo y el fascismo (Burgos, 2015a; Guillén, 2018). De este modo, el personalismo explica la sexualidad humana desde el concepto de persona, cuya dimensión corpórea es más específico que el término naturaleza, y así evitar el dualismo antropológico, para tener una mayor objetividad con respecto a la libertad y autodeterminación personal, ya que fija unos

límites que evitan la deshumanización o despersonalización del ser humano, para no ser reducido, utilizado o cosificado (Bermeo, 2019; Burgos, 2015b).

Asimismo, el personalismo explica que la persona es el único ser vivo que posee de una realidad unitiva material y espiritual, cuyas dimensiones no son separables, sino que subsisten como una unidad, además de poseer de señorío de sí y de racionalidad que le permite adquirir conciencia de su propia existencia, del valor incondicionado que posee no por lo que tiene sino por lo que es, que lo diferencia de los animales y del mundo material, puesto que posee de una *realidad unitiva, singular, irrepitable e insustituibles*, que evitaría reducir a la persona a cosa u objeto (alienación). En este sentido, el ser humano desde una visión personalista posee un *triple dinamismo ontológico: físico, espiritual y psíquico*, que como se muestra en la figura 1, posee de una dimensión afectiva, que es parte de la dimensión espiritual y a su vez está unida a la dimensión corpórea,



Así pues, a pesar que no hay formación sistemática sobre la persona, se sabe que tiene atributos propios como: dignidad, identidad, intimidad, cuerpo personal, espíritu y libertad. Es *digno* es decir no es objeto, tiene una *identidad*, es decir es único e irrepitable, posee de una *intimidad*, es decir que tiene una inmanencia, un mundo interior, tiene *cuerpo personal* para que se entregue, no a algo, sino a alguien, posee de *espíritu*; recalcando que lo espiritual no es superior que el cuerpo (idea maniqueista), de allí que somos una unidad de cuerpo y espíritu, que se manifiesta a través de la *libertad*, que adquiere sentido solo si lo usamos para amar, esto es siendo responsables (Conen, 2011), para que de este modo la visión de la otra persona sea

como un don, y no ser reducida a objeto sexual o de posesión, que genera mayor dependencia entre hombres y mujeres. es necesario conocer los atributos de la persona ya descritos: la dignidad, la identidad, la intimidad, el cuerpo personal, el Espíritu, la libertad y la libertad para amar, sobre todo durante el noviazgo, como un modo de prevención, para evitar la fragilidad en las relaciones amorosas.

El fundamento antropológico de la libertad desde una óptica personalista concibe que la libertad es el mayor bien de todos, la cual condiciona a los demás bienes y está al alcance del ser humano, si la facultad del libre albedrío se usa de forma responsable, con tal que la persona sepa conocerse (Jaume, 2008), puesto que el fin del uso de la libertad de modo responsable es el bien de la persona humana, que a su vez es un bien en sí mismo, sobre todo cuando se llega a ser padres. De este modo, “no se podría hablar de paternidad sin responsabilidad” (Jaramillo-Gómez, 2009, p. 174), porque sería hablar de libertinaje. Por tal motivo, desde una visión personalista una unión verdadera entre un hombre y una mujer, invita a una fecundidad en todos los sentidos, no solo en su máxima expresión que es dar vida a otro ser humano, sino más bien dar vida a cada momento que se vive, y en el momento oportuno un hijo, puesto que actualmente se desvirtúa la visión del hijo, que muchas veces ya no es producto del amor.

En definitiva, la visión integral de la persona, propuesta por el personalismo, promueve el *amor personalista* (no utilitarista), que considera al amado digno por sí mismo, el *amor complementario* (no igualitario), que respeta y comprende sus diferencias, el *amor entero o íntegro* (no reducido), donde se integra la sensualidad, la afectividad y la racionalidad, el *amor integrado* (no fragmentado) donde gobierna la “inteligencia y la voluntad” (amor activo) a la “sensibilidad y afectividad” (amor pasivo), y el *amor maduro* (no estancado) (Conen, 2011), para contrarrestar las concepciones erradas en las relaciones hombre y mujer.

2.3. Bases conceptuales

A continuación, se definirán los conceptos de diversos términos que ayudarán en la comprensión, durante el desarrollo del trabajo:

2.3.1 Derechos sexuales y reproductivos.

“Son un grupo de derechos que se encuentran en constante construcción, debate y proceso de legitimación, tanto en la esfera social como privada” (Ramos, 2011, p.5), que se introdujo por primera vez en la IV Conferencia Internacional de Desarrollo y Población

realizada en El Cairo en el año 1994, para fomentar una serie de derechos como, el derecho al aborto, a la anticoncepción y a las técnicas de reproducción asistida (Vasallo, 2014).

2.3.2 Enfoque de género

Es considerado actualmente como una herramienta política para la equidad de género, que remarca la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y la no discriminación (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2017). Nació en la II Conferencia mundial de la mujer en Copenhague en 1980, luego insertado y legitimado en todas las áreas de vida de la mujer en la III Conferencia mundial de la mujer en Nairobi, para después ser introducido por las instituciones, con más fuerza a nivel político, en la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995 (Rigat-Pflaum, 2008; Vassallo, 2014). Sin embargo, esta visión que es aparentemente positiva se desvirtúa por ser muy subjetiva, pues en la práctica ha terminado dando resultados contrarios, porque en realidad está contraponiendo hombre con mujer y tratando de anular las diferencias naturales entre ellos, con las consecuencias negativas que acarrearán.

2.3.3 Formación personal del obstetra.

Se entiende como formación personal del obstetra a la formación integral, no solo a través de la impartición de conocimientos propios para el ejercicio de la profesión, sino que considere igualmente importante la formación humana, desde una visión o un enfoque menos individualista, donde se incluya principios éticos que respeten la dignidad de todo ser humano, las cuales son necesarias para ejercer la profesión, orientándola hacia el bien de la persona. Por tanto, el término no alude a la capacitación técnica, sino más bien, a la formación humana que debe recibir el profesional obstetra para lograr un mejor desempeño dentro de su propia vida personal y profesional orientada al servicio de los demás.

2.3.4 Mentalidad anticonceptiva.

La mentalidad anticonceptiva surge como un pensamiento que considera la maternidad como un obstáculo para el desarrollo y bienestar personal, sobre todo de las mujeres, de ahí que, “la mentalidad anticonceptiva es ante todo una actitud de rechazo hacia la concepción y educación de un hijo” (Romo, 1996, p.99), negándose a la responsabilidad de tener muchos hijos, entendiendo la procreación o en todo caso la maternidad, como un mal que debe ser evitado, y por lo cual la mujer deba cuidarse, porque acarrea de por medio más esfuerzo, tiempo y gastos económicos.

2.3.5 Norma técnica.

“Una norma técnica es un documento que establece, por consenso, y con la aprobación de un organismo reconocido, las condiciones mínimas que debe reunir un producto, proceso o servicio, para que sirva al uso al que está destinado” (López, 2020), las cuales dictan las pautas a seguir por los profesionales, puesto que son normas legales dispuestas por el gobierno de cada país. Para el desarrollo de nuestro trabajo es importante considerarla, ya que, a través de la norma técnica en relación a la planificación familiar que nos ocupará, se están introduciendo políticas e ideologías contrarias a la persona, en temas de la formación del personal de salud.

2.3.6 Obstetra.

Los obstetras por definición de la Real Academia Española, es la derivación regresiva de la palabra obstetricia (Real Academia Española, 2021a), concebida como “parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio” (Real Academia Española, 2021b), profesión conocida en otros países como matronería, que se encarga de la atención de la mujer, familia y comunidad, promoviendo la Salud Sexual y Reproductiva, que trabaja legalmente en el sector público y privado, en el área asistencial, administrativa, de investigación y docencia, asumiendo el cuidado de la salud, fomentando la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, de la madre y del concebido, antes, durante y después del parto (COP, 2012).

2.3.7 Salud Sexual y Reproductiva.

Definida desde la ONU de la siguiente manera: “La salud sexual y reproductiva implica que las personas pueden tener una vida sexual segura y satisfactoria, pueden reproducirse, y tienen la libertad de decir si quieren hacerlo y con qué frecuencia” (Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], s.f.). Si bien al estar relacionado con la salud, da una visión positiva del concepto, sin embargo, es un término que claramente separa la dimensión unitiva o sexual, de la procreativa o llamada reproductiva, que subraya el placer y la libertad sin responsabilidad en la vida sexual, priorizando el disfrute de la sexualidad desde la búsqueda solo del placer y con la finalidad meramente egoísta.

2.3.8 Visión personalista.

Se entiende por visión personalista a dicha visión ética y antropológica, opuesta al individualismo y al autoritarismo, que considera a la persona en su dimensión total, en función de su dignidad y del reconocimiento y defensa de sus derechos, que promueve la libertad, pero con límites, de allí que se conciba de modo reflexivo el actuar de la persona a través de una

correcta toma de decisiones, que evite consecuencias no deseadas, a consecuencia del mal ejercicio de la libertad personal (Jorge, 2020).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Paradigma, tipo y diseño de investigación

La presente investigación fue de paradigma interpretativo, de tipo cualitativo, inductivo, descriptivo y retrospectivo, con diseño teórico documental. Pues, el estudio utilizó técnicas de recolección de datos, sin medición numérica, que procuró realizar un análisis exhaustivo de la información, para interpretar la situación problemática, y de este modo comprender a profundidad los significados y definiciones del mismo, para deducir los determinantes y consecuencias de la situación problemática (Daniels et al., 2011).

3.2 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.2.1 Método sintético – analítico

A través de este método se permitió analizar y sintetizar la literatura con respecto al enfoque de género y mentalidad anticonceptiva, presente en el marco normativo nacional, que influyen en la formación integral del obstetra, así como también los aportes fundamentales del personalismo de acuerdo a los objetivos planteados.

3.2.2 Técnicas análisis documental

Asimismo, respecto de las técnicas empleadas, se analizó el contexto de la investigación a través de la revisión de los documentos bibliográficos y las normativas pertinentes actuales, desde lo general a lo particular. Todo esto nos permitirá reflexionar de forma crítica acerca de las variables del estudio y evidenciar la forma en qué y por qué se relacionan entre ellas (Daniels et al., 2011); para llegar a establecer las consecuencias de la influencia del enfoque de género presente en normativas nacionales, respecto de la formación personal del profesional en obstetricia, dando respuesta al objetivo general de nuestro estudio.

3.2.3 Instrumentos de recolección de datos

En cuanto a los instrumentos utilizados para la recolección de datos, se utilizaron fichas bibliográficas, textuales, de resumen y de análisis documental para esclarecer los puntos de vista, registrar la interpretación, las inferencias y las críticas a la información extraída de las fuentes encontradas.

3.3. Consideraciones éticas implicadas

Siguió como criterios éticos la verdad de la registración y la valoración ético legal de la información. Todo lo escrito se obtuvo en base a la bibliografía, y por tanto en ningún momento se ha falseado datos, tomando en cuenta los principios de propiedad intelectual.

Asimismo, se tomó en cuenta los principios fundamentales de la ética de la investigación como el respeto por las personas, la justicia y la verdad.

3.4. Análisis de categorías conceptuales

TEMA	PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ANÁLISIS DE CATEGORÍAS CONCEPTUALES (PARA LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN)
Consecuencias del enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú	¿Cuáles son las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú?	Analizar las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú	1. Explicar la formación del obstetra en relación con la visión integral de la persona.	1. Formación del obstetra en relación con la visión integral de la persona. 1.1 Defensa de la vida 1.2 Salvaguarda la integridad del paciente. 1.3 Respeto por la igualdad de derechos. 1.4 A favor de la paternidad responsable.
			2. Analizar la relación entre el enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva, presente en normas de formación del obstetra.	2. Enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en normas de formación del obstetra. 2.1 La influencia del enfoque de género. 2.2 La influencia de la mentalidad anticonceptiva. 2.3 Los programas de planificación familiar en el Perú. 2.4 La influencia del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en los contenidos de formación del obstetra.
			3. Examinar las consecuencias actuales del enfoque de género y de la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra.	3. Consecuencias del enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra. 3.1 Sobre el valor de la vida humana y su protección. 3.2 Sobre el valor integral de la persona. 3.3 Sobre el valor de la relación varón y mujer. 3.4 Sobre el valor de la libertad y responsabilidad personal.

3.5. Matriz de consistencia

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	FILOSOFÍA Y BIOÉTICA		
TEMA	Consecuencias del enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú		
PROBLEMA	¿Cuáles son las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú?		
TESISTA: Laura Angélica Cueva Llerena		ASESOR: Silvia Johanna Alburqueque Uceda	
VARIABLES (categorías conceptuales)	OBJETIVOS:		
	GENERAL:		
	Analizar las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra en el Perú.		
	ESPECÍFICOS:		
	1. Explicar la formación del obstetra en relación con la visión integral de la persona.	2. Analizar la relación entre el enfoque de género y mentalidad anticonceptiva, presente en normas de formación del obstetra	3. Examinar las consecuencias del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra
APORTE	Evidenciar la importancia de una formación integral en el obstetra para que no se encuentre influenciada por ideologías contrarias a la persona. .		

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se desarrollará los objetivos planteados comenzando por presentar el ideario del obstetra desde la visión integral de la persona, luego se muestra evidencia de la injerencia del enfoque de género con mentalidad anticonceptiva en los servicios de planificación familiar a través del programa nacional de salud sexual y reproductiva, y por último se evidencia cómo afecta esta injerencia normativa en la formación personal del Obstetra, lo cual se procederá a examinar a continuación:

4.1 Formación del obstetra en relación con la visión integral de la persona.

En el presente acápite se pretende vislumbrar el ideario de lo que debe significar la labor profesional del obstetra, en la que se fomente sobre todo el respeto de la realidad unitaria e integral de la persona, a través del buen uso de la libertad que no la deshumanice, sino buscando su propio bien para contrarrestar la visión reduccionista de la persona humana.

4.1.1 Defensa de la vida

El profesional en obstetricia considera como bueno en sí mismo el valor de la vida y su protección, puesto que la carrera tiene como propósito principal el cuidado de la madre y del ser humano en las etapas de desarrollo más incipientes, la cual debería respetar la vida de todo ser humano por el hecho de ser persona. En palabras de la Corte IDH:

“el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido (...) Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico” (Corte IDH, 2021, p.5)

En este sentido, el derecho a la vida es un derecho básico, lo cual se encuentra recogido en el Código de Ética del Colegio de Obstetras del Perú cuando señala que “el respeto a la vida y a la persona son fundamentos básicos en el ejercicio profesional” (COP, 2016, p.6), cuyo valor supremo se resalta en el Estatuto del COP en su artículo 6, inciso 1 (COP, 2012, p.34), o cuando en su artículo 27, referido a la juramentación se “expresa el compromiso del profesional de Obstetricia para proteger la vida y la salud de quienes están a su cargo” (COP, 2012, p.37).

En consecuencia, la vida es el valor supremo que respeta y defiende el obstetra por ser el principal derecho que tiene todo ser humano, el cual debería ser llevado con dignidad para su adecuado desarrollo integral (COP, 2012), porque la defensa y promoción de este derecho

ayudará a preservar la paz, un valor tan necesario hoy en día, y que puede alcanzarse con una determinación concreta, a favor de la vida y no de la muerte; de allí que los obstetras estén luchando para disminuir las elevadas tasas de muerte materna a través de un acompañamiento de la salud de la madre y su hijo.

Asimismo, en el perfil profesional basado en competencias del compendio de normas (COP, 2012), se señala claramente el respeto por la vida desde la concepción, lo cual queda explícito cuando se señala que el obstetra “Deberá poseer amplios valores, ético, honesto, promotor de la libertad, de la solidaridad y del respeto a la vida humana desde su concepción, en concordancia con los principios de ética” (COP 2012, p.128), que está en conformidad con lo señalado en el Código de ética que a la letra dice: “él y la obstetra velará con interés y respeto por la salud y la vida humana desde el momento de la concepción y en todas las etapas de la vida en función de las competencias y deberes que la profesión le autoriza” (COP, 2016, p.8), que siguiendo la misma línea, en el artículo 36, dentro del apartado disposiciones específicas, señala lo siguiente: “El y la obstetra deben evitar toda prescripción, aplicación o instrumentalización que conduzca al aborto”.

De este modo, el profesional obstetra debe respetar y preservar la vida de la madre y del concebido desde el momento de la concepción; por tanto, está llamado a comportarse como una persona íntegra, es decir, fiel a sus principios y coherente entre lo que dice, hace y profesa. Esto queda plasmado en la declaración de principios - número 5, del mismo Código de Ética del COP donde se señala que “El y la Obstetra deberá conducirse con integridad ética y moral en todos los actos de su actividad profesional, como de su vida personal, familiar, social y política” (COP, 2016, p.8), siendo así, su comportamiento no debería ceder frente a situaciones favorables y desfavorables, ni predominar el interés personal ni la búsqueda del beneficio propio, puesto que el obstetra está llamado a ser honrado, fiable y previsible, una persona transparente.

4.1.2 Salvaguarda la integridad del paciente.

El profesional de obstetricia toma en cuenta el cuidado integral de la salud de las pacientes; de hecho, en el Código de Ética del Colegio de Obstetras del Perú (COP), en el numeral 14 de sus normas generales se señala que “El y la obstetra debe rehusarse a brindar un servicio contrario a la ética, a la legislación vigente o que pueda afectar la integridad física, mental o moral de la persona o del mismo” (COP, 2016, p.11), puesto que además como todo ser humano, es un ser espiritual, por poseer una capacidad de trascendencia que lo diferencia de los demás seres vivos (Soto-Sarango, 2018), de este modo, se estaría velando por el respeto

del derecho al bienestar integral del paciente (COP, 2016). Es por ello, que “la salud no hay que considerarla como un estado, sino como un proceso de integración física, psicológica, social, espiritual, en el contexto medioambiental y valorarla en su significado de movimiento y cambio” (Rodríguez, 2021, p. 52), cuyo enfoque integral debe ser entendido desde la unidad física, mental y espiritual, que promueve la salud preventiva a través de la medicina integrativa tomando en cuenta como un todo a la persona (Rodríguez, 2021). En este sentido, el profesional obstetra tiene como filosofía la visión de la atención integral centrada en la persona, y por este motivo “el propósito de actualizar periódicamente el Perfil Profesional, es evidenciar las competencias de un profesional con visión holística, con capacidades para desarrollar acciones integrales e integradas” (COP, 2012, p.107), en favor de la atención integral de la madre y del concebido, no solo en base a la atención del síntoma físico, sino también tomando en cuenta las demás dimensiones que pueden afectar la salud de las personas.

4.1.3 Respeto por la igualdad de derechos.

El profesional en obstetricia reconoce y acepta un enfoque de derechos que promueva la igualdad o la equiparación entre hombres y mujeres, lo cual es válido y necesario, además brinda sus servicios con enfoque intercultural, ético y humanístico (COP, 2012), pues está de acuerdo con la inclusión social, la no discriminación y el respeto de la dignidad de la vida humana. En este sentido, el enfoque de género que promueve la igualdad entre hombres y mujeres, que hunde sus raíces ideológicas en el feminismo de “la revolución sexual de los años sesenta”, cuyas consecuencias positivas en la relación hombre y mujer fueron; una mayor libertad para la elección amorosa, una mayor apertura para desarrollar la amistad, la paulatina entrada del hombre al hogar, sin embargo se observa entre sus consecuencias negativas una mayor fragilidad en las relaciones amorosas (Conen, 2011), que puede poner en riesgo la estabilidad económica de la mujer, si llega a separarse de su pareja.

Es por ello, que el profesional obstetra considera el acceso de un empleo digno de las mujeres para reducir la falta de una adecuada promoción, prevención y atención de una enfermedad, porque se considera que la pobreza es un factor desencadenante de mortalidad materna – neonatal. De hecho, esto fue impulsado a nivel mundial, hasta el año 2015, como parte de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM, para promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, los mismos que hoy en día han sido actualizados como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, para el año 2030, entre los cuales continúa siendo impulsado la reducción de la mortalidad materna sobre todo en las mujeres más pobres, cuyas muertes podrían ser evitables (COP, 2012).

4.1.4 A favor de la paternidad responsable.

El profesional de Obstetricia reconoce y acepta que la llegada de un hijo no puede poner en peligro la vida de la madre y como parte de su vida profesional está consciente que es de vital importancia la disminución de las tasas de muerte materna, lo cual es una preocupación a nivel mundial. Por este motivo, promueve la paternidad responsable y los métodos de planificación familiar, para que la mujer, con ayuda de su pareja, decida cuándo llevar a cabo un embarazo, postergarlo, además de decidir el número de hijos que desea tener (MINSA, 2017), y así proteger los derechos de la mujer en estas circunstancias, sobre todo cuando tenemos un padre ausente o que no quiere reconocer su paternidad, lo cual está acorde al ODS número 5 que promueve no solo la igualdad de género sino también la responsabilidad compartida (Fernández, 2018).

De allí que, temas de paternidad responsable se encuentran incluidos dentro de los temas de formación en Salud Reproductiva y Planificación Familiar (UNMSM, 2021), además de ser un derecho del paciente “recibir información y educación sobre la sexualidad, y función de los órganos sexuales y reproductivos, así como sobre paternidad y maternidad responsable” (MINSA, 2004). Esto permite a las pacientes tomar las mejores decisiones con respecto a su salud sexual y reproductiva, sin embargo, lamentablemente está derivando en el aumento del uso de los métodos anticonceptivos artificiales que, como se explicará más adelante, van en contra de la dignidad de la persona, cuando existen los Métodos Basados en el conocimiento de la Fertilidad, conocidos también como métodos naturales, los cuales están más acordes con su dignidad, que, con una buena instrucción, tienen una alta efectividad (Manhart et al., 2013).

En definitiva, tomando como base lo señalado en el compendio de normas del Colegio de Obstetras, se observa dentro del ideario, el respeto por los derechos de la madre y del concebido, desde una visión integral centrada en la persona, a favor de la responsabilidad compartida de los padres, es por ello que se encuentra a favor de la planificación familiar, sin embargo, como se verá en el siguiente acápite, se observa la influencia del enfoque de género y mentalidad anticonceptiva que desvirtúan las normas de formación del profesional obstetra.

4.2. Enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en normas de formación del obstetra.

En el presente acápite se muestra la influencia del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva a nivel internacional y cómo se han ido introduciendo a nivel nacional por medio de los servicios de planificación familiar, que actualmente se promueven a través de normativa

relacionada a los programas de salud sexual y reproductiva, recayendo dentro de la formación universitaria de los profesionales de salud, en especial del profesional obstetra.

4.2.1 La influencia del enfoque de género

En los sistemas políticos de los estados se está introduciendo paulatinamente el llamado enfoque de género, desde una visión bastante liberal, a partir de sus políticas internacionales, promovido sobre todo por los movimientos feministas radicales, quienes, ante una libertad mal entendida, han legitimado “los llamados derechos sexuales y reproductivos”, para direccionar a las personas solo a buscar el placer, limitar el número de hijos y postergar el embarazo. Es a través de la “Conferencia Internacional de Población y Desarrollo”, organizada por la ONU, realizada en el Cairo, en el año 1994, donde se acuña, se define y son aceptados internacionalmente los llamados derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, por el carácter vinculante de esta conferencia (Facio, 2008); amparados en acuerdos de conferencias anteriores, como la de Teherán en 1968, donde ya señalaba que “Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”(Naciones Unidas, 1968, p. 5). Sin embargo, se observa que, ante el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de hijos, los padres se inclinan hacia el mayor uso de los métodos anticonceptivos artificiales por ser supuestamente de mayor efectividad que los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Y, en consecuencia, la mentalidad anticonceptiva, presente en su uso, pueda negar la maternidad por el rechazo o miedo al compromiso, y por tanto, la llegada de un hijo podría representar más una obligación o carga, y no una vida valiosa, pues se podría concebir como una pérdida de libertad para las expectativas personales.

Las razones que se argumenta para adoptar la concepción y las políticas de la sexualidad desde el enfoque de género son aparentemente buenas, pues aseguran tener como propósitos; disminuir la morbilidad materna – neonatal, la cual se asocia a periodos intergenésicos cortos y complicaciones obstétricas, así como también para reducir las ITS y el VIH, y prevenir y tratar las consecuencias de la violencia de género (MINSA, 2017), las cuales han sido planteadas desde la ONU con carácter vinculante, pues se considera la disminución de la pobreza y el sufrimiento como motivo para el control de los nacimientos y la prevención de la violencia, por parte de los hombres contra las mujeres. Sin embargo, la ONU a través del informe de la Conferencia de El Cairo, conocido como Programa de Acción, con metas al 2015 y como parte de “los Objetivos del Desarrollo del Milenio” (ODM), propuso la realización de la “interrupción del embarazo”, estableciéndose de este modo como medida el aborto dentro

de “las políticas de salud sexual y reproductiva”, para ser brindado como un servicio, así no se encuentre legalmente permitido, lo cual contradice los principios del mismo informe, el cual señala que “toda persona tiene derecho a la vida” (Naciones Unidas, 1995, p. 10).

A pesar de ello, esta política que pone en peligro la vida de la persona en su estado más vulnerable viene siendo promovida por quienes están de acuerdo con estas medidas, los cuales señalan que los gobiernos deberían facilitar los mecanismos necesarios para implementar los servicios de salud sexual y reproductiva, para de este modo legalizar dichos servicios, incluido el aborto (“International Planned Parenthood Federation” [IPPF], 2015). En este sentido, en la Conferencia internacional de las mujeres, realizada en Beijing, en el año 1995, se estableció que todos los estados o gobiernos adopten el enfoque de género de forma transversal en todo el aparato estatal (Cuadernos de Trabajo Social, 1995). Más aún, con la influencia de los “Objetivos de Desarrollo Sostenible” que adoptó la ONU en el año 2015, para replantear y mejorar los objetivos y metas no alcanzados en aquellos planteados para el milenio, los cuales deberían cumplirse a más tardar para el año 2030. De allí que, actualmente el enfoque de género se esté introduciendo en nuestro país, por ser parte de los países miembros de la ONU, recayendo de modo especial en instituciones claves del Perú como el “Ministerio de Salud”, el “Ministerio de Educación” y el “Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables”, además de ser reforzada por los discursos de grupos feministas de corte radical que existen en nuestro país.

En consecuencia, a partir del enfoque de género actualmente la mujer legalmente podría negar, rechazar o postergar un embarazo a través de los anticonceptivos, el aborto, la esterilización, convencida de que estar embarazada comporta un peligro u obstáculo para el logro del éxito académico, laboral y profesional, considerando, incluso, que los costos de tener un hijo son mayores que los beneficios. De allí que, mientras más se postergue la maternidad, aumente el rechazo y el desprecio de esta, aumenten los casos de aborto y las conductas sexuales de riesgo (Gordillo, 2021), buscando legitimar el derecho a la no maternidad, para, supuestamente, liberar a las mujeres de la esclavitud de ser madres, concibiéndolo más como una opción o elección de vida, y si no pueden acceder al aborto, como una imposición el ser madres.

4.2.2 La influencia de la mentalidad anticonceptiva

Actualmente, la trivialización o banalización del sexo está afectando la visión de la persona como un don, disminuyendo el valor de las personas a seres humanos reemplazables, que se pueden usar o descartar en el momento que no sea útil, pues se está concibiendo que es

válido pensar jugar con el sexo como si fuera un objeto de consumo de alto valor puesto a bajo precio (Burgos, 2004), sobre todo si se opta por el uso de anticonceptivos en una relación sin compromiso, donde el sexo tarde o temprano puede traer consecuencias en los vínculos afectivos cada vez más frágiles e inestables (Bauman, 2006).

De hecho, ante esta situación planteada, la mujer se enfrenta a una situación de perjuicio o desventaja porque entrega de sí misma lo más valioso que tiene, su cuerpo y su intimidad, pensando que solo se tiene sexo con el cuerpo sin implicar la parte espiritual, que muchas veces puede ser experimentada también por aquellas personas violentadas sexualmente o cuando las parejas se deciden por no tener un compromiso de por medio, como la convivencia, puesto que podrían ser reemplazados o descartados en cualquier momento (Munillo & Pereda, 2015).

Desde esta óptica de trivialización del sexo y de la visión de la persona como objeto, más allá del reconocimiento de su dignidad, cada vez más, somos testigos de situaciones de violencia sexual contra las mujeres, lo cual abre la consideración de la inclusión del aborto como una forma de solución frente a un embarazo no deseado en estas circunstancias. Sin embargo, el aborto no puede ser motivo de prevención ni de solución para disminuir la llamada violencia de género, sobre todo “en los casos de violación sexual”, porque no se puede afirmar que a través del aborto se pueda restituir el estado previo de la mujer que fue violada (Laje [@agustinlaje], 2019), y por tanto, no se puede pretender discriminar y descartar la vida del concebido que es inocente y vulnerable, quien no puede pagar por el crimen que cometió su padre, puesto que la libertad de la mujer no implica la posibilidad de quitarle la vida a otro ser humano; entendiendo al aborto como un ejercicio cruel de la violencia contra el concebido que es un ser humano, aunque dependa de su madre (Abanto, 2022; Rondón, 2016; Viladrich, 2020) y además se estaría desdibujando su condición de persona, viéndolo más como un objeto.

Asimismo, en el marco de esta visión utilitarista, también se observa que los embriones actualmente no están siendo considerados como seres humanos y menos aún como personas, sobre todo entre la etapa de la fecundación y la implantación, lo cual se puede vislumbrar en el aumento y promoción que se hace de “las técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro (FIV)” donde se manipulan los embriones (Santa María, 2013), para modificar sus genes o también para descartarlos como si fueran objetos. Esta misma visión o mentalidad se concibe, por ejemplo, cuando se promueve la anticoncepción oral de emergencia, donde más allá de que exista la vida de un embrión se prioriza supuestamente “el cuidado de la salud sexual y reproductiva” de la mujer y se podría estar aceptando múltiples abortos.

En definitiva, siguiendo el razonamiento desde una mentalidad anticonceptiva presente en “los programas de salud sexual y reproductiva”, se atentaría contra la dignidad de la persona,

al no ofrecerles el aborto como una alternativa porque no se estaría liberando a la mujer de lo que llaman la esclavitud de la maternidad (Tarducci, 2018).

Por tanto, las personas con una mentalidad anticonceptiva utilitarista asumen que el sexo es estéril, es decir que no tiene consecuencias, de allí que el hijo se convierta en un problema, pues es visto como un enemigo de quien la madre debe cuidarse, y si por el contrario se desea postergar el embarazo, se utilizan medios no lícitos para tenerlo, que vulneran la vida humana en sus inicios, sobre todo cuando se acepta como un bien social el sexo sin compromiso, el aborto y la eugenesia.

4.2.3 Los programas de planificación familiar en el Perú.

En el Perú, como en otros países del mundo, un determinante necesario para la intromisión de los programas de planificación familiar fue la adecuación y la aceptación cultural de los mismos, para tratar de cambiar la conducta de los demás a través de programas de ingeniería cultural y social, por parte de los gobiernos (Van Dijck, 2019), sobre todo en los países más pobres, bajo la influencia de organismos internacionales como la ONU y fundaciones multimillonarias extranjeras, como el “Centro de Estudios de Población y Desarrollo – CEPD” y las instituciones abortivas más grandes del mundo, que financian a la “Organización Mundial de la Salud – OMS”, como la Population Council (de Rockefeller) y Planned Parenthood, fundadora de la Asociación Peruana de Protección Familiar (APPF) en el año 1967, que fue confiscada durante el gobierno de Velasco, que apostaba por una política pronatalista, para luego fundarse, durante el gobierno de Morales Bermúdez en 1976, el Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) (Artigas, s.f.; Paredes, 2017).

A lo largo de estos años, se han ido estableciendo políticas públicas o planes nacionales como “la oferta pública de servicios de planificación familiar” durante el gobierno de Alan García, que se radicalizó durante el gobierno de Fujimori, por fomentar de forma autoritaria los anticonceptivos quirúrgicos definitivos, que se dio a conocer tras el escándalo de las esterilizaciones forzadas (Aramburú, 2014), y además con “la promoción y el fortalecimiento de la transversalización y del enfoque de género en las Instituciones Públicas y privadas” (Carrillo, 2012) por medio de “la creación del Ministerio de la Mujer” en 1996, y a través de la gratuidad de la Planificación Familiar por el Ministerio de Salud, para así reducir supuestamente la pobreza y la deuda externa; por tal motivo en los años noventa, “la planificación familiar se convierte en prioridad política” (Aramburú, 2014, p. 83)

De este modo, el MINSA elaboró el “Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1996-2000)” que aprobó normas como: las “Guías Nacionales de

Atención a la Salud Reproductiva”, y las “Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar”, que fueron actualizadas durante el gobierno de Toledo, durante los años 2004 y 2005, siendo vigentes y conocidas hoy en día como: las “Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva”, la “Norma Técnica de Planificación Familiar” del año 2005, como parte del “Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” del 2004 al 2006, dirigido en ese entonces por la ministra de salud Pilar Mazzetti.

Estas normas citadas actualmente marcan las pautas que deben seguir los profesionales de salud para la atención del paciente en los servicios de planificación familiar, que como se irá evidenciando tienen una fuerte influencia en la formación universitaria de los profesional de salud, sobre todo en cuanto a la “Norma Técnica de Planificación Familiar” del año 2017¹ y las “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”, impactando también en la formación personal e integral del obstetra, que es el tema que tratamos en este trabajo de investigación.

4.2.4 La influencia del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva en los contenidos de formación del obstetra

Los contenidos de la “Norma Técnica de Salud de planificación familiar NTS N0 124-2016-MINSA-V.01” (en adelante “Norma Técnica”) y de las “Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva” (en adelante “Guías Nacionales”) tienen una marcada influencia de enfoque de género y mentalidad anticonceptiva; las cuales son normas básicas para que los profesionales de salud puedan brindar el servicio de planificación familiar y la atención de demás servicios en salud sexual y reproductiva, que se encuentran presentes desde la formación universitaria del Obstetra.

Dichas normas muestran que los métodos anticonceptivos artificiales, los cuales van en contra de la dignidad de la persona, son más efectivos para evitar embarazos no deseados en comparación con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF), más conocidos como métodos naturales, cuyos datos fueron tomados de la Encuesta Nacional de crecimiento familiar, realizado en los Estados Unidos en el año 1995 (Hatcher et al., 2007), con diseño de baja calidad, que incluyen MBCF antiguos y de baja tecnología, cuyos resultados

¹ “La Norma Técnica de Planificación Familiar del año 2005”, fue actualizada en el año 2017, que cuestiona seriamente la “objeción de conciencia” por parte de los profesionales de salud. De ahí que, se presione o se obligue a aceptar el enfoque de género a aquellos que se nieguen a suministrarlo, como parte de su labor profesional (MINSA, 2017)

de tasa de fracaso del 25% (Hatcher et al., 2007, como se citó en MINSA, 2017), difieren mucho de los resultados señalados por el estudio realizado por Manhart et al. (2013) y Duane et al. (2022), los cuales señalan una alta efectividad de los MBCF con una adecuada instrucción para evitar un embarazo, de menos de un 5% con el uso correcto y de menos del 14% - 15% con el uso típico respectivamente, por ende, los datos señalados por las normas descritas no son exactas, y a la vez, dejan entrever que los MBCF son de baja calidad.

Asimismo, se requiere que dichas normas utilicen datos actualizados de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (The Centers for Disease Control and Prevention, [CDC]), dado que muchos profesionales de salud y organizaciones médicas confían en los CDC para obtener información precisa, que cuenten con diseños de alta calidad, además de un correcto entrenamiento de los profesionales de salud, que es de vital importancia (FACTS, 2017), no solo para una mayor efectividad de los MBCF, sino también, porque se podría disminuir las conductas sexuales de riesgo, como causantes de problemas de salud pública, y de este modo recuperar la dignidad de la persona.

A continuación, para evidenciar la inclusión de la Norma Técnica y de las Guías Nacionales, se revisarán algunos sílabos de dos de las universidades en las que se imparte la carrera de obstetricia, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), y la Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV), ubicadas en Lima, que tienen como sede principal de las prácticas profesionales el Instituto Nacional Materno Perinatal, lugar donde se preparan a los obstetras como profesionales, que a través de la historia es la más antigua en el Perú y América Meridional (Buenaño, 2017).

TABLA 1

Marco Político y Normativo en Sílabo de la UNMSM

Semana	Fecha	Contenido
4	09 y 11 de noviembre	Referentes y convenios internacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva. Avances en los compromisos asumidos, estrategias implementadas y limitaciones
5	16 y 18 de noviembre	Marco político y legal de la salud sexual y reproductiva en el Perú, y análisis de los nudos críticos en los aspectos legales.
6 y 7	23 y 30 de noviembre	Marco normativo relacionado con la salud sexual y reproductiva del adolescente y de la mujer

Nota: Elaboración propia a partir de UNMSM (2020). Sílabo de Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer y Adolescente. <http://bit.ly/3E08Ff0>

Por ejemplo, en la tabla 1 se observa dentro del sílabo de Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer y Adolescente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos – UNMSM, la presencia de la Norma Técnica en la bibliografía del sílabo y la inclusión de temas relacionados

a la salud sexual y reproductiva en el marco normativo nacional e internacional. Asimismo, se observa en la tabla 2, durante la enseñanza del curso: Salud Reproductiva y Planificación Familiar, la enseñanza de la anticoncepción artificial, haciendo uso de la Norma Técnica y de las Guías Nacionales como temas de estudio:

TABLA 2

La Norma Técnica y las Guías Nacionales presentes en el Sílabo de la UNMSM

Semana Fecha	Contenidos	Actividades	Recursos
Semana 10 17/12/2021	Métodos anticonceptivos hormonales orales. Anticoncepción oral de emergencia.	Lectura de las Guías Nacionales, páginas: 8-11, 13-15. Lectura de la Norma Técnica, páginas: 57-59, 61-68.	Link de las Guías Nacionales. Link de la Norma Técnica.
Semana 11	Métodos anticonceptivos hormonales inyectables, parche y anillo vaginal.	Lectura de la Norma Técnica, páginas: 60 y 66-69	Link de videos sobre los métodos anticonceptivos hormonales.

Nota. Elaboración propia a partir de UNMSM (2021). Sílabo de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. <http://bit.ly/3UtgK2Q>

De igual forma, se observa en la tabla 3 que la Universidad Nacional Federico Villarreal - UNFV, dentro de su malla curricular muestra tres cursos relacionados con la enseñanza de enfoque de género y mentalidad anticonceptiva: Sexualidad Humana, Salud Mujer y Desarrollo y el curso de Salud Reproductiva, cursados durante los dos primeros años de estudios, donde se observa la Norma Técnica y las Guías Nacionales, en el contenido y/o en la bibliografía de referencia, las cuales se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 3

La Norma Técnica y las Guías Nacionales presentes en los Sílabos de la UNFV

Curso	Normas Técnica, Guías Nacionales y Manual de orientación, presente en los sílabos
Sexualidad Humana ^a	En la referencia: Manual de Orientación
Salud Mujer y Desarrollo ^b	En el contenido: Guías Nacionales (Protocolo sobre violencia contra la mujer, Módulo 1, páginas: 12-20)
Salud Reproductiva ^c	En la referencia: Norma Técnica y Guías Nacionales.

Nota. Elaboración propia a partir de ^aUNFV (2019a); ^bUNFV (2019b); ^cUNFV (2014)

En definitiva, la Norma Técnica y las Guías Nacionales se encuentran presentes en la formación del obstetra, pues incluye temas relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva dentro del temario de los sílabos de las Universidades del Perú, de allí que se pueda concluir la gran influencia que ejercen para la intromisión de temas de enfoque de género, y así de este

modo, ingrese dicha mentalidad anticonceptiva en los profesionales de obstetricia, en lugar de promover el uso de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, que están más acorde a la dignidad de la persona.

4.3 Consecuencias del enfoque de género y mentalidad anticonceptiva en la formación del obstetra.

La intromisión del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva, ya descritos, se encuentran presentes desde la formación universitaria del Obstetra, a partir de la normativa en planificación familiar del MINSA, a través de los programas de salud sexual y reproductiva, ya descritos, que afectan las disposiciones o “normas de competencia emitidas por el Colegio de Obstetras del Perú” (COP, 2012, p. 109), y también su formación profesional y personal. Para evidenciar esto, se examinará a continuación documentos normativos emitidos por el COP como: El “Código de Ética y Deontología” del año 2016 (en adelante Código de Ética), el perfil profesional del obstetra y demás normas vigentes, de donde hemos advertido las siguientes consecuencias:

4.3.1 Sobre el valor de la vida humana y su protección

El profesional obstetra se encuentra a favor de la defensa de la vida, cuando dice en su Código de ética que “Los y las Obstetras, velaran con interés y respeto por la salud y la vida humana desde el momento de la concepción, respetaran las leyes y disposiciones vigentes en el país” (COP, 2016, p.7), sin embargo, cuando señala que el Obstetra respetará lo dispuesto por la normativa vigente, se corre el peligro de acoger también una mentalidad anti vida o anticonceptiva, de las normas influenciadas por el enfoque de género, como se ha visto a través de la llamada salud sexual y reproductiva. De ahí que no toda norma puede ser acogida sin mayor reflexión sobre su moralidad.

De igual forma, el “Colegio de Obstetras del Perú” establece que “el conocimiento y cumplimiento del Código de Ética es requisito indispensable para el ejercicio de la profesión en el país” (COP, 2016, p.8), el cual señala para el ejercicio de la profesión los principios de la bioética principialista como la “autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Así, como también los principios bioéticos como vulnerabilidad y protección” (COP, 2016, p.8), que si bien, ninguno de estos principios es perjudicial para el ser humano, podrían reforzar el enfoque de género presente en la normativa nacional, que sin límites, sin ser jerarquizados, y sin una adecuada fundación ontológica y antropológica, podrían confundir a los profesionales de salud

(García, 2013)², radicalizando el principio de autonomía y beneficencia como un derecho de la madre, y discriminando la vida del concebido, contradiciendo el principio de justicia que plantea la igualdad y la no discriminación, fomentando el aborto como derecho y contraviniendo el principio de no maleficencia, vulnerabilidad y de protección para el concebido.

Del mismo modo, cuando se acepta cualquier tipo de aborto, se estaría negando no solo la vida de un nuevo ser humano, sino también se estaría negando las características que distinguen a las personas de las cosas o animales, como el ser *singular* por no ser igual a otra persona; el ser *irrepetible*, puesto que la pérdida humana es totalmente irremediable ya que no puede ser reemplazada por otra; motivo por el cual un hijo no pueda llenar el lugar del hijo que falleció, es decir que es *insustituible* (Jaramillo-Gómez, 2009; Pro et al., 2017)

Asimismo, si bien “los principios éticos que tutelan la conducta de los obstetras los obliga a defender al ser humano ante el dolor, sufrimiento y la muerte sin discriminaciones de ninguna índole” (COP, 2016, p.6); esto se podría desvirtuar cuando en la misma normativa se señala que “la vida humana será digna cuando más digno sea el ser humano” (COP, 2012, p. 121), concibiéndose que “la dignidad de la vida humana está vinculada al desarrollo de las potencialidades” (COP, 2012, p. 122), lo cual podría llevar al obstetra a la conclusión que una vida con sufrimiento no es “digna de ser vivida” (Vera & Ramírez, 2021), y por tanto rechace todo aquello que pueda incomodar o hacer sufrir emocionalmente al paciente, siendo lícito pensar que matar a un ser humano aliviaría su sufrimiento por, supuestamente, tener una óptima calidad de vida para poder seguir viviendo, y de este modo se estaría determinando que “la dignidad de la vida dependería de (...) la autonomía, la autodeterminación o la ausencia del sufrimientos intensos” (Sánchez, 2019, p. 43). En consecuencia, se podría justificar el aborto para aliviar el sufrimiento del concebido si posee alguna discapacidad, o para aliviar el sufrimiento de la madre por un embarazo no deseado; sin embargo “la dignidad, inherente a la persona desde su nacimiento hasta su muerte, no depende de ninguna cualidad o propiedad” (Sánchez, 2019, p. 43), o del sufrimiento para otorgar la vida a un ser humano.

De allí que, los dilemas bioéticos surgen cuando el profesional obstetra no otorga la misma dignidad a todo ser humano, pues si se considera que la vida humana no es “digna de ser vivida con sufrimiento”, podría estar concibiendo la calidad de vida como criterio de

² En este sentido, Diego Gracia propone la separación de los principios en dos niveles: en el primer nivel estaría constituido por los principios de no maleficencia y de justicia, y en el segundo nivel estaría constituido por los principios de autonomía y beneficencia, donde el primer nivel tendría prioridad (por ser más generales) con respecto al segundo nivel (por ser más privados), siendo los primeros exigidos legalmente por ser de carácter público (García, 2013).

discernimiento para otorgar dignidad a un ser humano, que más bien alude a un criterio discriminatorio utilitarista eugenésico (Roqué, 2008, como se citó en Vargas & Conti, 2013), con lo que se estaría determinando si una persona tiene derecho a la vida y justificando la interrupción del embarazo, que se podría tomar como excusa para el mal llamado aborto terapéutico, puesto que los términos interrupción del embarazo y aborto terapéutico son eufemísticos, porque el embarazo no puede tener momentos de interrupción, ni el aborto podría ser tomado como terapia.

Del mismo modo, también se observa una confusión con respecto la dignidad de persona que posee el concebido, dado que para algunos debería ser considerado como persona desde el momento de la fecundación y la postura de otro grupo de personas sería desde el momento de la implantación, lo cual es afirmado por la bioética personalista y la bioética de D. Gracia respectivamente (Bermeo, 2019), cuya última postura estaría negando la humanidad y el atributo de ser persona del concebido desde la fecundación, esto es durante las dos primeras semanas previas a la implantación, lo cual refuerza la mentalidad anticonceptiva para justificar “el uso del anticonceptivo oral de emergencia” y la manipulación de embriones no implantados si se opta por “las técnicas de reproducción asistida”.

En definitiva, lo planteado por la normativa del colegio profesional, sobre todo en el “Código de Ética y Deontología” que señala los principios de la bioética principialista como criterios y principios de la profesión, sin una adecuada antropología y de una correcta jerarquización puede reforzar la exaltación de la autonomía del enfoque de género presente en la normativa de salud sexual y reproductiva, lo cual podría desvirtuar y trivializar la visión del obstetra sobre el valor de la vida humana y su protección.

4.3.2 Sobre el valor integral de la persona.

El profesional de obstetricia como se ha podido constatar viene recibiendo una marcada injerencia normativa con enfoque de género, tanto es así, que “la función más importante que desarrolla el y la obstetra es la atención de la salud individual y colectiva en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva” (COP, 2016, p.7), y por tal motivo el obstetra promueve el uso de los anticonceptivos, para supuestamente fomentar el cuidado de la salud de la mujer. Sin embargo, cuando señala “que las personas sean capaces de tener una vida sexual segura, satisfactoria y responsable” (COP, 2012, p. 20), si se comprende desde una visión no integrada, se estaría reduciendo la sexualidad a solo placer o satisfacción sexual, desligando el sexo de toda expresión de amor, como consecuencia del dualismo o separación entre la sexualidad y la

procreación, promoviendo de este modo la “sexualidad despersonalizada” (Pro et al., 2017, p.55).

Asimismo, la salud sexual y reproductiva cuando separa de forma explícita la dimensión unitiva y procreativa del acto conyugal, desvirtúa la visión de la otra persona como un don, para ser rebajado a un mero objeto sexual, pues se reduce a la otra persona a solo la dimensión corporal, siendo el acto sexual ya no una entrega total, pues se reduce el sexo a solo el disfrute o placer, dejando de lado la dimensión espiritual y por consiguiente “entender la dimensión procreativa de la sexualidad humana como una realidad meramente biológica y no personal, es en el fondo una forma de dualismo antropológico reductivo” (Leguía, 2021, p. 46), que estaría separando la unidad dual, física - espiritual, y de este modo se estaría instrumentalizando, trivializando y desvirtuando el valor de la persona.

De allí que, cuando el profesional en obstetricia, por ser su función principal la salud sexual y reproductiva, acepta la anticoncepción, está desvirtuando la visión de la otra persona como un don, por descartar la dimensión procreativa del acto conyugal, que niega la unidad de la persona como un todo, que se da entera o no se da a sí misma (Pro et al., 2017); ya que al momento de expresar la sexualidad no se puede separar la dimensión unitiva de la dimensión procreativa. Desde esta óptica, se entiende que la persona no tiene sexo solo con el cuerpo, sino también con el alma y el espíritu, y por tanto no se pueda reducir el significado de sexualidad a solo la genitalidad sino como una dimensión radical que está en las demás dimensiones, motivo por el cual no se pueda entender como un mero acto reproductivo, propio de los animales, de allí que el término más adecuado es hablar de procreación y no de reproducción (Jaramillo-Gómez, 2009), por consiguiente la salud reproductiva estaría reduciendo la sexualidad humana a un acto de reproducción despersonalizado.

También se desvirtúa la visión del obstetra en cuanto a la salud de las personas, porque desde una visión utilitarista se estaría reduciendo la salud a un estado de bienestar. Esto se puede evidenciar, por ejemplo, cuando se define la salud reproductiva como “el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo” (UNFPA, s. f.), o cuando la OMS señala que “la salud sexual consiste en el bienestar, y no meramente en la ausencia de enfermedad” (OMS, s. f.), e incluso dentro del perfil profesional del obstetra cuando dice que “la salud ya no se visualiza sólo como ausencia de enfermedad, sino como bienestar” (COP, 2012, p. 124), entendiéndose la salud ya no como la ausencia de enfermedad, que apuntaba a un aspecto más objetivo, sino como un estado de bienestar, que es un término humano subjetivo, como lo es la felicidad o el amor.

De este modo, bajo esta perspectiva, el profesional en obstetricia dentro de su formación personal estaría de acuerdo con buscar el máximo bienestar o felicidad, y rechazar todo tipo de sufrimiento, con tal de alcanzar una óptima calidad de vida (Millás-Mur, 2019), corriendo el riesgo de una visión parcializada que conciba una vida sin sufrimiento, lo cual es una utopía, pues se podría estar tomando como excusa el sufrimiento del paciente, para tomar decisiones que puedan afectar su propia vida. Del mismo modo, para minimizar el sufrimiento, no se debería considerar el placer como fin de la sexualidad, o como un “bien supremo, a cuya consecución todo el resto debe ser subordinado” (Ugartheche, 2014, p. 113), puesto que no debería depender el valor de la persona de poseer o no dichos sentimientos para alcanzar la salud, pues se estaría reduciendo a la persona a un simple medio y no como un fin en sí misma.

En consecuencia, cuando se acepta la anticoncepción y el aborto como parte de la política de salud sexual y reproductiva se estaría reduciendo a la persona a cosa u objeto, que niega su valor incondicionado, su dignidad ontológica, y desde esta óptica no se puede pretender alcanzar el máximo bienestar, placer o calidad de vida, cuando la persona no es un fin en sí mismo, sino un medio de descarte, utilización o cosificación.

En definitiva, siendo la salud sexual y reproductiva la función más importante del profesional en obstetricia, que concibe como bienes supremos a alcanzar el bienestar, la felicidad, el placer o la óptima calidad de vida, estaría afectando directamente su formación personal, ya que se estaría desvirtuando la realidad unitiva de la sexualidad, la visión de la persona como un don, la visión de la salud de las personas, y como resultado se estaría perdiendo la visión sobre el valor integral de la persona.

4.3.3 Sobre el valor de la relación varón y mujer.

La relación varón y mujer empezó a verse afectada seriamente con el surgimiento del movimiento feminista radical marxista de los años sesenta, que percibe a los varones como una clase opresora, a quienes las mujeres deben atacar para alcanzar la tan ansiada libertad. En este sentido, Burgos (2015b) dice a letra lo siguiente:

El ataque directo a la masculinidad conduce inevitablemente a un auto ataque a la feminidad. La razón es evidente: masculinidad y feminidad son conceptos interdependientes. Se quiera o no, se es hombre en relación a la mujer, y se es mujer en relación al hombre (p.3)

Por tanto, se estaría buscando destruir a corto o a largo plazo la masculinidad y la feminidad, que pretende trivializar la relación varón y mujer, pudiéndose equiparar el mismo

valor a la relación de personas del mismo sexo, corriéndose el riesgo de no vivirse la complementariedad tan fructífera en sí misma, porque a partir de esta relación se estaría dando la apertura a una nueva vida, dado que una verdadera relación entre hombre y mujer nos invita a la fecundidad en todos los sentidos, no solo en lo procreativo sino también en el amor, cuidado y respeto mutuo.

En este sentido, “las políticas de salud sexual y reproductiva desde la Conferencia realizada en El Cairo en el año 1994”, implican necesariamente la equidad de género, término muy arraigado en la formación personal y profesional del obstetra, como lo señala el Código de Ética, (COP, 2016), puesto que “realiza planes y acciones comunitarias dirigidas a la mujer, familia y comunidad, para el logro de una equidad de género y promueve la responsabilidad del varón en la salud reproductiva de la familia” (COP, 2012, p. 134), que si bien pareciera promover la igualdad entre hombres y mujeres, sin embargo estaría fomentando una libertad sin responsabilidad a través de la mentalidad anticonceptiva, que conlleva a la utilización o instrumentalización de uno sobre el otro, como un acto meramente egoísta, concibiéndose un hijo sin ser producto del amor de los padres.

Por tal motivo, si bien se promueve la igualdad de responsabilidades entre varones y mujeres, la “igualdad y equidad no son sinónimos, aunque sí son conceptos relacionados. Entender las diferencias entre ambos es fundamental para diseñar políticas públicas con el objetivo de crear condiciones de igualdad” (Silva, 2021, p. 25), y por tanto, no estaría bien pretender que la mujer sea en todo igual al varón, a pesar de poseer la misma dignidad por ser personas, puesto que no son iguales en sus características particulares, como la masculinidad y la feminidad.

En definitiva, el profesional en obstetricia, en el contexto actual, está siendo muy influenciado con posturas feministas radicales, que buscan equiparar los derechos, a través de la equidad de género o el llamado enfoque de derechos, lo cual está yendo más allá de la búsqueda de una igualdad real en derechos, sino que puede llegar a trivializar al valor de la complementariedad, la fecundidad y la procreación, desvirtuando el valor intrínseco que tiene la relación varón y mujer y la importancia de mantener una atención a lo importante de sus diferencias.

4.3.4 Sobre el valor de la libertad y responsabilidad personal.

Los profesionales de salud están recibiendo una formación bajo la perspectiva del enfoque de género, que, en su versión radical, afirma que no hay nada natural en la sexualidad

humana, sino que todo es una construcción cultural que varía de pueblo en pueblo y de tiempo en tiempo. Es decir, existe una concepción dualista, naturaleza – cultura profundamente arraigada, que separa la naturaleza de la libertad, lo cual presenta una sexualidad muy pobre y científicamente no adecuada a la realidad (Conen, 2011), porque la naturaleza o la corporeidad es parte de la persona humana y por tanto no se puede considerar como si fuera un objeto, porque no es una cosa sino es la propia persona, es decir es una dimensión de la persona, y si en caso se empezara a modificar a voluntad propia lo más probable es que la persona humana se podría ir deshumanizando o despersonalizando.

Asimismo, hoy en día, “es habitual que las poblaciones con elevados niveles de fecundidad, muestren a la vez elevadas tasas de mortalidad materna” (COP, 2012, p. 118), de allí que el profesional obstetra, influenciado por estas nuevas ideologías que exaltan la autonomía de la persona y relativizan la responsabilidad de sus actos, promueva como parte de sus funciones el uso de anticonceptivos porque “en el mundo, la planificación familiar se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos” (OMS, 2012 como se citó en MINSA, 2017, p.11), y como modo de ser responsables, se considera que es el único medio eficaz para disminuir la mortalidad materna, dado que “se relaciona con el alto número de hijos, los cortos intervalos intergenésicos, la ocurrencia de embarazos en edades extremas de la vida reproductiva y los embarazos no planificados” (COP, 2012, p. 118).

De este modo, se puede ver que el profesional en obstetricia estaría aceptando y justificando el uso de los anticonceptivos como un medio necesario para lograr la disminución de la mortalidad materna en el Perú, sin reparar en que no todo medio es válido o lícito para lograr un objetivo determinado, puesto que todo medio utilizado por el ejercicio de la libertad personal trae consecuencias, y por tanto sea necesario cuestionar profundamente el principio de autonomía muy difundido hoy en día, que tiene en cuenta una libertad sin límites, sin consecuencias, y sin responsabilidad.

Por tal motivo, “hoy existe la comprensión casi universalmente extendida de que la verdadera responsabilidad en el ámbito de la sexualidad supone tener relaciones sexuales anticonceptivas” (Leguía, 2021, p. 74), pues se concibe la anticoncepción como un medio eficaz para evitar las muertes maternas y también para prevenir las infecciones de transmisión sexual, dado que se los asocia directamente a la falta de planificación familiar. Siguiendo esta misma línea, el profesional obstetra promueve el uso de preservativos, como parte de su función de impartir la realización de “consejería en ITS, VIH-SIDA” (COP, 2012, p. 133), normalizando de este modo el uso de anticonceptivos, sin avizorar las posibles consecuencias de esta mentalidad, que concibe la negación rotunda de una nueva vida, puesto que “la correcta

comprensión de la libertad es condición para vivir el amor y el compromiso que jamás supondrán la instrumentalización del ser amado para reducirlo a la categoría de objeto instrumentalizado” (Leguía, 2021, p. 74).

De allí que, “en correspondencia con la naturaleza racional del ser humano, lo propio del ejercicio de la sexualidad es vivirla de manera racional y libre, ¡no de modo instintivo y animal!” (Jaramillo-Gómez, 2009, p. 172), puesto que las conductas sexuales de riesgo podrían generar problemas salud pública, tales como: los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la depresión, intentos de suicidio, amores tóxicos, etc. (Cañón et al., 2021). Por lo tanto, al decidir sobre el ejercicio de la sexualidad, “el marco más adecuado para entender las relaciones sexuales es la complementariedad personal entre el hombre y la mujer”, y no la instrumentalización del sujeto para satisfacer los impulsos sexuales.

Asimismo, el amor de donación que supone la entrega total de la persona en todas sus dimensiones, incluye su capacidad generativa, es decir su fertilidad, que implica la responsabilidad muchas veces olvidada de su propia salud procreativa. De allí que, se debería dejar de lado el uso de los métodos anticonceptivos, para conservar la función procreativa en el mejor estado posible, que podría prevenir problemas de fertilidad a futuro, dado que su uso supone algunos riesgos, efectos secundarios e incluso secuelas (Jaramillo-Gómez, 2009).

De este modo, el ejercicio de la sexualidad responsable implica el respeto de su naturaleza; esto es, el respeto de sus dos fines, “unitivo y el procreativo; es decir, la auto donación y la trascendencia, respectivamente” (Jaramillo-Gómez, 2009, p. 166). De lo contrario, su naturaleza sería violentada; y, por tanto, sería un uso irresponsable de la libertad sexual el uso de anticonceptivos, porque se niega la llegada del hijo y no se respeta dichos fines, y en consecuencia cuando sobrevenga la llegada de un hijo, la paternidad pueda ser asumida de forma irresponsable, visto más como una carga, puesto que se concibe con temor la llegada de un hijo.

En este sentido, se observa una mayor flexibilidad con respecto a las relaciones sexuales prematrimoniales, más aún con el uso de los anticonceptivos, que invita a la no fecundidad porque conlleva a una mayor responsabilidad, que muchos conciben como falta de libertad, puesto que se estaría concibiendo desde la mentalidad de la modernidad líquida que las relaciones no duran para siempre, y de este modo, por medio de una sociedad líquida que promueve el llamado amor líquido, se pretenda “licuar” o “liquidar” el matrimonio y la familia (Melina, como se cita en Pro et al., 2017).

Por lo tanto, la formación personal del obstetra, como se ha visto, se encuentra muy influenciada por la postura feminista radical, que está desvirtuando el correcto sentido de la

libertad y la responsabilidad, a través de una fachada de justos medios, para alcanzar un determinado fin, que trae como consecuencia la deshumanización de la persona y su sexualidad, puesto que entra en juego; la trivialización de la vida, la persona, el matrimonio y la familia, célula fundamental de la sociedad.

En definitiva, la intromisión del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva contravienen lo descrito en la normativa del profesional en obstetricia, la cual señala el respeto a la vida humana desde el momento de la concepción, puesto que condena el aborto como un delito, fomenta y respeta el derecho que tiene toda persona de ser tratado con dignidad, esto es, no se encuentra a favor de que la persona sea instrumentalizada o utilizada por el otro y se encuentra a favor de la responsabilidad compartida de los padres, es decir se encuentra a favor de la paternidad responsable, lo cual está acorde con el fin de la carrera de obstetricia, que debería velar por el cuidado de la salud y la vida de la madre y del concebido.

Por consiguiente, las consecuencias de la introducción del enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva estarían desvirtuando la formación del obstetra, puesto que la interpretación de la “Norma Técnica” y las “Guías Nacionales” estarían alterando la exégesis de la normativa del Colegio de Obstetras, exaltando la autonomía de la mujer sobre los derechos del concebido, atentando contra la dignidad de la persona, fomentando las conductas sexuales de riesgo y trivializando el matrimonio cuando hay una mayor flexibilidad de las relaciones sexuales sin consecuencias, reforzando la negación o postergación de la maternidad y exaltando la planificación familiar pero no la paternidad responsable, sobre todo cuando sobreviene o se niega la llegada de un hijo, trivializando de este modo el valor de la complementariedad, la fecundidad y la formación de la familia, célula básica de la sociedad.

5. CONCLUSIONES

1.- Si bien el Obstetra se encuentra a favor de la defensa de la vida, pues busca la disminución de la muerte materna, sin embargo, cuando utiliza como estrategia la utilización de los anticonceptivos artificiales, en lugar de promover el respeto por la igualdad de los derechos, fomenta una mayor flexibilidad de las relaciones sexuales, pudiendo instrumentalizar a la persona, para reducirla a la categoría de objeto, lo que no se condice con una verdadera paternidad responsable, sino que estaría atentando en contra de la dignidad de la persona, y a través de esta mentalidad anticonceptiva se podría promover la destrucción del matrimonio y la familia.

2.- Se observa efectivamente que existe una relación estrecha entre el enfoque de género y la mentalidad anticonceptiva, con una marcada injerencia en las políticas de salud, a través

del programa de salud sexual y reproductiva en normas como “la Norma Técnica de Salud de planificación familiar NTS N0 124-2016-MINSA-V.01” y las “Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva”, las cuales se encuentran incluidas desde la formación universitaria para brindar servicios en planificación familiar, que estarían desvirtuando las normas de competencias definidas por el Colegio de Obstetras del Perú, durante el ejercicio profesional, como el “Código de Ética y Deontología” del año 2016, el “Perfil profesional del obstetra” y demás normas vigentes, las cuales influyen directamente en la formación personal y profesional de los obstetras.

3.- Se observa que la introducción del enfoque de género y de la mentalidad anticonceptiva en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, a través de la normativa del Colegio profesional, la cual recae en la formación personal del obstetra, por ser su función principal la salud sexual y reproductiva, refuerza entre sus consecuencias actuales la exaltación de la autonomía traducida en normas de competencia, que carecen de fundamentos antropológicos adecuados y de una correcta jerarquización. Además, esta formación viene siendo influenciada más por elementos ajenos a una visión objetiva, incluyendo conceptos como el placer, el bienestar y la óptima calidad de vida, en la toma de decisiones, las cuales pretenden negar como realidad de vida el sufrimiento, y así distorsionar la visión del obstetra sobre el valor de la vida, la persona, la relación hombre y mujer, la libertad y la responsabilidad.

6. RECOMENDACIONES

1.- La inclusión de temas antropológicos y bioéticos desde una visión personalista son tan importantes y necesarios de ser incluidos dentro de la formación personal y profesional del obstetra, para tomar decisiones convenientes y evitar todo tipo de discriminación con respecto a la vida de la madre y del concebido, ya que ambas vidas humanas tienen la misma naturaleza y la misma igualdad ontológica, por poseer igual humanidad, evitando ser tomado como un medio de descarte, de utilización o cosificación, desde una perspectiva más objetiva, que no busque solo la igualdad de derechos como excusa para legalizar el aborto y la anticoncepción, sino que profundice la noción de persona y sus atributos, que permita integrar todos los elementos de la sexualidad humana de manera armónica con la personalidad global (Pro et al., 2017), para así comprender la unión de la pareja como la reafirmación de una unión permanente, de una mirada al otro como uno mismo, y de este modo la llegada de un hijo sea producto del amor.

2.- Para contrarrestar la visión cultural reduccionista del enfoque de género, desde una visión radical, se puede fomentar desde la óptica personalista que la responsabilidad es

necesaria para la vivencia de la libertad, cuya respuesta de apertura a la vida ayudaría a valorarla, desde una perspectiva más amplia e integradora, que conciba la fecundidad y la paternidad como un don preciado a través del ejercicio de la sexualidad libre y racional, puesto que la auténtica paternidad responsable es considerar siempre la llegada de un hijo no como un estorbo para los proyectos personales, sino como el mayor bien, porque al evitar tener hijos sin causa justa estaríamos negando no solo su significado unitivo, sino también la propia fertilidad, que es un signo de salud y no una enfermedad o anormalidad, motivo por el cual, nadie en su sano juicio prescindiría de ella. (Jaramillo-Gómez, 2009)

7. REFERENCIAS

- Abanto, J. D. (2022, 20 de mayo). Algunas reflexiones sobre el derecho a la vida del concebido | La Ley—El Ángulo Legal de la Noticia. <https://laley.pe/art/13447/algunas-reflexiones-sobre-el-derecho-a-la-vida-del-concebido>
- Ahedo, J. (2013). La dualidad tipológica básica desde la antropología trascendental de Leonardo Polo: cómo la sindéresis clásica resuelve un problema moderno. [Tesis de doctorado, Universidad de Navarra]. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/27845/1/Tesis%20antropologia%20trascendental%20Polo.pdf>
- Alta comisión de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (s.f.). Salud sexual y reproductiva. Recuperado el 27 de octubre del 2022 de <http://bit.ly/3fVLnyI>
- Aramburú, C. E. (2014). Idas y vueltas: Los programas de planificación familiar en el Perú. *Revista Latinoamericana de Población*, 8(14), 81-103 <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323832454004.pdf>
- Arnau, S (2019). *Estudios críticos de y desde la diversidad funcional* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Educación a distancia]. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-Filosofia-Msarnau/ARNAU_RIPOLLES_SOLEDAD_TESIS.pdf
- Artigas, J. (s. f.). *Arbil, nº114 Ofensiva abortista en Hispanoamérica. El holocausto demográfico angloamericano bajo la guía de los hermanos Rockefeller*. Recuperado el 6 de septiembre de 2022, de <http://www.arbil.org/114rock.htm>
- Baquero, K. B. (2017). Bentham y la máxima utilitarista de “la mayor felicidad para el mayor número”: ¿Crítica fundada o autor incomprendido? *Ambiente Jurídico*, 21, 133-159.

- Barja-Ore, J & Alca-Robles (2020). Desarrollo profesional en obstetricia: Evidencia de un sistema de evaluación de competencias en el Perú. <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/196/225>
- Bauman, Z. (2006). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos* (M. Rosenberg y J. Arrambide, Trad.). Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Bermeo, E. (2019). *Aportaciones del Personalismo Ontológico Moderno a la Bioética Personalista* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/686780>
- Buenaño, N. (2017, 31 de agosto). *El desarrollo de la Obstetricia en el Perú*. <http://www.usat.edu.pe/articulos/el-desarrollo-de-la-obstetricia-en-el-peru/>
- Burgos, J. M. (2004). *Diagnóstico sobre la familia*. Palabra.
- Burgos, J. M. (2015a). El personalismo ontológico moderno I. Arquitectónica. *Quién*, (1), 9-27. https://www.personalismo.org/wp-content/uploads/2016/06/Estudio-1_Juan-Manuel-Burgos.pdf
- Burgos, J. M. (2015b). Dos formas de afrontar la identidad sexual: personalismo e ideología de género. *Familia y Sociedad*, (12), 1-10. https://observatorio.campus-virtual.org/uploads/33815_Burgos_Identidad-2015.pdf
- Cañón, S., Bustos, O. M., & Giraldo, L. F. (2021). *Conductas Suicidas En Los Adolescentes, Y Su Relación Con Las Negligencias En El Autocuidado Y Los Comportamientos Temerarios*. https://www.scipedia.com/public/M_et_al_2020a
- Carrillo, P. (2012). Transversalización del Enfoque de Género en las Políticas Públicas. *Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables*, 1-8. https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dcteg/teg_dgteg_2013.pdf
- Chirinos, A. E. (2017). *El enfoque de “género” y su injerencia en el ordenamiento jurídico peruano y sus políticas públicas*. [Tesis de maestría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/927/1/TL_ChirinosTuestaAlexandraE na.pdf.pdf
- Conen, C. (2011). *El amor en tu camino de vida* (3.^a ed.). Dunken. <https://es.scribd.com/doc/100820430/El-Amor-en-Tu-Camino-de-Vida>
- Colegio de Obstetras del Perú. (2012). *Compendio de Normas* (VI). Editores Industriales. https://colegiodeobstetras.pe/wp-content/themes/obstetras/pdf/compendio_normas_cop.pdf

- Colegio de Obstetras del Perú. (2016). *Código de Ética y Deontología profesional*. (2ª. ed.). Consejo Nacional. <https://www.crolimacallao.org.pe/documentos/Normativa-Institucional/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGIA.pdf>
- Corte Internacional de Derechos Humanos (2018). Cuadernillo de la Corte IDH sobre derecho a la vida. *Clacai: Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro*, (21), 1-78
- Cuadernos de Trabajo Social, Alternativas. (1995). La Declaración de Beijing: IV Conferencia Mundial sobre las mujeres. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 3, 221. <https://doi.org/10.14198/ALTERN1995.3.15>
- Daniels, M. C., Jongitud, J., Luna, M., Monroy, R. Mora, R. & Viveros, O. (2011). *Metodología de investigación jurídica* (2ª ed.) Servicios Editoriales <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/36358/danielsrodriguezmartha.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- De Irala, J., Osorio, A., Beltramo, C., & Carlos, S. (2015). *La política de la “Educación Sexual Integral”*. <https://www.unav.edu/documents/2832169/8e744102-720d-42e5-b82c-80fc99022f0a>
- Duane, M., Stanford, J. B., Porucznik, C. A., Vigil, P. (2022). Fertility Awareness-Based Methods for Women's Health and Family Planning [Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad para la salud de la mujer y la planificación familiar]. *Frontiers in Medicine*, 9, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.858977>
- Facio, A. (2008). Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Tomo 1: Los derechos reproductivos son derechos humanos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1826/derechos_reproductivos_ddhh-2008.pdf
- Fertility Appreciation Collaborative to Teach the Science (FACTS) (2017, 3 de mayo). *Petition the CDC: Women and medical professionals need accurate information on family planning (Petición a los CDC: las mujeres y los profesionales médicos necesitan información precisa sobre planificación familiar)*. <https://www.factsaboutfertility.org/petition-the-cdc-women-and-medical-professionals-need-accurate-information/>
- Fernández, Y. (2018, 27 de julio). *Paternidad responsable: un elemento clave para el desarrollo humano*. <https://www.undp.org/es/dominican-republic/blog/paternidad-responsable-un-elemento-clave-para-el-desarrollo-humano>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (s. f.). *Salud sexual y reproductiva*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado 28 de septiembre de 2022, de <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>

- Fumagalli, A. (2016). *La cuestión del gender. Claves para una antropología sexual*. Sal Terrae.
- García, J. J. (2013). Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, XXIV(1), 67-76. <http://bit.ly/3TveKWj>
- Gobierno del Perú. (2020). Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. <http://bit.ly/3tqaxZE>
- Gómez-Dávila, J. G. (2018). El aborto: una mirada desde la salud pública, los derechos y la justicia social. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. (69)1, 53-64. http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n1/es_2463-0225-rcog-69-01-00053.pdf
- Gordillo, A. L. (2021). *¿Y usted para cuándo? : Postergación de la maternidad, un fenómeno generacional* [Tesis de Licenciatura, Universidad Externado de Colombia]. <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/ab5feda7-24ad-45a0-a1b6-0281050830a5/content>
- Guillén, R. D. C. (2018). La connotación de persona en situación de cronicidad. *Enfermería Universitaria*, 9(3), 44-56. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2012.3.229>
- Hatcher, R. A., Trussell, J., Nelson, A. L., Cates, W., Stewart, F. H., Kowal, D. (2007). *Contraceptive Technology* [Tecnología anticonceptiva] (19th ed.) Bridging the Gap Communications.
- International Planned Parenthood Federation. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible: Guía de implementación nacional para OSC dedicadas a SDR*. <http://bit.ly/3UMYiC2>
- Jara, A (2018). *Fundamentos filosóficos – antropológicos presupuestos en la Ideología de género*. [Tesis de maestría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/1078/TM_JaraCotrinarAcely.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jaramillo-Gómez, J. M. (2009). Algunas reflexiones acerca del fundamento de la regulación natural de la fertilidad. *Persona y bioética*, 13(2), 166-177. <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1578/1901>
- Jaume, L. (2008). *La libertad y la ley. Los orígenes del liberalismo filosófico* (1^a ed.) Ediciones del signo.
- Jorge, P. J. (2020, 17 de diciembre). El principio de solidaridad en el derecho administrativo. Una visión personalista. *Revista iberoamericana de gobierno local* (18). <https://revista.cigob.net/17-diciembre-2020/articulos/el-principio-de-solidaridad-en-el-derecho-administrativo-una-vision-personalista/ver-online/>

- Laje, A. [@agustinlaje]. (2019, 17 de enero). *El aborto no soluciona ni previene las violaciones. Asesinar un ser humano con 6 meses d gestación no es hacer justicia. ¿No les parece curioso que las diputadas abortistas hayan votado contra la prisión efectiva de violadores mientras claman por el aborto? #DEFENDAMOSALINOCENTE* [Tweet]. Twitter. <https://twitter.com/agustinlaje/status/1086012098700824576>
- Leguía, G. B. (2021). *La diferencia, en el acto moral, entre la planificación familiar natural y la anticoncepción en el matrimonio*. [Tesis de maestría, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. <https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/1152>
- López (2020, 04 de noviembre). Las Normas Técnicas, qué son y para qué sirven. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/las-normas-tecnicas-que-son-y-para-que-sirven>
- Manhart, M., Duane M., Lind A., Sinai, I., Golden – Tevald, J. (2013). Fertility awareness-based methods of family planning: A review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT. *Osteopathic Family Physician*, 5(1), 2-8. <https://ofpjournal.com/index.php/ofp/article/view/294/228>
- Millás-Mur, J. (2019). Ética y bioética en el pregrado de medicina: Una propuesta. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(1), 93-99. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4260>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2017). *Conceptos fundamentales para la transversalización del enfoque de género*. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dcteg/Folleto-Conceptos-Fundamentales.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva*. Dirección General de Salud de las Personas. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2017). *Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar*. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
- Miranda, R. (2016). *Directrices de salud para implementar programas de educación de la sexualidad con visión personalista para adolescentes, Perú* [Tesis de Maestría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/877>
- Munillo, M. J. I. & Pereda, B. R. (2015). *Sexo con alma y cuerpo*. Freshbook.
- Naciones Unidas. (1968). *Conferencia internacional de derechos humanos 1968* <http://bit.ly/3UNVZhV>

- Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa.pdf
- Naciones Unidas (s.f.). Estados miembros. Recuperado el 22 de mayo de 2022 de
<https://www.un.org/es/about-us/member-states#gotoA>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Salud sexual*. Recuperado 28 de septiembre de 2022, de
<https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
- ONU Mujeres. (s.f.). *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 22 de mayo de 2022 de
<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/2030-agenda-for-sustainable-development>
- Ortiz, A. & Vásquez, L.F. (2017). *Identificación del contenido de los currículos en salud sexual y reproductiva de la educación superior de Latinoamérica y el Caribe*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Colombia].
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62896/43260790-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Páramo, V. (2012). El eterno dualismo antropológico Alma-cuerpo: ¿Roto por Láin? *Revista de Filosofía Thémata*, (46), 563-569.
http://institucional.us.es/revistas/themata/46/art_53.pdf
- Paredes, L. (2017). *¿Cuántos queremos ser o cuántos podemos ser?: Los primeros lineamientos de la política de planificación familiar en el Perú*. [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
<https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8532>
- Pro, M. L., Chivite, C. M. & Gallardo, S. (2017). *Antropología*. Universidad Católica de Ávila.
- Ramos, V. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Montevideo* [Tesis de maestría, Universidad de la Republica].
<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/4969/5/TFLACSO-2011VRB.pdf>
- Real Academia Española. (2021a). *Obstetra*. Recuperado el 22 de mayo de 2022 de
<https://dle.rae.es/obstetra>
- Real Academia Española. (2021b). *obstetricia*. Recuperado el 22 de mayo de 2022 de
<https://dle.rae.es/obstetricia>
- Rigat-Pflaum, M. (2008). *Un enfoque para la igualdad de género | Nueva Sociedad*. Nueva Sociedad | Democracia y política en América Latina. <https://nuso.org/articulo/un-enfoque-para-la-igualdad-de-genero/>

- Rodríguez, R. (2021). Psicología del Bienestar Integral. Un nuevo concepto. *Medicina naturista*, 15(1), 50-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7747851>
- Romo, B. E. (1996). *Análisis educativo de los fines del amor conyugal y su relación con la mentalidad anticonceptiva*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ppt1997/0244085/0244085.pdf>
- Rondón, M. B. (2016). Salud mental y aborto terapéutico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 407-411. <https://doi.org/10.15381/anales.v76i4.11411>
- Sánchez, I. (2019). El valor y la dignidad de la vida terminal. Prolegómenos filosóficos para una crítica de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30(98), 43-53. <https://doi.org/10.30444/CB.20>
- Santa María, R. (2013). *La interpretación del término concebido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos: Una aproximación crítica a la sentencia del caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica* [Jornadas]. Jornadas Internacionales de Derecho Natural: Derecho natural, hermenéutica jurídica y el papel del juez "Novenas 2013", Buenos Aires <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/2609>
- Significados. (s. f.). Eugenesia. Recuperado 11 de noviembre de 2022, de <https://www.significados.com/eugenesia/>
- Silva, L. (2021). *Reflexiones en torno a la Inclusión y Grupos Vulnerables*. Universitaria UANL. <http://eprints.uanl.mx/22802/1/22802.pdf#page=34>
- Soto-Sarango, R. V. (2018). La relación médico paciente desde una visión eclesial personalista. *Memorias y Boletines de la Universidad del Azuay*, 4-13. <https://revistas.uazuay.edu.ec/index.php/memorias/article/view/153/146>
- Tarducci, M. (2018). Escenas claves de la lucha por el derecho al aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, 14(3), 425-432. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.2036>
- Ugarteche, M. (2014). Karol Wojtyla y la crítica al utilitarismo. *Synesis*, 6(2), 107-121. <https://seer.ucp.br/seer/index.php/synesis/article/view/676/323>
- Universidad Nacional Federico Villarreal. (2014). *Sílabo de Salud Reproductiva*. <https://1library.co/document/zwwmevlz-universidad-nacional-federico-villarreal-facultad-departamento-profesional-obstetricia.html>
- Universidad Nacional Federico Villarreal (2019a). *Sílabo de Sexualidad Humana*. Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina Hipólito Unanue. http://web2.unfv.edu.pe/fmhu/images/escuelas/epo/segundo_anio/SEXUALIDAD_HUMANA_2019-2.pdf

- Universidad Nacional Federico Villarreal (2019b). *Silabo de Salud, Mujer y Desarrollo*. Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina Hipólito Unanue. http://web2.unfv.edu.pe/fmhu/images/escuelas/epo/tercer_anio/SALUD_MUJER_Y_DESARROLLO_2019-1.pdf
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2020). *Silabo de Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer y Adolescente*. Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina San Fernando. <http://bit.ly/3E08Ff0>
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (2021). *Silabo de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina San Fernando. <http://bit.ly/3UtgK2Q>
- Van Dijck, J. (2019). *La cultura de la conectividad: una historia crítica de las redes sociales* H. Salas, Trad.). Siglo XXI editores.
- Vargas, T., & Conti, R. M. (2013, 5 de noviembre). *Vargas, Teresa: Eugenesia y Síndrome de Down*. Asociación Española de Personalismo. <https://www.personalismo.org/recursos/articulos-recursos/vargas-teresa-eugenesia-y-sindrome-de-down/>
- Vassallo, K. L. (2014). *Los llamados derechos sexuales y reproductivos en las políticas demográficas familiares y las políticas públicas en el Perú*. [Tesis de maestría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/561/1/TM_Vassallo_Cruz_Kathya.pdf
- Vera, D. J. S. C., & Ramírez, M. B. (2021). Sentido de la vida y del sufrimiento. Una tarea personal. *Apuntes de Bioética*, 4(1), 5-22. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i1.624>
- Viladrich, P. (2020). *La alianza y la unión conyugal II: Antología de textos* (Vol. 2). Universidad de Piura.