

**Universidad Nacional de Salta
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera: Maestría en Salud Pública**

Práctica de los agentes de salud frente a usuarias/os que buscan regular su fecundidad

Maestranda: Ana M. Pérez Declercq

Dirección: Mgs. Mónica Sacchi

Co-dirección: Lic. Nina Zamberlin

2009

“La identidad fija el gesto de pensar. Rinde homenaje a un orden. Pensar, al contrario, es pasar, es interrogar este orden, asombrarse que esté ahí, preguntarse qué lo volvió posible, buscar, recorriendo sus paisajes, los trazos de los movimientos que lo fijan formado, y descubrir en estas historias supuestamente yacientes ‘cómo y hasta dónde sería posible pensar de otro modo’”

De Certeau, M. (1998:40) Historia y psicoanálisis, Universidad Iberoamericana.

Los derechos sexuales y reproductivos fueron considerados como parte fundamental de los derechos humanos a partir de la conferencia de El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995). En la Argentina, en el año 2002, la sanción de la Ley 25.673, acompañada por los derechos contemplados en las convenciones de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y de los Derechos de Niños y Adolescentes (ambas incorporadas al cuerpo de la Constitución Nacional a partir de la Reforma de 1994), se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En la provincia de Salta estos procesos se produjeron varios años más tarde y, a pesar de los conflictos con la iglesia, se sancionó el 20 de septiembre del 2004 la Ley 7.311 de Sexualidad Responsable.

La expresión "derechos reproductivos y sexuales" hace referencia al derecho de la persona a controlar su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, especifica en su texto: "Serán objetivos de este programa, a. alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia..." (Art. 2 inc. a) En la provincia de Salta, la Ley sobre Sexualidad Responsable establece entre sus objetivos, "b) Promover el desarrollo integral de la familia y la autonomía de las personas, (...) f) Respetar la diversidad y pluralidad de pautas culturales de nuestra Provincia, g) Posibilitar el acceso igualitario de las personas a la información, asesoramiento y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el cumplimiento de esta Ley".

Cuando la norma habla de "decisiones libres", de "autonomía de las personas" y "acceso a la información", supone una elección informada que puede entenderse desde dos perspectivas distintas: una perspectiva basada en la "libre" individualidad contemporánea, donde desaparece la idea de ciudadanía y el mercado pasa a ser el principal organizador de los beneficios y servicios sociales (1); u otra, vinculada a la participación y autonomía, que tiene en cuenta, más allá de la información, el posicionamiento subjetivo en las decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.

El análisis de las prácticas de los agentes de salud con relación a la participación y autonomía de los sujetos en decisiones vinculadas a su vida sexual y reproductiva es relevante en el marco de la Atención Primaria de la Salud por dos motivos: por su característica de integralidad, que desde un enfoque participativo supone individuos actores y no solamente beneficiarios pasivos de una acción médica y, por las actividades de atención y prevención que los agentes de salud realizan, en las que se ponen en juego los procesos de subjetivación del otro.

Asimismo, considerando la fuerte vinculación que históricamente ha tenido la ciencia y la construcción social del cuerpo, y específicamente, del cuerpo de las mujeres, es importante el análisis de las prácticas de los servicios de salud por la decisiva influencia que tienen sobre la población. En el caso específico de las prácticas vinculadas a la fecundidad, la ambigüedad del rol de los agentes de salud, entre la medicina y la justicia normativa suscita el siguiente interrogante, planteado por Checa y Rosenberg (2), "...en qué condiciones las prácticas anticonceptivas son apropiadas por las mujeres como un ejercicio de autonomía personal. O si, por el contrario, la colocan en situación de mayor sujeción al poder médico, hegemonizado por intereses profesionales y económicos, así como instancia –ya tradicional- de legitimación científica de presupuestos patriarcales y –a veces- de discriminación de clase o etnia, que tienden a reproducir las situaciones de desventaja social" (2:55).

La presente investigación escoge explorar el nivel de las prácticas que realizan los agentes de salud vinculadas a la salud sexual y reproductiva porque, siguiendo a Foucault (3), es en estos espacios donde el poder se hace capilar, donde se puede observar el entramado de relaciones sociales de poder que se ocultan detrás de la norma jurídica que propone promover decisiones reproductivas autónomas.

La construcción del problema desde una perspectiva sociológica está orientada a revelar las relaciones de saber/poder a través de las cuales se construyen las prácticas de los agentes de salud vinculadas a las decisiones reproductivas que esta investigación sustenta su razón de ser. La relevancia de tal empresa radica en que la salud, en este caso la salud reproductiva, cuya construcción es histórica y políticamente significativa, es el resultado de las luchas entre los agentes sociales por imponer sus propias visiones de lo que social y políticamente ha de considerarse una reproducción "normal" (4).

De este modo, la deconstrucción de las prácticas de los agentes de salud vinculadas a las decisiones reproductivas posibilita no sólo el cuestionamiento de la lógica predominante en salud que se erige como avalorativa, objetiva y neutral, sino que también aporta un elemento indispensable para promover el ejercicio concreto de los derechos sexuales y reproductivos, a partir de la construcción de un espacio de accionar dialógico y situacional que propicie la co-producción de saberes intersubjetivos.

Desde este marco, el problema básico del estudio se refiere a las prácticas de los agentes de salud en relación al ejercicio de los sujetos de decidir sobre su fecundidad, orientado a partir de los siguientes interrogantes:

¿Qué relaciones de poder, que se establecen entre agente de salud-usuario/a, son las que subyacen en las prácticas bajo estudio?

¿Cuáles son los factores culturales, institucionales y subjetivos que están presentes en las prácticas de los agentes de salud con relación al derecho de la población a adoptar decisiones libres sobre la propia fecundidad?

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera expresar mi agradecimiento a la Mgt. Mónica Sacchi, no solo por la constante dedicación a la hora de dirigir este estudio, sino también por su apoyo y estímulo en los diferentes momentos de la investigación. Agradezco la generosidad de Nina Zamberlin, por los materiales bibliográficos brindados y por sus valiosos comentarios. Quisiera agregar una mención especial a los profesores, María Ángela Aguilar y Miguel Costilla, compañeros de cátedra, en quienes encuentro siempre interlocutores estimulantes y nuevas perspectivas para pensar los temas que me inquietan.

Dedico en esta página un reconocimiento especial para Santiago Alvarez, quien me brindó su apoyo afectivo en todo momento y aportó su diseño para que la lectura de esta tesis sea más agradable. Santiago fue testigo y también partícipe de las reñidas y afectivas circunstancias en que esta investigación se cruzó en nuestras vidas y en la vida de la pequeña Maite.

Financieramente esta tesis se ha beneficiado de la ayuda económica del Ministerio de Salud de la Nación a través de la concesión de la beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia a nivel de Programas Sanitarios con Apoyo Institucional, otorgada a través de la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología.

Esta investigación, sin duda, se ha enriquecido con la lectura atenta y el apoyo afectuoso de Vivi Diez y con la complementariedad de visiones teóricas provenientes de la filosofía que me han brindado el Mgt. Alejandro Ruidrejo y el Mgt. Hernán Ulm. Los seminarios y conversaciones con ambos profesores han permitido nutrir el análisis de las entrevistas desde otra perspectiva teórica. En particular, agradezco al Mgt. Hernán Ulm por los consejos críticos vertidos sobre los análisis preliminares de esta investigación.

Finalmente agradezco a, Verónica Poderti quien, con sus gestiones y su simpatía, amenizó el cursado de la maestría y, a los agentes de los centros de salud en los que he realizado el trabajo de campo por la extraordinaria colaboración brindada, por su generosidad y disponibilidad.

INTRODUCCIÓN.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	5
ÍNDICE.....	6
RESUMEN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	10
1. Un estudio sociológico en el campo de la salud.....	10
2. La reiteración y regulación de la norma sexual dualista y heterosexual.....	12
3. Biopolítica: el poder de “hacer vivir”.....	15
4. Poder que produce a través de libertades que sujetan.....	19
5. La “Promoción de la salud” en el marco del Desarrollo Humano.....	20
ANTECEDENTES DEL TEMA.....	24
OBJETIVOS.....	29
METODOLOGÍA.....	30
1. Algunas reflexiones acerca del proceso de indagación realizado.....	30
2. Descripción de las unidades de análisis.....	31
3. Selección de la muestra.....	31
4. Descripción de la metodología y las técnicas utilizadas.....	32
5. Plan de análisis.....	37
6. Validez interna, validez externa y fiabilidad.....	38
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
1. Descripción de las prácticas.....	40
a. Distribución espacio/temporal de las prácticas.....	40
b. El espacio destinado a la “planificación familiar” en los centros de salud.....	44
c. Recorrido realizado en el servicio para acceder al método anticonceptivo.....	47
d. Prácticas de educación destinadas a orientar a los sujetos en sus elecciones reproductivas.....	51
e. El interrogatorio, una práctica cercana a la confesión.....	53
f. El “embarazo adolescente” y la “familia numerosa” como problemas de salud...	55
2. Construcción de las “Decisiones reproductivas autónomas”	58

a. “libre elección” no implica autodeterminación sobre el propio cuerpo.....	58
b. Alcances de la autonomía.....	63
3. Factores culturales, institucionales y subjetivos.....	68
a. Factores culturales.....	68
a.1 Distinciones sociales que moldean las pautas de interacción entre los agentes.....	68
a.2 Prácticas que legitiman un modo de “ser” mujer, hombre y/o adolescente.....	73
b. Factores institucionales.....	86
b.1 Uso del tiempo y productividad en el Primer Nivel de Atención.....	86
b.2 "Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica": aplicaciones de la ley en las prácticas.....	89
b.3 Formación profesional.....	91
b.4 Articulación con otras instituciones e instancias administrativas.....	92
c. Factores subjetivos.....	94
CONCLUSIONES.....	100
RECOMENDACIONES.....	106
ANEXOS.....	108
ANEXO I.....	108
ANEXO II.....	109
NOTAS FINALES.....	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
BIBLIOGRAFÍA.....	119

La norma jurídica habla de adoptar decisiones libres en la vida reproductiva, en tanto que, las prácticas de los efectores de dicha norma, atravesadas por un modelo asistencial, por valores culturales y por la propia subjetividad del agente de salud, producen y reproducen “un” modelo de “sujeto libre y autónomo”.

El análisis de las prácticas de los agentes de salud permite profundizar en los procedimientos del ejercicio del poder, en el “cómo” del poder, y se propone desentrañar el modo en que las normativas institucionales, los modelos asistenciales, los valores culturales y las ideologías se configuran y se materializan en el trabajo cotidiano de los servicios de salud.

En este marco, el **objetivo general** se refiere a la identificación de los factores culturales, institucionales y subjetivos presentes en las prácticas de los agentes de salud que facilitan u obstaculizan la autonomía de los sujetos en sus decisiones reproductivas.

Los **objetivos específicos** se orientan a describir las prácticas de los agentes de salud que se vinculan con la atención de la salud sexual y reproductiva. Por otra parte, se busca indagar los factores culturales, institucionales y subjetivos desde los cuales los agentes de salud organizan esas prácticas y el modo en que éstas inciden en la autonomía de los sujetos en sus decisiones reproductivas.

Desde el punto de vista **metodológico**, se realizó un análisis exploratorio – descriptivo de las prácticas de los agentes de salud que se vinculan a las decisiones reproductivas. El trabajo de campo se realizó en tres centros de salud de barrios periféricos de la ciudad de Salta. Las técnicas aplicadas fueron la entrevista en profundidad a quince agentes de salud de distintos servicios y la observación participante moderada en los tres centros de salud.

Las prácticas de los agentes de salud involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva constituyen las **unidades de análisis** de esta investigación.

Se trabajó con una **muestra** intencional que permitió decidir, de acuerdo al objetivo planteado, los elementos que integraron la muestra. El tamaño de la muestra quedó determinado por el criterio de saturación teórica.

En relación a los **resultados** obtenidos, las prácticas descritas y analizadas se apoyan en determinadas normas sociales, valores culturales, normativas institucionales y aspectos subjetivos de los agentes de salud desde donde se construye una imagen estereotipada de los/as usuarios/as, se desvaloriza la dimensión cultural como opuesta a la dimensión biológica, se trabaja bajo la exigencia de productividad “paciente/hora”, y se intenta silenciar la subjetividad de la/el usuaria/o.

Se destaca en las **conclusiones** que a excepción de las prácticas que directamente anulan la posibilidad elegir, la incitación a “ser libres”, se hace presente en las prácticas de los agentes de salud como un imperativo ético, y pueden leerse como verdaderas estrategias mediante las cuales los agentes de salud tratan de determinar la conducta de la/el usuaria/o. Solo muy pocas de las prácticas analizadas permiten un encuentro creativo con el otro, haciendo de las relaciones de poder un campo móvil.

Las nociones y teorías que conforman el marco conceptual de esta investigación fueron seleccionadas con el propósito de lograr un mayor acercamiento al objeto de estudio. Los ejes conceptuales que se desarrollan son: el vínculo entre la sociología y la salud, la mirada desde la construcción de “expresiones de género”, la biopolítica en las políticas poblacionales de la Argentina, la concepción productiva del poder y, la idea de “promoción de la salud” ligada a las políticas de gestión del riesgo.

1. Un estudio sociológico en el campo de la salud

Desde comienzos del siglo XX, los médicos han comenzado a realizar una conexión entre factores sociales y enfermedad. Sin embargo, el acercamiento de la sociología a la medicina ha sido relativamente reciente, a excepción de algún interés en los aspectos sociales de la psiquiatría producto de la difusión del psicoanálisis. La producción científica de las ciencias sociales en el campo de la salud es relevada por la Organización Panamericana de la Salud recién a comienzos de los años 80, señala Nunes (5). Dicho autor se ha preocupado por recuperar los aportes de las ciencias sociales al área de la salud y propone para el desarrollo de la producción científica en esta área, por un lado, enfrentar el desafío que implica para los científicos sociales construir trabajos en colaboración con otros profesionales y, por otro, la reciprocidad entre el discurso teórico y la práctica en investigación (5).

La relación entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud presenta algunos obstáculos. Hyman (6) ha puntualizado los obstáculos y las contribuciones que existen en particular entre la sociología y la medicina. Algunos de los obstáculos que Hyman menciona son, a) la sociología se ocupa tradicionalmente de generalizaciones aplicables a poblaciones, mientras que la medicina se propone comprender los casos de pacientes individuales; b) los resultados de las investigaciones sociológicas no se producen en el tiempo que aquellos que tienen que tomar las decisiones esperan; c) algunos médicos se muestran poco dispuestos a recibir asesoramiento de los sociólogos, d) la utilidad de la teoría y la investigación sociológica para la medicina está

limitada por la omisión de ciertas variables de significación para los fenómenos médicos y; e) la forma en que es presentada la investigación social.

Respecto a las contribuciones que la ciencia social y en particular la sociología hace a la medicina, Coe (7) observa que entre los temas pertenecientes al campo de la sociología se encuentran, “El estudio de la distribución de las enfermedades en la sociedad, de las perspectivas culturales de la enfermedad (y de las formas de mantenimiento de la salud), de los roles, actitudes y valores que surgen de la organización social de los centros de tratamiento...” (7:14) Coe marca una distinción entre la “sociología *de* la medicina” y la “sociología *en* la medicina”, la primera dirigida a realizar un estudio de la medicina como sistema de comportamiento y la segunda referida a las investigaciones sociales que realizan un aporte para la resolución de un problema práctico de la medicina. Junto a Coe, se considera que los estudios sociológicos actuales tratan de encontrar un equilibrio entre estas dos sociologías.

En “El oficio de sociólogo” Bourdieu, Chamboredon y Passeron (8), indican que “...el acto de descubrir que conduce a la solución de un problema sensorio-motor o abstracto debe romper las relaciones mas aparentes, que son las mas familiares, para hacer surgir el nuevo sistema de relaciones entre los elementos” (8:29). Romper con lo que es familiar es, no solo para los profesionales de las ciencias médicas, una operación que incomoda a quienes quieren mantener el *status quo*. En términos de Foucault, la tarea del investigador consiste en escapar a los “juegos de verdad” (9), revelar aquellas reglas que hacen funcionar las verdades que ordenan nuestras vidas.

Ante las reglas de juego que han pensado al sujeto como identidad o que se encargan de reiterar pares dicotómicos como naturaleza/cultura, sexo/género, normal/patológico, la tarea del investigador consiste en indagar los “juegos de verdad” específicos a través de los cuales se construye el discurso de la reproducción, naturalizando no solo la capacidad biológica del cuerpo femenino para engendrar, que lo convierte –real o potencialmente- en madre, sino también los roles asociados al cuidado de los/as hijos/as, que lo convierte en un cuerpo útil para la reproducción de la sociedad.

Acerca de la construcción del objeto, Bourdieu, Chamboredon y Passeron (8) señalan, “Quizá la maldición de las ciencias del hombre sea la de ocuparse de un *objeto que habla*” (8:57) Los autores hacen mención a la dificultad que se le presenta

al sociólogo cuando quiere sacar de los hechos la problemática y los conceptos teóricos que le permitan construirlos y analizarlos, pues siempre corre el riesgo de sustituir sus propias prenociones por las prenociones de quienes estudia.

Sobre la tarea de interpretación, Menéndez (10) observa que, “El reconocimiento de que para los sujetos y grupos su cultura es inconscientemente ‘verdad’, no implica que dicha ‘verdad’ lo sea para todos los actores sociales, y menos aún que constituye ‘la’ verdad, ni que no deba ser cuestionada más allá de que la ‘comprendamos’ (...) la inclusión de la dimensión ideológica y de la perspectiva relacional conduce a colocar el núcleo de la descripción e interpretación en las relaciones entre los diferentes actores significativos.” (10:79)

Junto a Herzlich y Pierret (11), se considera que la investigación sociológica *de* las prácticas y discursos de la salud permite conocer el modo en que se orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales a través de la concepción que una sociedad hace de sus enfermos, y que los enfermos interiorizan y nutren a su vez, porque “...la medicina como saber, como práctica y como institución no es independiente del discurso colectivo de una época y de su estructura social.” (11:29). No obstante, aun continúa el desafío de realizar investigación sociológica en el campo de la salud que permita establecer diálogos y alianzas con otros colectivos y disciplinas.

2. La reiteración y regulación de la norma sexual dualista y heterosexual.

La promoción de una “libre elección”, en términos reproductivos, se sostiene desde la concepción de un sujeto libre y moderno y se basa en un derecho individual que, de acuerdo con Poovey (12), no se puede separar de la idea de que existe una base “natural” para la identidad individual, que está ligada al sistema binario de normas genéricas, con lo cual se establece “... un sistema de derechos diferencial de acuerdo al sexo y subsume un grupo de personas dentro de una categoría falsamente homogénea de “hombre” en oposición a otro grupo falsamente homogeneizado, el de ‘mujer’” (12).

Siguiendo la propuesta de Poovey (12), el análisis de la “libre elección” en materia de salud reproductiva debe ir mas allá de los derechos abstractos destinados a sujetos legales individuales para profundizar en los dispositivos institucionales y discursivos sobre los cuales se montan las relaciones de poder que constituyen las

“posibilidades de ‘sujetos’”. Isabel Rivero García (61), considera que esta “obligación de ser libres” es una pieza clave (dentro de la matriz de saber-poder) para la comprensión y el entendimiento del tipo de humanos que estamos siendo. Referirse al “tipo de humanos que estamos siendo”, habla de un humano en permanente construcción que se opone a la idea de esencia.

Butler argumenta que la identidad no es la “causa” de la experiencia, el comportamiento y el deseo sexual sino que es “un efecto” de éstas. La identidad, señala Butler (15), se constituye performativamente por las mismas “expresiones” producto de prácticas reguladoras basadas en una hegemonía heterosexual, reproductiva y médico-jurídica que buscan reglamentar la experiencia sexual a través de ciertos atributos culturalmente establecidos.

Butler (15) valiéndose del cuestionamiento genealógico de Foucault, afirma que aquellas prácticas reguladoras en tanto prohibitivas son al mismo tiempo productivas, “... en el sentido de que ‘el sujeto’ se funda y se produce en esas prohibiciones y mediante ellas (...) la sexualidad que surge dentro de la matriz de las relaciones de poder no es una simple réplica o copia de la ley misma, una repetición uniforme de una economía de identidad masculinista. Las producciones se desvían de sus objetivos originales e involuntariamente movilizan posibilidades de ‘sujetos’ que no sólo exceden los límites de la inteligibilidad cultural, sino que efectivamente expanden las fronteras de lo que, de hecho, es culturalmente inteligible.” (15: 62,63).

Bourdieu (16), en su libro *La Dominación Masculina*, haciendo referencia a aquella forma de poder que denomina “fuerza simbólica”, señala que es un poder que “...se ejerce directamente sobre los cuerpos y como por arte de magia, al margen de cualquier coacción física...” (16:54)

El hecho de que se ejerza “como por arte de magia”, reside en que el poder no es considerado en términos de opresión concentrado en una persona, sino que el poder se apoya en disposiciones que instituciones del Estado, como las de salud, junto a la escuela, la iglesia y la familia, contribuyen a producir e inscribir en lo más íntimo de los cuerpos.

La naturalización de las relaciones desiguales de poder es posible, siguiendo a Bourdieu, “...cuando los esquemas que ponen en práctica para percibirse y apreciarse, o para percibir y apreciar a los dominadores (alto/bajo, masculino/femenino,

blanco/negro, etc.), son el producto de la asimilación de las clasificaciones, de ese modo naturalizadas, de las que su ser social es el producto.” (16:51)

Preguntar cuando surgió esta clasificación masculino/femenino, es preguntarse por el surgimiento de la dicotomía cultura/naturaleza (17). La naturaleza es utilizada para establecer formas de clasificación social, cuando la naturaleza en sí no es bipolar. La construcción de lo natural como inevitable e inmutable, mientras lo que es cultura se considera artificial y alterable, anula toda posibilidad de cambio en la situación de inferioridad de la mujer como consecuencia de su capacidad reproductiva. Sobre esta construcción de lo natural, Poovey señala, reflexionando sobre los argumentos que se esgrimen generalmente para apoyar al aborto legal, “Si a las mujeres se les permite cuestionar o rechazar la maternidad, entonces no sólo se desafía la idea de una base natural de derechos, sino también la base natural de la identidad femenina y por implicación de la identidad masculina.” (12)

Mari Luz Esteban (13), en un análisis a las relaciones entre salud y género, se propone replantear y encontrar alternativas a supuestos culturales o ideológicos que dan un carácter científico a la biomedicina. Entre estos supuestos se encuentra “la definición médica de la enfermedad como desviación de la norma biológica”. Al respecto, señala Esteban, “...es bastante habitual (...) dar por hecho las categorías y diferencia biológicas, e intentar relacionarlas luego con variables sociales o culturales (genero, clase, etnia, edad, estilos de vida...), como si éstas fueran algo que se añade y no hubiera una retroalimentación en la forma en que se definen unas y otras.” (13:12,13)

La conexión entre sexo y género tiene sus orígenes, siguiendo el recorrido del proceso de definición del género que realiza Stolcke (14), en los años cincuenta cuando algunos psicoanalistas, sexólogos y médicos de Estados Unidos adoptaron el término gender “...para distinguir el sexo social asignado del sexo anatómico y solucionar así las dificultades conceptuales y terminológicas que planteaban los intersexos, transexuales y homosexuales cuyo sexo biológico era ambiguo al nacimiento o no coincidía con su identidad sexual deseada o su orientación sexual” (14:85)

En la actualidad, la construcción biomédica del género refiere a una norma sexual dualista y heterosexual que identifica solo dos opciones “naturales” para los sujetos. Los discursos expertos de los agentes de salud cumplen funciones reguladoras

y normativas que establecen una continuidad y coherencia entre sexo, género, práctica sexual y deseo. La femineidad, aclara Butler, no es producto de una decisión, "...sino de la cita obligada de una norma, una cita cuya compleja historicidad no puede dissociarse de las relaciones de disciplina, regulación y castigo." (15:326)

Responder a la norma de género es necesario, observa Butler (15), para ser considerado un sujeto viable, "...ya que la formación del sujeto depende de la operación previa de las normas legitimantes de género." (15:326). La teoría preformativa de la subjetividad que presenta la autora, hace referencia a la reiteración de normas que preceden, obligan y exceden al actor, construcción de la subjetividad que "...no es un acto único ni un proceso causal iniciado por un sujeto (...) sino que es en sí misma un proceso temporal que opera a través de la reiteración de normas..." (15:29). Retomando a Foucault, Butler plantea que en esta reiteración se abren brechas y fisuras que muestran la inestabilidad de tales construcciones y esa inestabilidad es la posibilidad de hacer entrar en crisis la norma (15).

3. Biopolítica: el poder de "hacer vivir"

La fecundidad ingresó al ámbito de la razón a través de instituciones, regulaciones, prácticas y discursos que producen una serie de significados sobre la misma. Los saberes que se fueron produciendo sobre la fecundidad se han naturalizando como verdades sobre las cuales nadie se atrevería a discutir. En este proceso de naturalización de la fecundidad, la ciencia médica fue una de las encargadas de producir "discursos de verdad" (3).

Sería erróneo pensar que los saberes sobre una fecundidad "normal" y las prácticas en torno a estos saberes, fueron pensados desde el Estado moderno en pos de disciplinar los cuerpos y regular la vida en sociedad. Por el contrario, surge el interrogante desde el presente por la utilización de este saber en las tácticas actuales, "...cómo estos mecanismos de poder, en un momento dado, en una coyuntura precisa y mediante cierto número de transformaciones, comenzaron a hacerse económicamente ventajosos y políticamente útiles." (3:29)

Hasta mediados del siglo XVIII las personas ingresaban al hospital para morir y fue recién, hacia finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, con el desbloqueo técnico y epistemológico de la medicina y de toda una serie de prácticas sociales, que el saber

médico comienza a ocuparse de aspectos distintos a los enfermos y las enfermedades. En este período, junto al avance tecnológico y a su nuevo funcionamiento económico y político, se considera que surge la medicina moderna (3).

Entorno a lo que Illich (16) denominó “medicalización de la vida cotidiana” y que contextualiza en la crisis actual de la medicina, Foucault (3) va a señalar que esta crisis se ubica con anterioridad, precisamente en este “despegue” de la medicina moderna hacia fines del siglo XVIII, en el momento en que la medicina se convierte en una práctica social caracterizada por: a) la aparición de una autoridad médica como manifestación de una medicina del Estado, b) un campo de intervención de la medicina que no se reduce a las enfermedades, c) la aparición del hospital y d) la introducción de mecanismos de administración médica como registros de datos, comparación, establecimiento de estadísticas, etc.

El de la medicina será, de acuerdo con Foucault, un tipo de poder y de saber “neutralizado” por la consagración científica, un discurso y unos procedimientos de la “normalización” que colonizarán cada vez más los discursos de la ley: “Es justamente en la extensión de la medicina donde vemos (...) intercambiarse o enfrentarse perpetuamente la mecánica de las disciplinas y el principio del derecho.” (3:33).

El surgimiento de la medicina moderna se inscribe, entre finales del siglo XVIII y mediados del siglo XIX, en el despliegue de gobernabilidad del Estado moderno sobre la población y la regulación política de la vida al que Foucault denominó biopolítica. Preocupado por el cómo del poder, Foucault (17) categoriza a la biopolítica como una nueva técnica de poder dirigida a la multiplicidad de los seres humanos, que pone bajo control los procesos propios de la vida (nacimiento, muerte, reproducción, etc.).

La regulación de la fecundidad en Foucault se ubica por un lado, en ese límite entre dos tecnologías de poder, la anatomía política donde el objeto de interés son los cuerpos individuales regulados por la técnica disciplinaria y la biopolítica que se ocupa de regular los cuerpos en tanto especie y, por otro, en ese límite en que la acción del poder actúa sobre como un control que invade las profundidades de las conciencias y de los cuerpos de la población.

En este marco la “libre elección” que se otorga como derecho pero que, retomando las palabras del Ministro de Salud de la Argentina (a), para poder ser ejercido es preciso “formar comportamientos” y hacer un uso racional de la sexualidad. Las

relaciones de saber/poder que se tejen en torno a la sexualidad, al cuerpo femenino, a la reproducción, son relaciones que buscan gobernar al otro, gobernar esos cuerpos que engendran otros cuerpos sin control alguno, múltiplos, adolescentes.

3.1 La biopolítica en las políticas poblacionales de la Argentina.

En la Argentina, la transición demográfica, entre fines del siglo XIX y la década de 1930, caracterizada por su brevedad temporal y por no haber sido precedida por una explosión demográfica (18), sumaba a la inquietud por la calidad de la raza, la preocupación por aumentar la cantidad de nacimientos. Señala Marcela Nari (19), “La despoblación y la degeneración aparecían como los ‘fantasmas sociales’ (con todos los componentes biológicos y morales que implicaba ‘lo social’ por entonces) que era necesario combatir.” (19:153). La autora destaca el lugar especial que ocuparon los médicos en el ideario social de la época.

Junto a Nari, Alvarez (20) considera que, en la Argentina, la biopolítica adquiere un carácter racista en el sentido evolucionista y biológico y, bajo las ideas eugenésicas, “... la reproducción humana era no sólo algo sagrado sino valorable para el estado, para la protección necesaria hacia los niños y que los doctores tenían la obligación de sanitizar y moralizar la esfera sexual, en orden de construir una nación saludable y fuerte” (20:124).

Para el período 1890 – 1940, Nari (19) analiza cómo el discurso médico pronatalista se basó y, al mismo tiempo, contribuyó a conformar el nuevo ideal de “mujer = madre”. Desde la medicina moderna, las mujeres fueron convocadas para “aprender a ser madres”. Los motivos por los cuales la mayor parte de los médicos rechazaban y combatían las prácticas anticonceptivas y los abortos estaban vinculados a aspectos “morales” y “biológicos”. Nari (19) muestra cómo a la influencia ejercida por el catolicismo, se le sumaba, desde fines del siglo XIX, la influencia del pensamiento poblacionista francés.

Los comportamientos desviados de la “maternalización de la femineidad” como norma, fueron incorporados como “trastornos psíquicos”. A modo de ejemplo, el abandono de niños, que se explicaba según relatos que Nari recupera de la época por “...la miseria y el deshonor producían en los ‘débiles’ organismos femeninos. Sólo cuando la maternidad dejara de ser una ‘pesada carga’ para las mujeres se restablecería la ley

natural del deseo del hijo y, en consecuencia se acabaría con el flagelo del neomaltusianismo” (19:177).

En la lucha por imponer un discurso único y científico sobre la fecundidad, aparecen junto a las instituciones y los agentes legitimados por el saber científico, otras voces y saberes “no legítimos” que desarrollan un amplio abanico de prácticas y actitudes de las mujeres, diversas entre sí y muy poco “adaptables” al “ideal” de mujer=madre; entre ellas se destaca un ‘boom editorial’ de una literatura sexológica que, de manera específica o no, enseñaba técnicas para controlar la natalidad y ciertas argumentaciones a favor de la anticoncepción, incluso en médicos identificados con las políticas pronatalistas, basadas en el “factor económico” (19:171).

Otros de los actores que se adjudicaban el saber sobre la salud reproductiva y el saber/poder sobre el cuerpo femenino eran los/as promotores/as de la beneficencia que, desde fines del siglo XIX y hasta mediados del siglo XX, se disputaron las acciones sobre estos problemas con las ideas higienistas. En la etapa en que predominaron las instituciones como la Sociedad de Beneficencia, el Patronato de la Infancia y la Defensoría de Menores, el discurso se centró en la instrucción de la mujer, la formación moral de los asistidos y la ayuda para pobres y desvalidos (20).

Cuando el Estado comenzó a controlar las instituciones de beneficencia, junto a la construcción del Estado Nación basado en un discurso nacionalista, las políticas sociales fueron tomando un matiz más higienista. La población a la que se le destinaban estas políticas representaba a la “barbarie” que había que “civilizar” mediante dispositivos del higienismo. Aumentar la productividad, mejorar la raza, desde el punto de vista eugenésico, y desarrollar sistemas compensatorios de protección, fueron algunos de los objetivos de estos dispositivos (20).

A principios del siglo XX, “...se produce una progresiva especialización de la asistencia tanto ‘social’ como de la incipiente ‘salud pública’. Lo público asociado a lo asistencial y gubernamental empieza a institucionalizarse.” (20:120). Es, en términos de Foucault, un momento en el que el Estado interviene para “hacer vivir”. Es en este momento, cuando vemos aparecer en la Argentina con fuerza este accionar por parte del Estado, pudiendo identificar como algunos hitos los que señala Alvarez en su tesis doctoral en la provincia de Salta, en 1918, el Dr. Washington Alvarez funda la Escuela de Parteras y, en 1925, también funda las primeras Escuelas de Enfermeras y Cruz Roja.

4. Poder que produce a través de libertades que sujetan

El centro de salud, como espacio de concretización de la práctica, es un espacio regido por normas, roles institucionales y una política en materia de salud sexual y reproductiva y, al mismo tiempo, un espacio autónomo y privado de cada agente de salud. Según Merhy et al. (21), es "... un espacio de intervención de diferentes actores con capacidad de autogobierno, que disputan la orientación del cotidiano con las normas y reglas instituidas..." (21:152). En este sentido, es en el espacio de las prácticas en centros de salud de la periferia, como ámbito micro y cotidiano de las relaciones de poder que se ejercen, se reconstruyen y se reacomodan permanentemente entre los agentes de salud, entre los agentes de salud con la institución y de los agentes de salud con los/as usuarios/as de los servicios, donde se propone indagar el discurso sobre la reproducción y la "libre elección" y cómo circula ese discurso. En palabras de Foucault, la microfísica del poder que se ejerce en las instituciones de salud: "en sus extremidades, en sus confines últimos, allí donde se vuelve capilar, de asirlo en sus formas e instituciones más regionales, más locales [...] allí donde adopta la forma de técnicas y proporciona instrumentos de intervención material" (22:142).

La "libre elección", como idea de determinación individual y voluntad irrestricta propia del pensamiento liberal moderno, es una falsa libertad. Según, Grassi, Piaggio y González Montes (23), es "Falaz, en la medida en que la sociedad es, necesariamente, algo más que una suma de individuos, aunque este principio haya dado lugar al mito de la libre elección individual, oscureciendo los condicionamientos y límites objetivos de la misma. Pero oscureciendo también el hecho de que, aun las acciones y comportamientos individuales no son a-valorativos, sino que se sostiene en códigos éticos y normativos que, en tanto tales, son socialmente construidos, reconocidos, legitimados, de-construidos, etc."

El derecho a la decidir "libremente" el número de hijos y cuándo tenerlos puede entenderse, siguiendo a Foucault, como un poder que produce. El poder, como técnica biopolítica, "...es cada vez menos el derecho de hacer morir y cada vez más el derecho de intervenir para hacer vivir, sobre la manera de vivir y sobre el cómo de la vida, a partir del momento, entonces, en el que el poder interviene, sobre todo en este nivel para realzar la vida, controlar sus accidentes, sus riesgos, sus deficiencias, entonces la muerte, como final de la vida, es evidentemente el término, el límite, el extremo del poder" (24:224).

5. La “Promoción de la salud” en el marco del Desarrollo Humano

La salud reproductiva, como se señaló en párrafos precedentes, fue una inquietud de los gobiernos en su objetivo de regular su población desde finales del siglo XVIII, pero su reglamentación en programas estatales es reciente. El interrogante que surge desde un abordaje de tipo genealógico es en qué condiciones emerge la salud reproductiva como derecho a finales del siglo XX. Si desde las ciencias de la salud fue una preocupación, en principio, por la consecución de un tipo ideal de sociedad sana, nos interesa evidenciar qué luchas de poder se dieron para imponer la visión de la salud reproductiva como derecho.

Desde el movimiento político y cultural de la revolución francesa, que propició la adopción de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789, los derechos humanos se han ido ampliando motorizados por determinadas circunstancias caracterizadas por movimientos y luchas por la defensa de nuevos derechos y libertades. Estos derechos pueden clasificarse, de acuerdo a los diferentes tipos de acciones reivindicativas, en derechos de primera generación, que comprenden los derechos civiles y políticos; de segunda generación, los derechos económicos, sociales y culturales, y de tercera generación, los conocidos como nuevos derechos (25).

Los derechos reproductivos y sexuales se encuentran entre los denominados “nuevos derechos” y surgen en el ámbito de las reivindicaciones feministas y homosexuales. En el marco de los derechos humanos, la sexualidad y reproducción humanas son reclamadas como "nuevos derechos" en virtud de la aparición en la escena pública de "nuevas subjetividades" que demandaban su inclusión en el goce de ciertos derechos como, por ejemplo, el derecho a la salud reproductiva, definido a través de los debates que tuvieron lugar en una serie de foros internacionales.

La Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán, en 1968, es uno de los primeros hitos en el debate internacional en el que se establece el derecho de las parejas el decidir el número de hijos y su espaciamiento. Luego en 1974, la Conferencia de Población de Bucarest, reconoce, en el Plan de Acción Mundial de Población, el papel del Estado en asegurar ese derecho, incluyendo la información y acceso a métodos de control de la natalidad. Ese mismo año, en América Latina, en preparación de la Conferencia de Población de Bucarest, se celebró en San José de Costa Rica una

reunión de la que surge una política de población cuyo propósito central era conciliar las tendencias demográficas con las del desarrollo (26).

Conciliar las tendencias demográficas con las del desarrollo implicó, en el marco del auge de las ideas desarrollistas que tuvieron lugar en la Argentina a mediados del siglo XX, una política social que se ocupara de la salud de la población, condición indispensable para garantizar la capacidad de trabajo que se requería para la prosperidad de los estados modernos. La política social estaba basada en la distribución del ingreso que consistía básicamente en un sistema de seguridad social (obras sociales, sistemas previsionales y asignaciones familiares) y un sistema de salud y educación público y gratuito. En particular, vinculado a las políticas pro-natalistas, se crean en ese momento histórico los centros de salud materno infantiles y el seguro por maternidad (15).

Siguiendo con los debates internacionales, podemos observar cómo el centro de interés pasa de las políticas poblacionales (Teherán, 1968 y Bucarest, 1974) a las mujeres en tanto “nuevos sujetos” a los que se les asignan “nuevos derechos”. La Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, realizada en México en 1975, reconoce en su declaración el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a la opción sexual y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad voluntaria. La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (27), constituye el primer tratado internacional que asegura la igualdad de acceso a los servicios de planificación familiar.

El interés por colocar a la mujer en el centro del debate de los derechos sexuales y reproductivos transcurre en paralelo a las reformas neoliberales que en la Argentina, a partir de 1976, produjeron cambios que se traducen, en lo económico y en lo social, en una crisis signada por la recesión económica producto del endeudamiento externo y de la desarticulación de la industria nacional, de la aniquilación del Estado benefactor y de los efectos de la dictadura militar sobre la conciencia colectiva (1; 28).

El Banco Mundial, dentro de su estrategia de “alivio” a la pobreza generada por estas políticas neoliberales, propone políticas focalizadas en las que se traslada la responsabilidad en la protección social del Estado a la sociedad civil y, particularmente a los pobres, en la solución de sus propios problemas. Varios de los autores

consultados coinciden en señalar que las mujeres son uno de los principales actores que asumen algunas tareas de cuidado frente a un Estado que reduce su responsabilidad social (1; 29; 30; 31; 32) .

Si hasta la década de 1970, siguiendo a Alvarez (20), las conductas de los pobres, muchas veces asociadas a la “pereza”, constituían una traba al desarrollo económico, con el discurso del desarrollo humano que se instala desde mediados de la década de 1980, se comienzan a valorar sus “potencialidades” para generar recursos y subsistir y, paralelamente al achicamiento del Estado, se incentiva la participación de las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de base de los pobres y las organizaciones benéficas, entre otras. La década de 1990 se caracteriza por el reconocimiento explícito de la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud a los grupos sociales “en riesgo”, entre éstos el de mujeres.

En el discurso del Desarrollo Humano podemos observar de qué modo en las luchas de poder por legitimar un saber y unas prácticas sobre la fecundidad comienzan a tener presencia los problemas vinculados a la “gestión de la vida de las poblaciones en riesgo” (20:31). Los dispositivos de intervención que se promueven para estas poblaciones, señala Alvarez (20), son un traslado de las prácticas de asistencialismo al derecho. Se construye una nueva igualdad jurídica o invención de nuevos derechos, entre estos los derechos sexuales y reproductivos, junto a un reconocimiento de, en este caso, las diferencias de género.

Los Derechos Reproductivos han sido pensados como derechos individuales sin considerar los contextos en los cuales estos individuos viven y se relacionan. Al respecto Maite Lorente (33) observa, “...se pretende que la población entienda que ‘el género’ es un tema que les va a ayudar al ‘desarrollo’ de sus pueblos (...) pero no se elaboran programas que ayuden a solucionar conflictos de tierra, por ejemplo, entre estados y pueblos indígenas” (33).

Con relación a la salud, el traslado de la responsabilidad del Estado a las organizaciones civiles o directamente a las personas lo encontramos en la definición de promoción de la salud de la Carta de Ottawa: “La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (34). Luego, en la década de 1990, en el documento de la Conferencia de Beijing (1995) queda plasmada la posición de la Organización Mundial de la Salud (35) y su

vinculación con el discurso del Desarrollo Humano: “la salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal deberá promoverse claramente. La salud de las mujeres es además un determinante crucial del desarrollo social y económico...” (35).

En este contexto la definición de promoción de la salud de la Carta de Ottawa, según Restrepo (36), “más que una definición, es una propuesta para volver a la gente como la única que puede llegar a alcanzar el poder de transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello” (36:29). Junto a Restrepo, otros autores (37) encuentran que “La retórica de la responsabilidad personal y de los cambios de conducta que predominan en la promoción de la salud ocurre es coetánea del ambiente individualista y moralista de las sociedades post-modernas y de las crisis fiscales y económicas de los sistemas de bienestar social de muchas naciones.” (37:463)

Las investigaciones sobre prácticas anticonceptivas y factores socio-culturales existentes se centran en su mayoría en las mujeres usuarias y en la relación médico-paciente (38;39; 40) En menor proporción, otros trabajos dirigen su atención a los discursos y prácticas de los agentes de salud, entre los que se destacan un estudio multicéntrico publicado en el año 2006 y coordinado por Cappuccio y Schufer (41) y las investigaciones realizadas por López y Findling (42), Checa (43) y Checa y Erbaro (44).

El Estudio Colaborativo Multicéntrico titulado “Conocimiento y Actitud de los Profesionales de la Salud frente a la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y su Programa de Ejecución” (41), fue realizado en varias provincias de la Argentina y se destacan, entre las conclusiones, el déficit de capacitación de los agentes de salud en materia de salud sexual y reproductiva, especialmente para la realización de acciones de “consejería”, y en algunas localidades, la resistencia abierta o solapada de muchos médicos a la entrega de anticonceptivos, tanto por motivos ideológicos o religiosos como por motivos económicos que disputan su accionar en el sector público con el del sector privado.

López y Findling señalan que puede desprenderse del discurso médico una mayor toma de conciencia acerca de la salud reproductiva, aun cuando las carencias formativas e informativas persisten. Un aporte interesante de esta investigación es el reconocimiento por parte de los médicos de los manejos autoritarios y tratos despersonalizados que atribuyen, en parte, al sistema en el que están inmersos. También se advierte en ellos “... una mirada de empatía hacia la situación de las mujeres de escasos recursos que los conduce a demandar políticas de Planificación Familiar más amplias y adecuadas” (42).

Del análisis de la realidad del Consultorio de Planificación Familiar, realizado por Susana Checa (43) se desprende que “...los servicios de atención a la mujer están diseñados para atenderla como reproductora generacional más que como una persona que tiene la capacidad biológica de procrear, entre muchas otras capacidades” (43).

La investigación que realizaron Checa y Erbaro (44), analiza las representaciones y prácticas de los profesionales de la salud de la Ciudad de Buenos Aires desde dos dimensiones, una encuadrada en el nivel macro social y la otra en el nivel micro social. Entre las conclusiones a las que arriban las investigadoras, al igual que López y Findling, encuentran que el trato cotidiano de las consecuencias de la pobreza sensibiliza a los profesionales y les genera impotencia para encontrar las soluciones más adecuadas. Las autoras destacan la ausencia, común a todos los entrevistados, de un abordaje crítico a la fragmentación de los servicios y de sus consecuencias sobre la salud reproductiva. Con respecto a la relación hacia las pacientes, en las conclusiones de la investigación se señala: “algunos relatos expresan modalidades de atención y trato relacionadas con una actitud desvalorizante y paternalista. Son frecuentes las apreciaciones sobre ignorancia, desconocimiento del cuerpo, falta de prevención...”. Esas actitudes, subrayan las autoras, “...colaboran a perpetuar en estas mujeres el paradigma de la mujer ignorante de su cuerpo, de su sexualidad, con un ‘locus de control externo’ que obstruye la posibilidad de la incorporación de prácticas preventivas de su salud en general y de su capacidad reproductiva en particular” (44).

Entre los resultados de las investigaciones orientadas a los saberes y prácticas de las usuarias con relación al proceso reproductivo, encontramos aportes y conclusiones referidos a las prácticas y discursos de los agentes de salud responsables de la atención de estas mujeres.

El trabajo “El Proceso Reproductivo en los Ritos Populares: Dimensiones Sociales Significativas” presentado por Cynthia del Río Fortuna (38), señala entre sus conclusiones el malestar de las usuarias con relación a la atención recibida por los modos descalificativos con los que los profesionales se refieren a las representaciones y las prácticas que ellas “llevaron” a la consulta y también por las fuertes indicaciones en cuanto a las medidas anticonceptivas que deben adoptar, percibidas en términos de obligaciones/prohibiciones. La autora señala que, pese al deseo de controlar su fecundidad, la distancia comunicativa con el profesional de salud y las condiciones generales de la atención ofrecida en los centros de salud se presentan, entre otros, como factores que obstaculizan el inicio o seguimiento exitoso de un tratamiento anticonceptivo eficaz.

Otro de los trabajos que podemos incluir entre los antecedentes es el de Checa y Erbaro (39), "Cuerpo y sexualidad en mujeres adolescentes", si bien el mismo está enfocado a un sexo y a un grupo etéreo determinado, mujeres adolescentes, realiza un interesante recorrido de los diferentes aspectos que inciden en la atención de la salud reproductiva de las adolescentes desde la perspectiva de las usuarias y de los prestadores de los servicios de adolescencia. De los resultados de este trabajo destacamos aquellos vinculados a la perspectiva de los profesionales en temas vinculados al ciclo reproductivo y anticoncepción. La mayoría de los/as profesionales, opina que los/as adolescentes tienen poca información acerca de estos temas, con respecto a los MAC, los/as profesionales sostienen que en muchos casos las adolescentes los conocen, pero que en la práctica no los usan, o no saben como funcionan exactamente cada uno de ellos. Dos profesionales que coincidieron con esta apreciación plantean la alternativa de trabajar con los preconceptos de los pacientes y ver cómo de acuerdo a ello se va incorporando nueva información sin dar por tierra con los saberes preexistentes.

También se considera un antecedente relevante para la presente investigación el trabajo de Szulik y otros (45) en el que se relevaron las opiniones de los/as ginecólogos/as y obstetras de los establecimientos públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires con el objeto reflexionar acerca del rol que cumple la comunidad médica en el debate social en torno a las políticas públicas sobre anticoncepción y aborto en la Argentina. Los autores señalan que la comunidad médica suele presentarse haciendo énfasis en que su función social se acota al ámbito de la consulta, de la relación con los/as usuarios/as de sus servicios, desdibujándose de esta manera la dimensión público-política de su propia actividad. Los hallazgos de este trabajo, de acuerdo con los autores, abonan la necesidad de promover un debate dentro de la comunidad profesional y otro en la sociedad. El primero de estos debates sería acerca de la falta de información rigurosa y confiable sobre la magnitud y los determinantes del aborto en la Argentina, así como sobre su responsabilidad profesional y ética, y su capacidad para responder apropiadamente a los derechos de las mujeres que atraviesan esta situación crítica.

En base a la necesidad de un debate que plantean Szulik y otros (45) a partir de sus hallazgos, se indagaron antecedentes sobre la existencia de ámbitos de debate o

trabajos de reflexión desde los propios agentes de salud. Se encontraron dos trabajos que reflejan los pensamientos de algunos prestadores de salud con relación a la salud sexual y reproductiva y a sus prácticas. Uno de ellos es el trabajo de Weller, Portnoy y Gogna (46) que consideran a la investigación como un encuentro en el que "... el investigador reflexiona CON otros SUJETOS sobre las prácticas y saberes de estos últimos". Los autores señalan las dificultades que se les presentan a los agentes de salud para trabajar los temas vinculados a la sexualidad y, si bien estas dificultades están enmarcadas en la atención a las personas que viven con VIH, los resultados son relevantes como antecedentes para la presente investigación.

Weller, Portnoy y Gogna (46) muestran que "...desde los profesionales hay una especie de escisión entre lo que piensan, dicen u opinan como personas y lo que "corresponde" decir u opinar "como médico": Tal vez por este motivo -entre otros- hablar de sexualidad con los pacientes es entrar en un terreno de "confidencias" o de "intimidad" que aparece connotado como "poco profesional" (46:151) También es interesante rescatar como esta escisión del "médico" y la "persona" se manifiesta en algunos "ruidos de la comunicación".

El otro trabajo (47) en el que se recupera la reflexión de los agentes de salud es un artículo de la Revista Salud Colectiva que en base a un relato de un conflicto ocasionado entre la comunidad Mapuche y una médica del sistema de salud de la provincia de Neuquén que se proponía realizar una "planificación familiar" en dicha comunidad. Se invita en el artículo a distintos autores a reflexionar sobre el conflicto suscitado. Entre los autores se encuentran algunos que pertenecen a la comunidad médica y otros que no, la mayoría de las opiniones critican la normativización de las prácticas de la regulación de la fecundidad y destacan la necesidad de atender a las relaciones de poder que atraviesan las relaciones sociales.

Algunos de los autores coincidieron con Szulik y otros (45) en la necesidad de más diálogo como el que se hizo posible a partir de este artículo: "Habrá que poner en juego a todos los actores, incluidos los médicos, en un marco de respeto y promoción de derechos, transmisión de conocimientos, debate de los problemas y construcción de fines sociales compartidos" (47: 310).

Con relación a los antecedentes que se pueden hallar en la provincia de Salta desde la promulgación de la Ley sobre Sexualidad Responsable, la investigación que se

encuentra en curso ha surgido desde la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta bajo el proyecto de investigación “Salud Sexual y Reproductiva: estudio de caso en un barrio de la ciudad de Salta” (Proyecto de Investigación N° 1580, Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta), dicho proyecto se propone, desde la perspectiva de la población de un barrio de la ciudad de Salta, conocer las opiniones, valoraciones y prácticas en salud reproductiva y su relación con la aprobación de la ley de Salud Reproductiva en la provincia de Salta.

El objetivo general de la investigación es identificar los factores culturales, institucionales y subjetivos presentes en las prácticas de los agentes de salud que facilitan u obstaculizan la autonomía de los sujetos en sus decisiones reproductivas.

Objetivos específicos:

1) describir las prácticas de los agentes de salud que se vinculan con la atención de la salud sexual y reproductiva

2) indagar los factores culturales, institucionales y subjetivos desde los cuales los agentes de salud organizan esas prácticas y, el modo en que éstas inciden en la autonomía de los sujetos en sus decisiones reproductivas.

1. Algunas reflexiones acerca del proceso de indagación realizado.

En este estudio, especialmente por tratarse de una investigación cualitativa, se han suscitado cambios que responden a la reflexión de todo proceso indagativo. La investigación cualitativa, lejos de ser un proceso lineal, se enriquece en la interacción que se produce entre las distintas etapas, las cuales se encuentran en permanente modificación producto de, por ejemplo, el interés que despiertan comentarios de un entrevistado que conducen a una nueva búsqueda bibliográfica o, el análisis de las primeras entrevistas que abren nuevos interrogantes que enriquecen el trabajo de campo posterior.

Como el título de este apartado lo indica, se desea reflejar el recorrido que se ha realizado desde el proyecto inicial del trabajo de tesis hasta la presente elaboración, la cual, es preciso aclarar, abre nuevos interrogantes y áreas en las que se puede seguir profundizando.

El proyecto de tesis escogió como unidades de análisis a los agentes de salud, sin embargo, durante el trabajo de revisión bibliografía y en tanto se fue profundizando en autores como Foucault y Bourdieu, se consideró que dichos agentes que producen las prácticas vinculadas a las decisiones reproductivas entran en relaciones de poder con los/as usuarios/as, no como sujetos individuales sino como partes de un dispositivo que es el que regula y genera una normatividad sobre los cuerpos. Se decidió tomar a las prácticas de los agentes de salud involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva como unidades de análisis centrales de esta investigación.

Las prácticas de los agentes de salud que se desempeñan en centros de salud periféricos, son interrogadas como ejercicios locales de poder, que no necesariamente reproducen las ideologías hegemónicas, y también son interrogadas desde las configuraciones históricas que las hicieron posibles. El agente de salud es entrevistado entonces como agente socializado y socializante que con su práctica reproduce y produce un tipo de poder y de saber “neutralizado” por la consagración científica y, en

algunos casos también, desarrolla estrategias de resistencia ante el discurso hegemónico (48).

Respecto a la muestra, se había escogido en el proyecto de tesis el Hospital Maternal y dos centros de salud ubicados en la periferia de la ciudad de Salta, como espacios en los cuales se desarrollaban las prácticas a analizar. Al contactar a las autoridades sanitarias y acercarse a algunas investigaciones dentro del ámbito hospitalario se concluyó que sería mas provechoso centrarse en un solo tipo de institución, por lo que se escogieron tres centros de salud y se desestimó la inclusión de las prácticas realizadas en el ámbito hospital en la muestra.

2. Descripción de las unidades de análisis

Las prácticas de los agentes de salud involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva constituyen las unidades de análisis centrales de esta investigación.

La unidad de análisis se restringe a las prácticas de los agentes de salud que se desempeñan en centros de salud ubicados en la periferia de la ciudad de Salta y que manifiestan estar involucrados en la atención de demandas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, incluyendo personal profesional y auxiliar de los servicios de salud pública.

También se tomó como criterio de inclusión, la práctica desarrollada por el agente de salud con una pertenencia institucional de seis meses como mínimo.

3. Selección de la muestra

Se trabajó con una muestra intencional que permitió decidir, de acuerdo a los objetivos planteados, los elementos que integrarían la muestra, teniendo en cuenta características consideradas relevantes y el contexto inmediato de la población a investigar (49).

La muestra estuvo compuesta por 15 agentes de salud de las especialidades de ginecología y obstetricia, enfermería, agentes sanitarios, médica clínica, medicina familiar, psicología y trabajo social. El tamaño de la muestra estuvo regido por el criterio de saturación teórica, propio de la metodología cualitativa (b).

Los criterios de inclusión a la muestra que se tuvieron en cuenta fueron que las prácticas se desarrollen en centros de salud del sector público ubicados en la periferia de la ciudad de Salta, que los agentes de salud que lleven a cabo las prácticas tengan una pertenencia institucional de 6 meses como mínimo, se vinculen en sus actividades con las decisiones reproductivas de la población y que estén dispuestos a participar en el estudio.

Como criterio de exclusión, no se consideraron aquellas prácticas realizadas por agentes de salud que manifestaron no estar interesados en participar del estudio.

4. Descripción de la metodología y las técnicas utilizadas

La opción por una metodología cualitativa, de tipo exploratoria y descriptiva esta basada en tres criterios: a) el tipo de objeto de indagación, b) la coherencia con la perspectiva epistemológica y teórico-metodológica escogida y, c) el interés por comprender el mundo social, más que buscar una explicación sobre el mismo.

a. Prácticas de los agentes de salud

Con el fin de identificar y analizar las prácticas de los agentes de salud, la metodología cualitativa es la pertinente en tanto permite obtener información acerca de las estructuras inscriptas en esas prácticas, como de los significados y las subjetividades que estas prácticas producen. Para alcanzar este propósito, y garantizar de esta manera la confiabilidad de la información, se trabajó desde la complementariedad de dos técnicas cualitativas: la observación participante de tipo moderada y la entrevista en profundidad.

b. Perspectiva epistemológica y teórico-metodológica

La ubicación teórico-metodológica de esta investigación está inspirada en la propuesta constructivista-estructuralista de Pierre Bourdieu, quien, superando el constructivismo idealista o etnometodológico, busca "... verificar y explicar la construcción social de las estructuras cognitivas que organizan los actos de construcción del mundo y de sus poderes. Y descubrir claramente de ese modo que esta construcción práctica, lejos de ser un acto intelectual consciente, libre y deliberado de un "sujeto" aislado, es en sí mismo el efecto de un poder, inscripto de

manera duradera en el cuerpo de los dominados bajo la forma de esquemas de percepción...” (50:56).

El interés por la perspectiva epistemológica propuesta por Bourdieu proviene de la convicción de que para comprender las prácticas sociales, es necesario vincularlas, tanto a la estructura social, históricamente definida, como al agente social que las produce, en este caso el agente de salud, —no en cuanto individuo, sino como agente socializado y socializante— y a su proceso de producción.

c. Comprensión del mundo social

Desde la búsqueda que se propone la sociología en el campo de la salud, la metodología cualitativa, atendiendo al contexto de significación cultural y a los aspectos subjetivos e intersubjetivos, brinda la posibilidad de tejer relaciones sociales entre los trabajadores de la salud, investigadores y la población a partir de procesos de comunicación intensivos (51). El abordaje cualitativo del campo de la salud, de acuerdo con De Souza Minayo (52), permite ampliar las bases conceptuales de las ciencias sociales de la salud, incorporando a los datos operacionalizables y al conocimiento técnico, una mayor comprensión de los valores, las actitudes y creencias (52).

Al mismo tiempo, la metodología cualitativa permite realizar una reflexión sobre la posición que ocupa quien investiga, examinando críticamente las categorías que delimitan su pensamiento, para poder en un primer momento deconstruirlas y luego, en el proceso de la investigación, estudiar el modo en que fueron construidas.

Su interés por aquello que investiga proviene de una determinada inserción de la investigadora en el mundo real, articulada con conocimientos anteriores, y es, a partir de este interés que, apoyándose en un conjunto de técnicas metodológicas que posibilitan la construcción de la realidad, logra en un proceso creativo y relacional co-construir su objeto de conocimiento.

En términos de Pierre Bourdieu se puede afirmar que aquello que la investigadora decide estudiar proviene de la posición que ocupa en el espacio social y en el campo científico. La investigadora ocupa una posición como poseedora de un determinado capital económico y cultural en el campo de las clases, así como en las luchas científicas, dotada de un determinado capital específico (53). Bourdieu

recomienda tener siempre presente cuál es su posición en los distintos campos de lucha, "... para tratar de dominar todo aquello que en su práctica, lo que ve y no ve, lo que hace o no hace..." (53:82).

La importancia que le otorga este autor a la posición que ocupa el/la investigador/a se observa en la vinculación que hace, entre la posición y las posibilidades de contribuir a la producción de la verdad, en la siguiente cita:

"El sociólogo está tanto mejor armado para descubrir lo oculto cuanto mejor armado esté científicamente, cuando mejor utilice el capital de conceptos, métodos y técnicas que han acumulado sus predecesores – Marx, Durkheim, Weber y muchos otros- y cuanto más 'crítico' sea, cuanto más subversiva sea la intención consciente o inconsciente que lo anima, y más interés tenga por revelar lo que está censurado, reprimido, en el mundo social (...) Cuando el sociólogo logra producir algo de verdad, por poca que sea, no lo hace a pesar de tener interés por producirla, sino porque le interesa..." (53:82-83).

Observación participante de tipo moderada

La observación participante de tipo moderada resulta una técnica pertinente en cuanto permite estudiar las prácticas e interacciones sociales en el lugar donde acontecen. Sin embargo, no se debe entender a la observación como una técnica que se ocupa de captar "lo real" en el escenario en el cual se produce, sino que el conocimiento producto de la observación es el resultado de una reflexión teórico – empírica que el investigador realiza en la interacción con los sujetos del campo (54).

En la observación participante de tipo moderada se informa al personal del servicio de salud que se está realizando una observación, brindando explicaciones parciales del propósito del estudio y se respetan aquellos espacios de encuentro de carácter privado. Valles (55 :155), recuperando las "escalas" de participación propuestas por Junker, Schatzman y Strauss, o Spradley, ubica este tipo de participación en un punto medio en la escala de menor a mayor participación y, entre las ventajas que posee con relación a la participación pasiva, señala la doble condición de miembro y extraño y el acceso del investigador al significado que dan los agentes de salud a su actividad desde un rol que le permite pedir aclaraciones sobre lo observado u oído.

La interacción con los agentes de salud en el trabajo de campo se desarrolla necesariamente de manera gradual, pasando de una “presencia pasiva” a otras de mayor actividad o participación en la vida institucional.

En uno de los centros de salud en que se había participado de la vida institucional como miembro del equipo, fue útil recurrir a la caracterización teórica que realiza Valles (55) de los roles de *participante ordinario* y *observador participante*. Si bien desde la figura de la socióloga que participa como invitada del equipo de salud ya se hacía algún tipo de observación, desde el rol de investigadora esta observación se amplió y profundizó sobre aspectos que anteriormente se daban por supuestos o se ignoraban. Asimismo, se recurrió a lo vivido como *participante ordinario*, para enriquecer lo que se observaba desde una postura de aproximación y distanciamiento como *observador participante*.

El grado de participación y la negociación de la presencia de la investigadora en los distintos centros de salud permitieron mantener un equilibrio entre los objetivos de la investigación y la disponibilidad de los equipos de salud a abrir su espacio a la investigación. En este sentido, el perímetro de la observación participante se centró en cuatro espacios de los centros de salud, a distintas horas de la jornada: la recepción, la sala de espera, el espacio de encuentro informal de los agentes de salud (cocina, sala de reunión, oficina de los agentes sanitarios, etc.) y los pasillos. Se consideró la fase de preparación de terreno, así como la delimitación de los espacios a observar, imprescindibles para generar una producción científica de forma ética (ver en Anexo II modelo de Guía de Observación).

A fin de limitar los sesgos y los efectos distorsionadores de la técnica de observación participante, que, como toda observación, es selectiva y está atravesada por diversos *filtros* (objetivos, prejuicios, marcos de referencia) que afectarán a la selectividad de la observación (55), se llevó un registro sistemático de lo visto, lo oído y lo pensado durante el trabajo de campo.

El registro también permitió llevar ciertas notas sobre aspectos metodológicos y teóricos porque, siguiendo a Guber (54), las acciones de observación y análisis están separadas sólo en el plano analítico, pues, cuando se observa aparece necesaria la problematización del propio modo de comprender.

Entrevista en profundidad

La estrategia metodológica de entrevista en profundidad se sirvió de la observación participante, pues ésta última le proporcionó a la investigadora una cierta familiaridad y habilidad para interactuar con los agentes de salud en el contexto “artificial” de la entrevista y hacer de la “entrevista formal” una situación más cercana a la conversación o al diálogo (56).

El minucioso trabajo de campo en el que la investigadora desarrolló su rol de observadora participante, también ofreció varias oportunidades para conversar con los miembros del equipo de salud, las cuales podrán ser consideradas como otras formas de entrevista.

Del mismo modo que no se debe entender a la observación como una técnica que se ocupa de captar “lo real” en el escenario en el cual se produce, la entrevista de investigación social, señala Alonso (57), “...encuentra su mayor productividad no tanto para explorar un simple lugar fáctico de la realidad social, sino para entrar en ese lugar comunicativo de la realidad donde la palabra es vector vehiculante principal de una experiencia personalizada, biográfica e intransferible.” (57:228-229)

En la descripción y reflexión realizada en las entrevistas sobre las prácticas, se pudo reconocer cómo aparecen inscriptos en éstas, la formación del agente de salud, el marco institucional y la posición que ocupan en el espacio social, desde la cual categorizan sus propias prácticas y las de los otros. En términos de Bourdieu (4), se puede apreciar que el agente de salud acude a la entrevista con todas sus características previas, con determinado *habitus* y con un capital simbólico y lingüístico que lo posiciona en el espacio social y, en la interacción con la entrevistadora.

Se realizaron quince entrevistas en profundidad a una muestra de agentes de salud seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión estipulados y contando con la disposición y el interés de los mismos en participar de la investigación.

Ha sido la propia investigadora quien ha realizado las entrevistas a partir de un guión de entrevista. En un primer esbozo del guión (ver Anexo II) se delinearon los temas y subtemas que, de acuerdo con los objetivos de la investigación, debían estar presentes

El guión se fue ajustando a partir de las pruebas realizadas en el campo a través de “entrevistas piloto”. Se buscó que los ejes temáticos de este guión sirviesen para

que la investigadora desempeñe el papel de facilitadora del encuentro comunicativo donde el entrevistado pueda narrar su experiencia cotidiana, así como el contexto en que esta experiencia se desarrolla y su propia percepción.

El guión de entrevista estuvo presente en la mente de la investigadora, quien, siendo lo suficientemente flexible se dejó introducir por el entrevistado en su universo cultural. Los/as entrevistados/as utilizaron sus propias expresiones categoriales. Se ha indicado entre comillas aquellas expresiones que fueron introducidas por los/as entrevistados/as y con el recurso de las palabras remarcadas en “negrita” se señalaron los momentos en los cuales los/as entrevistados/as elevaban el tono de voz.

A las dimensiones previstas por la investigadora en el guión de la entrevista se sumaron dos ejes de indagación que introdujeron los/as entrevistados/as sobre la población adolescente y la “familia numerosa” como problema.

Las entrevistas contaron con el consentimiento informado y explícito de cada uno de los agentes de salud invitados a participar. Se encuentra en el Anexo I una tabla en la que se detallan los servicios que colaboraron en la investigación con los datos referidos a la edad, la antigüedad en la especialidad y la antigüedad en el cargo de los/as entrevistados/as.

5. Plan de análisis

El recorrido realizado para arribar al análisis cualitativo de la información co-producida en el trabajo de campo comenzó, como quedó explicitado en la descripción de las técnicas, en simultáneo con el trabajo de campo. Dicha simultaneidad de proceso permitió ajustar las estrategias de producción de la información, como así también introducir nuevos ejes de indagación en el guión de la entrevista.

Luego se procedió a la transcripción de las quince grabaciones de una hora aproximadamente cada una y a la organización de las entrevistas y de los datos de la observación a través del programa informático para análisis cualitativo Atlas. Ti versión 6.0.

Una vez realizada la relectura de las entrevistas y notas de campo, se comenzó la organización de la información en base a categorías significativas, priorizando el contenido de dichas categorías, y no la frecuencia de los códigos. La utilización de filtros del programa informático mencionado permitió realizar ordenamientos y

comparaciones entre distintas entrevistas, distintas partes de las entrevistas o distintos servicios de los centros de salud.

Dado que la herramienta informática, que facilitó y acotó los tiempos de codificación de categorías significativas, de comparación y establecimiento de relaciones, no resuelve el análisis teórico ni sustituye las conclusiones de la investigación, la misma fue acompañada por una constante retroalimentación entre el análisis teórico y el análisis empírico.

Los fragmentos de las entrevistas seleccionados y reproducidos en el análisis, en base a esta idea de retroalimentación con la teoría, han sido identificados mediante un código (por ejemplo, toco-ginecología, AGB1). Dicho código revela únicamente el servicio y centro de salud al cual pertenece el/la entrevistado/a, y se resguardan los datos referidos al sexo y la edad, los cuales podrían permitir su identificación y quebrar la confidencialidad que se le ha garantizado a quienes aceptaron participar de la investigación.

6. Validez interna, validez externa y fiabilidad

Para garantizar la validez interna, validez externa y la fiabilidad, además de la descripción de las técnicas mediante las cuales se produjeron los materiales empíricos, los procedimientos realizados fueron:

Validez Interna

Autocrítica y reflexión sobre las posibles interferencias que pueda introducir la investigadora, asumiendo los prejuicios y siendo consciente de la propia posición.

Asimismo, buscando garantizar la validez interna, durante el trabajo de campo se realizó una reflexión periódica sobre el juego de constitución de subjetividades presente en la relación y por la relación entre la investigadora y los sujetos que participan de la investigación: las emociones y sentimientos de la propia investigadora, la atmósfera en que se dio la entrevista/observación, la empatía entre entrevistadora/entrevistado, entre otros aspectos a considerar en la interacción.

Validez Externa

Aquí se centró la atención en el análisis de la coherencia entre el objeto a estudiar, el diseño metodológico y la representatividad de los escenarios empíricos seleccionados para indagar sobre un fenómeno social determinado.

Fiabilidad

La triangulación de los puntos de vista de agentes diversos y de variadas especialidades, junto a la complementariedad de las técnicas de entrevista en profundidad y observación de tipo moderada, buscaron otorgarle fiabilidad a la investigación.

1. Descripción de las prácticas

Desde la perspectiva de análisis foucaultiano, la descripción de las prácticas permite profundizar en los procedimientos del ejercicio del poder. Las prácticas, que se ocupan de orientar y acompañar la decisión del sujeto sobre su fecundidad, son prácticas que ejercen un poder reconocido como legítimo, el cual se asienta en un saber experto y contribuye a la construcción de cuerpos y subjetividades.

Para llegar a describir cómo las decisiones reproductivas de los sujetos eran acompañadas por los agentes de salud, se observó y se indagó acerca de la distribución espacio/temporal de las prácticas en las actividades cotidianas en el servicio, cómo era la práctica en relación a la elección de un método anticonceptivo, cuáles eran las estrategias educativas y qué factores eran considerados en la elección de los métodos anticonceptivos. Los agentes de salud aportaron a la reflexión su preocupación por la sexualidad de los y las adolescentes y por las “familias numerosas”, explicitando sus acciones frente a lo que ellos consideraban un problema.

a. Distribución espacio/temporal de las prácticas

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley de Sexualidad Responsable de la provincia de Salta se implementan en los tres centros de salud seleccionados para el trabajo de campo mediante distintas estrategias. Se desprende de las entrevistas realizadas, que el discurso sobre “cómo cuidarse” atraviesa la mayoría de los servicios de los centros de salud, de los cuales, han accedido a participar en la investigación los de toco-ginecología, enfermería, trabajo social, psicología, medicina clínica, medicina familiar y agentes sanitarios. Los dos servicios de pediatría invitados a participar manifestaron no realizar actividades vinculadas a las decisiones reproductivas por no contar con el tiempo necesario.

Realizar una descripción de aquellas prácticas destinadas a orientar a los sujetos en sus elecciones reproductivas, implica preguntarse por cómo se genera un

espacio de reflexión en la actividad cotidiana de los servicios de salud que actualmente, en coincidencia con el planteo de Simões Barbosa y Oliveira Casanova (48), están supeditados a la lógica de la productividad.

Al respecto del tiempo, el antropólogo Uribe Oyarbide (58), afirma que hace de herramienta en la práctica de los agentes de salud y agrega, "... se constata una diferenciación de acceso a esa herramienta que se produce por y reproduce la distinta posición de cada trabajador en la gestión de los proceso *atencionales*" (58:145). El autor caracteriza el tiempo del médico como un "tiempo valioso", pautado y estructurado para actividades prefijadas y que es, por definición, escaso, frente a un "tiempo accesorio", variable y alterable, el de la enfermera.

En la práctica de los agentes de salud vinculada a las elecciones reproductivas de los y las usuarios/as queda plasmada esta diferenciación en el uso del tiempo. El escaso tiempo de los/as toco-ginecólogos/as es uno de los motivos que aducen algunos de los/as entrevistados/as para restringir su práctica a la prescripción de un método sugerido por ellos, como se relata en la siguiente cita,

"yo no sé si uno le da toda la perspectiva así al paciente, no creo que una entrevista para consejería únicamente, no sé si el médico lo puede hacer se me hace que uno se queda corto porque tendría que tener... tendría que estar catalogada como una actividad más, o sea, como en tu planilla tendría que demorar que sé yo 20 minutos, 20, 30 minutos para hacerlo mas o menos bien, y sé por boca de algunos ginecólogos que generalmente ellos ya eligieron, cuando conocen a la paciente, ven cuantos niños tiene, ven los factores de riesgo que tiene, es como que ellos son tendenciosos y le dicen, es la verdad, vos sabés, le explicás los métodos que hay pero vos ya sabés cual sería el mejor para ella y la vas a empujar para que lo elija" (medicina familiar, AGD1)

Como advierte Menéndez (59), "...pese a reconocer las críticas señaladas respecto a las características dominantes en la relación médico/paciente y la necesidad de revertir la orientación de los servicios, lo que se desarrolla en los hechos es una tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico/paciente y especialmente el tiempo dado a la palabra del paciente..." (59:49).

En los demás servicios, los/as entrevistados/as, fundamentalmente de enfermería y agentes sanitarios, manifiestan "hacerse un tiempo" entre sus actividades para poder atender a las preguntas de los y las usuarios/as. Y también,

como queda expresado en el siguiente fragmento, el tiempo de estos agentes de salud es variable,

“eso es lo que yo le estoy enseñando a las chicas, me lleva tiempo... por ahí algunas veces yo sé, mi trabajo es de 13, de 7 a 13, cuando salgo a terreno, tengo el horario para volver, pero muchas veces el charlar esto con las mamás me lleva tiempo... me lleva tiempo, y por ahí estoy viendo... por ejemplo ayer vine a las 3 de la tarde” (agente sanitario, AGC4)

“bueno como hay días y como no!... que también... no tengo espacio como para ponerme así a... a... extenderme un poco mas, cuando vienen a preguntar algo (...) pero hay días, como en estos días como estábamos... eh... con poca gente por lo que no hay pediatra en la tarde, teníamos... tiempo... bah! tenía tiempo, mejor dicho” (enfermería, AGC3)

El uso que hacen del tiempo enfermeros/as y agentes sanitarios responde a la posición subordinada que estos ocupan al interior del equipo de salud, pero también, como señala Uribe Oyarbide (58), contribuye a reproducirla.

La atención ginecológica es el área principal en donde se implementan los programas antes mencionados y a la cual acuden los demás servicios cuando “detectan” a un sujeto que requiere una atención más específica, generalmente orientada a la prescripción de un método anticonceptivo. Se ejemplifica con segmentos de dos entrevistas este tipo de articulaciones al interior del equipo de salud.

“...cuando uno ve que ya son muchos... y aunque no sean muchos, siempre uno, digamos, le pregunta si al menos lo pensó para derivarla, digamos a la... a la ginecóloga para que ella haga su trabajo y cual es el método indicado, si?” (psicología, AGC5)

“los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, le explicamos todo, le hacemos la presentación, después de ahí nosotros ya la derivamos cuando ella se decide hacer... se decide utilizar algún método, lo derivamos al ginecólogo y él que determine junto con ellos, que se ponga de acuerdo la mamá con el ginecólogo para ver que método van a utilizar, es lo que hacemos nosotros...hasta ahí llega nuestro...” (agente sanitario, AGD2)

Sobre los espacios físicos en los que se realiza la espera para la consulta toco-ginecológica, se ha observado que solo uno de los centros de salud cuenta con una “sala de espera” que comparte con otro consultorio. En los otros dos servicios, los/as

usuarios/as realizan la espera en bancas ubicadas en el pasillo central del centro de salud a través del cual se accede a otras consultas.

Cuando la espera se hace en los pasillos centrales del centro de salud, el estar frente a la puerta del servicio de toco-ginecología, en algunas ocasiones, pone en evidencia situaciones que son estigmatizadas, como, por ejemplo, un embarazo que se quiere ocultar.

Otros espacios son buscados por los/as usuarios/as por considerarse de mayor intimidad, como el servicio de enfermería. La práctica relacionada con las decisiones reproductivas en los consultorios de enfermería tiene lugar en los espacios en los que los padres traen a sus hijos a realizar las actividades de talla y peso, en los horarios de guardia en los que, según lo relatado, hay un clima de “mayor confianza” y, durante la colocación de anticonceptivos hormonales inyectables. La totalidad de las y los enfermeras/os entrevistadas/os también expresan que los/as usuarios/as les consultan cuando no han comprendido o no se han animado a pedir explicaciones a el/la toco-ginecólogo/a.

*“ves!... como paso esto de que si la engordan o no la engordan. (...) hay algunas veces que dicen pero yo estoy tomando... y este igual no me vino... que estoy en duda, que... que me aconseja y bueno yo siempre la mando más bien con la doctora para que le saque la duda, por que yo pienso que si me vienen a preguntar lo que ya le preguntaron... por que pienso que le preguntan a la doctora, si me vienen a preguntar a mi no sé realmente... pienso de que debe ser que ellas están en **duda!**” (enfermería, AGC3)*

Al igual que los espacios de enfermería, los agentes sanitarios, en las visitas a los domicilios logran un espacio de mayor confianza con los/as usuarios/as, especialmente en lo que respecta a temas vinculados a la sexualidad y a conductas que son contrarias a lo esperado para un determinado género (“ser” hombre) o una determinada edad (“ser” adolescente). A modo de ejemplo, para acceder a los preservativos, en los tres centros de salud, es menester realizar una fila en un espacio público. Si, para responder al estereotipo de género, el hombre no debe dispensar cuidados sobre su salud, realizar una fila en un espacio público del centro de salud es “ser” menos hombre. La enfermería es el espacio alternativo, y de mayor privacidad,

que se estableció en los tres centros de salud para ofrecer preservativos. Se volverá sobre este aspecto mas adelante.

El modo en que se regulan las interacciones entre los miembros del equipo de salud, así como los vínculos entre los agentes de salud y los/las usuarios/as, puede observarse en la distribución de los espacios.

Es ilustrativa la forma en que se organizan los espacios de encuentro informal de los agentes de salud: en dos de los centros de salud este espacio es el de la administración y, en el otro, y la cocina. La escasa circulación por estos espacios también se produce por y reproduce la posición subordinada que ocupan los/las enfermeros/as y los agentes sanitarios en el equipo de salud, quienes tienen sus propios espacios de encuentro.

Respecto de los vínculos establecidos con los/as usuarios/as, la atención en el pasillo, señalan algunos/as de los/as entrevistados/as, es vista por los/as usuarios/as como una actitud “amigable”, a diferencia de otros entrevistados, que establecen una relación de mayor verticalidad exigiendo que los/as usuarios/as respeten la atención en consultorio, por turno y a horario. El vínculo intersubjetivo del agente de salud con el/la usuario/a se desarrolla en el tercer apartado.

b. El espacio destinado a la “planificación familiar” en los centros de salud

Con relación a la existencia de un espacio específico dedicado a la atención en “planificación familiar”, solo uno de los tres centros de salud lo ofrece. Si bien algunos/as de los/as entrevistados/as de ese servicio lo plantean como un espacio de taller, la entrevista realizada al agente de salud especializado en toco-ginecología revela que se trata de un día específico de la semana, en el mismo consultorio de ginecología y en una relación individual con el/la usuario/a, donde se brinda una atención que, a excepción de los demás días de la semana, se accede sin turno y es exclusivamente sobre temas vinculados a la “planificación familiar”.

“...vienen, o por información, o por el método en sí, o para preguntar, o sacarse dudas, o por lo que sea, pero todo lo que tenga que ver en relación a... cómo cuidarme, cómo planificar embarazos, cómo evitar embarazarme” (toco-ginecología, AGC2)

El agente de salud relata que el impulso para llevar adelante la propuesta de un día dedicado a la “planificación familiar” se originó a partir de la disponibilidad de insumos. A esta disponibilidad, se añade, según el relato que se coloca a continuación, la dificultad de los/as usuarios/as para sacar el turno. Dificultad que es atribuida a la desidia de los/as usuarios/as.

“de poner un día... para mejorar la demanda, porque había material, había insumo, había cosas como para trabajar, y que... ya está visto que a la gente le cuesta mucho venir y sacar el turno, le cuesta horrores sacar el turno... por actividades que tengan o simplemente el hecho que no tiene ganas! de venir a sacar, porque es mucho mas fácil venir y decir, ‘ay... me puede atender, me puede hacer eso...” (toco-ginecología, AGC2)

Durante la observación realizada en la sala de espera el día de “planificación familiar”, se pudo constatar que el tiempo destinado a las consultas no superaba los 10 minutos. También se observa que la mayoría de las usuarias sale del consultorio con una prescripción médica. Luego, como quedó plasmado en el párrafo precedente, se conoció que ese día es utilizado principalmente para facilitar la accesibilidad a las usuarias que mensualmente retiran el método anticonceptivo.

Los otros dos centros de salud incluidos en el trabajo de campo no poseen un espacio destinado al asesoramiento sobre las decisiones reproductivas, y en uno de ellos, la implementación de un día de atención sin turno es destinada a facilitar la realización del Papanicolau. Una de las entrevistadas lo plantea, desde la óptica de la oferta de servicios, como una falencia y destaca que la orientación en salud sexual y reproductiva depende de la motivación personal del agente de salud,

“es mas voluntad de los agentes de salud que hay en este centro que... tener una estructura armada, (...) no hay un espacio ni un momento determinado para poder hacer consejería, o hacer talleres, o...” (toco- ginecología, AGB2)

En los dos centros de salud que no poseen un día exclusivo destinado a “planificación familiar”, la “consejería” queda integrada a la actividad cotidiana del agente de salud. Los dos entrevistados que utilizaron el término “consejería”, mencionan que la realizan cuando el/la usuario/a viene por otra consulta, como por ejemplo, un flujo, un resultado de embarazo negativo o el “control del ciclo adolescente”.

Las áreas de psicología y de trabajo social realizan derivaciones sobre consultas vinculadas a la elección y reciben derivaciones referidas a la elección de métodos irreversibles, que en el caso del área de trabajo social, se ocupa también de la gestión ante el hospital para la realización de la intervención quirúrgica. Ambas especialidades articulan actividades educativas con los y las toco-ginecólogos/as.

“con la psicóloga tratamos de... ella se encargaba... yo las mandaba para que ella les de un poquito lo que era los métodos de planificación... eh... rápidamente, o sea, ella las juntaba y les hablaba, les hablaba de lo que era los métodos de planificación, que eso era lo que yo no tenía tiempo de darles...” (toco-ginecólogo, AGD4)

En los tres centros de salud se ofrecen actividades de taller orientadas a esta temática. Se desprende de las entrevistas y de lo observado, en ocasión de asistir a un taller, que estas actividades tienen la estructura de una charla con una concepción de la comunicación, proveniente de las ideologías hegemónicas, como un proceso lineal y unidireccional, en el cual los mensajes son producidos por expertos, puestos en circulación por especialistas en educación para la salud y recibidos por “el público” (60).

Estos talleres son impulsados por algunos agentes de salud que poseen una “vocación” de educadores y, fundamentalmente, por la “obligación” que genera el Plan Nacer Argentina (c) de realizar este tipo de actividades y cumplimentar la planilla de asistentes al taller. De acuerdo al resultado que obtengan en el cumplimiento de las metas que fija el Plan Nacer, entre las que se encuentran los “cuidados sexuales y reproductivos”, los centros de salud podrán ser beneficiarios o no de los aportes destinados por la Nación en pago a la realización de prácticas nombradas, entre las que se encuentran los talleres educativos.

Orientados en su mayoría a la población adolescente, solo en un centro de salud se participa a las mujeres adultas de un espacio de encuentro que se generó en torno a la problemática de “violencia familiar”. En estos talleres, según lo relatado por la entrevistada, se trabaja desde la idea de un “proyecto de vida, en donde la elección de un método es un elemento más...” (trabajo social, AGD3)

c. Recorrido realizado en el servicio para acceder al método anticonceptivo

Si bien el eje del presente trabajo gira sobre las prácticas que se vinculan con las decisiones reproductivas, se realiza en este apartado una breve mención al recorrido que realizan los/as usuarios/as para acceder al método, porque, como lo expresan los/as entrevistados/as, la “consejería” que ellos realizan, en numerosas ocasiones se encuentra supeditada a las posibilidades de acceso.

Las dificultades de acceso que más influencia tienen en la orientación sobre la elección del método anticonceptivo son la disponibilidad de métodos y las trabas burocráticas para acceder a la consulta, ya sea a la consulta mensual para la prescripción de métodos como los hormonales o bien, a estudios específicos o a servicios de mayor complejidad, para los casos del dispositivo intrauterino, en adelante DIU, y la ligadura de trompas respectivamente.

La disponibilidad de los métodos anticonceptivos, señalan la mayor parte de los/as entrevistados/as, ha aumentado y ha sido garantizada a partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sin embargo en el último año han comenzado a haber algunas fluctuaciones y demoras en la provisión de los métodos. Al momento de la elección, son generalmente quienes prescriben los métodos los que deben encontrar una solución a la situación de falta de insumos, o bien de falta de continuidad en la oferta de un método, lo que conlleva a realizar una nueva elección por alguno de los métodos disponibles en el momento de la consulta.

“y después bueno por la disponibilidad de los métodos porque así como hay veces que acá tenés todos los métodos disponibles, menos la lisis, hay este... a veces te quedas sin anticonceptivos inyectables por ejemplo, entonces... ya (...) lo lamento paso a los anticonceptivos orales y después la pasas a este otro y el tema es que... en el pasar de método está que te puedes quedar embarazada” (medicina familiar, AGD1)

Algunos/as de los/as entrevistados/as al momento de orientar a la/el usuaria/o en la elección y, ante la falta de insumos, optan por mencionar solamente los métodos anticonceptivos disponibles en el servicio. Otros agentes de salud, desde una postura de reeducar a la/el usuaria/o, le explican todos los métodos anticonceptivos que existen, estén o no disponibles en el servicio (con excepción de la abstinencia periódica,

explicada solo por uno de los entrevistados) y depositan en el/la usuario/a la responsabilidad de acceder al método elegido.

Se exponen a continuación ejemplificaciones de estas dos posturas que serán examinadas en profundidad cuando se aborde el tema de la práctica educativa en las decisiones reproductivas.

“se enfocaba mas a los métodos que tiene al alcance en el Centro de Salud, yo como médico me iba a lo más seguro, sí? Método anticonceptivo, hormonal, de barrera y DIU, sí? Esos, los métodos que le resumía, son los métodos que hay en el Centro de Salud, que se podía usar” (toco-ginecología, AGD4)

“primero se les explica que métodos hay, cuales son los que hay en el centro de salud y cuales son los que existen! Porque los métodos que hay no son solo los que regalan en el centro de salud y eso también lo tienen que saber y bueno, y elegir, si dentro de los métodos que eligen hay acá, bueno se les empieza a brindar la atención.” (toco-ginecología, AGB2)

Con relación al DIU, el acceso está limitado por los tamaños de DIU con los que cuenta el centro de salud. Frente a este impedimento, algunos de los agentes de salud, ocultando información a la usuaria, le explican que el “ser una mujer sin hijos” es un factor que condiciona la elección de ese método. Otros, en cambio, lo incluyen dentro de las opciones que tiene la usuaria pero le advierten que el centro de salud no cuenta con ese insumo y “se las hace comprar”, empujando a la usuaria a elegir entre las ofertas que brinda el mercado.

El recorrido para acceder a los métodos está fuertemente afectado por la burocracia del sistema de salud, principalmente en el caso de los métodos hormonales, como las pastillas anticonceptivas y las inyecciones que mensualmente requieren la prescripción médica.

La limitación en el acceso a la consulta es ilustrada en el siguiente párrafo,

“la limitación en la accesibilidad en la consulta, porque muchas veces cuando a vos se te esta terminando la pastilla y por otras razones no pudiste venir, justo sacas turno ese día, uh! justo ese día no vino el ginecólogo o justo ese día no vino el otro medico que te puede hacer la receta, perdiste el método, tenés el riesgo de quedar embarazada y la accesibilidad al sistema es otra contra, son muchas cosas no se si la paciente realmente es libre de elegir totalmente, la verdad... no sabría, no sabría explicar (risas)” (medicina familiar, AGD1)

Para garantizar la continuidad en el acceso al método anticonceptivo “elegido”, sin tener que realizar una consulta al o la ginecólogo/a todos los meses, los agentes de salud han optado por distintas estrategias. Dos de los entrevistados, especialistas en toco-ginecología, entregan varias cajas de pastillas anticonceptivas u hormonas inyectables a las usuarias en una misma consulta, siempre que se cuente con los insumos. Otra estrategia empleada, solo en uno de los tres servicios, como se mencionó en el apartado que antecede, es destinar un día en el cual puedan acceder sin turno a la consulta para pedir la receta del método anticonceptivo.

En otro centro de salud se implementó para las pastillas anticonceptivas un “número de usuaria” mediante el cual la usuaria queda registrada en un cuaderno en administración en el que se lleva un registro de la entrega de ese método y también, de la realización del Papanicolau, quedando condicionada la entrega del método anticonceptivo a la vigencia que tenga este estudio. Uno de los agentes de salud entrevistados dice no estar de acuerdo con este sistema porque impide llevar un “control” sobre la utilización del método y un “control” sobre los efectos que produce en el organismo de la usuaria.

También se presentó la situación de que el servicio de trabajo social o los agentes sanitarios hacen de intermediarios entre el/la usuario/a y quien prescribe el método, para poder conseguir la receta cuando no se pudo acceder a la atención por falta de turnos.

La cantidad de estudios previos a la colocación del DIU varía de acuerdo a lo que el agente de salud considere necesario. Dos de los/as toco-ginecólogo/as entrevistados/as contemplan la dificultad de conseguir turno para realizarse los estudios cuando definen cuáles serán los estudios estrictamente necesarios. Los tres restantes, cuando la usuaria plantea la elección de este método, enumeran los estudios necesarios para colocar el DIU y los controles posteriores, marcándolos como una desventaja con relación a otros métodos.

“se puede correr, se puede bajar, se puede infectar, se tiene que hacer controles cada 6 meses, ecografías, Papanicolau... todos los controles... muchas veces no quieren hacerse los controles previos... yo les pido todos los controles previos antes de colocar un DIU, otras veces no les gusta tener que venir a cada rato a tener que controlárselo...” (toco-ginecología, AGB4)

Las dificultades para acceder a los preservativos con relación a la cantidad que se reparten y los datos que se le solicitan, son mencionadas solo por algunos de los/as entrevistados/as que cuestionan la actitud controladora del servicio.

“yo pienso que eso es algo que ni siquiera... ni siquiera tendrían que anotar tanto, por el derecho de la privacidad y porque es algo gratuito... que... que a nadie... si le doy diez, ¿qué pasó si le di diez y no cinco? ¿Cuál es la diferencia?... o sea, va a tener para cuidarse... no importa si le dura un mes, dos meses, un año, eso no es nuestro problema... pero se va a cuidar!... si ha venido a buscarlo... o sea, facilitarle ese tiempo” (enfermería, AGB3)

La anticoncepción de emergencia no se da a conocer a la población, solamente se menciona que hay o que hubo en algún momento en farmacia. Con relación a los motivos por los cuales no se ofrece, se orientan a la desinformación o a la falta de comprensión del uso del mismo, que provocarían una incorrecta utilización del método por parte de las usuarias. El desconocimiento del ciclo menstrual es considerado, por una de las toco-ginecólogas entrevistadas, un impedimento para la utilización del método, desconocimiento que no podrá revertirse por la incapacidad intelectual atribuida a la población.

La ligadura de trompas, junto a la anticoncepción de emergencia, son los dos métodos anticonceptivos que, de acuerdo a lo revelado en las entrevistas, presentan mayores problemas de accesibilidad.

La totalidad de los/as entrevistados/as que se refieren al tema del acceso a la anticoncepción quirúrgica señalan fallas en la articulación del primer nivel de atención con el tercer nivel, la maternidad o el hospital de referencia que es donde se realiza la práctica. También observan como una dificultad que el/la usuario/a tenga que tramitar su turno telefónicamente para realizarse la intervención, en dos de los centros se cuenta con personal que tiene algún tipo de vinculación personal con el operador telefónico que da los turnos o con la médica que está a cargo del área de “planificación familiar”, a través de los cuales consiguen facilitarle el acceso a los/as usuarios/as.

De las prácticas de anticoncepción quirúrgica, solo una entrevistada mencionó la vasectomía y, por lo que refirió, esta práctica ofrecería dificultades de acceso similares a las que presenta la ligadura de trompas.

Al igual que las dificultades que presenta la articulación con el tercer nivel, al interior de uno de los centros de salud, la única entrevistada que reveló, abiertamente y al comienzo de la entrevista, motivos religiosos por los cuales no prescribía métodos anticonceptivos pero realizaba “consejería en planificación familiar”, explicó que no siempre era posible lograr la articulación entre su consejería y la prescripción por parte del servicio de toco-ginecología.

d. Prácticas de educación destinadas a orientar a los sujetos en sus elecciones reproductivas

En las paredes de los tres centros de salud, generalmente en la proximidad de la puerta del consultorio de toco-ginecología, se encuentran pegados carteles informativos. En uno de los centros de salud los carteles son numerosos e informan los métodos anticonceptivos, los derechos de las mujeres y el uso del preservativo, en los otros dos centros de salud, solo se observa un cartel sobre los derechos de la mujer.

A excepción de un centro de salud, el mensaje de los carteles no es de autoría del equipo de salud, sino que son publicaciones de algún organismo nacional.

En el único servicio que se observó un cartel realizado manualmente por los agentes de salud del servicio, se observaba el recorte de una revista con una foto de una mujer embarazada y al costado, en letra imprenta y mayúscula decía: “INFECTARTE DEPENDE SOBRE TODO DE LO QUE TU HACES” y abajo en un tamaño menor de letra, “Todas las mujeres deben estar informadas”, “Una mujer infectada embarazada puede contagiar el virus a su hijo”. El cartel termina con la siguiente frase, “Si has practicado conductas de RIESGO...”. En este cartel sobre la Transmisión Vertical del VIH-Sida se condensa la visión individualizada, culpabilizadora y centrada en la información sobre la que se va a profundizar en el análisis de las prácticas.

Brindar información, a través de los carteles, pero fundamentalmente en la interacción con los/as usuarios/as, es el modo de desarrollar una práctica educativa, que la mayoría de los/as entrevistados/as entienden desde una perspectiva tradicional en donde el/la usuario/a es un objeto pasivo que recibe información de modo unidireccional. Los términos explicar, dar información y, en menor proporción, charlar, mostrar, ofrecer, son los más utilizados cuando se pide a los/as entrevistados/as que

describan las prácticas que emplean para orientar a los sujetos en sus elecciones reproductivas.

Otras de las frases que muestran desde qué lugar se ejerce la práctica educativa y cómo se lo coloca a la/el usuaria/o en el lugar de objeto, son:

“obviamente uno la asesora de este lado... y bueno me parece que algo le tiene que quedar...” (psicología, AGC5)

“y bueno, a veces por mucho repetir algo queda (risas)” (agente sanitario, AGB1)

Las expresiones “te conviene” o “te sugiero” surgen del discurso de la mayoría de los/as toco-ginecólogos/as entrevistados, quienes presentan dos tipos de argumentaciones que justifican una práctica más “directiva” en lo que hace a la elecciones reproductivas, por un lado, la falta de tiempo y, por otro, la construcción que se hace de la/el usuaria/o como “poco instruida/o”, “desinformada/o” e impregnada/o por pautas culturales “tradicionales” contrarias al pensamiento científico-racional.

Inclusive, algún entrevistado/a llega al extremo de no dar lugar a la elección, como puede verse en esta cita,

“es muy fuerte la cuestión socio cultural ahí, es muy grande, uno trata de... que el paciente no piense tanto, ese es mí... personalmente mi forma de actuar, yo por ahí le impongo un poquito el método para evitarle la elección, ¿Por qué? Porque la elección ellos no saben qué hacer, dudaban, preguntaban... yo no les doy a pensar mucho, por ahí vienen, ‘si que la pastilla... no se...’, ‘no, tomá y colócate la inyectable, ah?’ Y ya está, ‘vení tal día y colócate la inyectable, sí?’. Yo prefiero darles eso, porque también es cierto, 25 personas por día, también uno tiene que explicarles como se usa el método...” (toco-ginecología, AGD4)

De los/as cinco tocoginecólogos/as que participaron de la investigación, dos comentaron que en la consulta su rol no se restringe a prescribir medicamentos, siendo su objetivo principal el de “generar” una mayor “autonomía” en el/la usuario/a.

Se ejemplifican a continuación las prácticas tendientes a generar la “libre” elección en el/la usuario/a, la primera cita muestra cómo se fomenta una decisión racional basada en información y la segunda, el carácter imperativo que asume la “consejería”,

“bueno es como despertar o generar la salud en la paciente esta historia de la decisión informada, a ver, bien, tengo información, tengo acceso a la información, puedo decidir y exigir lo que esta para que me brinden algún tipo de servicio, que básicamente es eso con la salud sexual y reproductiva.” (toco-ginecología, AGB2)

“me demora mas el tiempo de tratar de hacerle entender a la mujer que es ella la que tiene que elegir... que yo aquí no estoy para recetarle un método anticonceptivo, yo estoy para explicarle y tratar de ver cual es el mejor método para ella” (toco-ginecología, AGC2)

En coincidencia con dos estudios vinculados a VIH-Sida (48; 46), se observa que para los agentes de salud hablar de sexualidad con los/as usuarios/as es entrar en un terreno de "intimidad" en el cual, para algunos de los/as entrevistados/as, es difícil moverse.

Sobre las dificultades que se les presentan en la construcción de un vínculo con los/as usuarios/as, algunos de los/as entrevistados/as piensan que se debe a la falta de formación en docencia o en destrezas comunicativas pero la mayoría atribuye estas dificultades a las características de la población.

Es particularmente notable la diferencia entre quienes pueden en su práctica tener una relación intersubjetiva con el/la usuario/a y aquellos otros agentes de salud, que son la mayoría de los/as entrevistados/as, que solo ven en el/la usuario/a a un individuo aislado y estereotipado. La forma en que denominan a los/as usuarios/as ya fija una esencia como, por ejemplo, “mamá”, que es la mas reiterada, pero también se destacan “la puérpera”, “mujeres multíparas”, “embarazadas”, “panzoncitas”, “mamás solteras”, “mamás adolescentes”, “chiquilla”, “pacientita”, “nena”, entre otras.

e. El interrogatorio, una práctica cercana a la confesión.

El encuentro entrevistador-entrevistado que tuvo lugar en el trabajo de campo no es nuevo para los agentes que participan de la investigación, pues el antecedente inmediato de las entrevistas de investigación se encuentra en la relación médico-paciente. A su vez, estos encuentros médico-paciente, señala Valles (55), provienen de la tradición cristiana, de los ritos religiosos de la Inquisición y la confesión (d).

A la pregunta sobre los factores que los/as toco-ginecólogos/as consideraban al momento de realizar la elección de un método anticonceptivo, los/as entrevistados/as mencionaron el “interrogatorio” como una práctica usual. Aunque no se ignora lo que

implica un interrogatorio en el espacio de la consulta medico-paciente, es ilustrativa la descripción de esta práctica por los propios agentes de salud,

“mira vos tienes esto, esto, esto y esto para cuidarte’, por supuesto previamente preguntarle la edad, si convive, si no convive, si tiene hijo, si no tiene hijo, si esta embarazada, si no esta embarazada, o si se hace el Papanicolau, si esta en pareja estable o no esta en pareja estable, hábitos tóxicos, riesgo y todo lo demás” (toco-ginecología, AGC2)

Estas preguntas vinculadas a la elección del método anticonceptivo, están moldeando comportamientos, están definiendo criterios de “normalidad” con relación a la modalidad de pareja, de convivencia, de frecuencia en las relaciones sexuales, bajo la idea dominante de una heterosexualidad obligatoria y de un cuerpo que se corresponden con el sexo y el género que culturalmente le fueron asignados al sujeto.

La práctica del “interrogatorio” contribuye a la construcción de la subjetividad a través de la reiteración de normas (15). A continuación, siguiendo el relato de un agente de salud entrevistado, se puede ver cómo los/as usuarios/as, sobre quienes se ejercen relaciones de poder, ofrecen resistencia, resistencia que es interpretada por el agente de salud como “falta de entendimiento”.

“algunas me miran hasta medio raro por las cosas que les pregunto pero le digo mira... no es lo mismo, y después le explico, no es lo mismo que yo le sugiera o le explique y vos elijas entre un método que sos una chica, que sos jovencita, que no tienes pareja estable o que no convives con tu pareja (...) [que] a una mujer que convive todos los días con su pareja, entonces después lo terminan entiendo pero al principio eso demora, lleva un tiempo” (toco-ginecología, AGC2)

En dos entrevistas la práctica de interrogación se vincula al rol de “policía”. En un caso, se negaba a “hacer de policía” interrogando a mujeres mayores de veintisiete años o con varios hijos, pero consideraba pertinente realizar preguntas cuando sus pacientes eran “chicas más jóvenes” con las cuales, dice, “me detengo yo en avisarles... en preguntarles...” (clínica médica, AGC1), como si la minoría de edad fuese condición para asumir un papel paternalista y controlador sobre los sujetos por parte del agente de salud. La otra entrevista menciona el “rol de policía”, como un rol que les permite inmiscuirse en la vida privada y sobrepasar la autoridad de los padres de las y los adolescentes,

“ellos saben que nosotros somos agentes y como agentes... Bueno, somos como los policías le digo... así que le empezamos a explicar (...) el día de mañana ya estas preparada le decimos... nosotros ya sabemos que ya están andando... pero nosotros cuando está con la mamá tratamos siempre de prepararla para futuro le decimos, para futuro...” (agente sanitario, AGD2)

A los agentes sanitarios, se les adjudica la labor de realizar un seguimiento de los hábitos sociales de los/las usuarios/as, labor que requiere, según ellos subrayaron en las tres entrevistas realizadas, de una gran capacidad relacional y que, generalmente, es poco valorada por el equipo de salud.

Dentro de las metas que se proponen en las visitas que los agentes sanitarios realizan a los domicilios, se encuentra la disminución del número de embarazadas. Las embarazadas convierten a las “familias normales” en “familias en riesgo”, sobre las cuales los agentes tienen que responsabilizarse por estar en su área de influencia. De modo que las prácticas vinculadas a las decisiones reproductivas se vuelven prácticas de control sobre el cuerpo de las mujeres.

f. El “embarazo adolescente” y la “familia numerosa” como problemas de salud.

Los agentes de salud identifican ciertos factores sociales como los estereotipos de género, los ingresos económicos, la ocupación, etc. que afectan a las poblaciones en las cuales trabajan, pero, sin embargo, cuando piensan al embarazo en la adolescencia y a la mujer que tiene cinco o más hijos como problemas, los remiten al plano individual, donde el agente de salud, conscientemente o no, en la atención que brinda busca moldear una “conducta desviada”, busca reeducar al sujeto.

“hay algunas [adolescentes] que llegan y otras que no, ¿me entendés? No toda la población de (...) llega al centro de salud... ¿ves? No todas... hay otras que se nos escapan... y a esa es a la que hay que ir, hay que enfocarla, y decirles, y enseñarles, y ver cómo podemos hacer” (agente sanitario, AGC4)

En el caso de los y las adolescentes, la respuesta a la “irresponsabilidad” con que manejan su sexualidad se encuentra en su “naturaleza” rebelde, inestable y desequilibrada. De este modo, se circunscribe el embarazo en la adolescencia a un problema de orden individual y “natural”.

En el caso de la “familia numerosa”, como lo revelan los párrafos que se citan a continuación, si poseer la información no garantiza la elección, entonces la causa de

esta actitud “no racional” por parte de los/as usuarios/as es, para algunos de los/as entrevistados/as, de origen cultural. Así como el “ser” adolescente aparece como una esencia, también se tiende a esencializar la cultura.

“el paciente que tiene gran cantidad de hijos, uno les ofrece el método anticonceptivo y no aceptan de inmediato, solamente te responden que lo van a pensar, que van a ver... que... y tienen 8 a 9 hijos cuando la respuesta tendría que ser de inmediato, ‘a ver déme ya!’... o ‘hágame la derivación ya!’... (...) todavía sigue siendo un... es un problema de cultura, el no acercarse y no tener un poco de interés en usar un método, sea cual fuere... a mi me parece que es, este... un problema cultural” (toco-ginecología, AGB5)

“son pacientes que tienen cinco, seis, siete niños, como es toda una comunidad de... familias numerosas, generalmente yo abordo la consulta desde ahí, les pregunto si desean tener mas niños, o no?... hay posibilidades de que te digan que si!” (medicina familiar, AGD1)

En varias entrevistas se mostró que a los y las adolescentes, por un lado, y a las mujeres que tenía “muchos” hijos, por otro, además de ofrecerles las opciones anticonceptivas, se trataba de “hacerlos reflexionar” sobre “lo que significa criar bien a un hijo” o que “más hijos es un problema”. ¿Qué es criar bien a un hijo? ¿Desde que parámetros habla la medicina? Y, ¿Cuándo “más hijos es un problema”? ¿Para quién es un problema?

El siguiente fragmento, ejemplificando el modo en que se los “hacer reflexionar” a los/as adolescentes, reproduce lo dicho a una usuaria en una consulta a la que asiste con su pareja,

*“¿y vos tienes idea de lo que **significa el sacrificio** de criar bien un hijo? porque ese hijo tiene todo el derecho... calculo...’, y por ahí medio que... metiéndole la púa un poco, pero diciéndole... ‘calculo que a vos te han criado papá y mamá, o **mínimamente** en un hogar mas o menos estable y te debe haber gustado que te críen así y entonces tu hijo también se merece lo mismo!... **mínimamente**” (toco-ginecología, AGC2)*

En la totalidad de las entrevistas la oferta de los métodos para regular la fecundidad está orientada fundamentalmente a dos cuerpos que se “deben” controlar: el de la adolescente y el de la mujer “multípara”.

“más que nada me preocupa la población adolescente, de las chicas, porque nos dice, ‘ah, yo me fui a bailar el fin de semana y me conocí uno...’ o sea, tienen relaciones sexuales en el mismo momento del baile con cualquier persona. Me preocupan las

enfermedades, me preocupa de que realmente son chicas en lo que es la reproducción” (enfermería, AGB3)

“uno ve que ya son muchos hijos y le preguntas, ‘y ¿cómo?, ¿qué ha pasado?, y ¿te cuidas? ¿y como te vas a cuidar?’, y haces la derivación a la ginecóloga como para ver...” (psicología, AGC5)

La construcción de los problemas de salud y las prácticas que se desprenden de esta construcción están impregnadas por estereotipos que se fijan sobre los/as usuarios/as. Desde las prácticas de salud se produce y reproduce un modelo de “ser” acerca de la mujer pobre “que se llena de hijos” y de la mujer adolescente “rebelde”. Estas representaciones ofrecen una mirada etnocéntrica sobre los sujetos que deben ser “tutelados” que coexiste con aquellas prácticas que pretenden reeducar a los sujetos para que estos sean responsables de sus elecciones.

2. Construcción de las “Decisiones reproductivas autónomas”

Antes de comenzar a desentrañar los factores culturales, institucionales y subjetivos que atraviesan las prácticas de los agentes de salud y el modo en que éstas inciden en la autonomía de los sujetos respecto a sus decisiones reproductivas, será necesario explorar qué concepción de autonomía opera, y es construida, en estas prácticas.

Problematizar la concepción de “autonomía” en salud reproductiva es indagar por el lugar de las prácticas de salud en la vinculación de la “libertad de elección” y la “responsabilidad” por las elecciones realizadas. Y también, es indagar por la articulación de estas prácticas con políticas neoliberales que transforman las desigualdades sociales en elecciones individuales, haciendo a los sujetos responsables por las decisiones que toman sobre sus vidas. Junto a Rivero García (61) se repasa en “... la centralidad que los temas de responsabilidad individual y libertad personal están tomando en los discursos contemporáneos, cuya muestra se nos presenta en esta permanente invitación a “elegir”, ser “libres”, al tiempo que se nos pauta el inquietarnos por nuestra responsabilidad en el cambio, en la transformación personal, para ser cada vez “mejores”, y mantenernos en un proceso de “reciclaje” permanente.” (61:22,23)

a. “libre elección” no implica autodeterminación sobre el propio cuerpo

En las prácticas vinculadas a las decisiones reproductivas, los/as usuarios/as tomarán la mayor parte de su conocimiento de la oferta de información que hace el mercado en donde, siguiendo a Chapela, “...los intercambios de su conocimiento – como sentido común, como saber popular y como su propio saber experto- estarán subordinados a los objetivos, reglas y valores del mercado.” (62:365-6). Se le impulsa a la/el usuaria/o a “*buscar lo que necesita y no conformarse con lo que le dan*” (toco-ginecología, AGB2). Se le informa que la oferta del mercado es más amplia de lo que le brinda el Estado, pero no para que reclame por sus derechos, sino para que salgan al mercado a satisfacer sus “necesidades”. Un aspecto a considerar, pero que no es posible ahondar en esta investigación, son los intereses mercadológicos de la industria

farmacéutica, que se hace presente como un actor social más en el campo de la salud reproductiva.

De acuerdo con Briggs (60), bajo esquemas de privatización neoliberales, la asistencia médica es presentada, "...menos como un derecho garantizado por el Estado que como una mercancía, que es vendida por instituciones privadas a unos 'consumidores' que realizan elecciones racionales y basadas en sus propios intereses." (60:114).

En los siguientes fragmentos de dos entrevistas se puede apreciar cómo las decisiones reproductivas que el Estado debería garantizar que sean "libres", se encuentran subordinadas a las reglas del mercado,

"apertura a lo que hay aparte de lo que yo te doy... 'yo te doy esto pero aparte existe esto, esto y esto... y bueno vos tenés quiste en los ovarios y sí, esta pastilla te va a servir pero hay otra que es más indicada para lo que vos tenés', '¿y cuanto sale doctora?', 'tomá el nombre y andá y preguntá en la farmacia', 'yo te doy esto pero vos necesitarías esto' (toco-ginecología, AGB2)

"le estoy dando recetas, les estoy diciendo mas o menos cuáles son, les estoy dando una lista como de 5, 6 marcas en donde el más barato, me he tomado el trabajo de ir averiguar precios, a decirles y a darles, ya más no puedo hacer!... 'verá usted que va a hacer!... si tiene como mínimamente... tener un servicio, un celular, un algo, debe tener como para, tener aunque sea 11 o 12 pesos que cuesta el anticonceptivo más barato que viene ir y comprárselo'..." (toco-ginecología, AGC2)

¿Hasta dónde llega la acción del agente de salud? ¿Qué rol ocupa? Para responder a estos interrogantes es oportuna la reflexión de Caprara y Franco, quienes piensan que "...no basta reemplazar un modelo de comunicación de tipo *paternalista* (basándose en su conocimiento, el profesional toma las decisiones a solas) por un modelo *informativo* (el profesional se limita a informar al paciente/consumidor, que toma sus propias decisiones), asignándole al profesional la función de agente de información o prestador de servicios de un mercado competitivo."(63)

Una de las limitaciones sobre la "libertad" de elección que expresa uno de los/as entrevistados/as es el "*acostumbramiento*" de los/as usuarios/as a "*esta relación típica que hay entre médico y paciente*", donde el agente de salud es el que prescribe el tratamiento para una enfermedad. La mención de esta limitación revela que en las prácticas médicas no se entra en contacto con personas, sino sólo con sus

órganos y funciones (64). Este modo de entrar en contacto con un cuerpo desvinculado de su subjetividad y de su contexto relacional, no se modifica en las prácticas que giran en torno a la salud reproductiva, aunque el/la usuario/a sea empujado a elegir. Las decisiones reproductivas están subordinadas a la evaluación que, en nombre del saber científico, realice el/la tocoginecólogo/a. En esta evaluación se consideran tanto factores biológicos (alta presión, número de gestas, etc.), como conductuales (relaciones de pareja, frecuencia de relaciones sexuales, etc.).

En la siguiente cita la descalificación del conocimiento “no científico” y la desconsideración que se hace de la elección de la usuaria, muestran como se mantienen las desigualdades en las relaciones de poder entre quien “elige” y quien habla en nombre de un saber “neutralizado” por la consagración científica.

“yo quiero el DIU’, bueno, pero ¿alguien te ha explicado?, ‘si, mas o menos’, no! Bueno, pero te han explicado esto, esto... que vas a tener mas sangrado, que no podés ponerte si no tienes chicos, y le empiezo a explicar todo el DIU, que no es el método más seguro, que tiene tanto por ciento de efectividad... que después tienes tal cosa, que tienes esto, que tienes aquello. ‘ah no!, bueno pero a mi no me han explicado así!’ (...) te puede doler, te puede doler los días previos a la menstruación... este... ¿te vas a bancar?... ‘y no...’” (toco-ginecología, AGC2)

La frase “sos vos la que tiene que elegir”, que se reitera a lo largo de una de las entrevistas, es replicada por la mayoría de las usuarias, afirma la entrevistada, con esta otra, “bueno, pero usted que me sugiere”. Si las prácticas de salud se presentan como una técnica fundamentalmente científica y la palabra autorizada para tomar la decisión sobre un tratamiento frente a una enfermedad es la del agente de salud, ¿qué es aquello que distingue la prescripción de cualquier medicamento de la utilización de un método anticonceptivo? ¿Por qué el/la usuario/a es impulsado/a a elegir a solas y se lo/la hace responsable de la elección que haga?

Esta incitación a “ser libres”, como sostiene Foucault (65) respecto de la salud, se convierte en un imperativo ético, requiriendo de los individuos que regulen su comportamiento. En el año 2006, para el prólogo de un libro, el entonces Ministro de Salud de la Argentina, Ginés González García, señalaba, “...tal como lo prevé la propia Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable: no se trata únicamente de proveer cosas o transmitir información, sino que además hay que formar comportamientos que permitan garantizar el ejercicio de derechos.” (41)

Un efecto de las relaciones de poder presentes en las prácticas analizadas es la constitución de un sujeto responsable de sí mismo, y en el caso de los cuerpos femeninos, también un sujeto responsable por el bienestar familiar. El/la usuario/a es convocado a apropiarse y hacer uso de ciertos conocimientos o prácticas, siempre que se les asigne un carácter subordinado (59). La posibilidad de elegir no implica relaciones más simétricas entre los/as usuarios/as y los agentes de salud.

Las siguientes citas son representativas de una concepción de “autonomía” ligada a la responsabilización del sujeto por sus acciones y elecciones que, desde una perspectiva conservadora de la promoción de la salud, “...refuerzan la tendencia de disminución de las responsabilidades del Estado, delegando, progresivamente, a los individuos, la tarea de tomar cuidado de sí mismos.” (66:48)

*“no, yo quiero el DIU porque yo las pastillas me olvido’ y lo que me interesa no es solo darles un **método** anticonceptivo sino que me interesa que se hagan responsable, cargo de sí mismas... (...) entonces yo les explico, lo que yo les digo a todas, quiero que te quede claro que la que vas a decidir, lo que eliges vas a ser vos! Porque sos vos la que lo va a usar y sos vos la que se tiene que hacer cargo y vos verás cómo vas a hacer para acordarte la hora...” (toco-ginecología, AGC2)*

“lo único que se quiere es que la mamá este... sea responsable y se cuide, no se le obliga a nada... si se le enseña como es cada uno y que la mamá elija la que más le va a convenir... por ahí la ginecóloga le asesora más en ese sentido eh... que puede ser mejor... entonces la mamá elige...” (agente sanitario, AGB1)

Menéndez (59) advierte que, aún cuando la biomedicina y el sector salud cuestionan la automedicación, los programas de salud reproductiva, entre otros, valoran positivamente y generan toda una serie de actividades que impulsan, aparte del autocuidado, la automedicación. El uso autónomo del preservativo o de las pastillas anticonceptivas, junto a la rehidratación oral, autoinyectarse insulina o, palpar los senos, por mencionar unos ejemplos, son algunas de las actividades de autocuidado promovidas desde el sector salud.

Siguiendo a Menéndez, “...por autocuidado se suelen entender las acciones realizadas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer algunos aspectos de salud positiva. El uso de este concepto por el Sector Salud es marcadamente individualista...” (59:56)

“en el barrio puede haber humildad, puede haber bajo nivel socio-económico, eh... socio-cultural, pero todos andan con celular, así que digamos que es una ventaja para las que quieren cuidarse con pastillas, yo les digo que ponga la alarmita en el celular para que se acuerden de tomarla todos los días, sí?” (toco-ginecología, AGD4)

Si el sujeto no autorregula su comportamiento, no responde a este “autocuidado”, se lo acusa de haber fracasado en la incorporación de información biomédica (60). Para Menéndez, lo acontecido en torno a la prescripción médica y a su cumplimiento se constituye en uno de los principales campos de crítica de la biomedicina hacia el comportamiento de la población (59).

“vengo para que me recete una inyección para... un anticonceptivo para cuidarme... porque intenté con pastillas y me olvido de tomarlas’, que es lo mas común, ‘me olvido de tomarlas’, ‘las perdí’... eh... o, ‘las tomé y después tomé dos juntas, no me viene’... hizo un desastre” (toco-ginecología, AGB4)

La mayoría de los/as entrevistados/as afirmaron que, en numerosas oportunidades, las mujeres se embarazan por una falta de responsabilidad individual en las acciones de autocuidado. Entre estas faltas se mencionan la rotura del preservativo por un uso descuidado, despreocupación en el paso de un método a otro, o bien, mientras se espera el turno para realizar la ligadura de trompas, la falta de controles del DIU, la colocación fuera de término del anticonceptivo inyectable y el olvido en la toma de las pastillas anticonceptivas. Se ejemplifica con la próxima cita el modo en que se considera a la usuaria un sujeto aislado que debe asumir “conductas saludables y responsables”,

“hoy vino una chica también con todos esos síntomas [síntomas de embarazo], hace un rato, que tiene una chiquita, le sacaron el DIU, bueno, no tuvo nada en cuenta y ahora aparentemente está embarazada” (clínica médica, AGC1)

No solo se le reprocha a la/el usuaria/o no comprender la prescripción, no cumplirla o hacerlo mal, también se la/lo inculpa por “no planificar”, por no realizar elecciones racionales sobre su fecundidad. En las citas que se colocan a continuación lo que se observa es que cuando los sujetos no asisten a los servicios de salud o no planifican sus embarazos, los agentes de salud no asumen que el sujeto pueda tener autonomía sobre su cuerpo, sobre su fecundidad y hacen referencia a la incapacidad de la/el usuaria/o para incorporar las pautas de autocuidado.

“otros se cuidan pero muchos no, por eso tenemos siempre muchísimas embarazadas, es como que no se concientizan de la planificación... que si yo tengo dos hijo y me es un problema económico y digo no... hasta acá llego... como que no registran... da la impresión esa” (clínica médica, AGC1)

“hay muchas que se preocupan y van, pero hay otras que no, se siguen dejando... bueno mañana voy a ir, mañana y volvemos a la otra visita y no fueron... entonces también tiene culpa la mujer porque no está... tiene todo gratuito (...) lo que más problemas tenemos son las familias numerosas, porque son las que más deberían estar ahí pidiendo algún método o hacer la ligadura y no van!” (agente sanitario, AGD2)

En los extremos de las visiones que tienen los/as entrevistados/as sobre la “no planificación”, se encuentra, por un lado, una entrevistada, que luego de una exigente declamación: *“cuidate con algo hasta que estés en condiciones de tener otro chico... planifica!”*, reflexiona, hace un breve silencio, y dice, “o no [planifiques]” y pone en consideración al “otro” como sujeto. En el otro extremo, un agente de salud relaciona la “no planificación” a conductas instintivas, señalando, *“es ver que cada vez están... será una exageración, pero, actuando más como animales!... por el instinto, te dan ganas de tener relaciones, tienes relaciones, punto, sin pensar siquiera que puede pasar después!”* (toco-ginecología, AGC2)

b. Alcances de la autonomía

Se rescata en este punto la advertencia que realiza Czeresnia, “Promover la salud incluye elección y eso no pertenece al ámbito del conocimiento verdadero, sino al del valor” (66:58). La autora señala que cualquier práctica en promoción de salud presenta puntos de vista acerca de qué es “buena salud”. En las entrevistas realizadas, se observa cómo las prácticas de los agentes de salud están atravesadas por distintas visiones de lo que consideran una “buena elección” en salud reproductiva y, al mismo tiempo, como quedó reflejado en el apartado precedente, desde estas prácticas se produce “un” modelo de subjetividad “autónoma y responsable”.

A partir de dos citas se ejemplifica la lucha por imponer una visión legítima de lo que se considera una “elección responsable”, lo cual implica ubicar a las creencias, acciones y saberes de los/as usuarios/as en una posición subordinada e incluso contraria a las acciones de “planificación familiar” (59).

“tampoco es bueno que tenga, este... un bebé a los 14 o 15 años... y por supuesto que también va la charla, ‘que esto no te conviene...’, ‘que tené cuidado...’, ‘que las relaciones...’, es una lucha, es una parte dura... acá, de la puerta para afuera, tiene su novio, tiene relaciones el fin de semana... toman alcohol y... bueno... tenemos que luchar contra todo eso...” (toco-ginecología, AGB4)

“Para colmo en estos medios por ahí todavía quedan algunas, varias, con este concepto de que el hecho de estar juntos o estar en pareja significa tener un hijo, vale decir que... eh... terminar de solidificar esa pareja es tener un hijo y por ahí tiene cada pareja que más vale no tener ni pareja, ni hijo, pero bueno tratándole de explicar eso!” (toco-ginecología, AGC2)

Dentro de las creencias populares, una de las limitaciones a la “libre elección” que más se menciona es aquella vinculada a la posición “machista” de la pareja de la usuaria quien asocia la utilización de métodos anticonceptivos a la infidelidad. Sin embargo, reconocer que la situación de violencia doméstica y de desigualdad en las relaciones de género incide en la elección del método e incluso en la posibilidad de utilizar algún método, no significa que los agentes de salud trabajen en estos aspectos fuera del espacio del sector salud en interacción con otras instituciones y con otras formas de comprensión de la realidad.

La mayoría de los/as entrevistados/as que describieron sus prácticas en respuesta a una actitud “machista” que limitaba la autonomía de la usuaria, lo hicieron desde esquemas individualizados que se proponen modificar la conducta de la mujer transformando desigualdades de género en “elecciones individuales”. De estas prácticas, las más notables fueron animar a la usuaria a que utilice métodos anticonceptivos a escondidas de su pareja, o bien, el caso opuesto, impulsar a la usuaria a que tome las decisiones reproductivas en consonancia con su pareja.

Las/os usuarias/os son pensados como seres aislados que deciden y son responsables sobre su propia fecundidad, sin considerar el entorno social en que viven y se relacionan.

“y mucho es también descuido de la mujer, eh... mucho descuido de ella vemos, porque nosotros vemos y le decimos mirá ahora es tu decisión tuya, no es la de tu marido” (agente sanitario, AGD2)

Luego de “el machismo”, la otra limitante para elegir “libremente” que aparece con mayor frecuencia en las entrevistas es la referida al bajo nivel educativo de los/as

usuarios/as, que, llevada al extremo, algunos entrevistados/as han transformado en “discapacidad”.

La oferta de los diferentes medios para regular la fecundidad está fuertemente vinculada a la visión que tengan de la/el usuaria/o. A aquellos sujetos considerados capacitados para “auto-regularse”, se le ofrecen los anticonceptivos orales, y a quienes se los califica como incapacitados para llevar adelante su “autocuidado”, se los orienta hacia la esterilización quirúrgica y en menor medida hacia el DIU.

De aquellos agentes de salud que emprenden la tarea pedagógica en sus prácticas podemos diferenciar entre quienes se limitan a brindar “información científica médica”, principalmente sobre las características biológicas y funciones del cuerpo y los agentes de salud, que se proponen promover “decisiones autónomas” y que su práctica *“no pase únicamente aquí con la sola asistencia de resolverles un flujo, de controlarle un embarazo o de darles una pastilla para que se cuiden”* (toco-ginecología, AGC2).

La promoción de “decisiones autónomas” se basa fundamentalmente en prácticas destinadas a “elevar la autoestima” y responsabilizarlos de sus actos, “mediante la provisión de medios para que los sujetos valoren sus propios deseos, actitudes y conductas en relación con lo que les ofrecen los expertos en promoción de la salud” (67) El párrafo a continuación muestra el modo imperativo en que es desarrollada esta práctica entre los agentes de salud interesados en reeducar al sujeto,

“hay muchas que por ahí me tildan que yo soy medio idiota, medio mala, medio secota pero porque trato de que ella se valoricen un poco mas!! (...) de que presten atención o... no le terminan de dar un papel y el hijo ya le agarra el papel y ya lo ha arrugado y... ‘no te lo voy a volver hacer al papel, porque tienes que aprender a cuidar y hacer ciertas cosas’” (toco-ginecología, AGC2)

Las acciones destinadas a “elevar la autoestima”, “hacer que se valoren”, son prácticas que tienen más que ver con la intención de *empoderar* que de *apoderar*. Chapela (62), establece la distinción entre estos dos términos, entendiendo empoderar como el “dotar a otra persona de algo que quien dota posee y quien es dotado no posee, estableciendo así una relación en donde una parte es activa e independiente y la otra pasiva y dependiente (...) cosa contraria a la intención de *apoderar* en donde el sujeto se dota y recupera lo que es y era suyo en primera instancia.” (62:349)

Desde el área social de uno de los centros de salud se describen prácticas en las que se manifiesta una intención de apoderar al sujeto pero que, a lo largo de la entrevista, se revela que aquello que en una primera instancia aparece como el interés por conocer prácticas cotidianas de la población, esconde el propósito de llevar adelante una reeducación que se describe como, *“trabajar esto de los hábitos, de la pautas que tienen incorporadas, trabajar en forma conjunta el cambio, porque si vos se los impones, difícilmente los acepten, pero por allí, si lo vas trabajando, de a poco, cierto cambios en la salud digamos...”* (trabajo social, AGD3)

Cuando los agentes de salud fracasan en la reeducación y se topan con usuarias/os incapaces de comportarse apropiadamente como “sujetos de intervención pedagógica” (60), consideran que esos cuerpos deben ser dirigidos a través de intervenciones tecnológicas y farmacológicas porque no son capaces de auto-regularse. A lo largo del trabajo de campo realizado han sido relatados numerosos “casos”, de los cuales se reproducen a continuación dos, en los que en la relación de poder con el agente de salud, los márgenes de libertad de la usuaria se reducen al mínimo.

Siguiendo a Briggs (60), “La categorización del subalterno como sujeto insalubre puede legitimar la denegación de derechos a la salud, conferidos a los ciudadanos salubres...” (60:111), y, en los casos presentados, se trata de denegaciones de los derechos reproductivos.

*“me acuerdo que tenía práctica intrafamiliares, incestuosas y era un caso difícilísimo, que dicho sea de paso sigue todavía acá en la comunidad y no hubo forma de cambiarla, me acuerdo que con la asistente social decimos, ‘¿que hacemos con esta paciente?’, y bueno, el ginecólogo que estaba, accesible el ginecólogo, tráemela ya, creo que él, no se si charló con ella porque es difícil charlar con ella porque tiene un déficit intelectual entre leve, leve - moderado, más el problema de alcoholismo, más muchos niños para cuidar, todos como ella, digamos, y a todos los mantiene mendigando... entonces es como el ginecólogo directamente optó y le puso un DIU, que te pueden reclamar?... bueno que esa paciente jamás se va a hacer un control, es cierto! (...) lo cierto que ella no tuvo más niños desde que yo estoy acá que va a ser tres años pero esas indicaciones fuertes o sea, yo no se, la paciente no fue libre de elegir, estoy segura, pero tampoco se si se **puede** elegir, ¿me entendés?”* (medicina familiar, AGD1)

“por ahí tiene algún tipo de discapacidad que para mi, a mi entender, es social... no es una discapacidad física, ¿me entendés? Pero si creo que tiene una crianza y toda una

historia de vida bastante densa y... no es fácil hacerle entender (...) Creo que la forma tampoco es ir y ligarle las trompas, como sí en algún momento se planteó, 'hablemos al hospital y cuando lo tenga al chico que le ligen las trompas'... no, no es así... nosotros en su momento lo hemos hablado, ella no lo quiere hacer y no se quería cuidar y no se quería ligar. Si involucrarse de la parte social, 'bueno, andá al asistente... si vos sola no podés...' , llevémosla, busquemos a alguien que la vea" (toco-ginecología, AGB2)

En ambos "casos" se intenta primero la reeducación del sujeto, la "normalización" de la conducta desviada, en el primer relato, ante el fracaso debido a la "incapacidad" de la usuaria para incorporar el punto de vista del equipo de salud, la respuesta es directamente la intervención sobre el cuerpo, *"lo enfrentamos nosotros (...) fui yo que la empuje, fue el ginecólogo que decidió"*, dice reflexionando sobre lo relatado el agente de salud. En el último relato, la/el entrevistada/o piensa críticamente, *"quién sos vos para decidir sobre el cuerpo de la señora..."*, no obstante, su propuesta es una intervención de tipo social, como modo de sujeción de ese cuerpo difícil de controlar.

3. Factores culturales, institucionales y subjetivos

Las prácticas que los agentes de salud desarrollan vinculadas a la autonomía de los sujetos en sus decisiones reproductivas, producidas y reproducidas en contextos específicos, están atravesadas por distinciones sociales, definiciones de lo que se considere el “ser” humano, normativas institucionales, y la subjetividad del agente en interrelación con otro sujeto.

La presentación en distintos apartados de los factores culturales, institucionales y subjetivos antes mencionados, no significa que estos se piensen en forma aislada, por el contrario, en el análisis se busca identificar las relaciones entre cuerpos, ideologías, relaciones sociales e instituciones presentes en las prácticas analizadas.

a. Factores culturales

Las prácticas de los agentes de salud no tienen valor en sí, sino que encuentran su valor en el conjunto de relaciones que determinan su sentido. Martínez (68), quien realiza un profundo análisis de la obra de Pierre Bourdieu, entiende que para realizar un análisis relacional de las prácticas es de utilidad el concepto de *habitus*, el cual “...no designa ya un conjunto de propiedades inherentes a un sujeto, sino la relación entre ciertas prácticas (...) y una situación presente del juego de relaciones actual en el espacio social.” (68:209)

A través del análisis de los esquemas de producción de las prácticas, se puede ver la solidaridad de las prácticas de diferentes órdenes que el concepto amplio de cultura pone de relieve, y al mismo tiempo, ver, “cómo la cultura “legítima” es el lugar de una lucha por la definición de esa legitimidad...” (68:209).

El presente apartado se propone evidenciar, por un lado, cómo las prácticas de los agentes están atravesadas por un cierto *habitus asistencial* de salud que es producto y, al mismo tiempo reproduce, una posición en el espacio social y, por otro, las luchas de poder por definir modos legítimos de “ser” hombre, mujer o adolescente.

a. 1 Distinciones sociales que moldean las pautas de interacción entre los agentes.

Las dos capacidades que definen al *habitus*, son para Bourdieu (69), la capacidad de producir unas prácticas ‘enclasables’ y la capacidad de diferenciar y de

apreciar estas prácticas. El *habitus* es tanto el generador de la acción social, como el factor primordial para la reproducción cultural o simbólica y, por extensión, el principio productor de las distinciones sociales, al tiempo que es también el producto de la incorporación de la división de posiciones sociales (69).

En las prácticas analizadas, aunque la maternidad aparece naturalizada y ligada a la condición de mujer, es presentada como una elección “libre” desde el punto de vista de los sectores medios en oposición a la “maternidad como destino”, que es asociado en los sectores populares a “desinformación”, pero también a “conformismo”.

Al respecto, es ilustrativo el modo en que un agente de salud valora la opción por una carrera profesional y un hijo “proyectado”, en contraposición al “estilo de vida” de los/as usuarios/as,

“yo siempre miro a mis hijas, yo tengo mi hija de veintidós años que estudia, que está en tercer año de geología, que la veo que viaja, que hace las cosas que le gusta... eh... me siento como tranquila... ¿me entendés?, no digo que algún... va a tener un hijo que es lógico y lo normal!... ¿me entendés? pero que sea... que sea deseado, proyectado, como te puedo decir, pensado, que le voy a dar, que le voy a brindar a mi hijo” (enfermería, AGB3)

“mas facilidades de las que hay ahora, yo para mi que la mujer que se llena de hijos, se llena porque quiere o porque quiere el plan familia (...) esperan... y el conformismo y la desinformación que bueno las lleva a ese estado de... de quedarse y pensar que tan solo pueden ser madres” (enfermera, AGB3)

Las apreciaciones del agente de salud sobre “los pobres”, sobre su educación y sus creencias, no hacen más que permitirle ubicarse, por oposición, en un determinado espacio social. En su obra *La Distinción*, Bourdieu señala que la división de clases construida desde las ciencias sociales “conduce a la raíz común de las prácticas enclasables que producen los agentes y de los juicios clasificatorios que éstos aplican a las prácticas de los otros o a sus propias prácticas...” (69:169).

Los puntos de vista de los agentes de salud dependen de su posición en el espacio social y éste a su vez se define a partir de afinidades de interés y de disposiciones que obtienen su valor de la posición que ocupan en un sistema de oposiciones y de correlaciones.

Al “tener los hijos que Dios mande” o “los que tienen que venir que vengan”, los agentes de salud oponen, *“elegir y armar un proyecto de vida de cuantos chicos... (...) están en condiciones de poder darle un, un... una vida buena, digamos, una buena calidad de vida”* (trabajo social, AGD3)

En una cita de Thibaut y Riecken (70) que realiza Bourdieu, se hace referencia a los efectos ideológicos que ejerce la visión dominante cuando naturaliza el gusto por necesidad “... convirtiéndolo en inclinación natural por el solo hecho de disociarlo de sus *razones de ser* económicas y sociales...” (70:178). En el siguiente fragmento de una entrevista se refleja esta naturalización del gusto por necesidad,

“la mayoría son... como que... se someten a situaciones y cosas y a... hechos que no comparten, o que no están de acuerdo, o que no... que les duele o que sufren, y lo mismo lo viven, o sea, no... (...) no hablo de lo económico, no? Hablo de esta historia de autoestima y de... cómo quiero criar a mis hijos y... de cómo quiero... vivir con mi pareja, y cómo quiero tener relaciones con mi marido, y cómo no quiero...” (toco-ginecología, AGB2)

La inclusión de la dimensión ideológica en la descripción e interpretación de los factores culturales presentes en las prácticas de los agentes de salud, abre la posibilidad de reconocer las maneras en que se organiza un sistema de jerarquías en la interacción agente de salud-usuaria/o.

Las prácticas de los agentes de salud están atravesadas por un *habitus asistencial* que les otorga la suma del poder/saber en oposición a las/os usuarias/os que son categorizados, desde el punto de vista de los agentes de salud, como ignorantes, por sus prácticas o por tener concepciones diferentes. En palabras de uno de los entrevistados esta oposición se resume en la siguiente frase, *“conocen la carne nada mas hay que darles información científica médica”* (toco-ginecología, AGB4)

Como señala Menéndez (59), a través de la autoidentificación de los agentes de salud con “la ciencia” es que se excluyen las otras formas de atención identificadas justamente con criterios no científicos. Las referencias a la ligadura de trompas, el DIU y el preservativo, indican claramente cómo se establece la oposición entre el “saber experto” del “saber popular”, este último vinculado a mitos y temores,

“...siguen todavía muy aferradas a ciertos conceptos... (...) que me parecen a mi que tiene mas que ver con una cuestión social y cultural en relación al rol, que supuestamente debe cumplir la mujer en esta sociedad... esteee, ‘no, no me voy a hacer

la ligadura de trompas porque... (...) 'no voy a servir como mujer después' y el servir como mujer es entender que después no va a poder tener relaciones sexuales" (toco-ginecología, AGC2)

"que la vecina, que se quedó embarazada, que la amiga, era una cuestión cultural ahí el DIU que no querían saber nada porque varias habían tenido problemas con el DIU... que le agarraba cáncer, que entonces uno le tenía que dar en las charlas" (toco-ginecología, AGD4)

"tienen mas bien una idea como que si te cuidas con preservativo por ahí no es cuidarse también... cuando es, es bueno si... digamos si te cuidas bien, si sabes usarlo bien es bueno" (medicina familiar, AGD1)

También constituyen expresiones simbólicas de la posición de clase los puntos de vista referidos a las relaciones de pareja y la "vida familiar". En la siguiente cita se observa cómo a un mismo hecho, la separación y la formación de una nueva pareja, el/la entrevistado/a asigna valores distintos y distintivos, señalando que las prácticas que para los sectores altos y medios significa una elección, es para los/as usuarios/as una "inclinación natural",

"lo que pasa es que en el barrio se cambia mucho de pareja, (...) después resulta que se separa y después se casa con otro o se junta con otro, que es muy común en esta zona... que ya pasa en niveles más altos, pero acá es algo natural" (toco-ginecólogo, AGD4)

Otro de los juicios clasificatorios que los agentes de salud aplican sobre los/as usuarios/as y sobre ellos mismos, es en torno a lo que significa "tener bien a un hijo". El punto de vista adoptado por los agentes sobre este aspecto tiene un peso muy importante en la orientación que brindan sobre las decisiones reproductivas, como se muestra a continuación,

"tomemos el tiempito que hace falta para sensibilizarlo al señor y hacer que se de cuenta que las cosas no son como parecen... que el bebé se va a cagar de hambre, que no tiene como cuidarlo, que no tiene como trabajar, etc., etc.... y bueno fijate que haces, no te querés ligar las trompas bueno, cuidate con algo hasta que estés en condiciones de tener otro chico" (toco-ginecología, AGB2)

En otro fragmento de una entrevista a un agente del servicio de enfermería se puede ver cómo el modelo de maternidad valorado es un modelo que responde a las

exigencias de los sectores medios y que se construye en oposición a los sectores populares,

“yo a veces digo, es lindo que... es lindo ser mamá, es maravilloso, pero vos tenés que tener tiempo para cuidarlo, para dedicarle, para pensar que querés... tenés que hacerlos estudiar... que tenés que hacer un montón de cosas por un niño, no es como los traen algunas madres que los llevan al comedor y se olvidan y a la noche no les dan nada porque no tienen, pero tampoco hacen por tener, porque también hay mujeres acá que salen a trabajar en casa de familia y... y... trabajan todo el día y su marido es albañil y tienen un montón de hijos pero los tienen bien!” (enfermería, AGB3)

El tópico de la educación formal, así como la “desinformación” identificada con la pobreza, es referido por la mayoría de los/as entrevistados/as en tanto es considerado un bien que los posiciona en una mayor jerarquía dentro de la estructura de relaciones entre posiciones de clase. Al respecto, la idea que se reitera entre los agentes entrevistados es la siguiente,

“la educación es clave y relacionado lógicamente con la pobreza. Más pobres son, más se están desinformados y no hacen el intento tampoco” (enfermería, AGB3)

Al interior del equipo de salud también se establecen jerarquías entre los agentes de salud, lo cual se refleja, por ejemplo, en el uso del tiempo, como quedó explicitado en la descripción de las prácticas.

Aquellos agentes que ocupan posiciones en campos menos legitimados dentro del saber biomédico, como el de la enfermería o los agentes sanitarios, son quienes más se preocuparon por marcar esta distinción y lo manifiestan haciendo alusión al capital cultural acumulado a través de su permanente actualización en diferentes cursos.

En la cita que se coloca a continuación, un agente sanitario, apropiándose de la visión dominante sobre los saberes científicamente reconocidos, expresa,

“nos van actualizando, porque hay algunos métodos que van teniendo y se van actualizando, entonces vamos teniendo capacitación, a nosotros, el agente sanitario, nos capacitan mucho... somos un 50% capacitación, y el otro, bue, lo que nosotros sabemos hacer... y aparte, porque exigimos la capa... necesitamos la capacitación” (agente sanitario, AGC4)

Cuando en el párrafo que antecede se hace referencia a “lo que nosotros sabemos hacer”, se marca una diferencia entre las habilidades relacionales y la formación en “temas científicos”, que las/os legitima como “profesionales de la salud”.

Las prácticas de los agentes de salud están impregnadas por sus apreciaciones sobre los “estilos de vida” de los/as usuarios/as. A modo de ejemplo, en el caso de la ligadura de trompas, como método anticonceptivo calificado de irreversible, la apreciación “son tan inestables en sus vidas” repercute en la valoración que el agente tenga sobre las decisiones reproductivas de la usuaria, “también son inestables en sus pareceres, hoy quieren una cosa para siempre y pasado mañana ya se están empezando a cuestionar” (toco-ginecología, AGC2).

a. 2 Prácticas que legitiman un modo de “ser” mujer, hombre y/o adolescente.

Constituirse como mujer, como hombre, como adolescente, son todos efectos del poder sobre un cuerpo, un cuerpo que para “ser alguien” deberá responder a un modelo de sexualidad dicotómico, a un comportamiento esperado para una determinada categoría de edad. Los agentes de salud con sus prácticas contribuyen en la reiteración de definiciones dominantes sobre la manera de “ser” y “actuar”. Es preciso aclarar que detrás de la reiteración de la norma no se oculta un poder soberano encarnado en la figura del agente de salud pues, se entiende al poder, tomando la concepción de Foucault (3), como una forma de relación entre sujetos, y no como algo que se posee, relación en la que uno desea dirigir la conducta de otro.

Las relaciones de poder a través de las cuales se fundan sujetos y se movilizan “posibilidades de sujetos”, se pueden describir a través de una red de conexiones entre saberes, tecnologías, discursos, instituciones, enunciados científicos y programas de gobierno, que Foucault agrupó bajo la noción de dispositivos.

Se selecciona a continuación un fragmento en el que Foucault establece algunas condiciones de las relaciones de poder que permiten comprender aquello que Butler denomina “posibilidades de sujetos”,

“Estas relaciones de poder son entonces cambiantes, reversibles e inestables. Debe tenerse en cuenta que no puede haber relaciones de poder a menos que los sujetos sean libres. Si uno estuviera completamente a disposición del otro, y se volviera su cosa, un objeto sobre el que se puede ejercer una violencia infinita e ilimitada, no

habría relaciones de poder (...) Esto significa que en las relaciones de poder existe necesariamente la posibilidad de resistencia...” (71:158)

La “problemática adolescente” fue un tema que introdujeron los/as entrevistados/as, por lo que se consideró oportuno en el análisis sobre los factores que intervienen en las elecciones sobre la fecundidad, prestar atención, no solo al efecto esencializador que sobre el “ser” mujer o “ser” hombre tienen las prácticas de los agentes de salud sino también el efecto de estas prácticas, como tecnologías de producción de subjetividad, tienen sobre el “ser” adolescente.

“ser” mujer/ “ser” hombre, la interpelación de género

En el transcurso de las entrevistas se ha registrado el modo que utilizan los agentes de salud para denominar a los sujetos que asisten al servicio. Cuando se afirma: ¡es una niña!, dice Judith Butler (15), “la niña se “feminiza” mediante esa denominación que la introduce en el terreno del lenguaje y el parentesco a través de la interpelación de género.” (15:26).

Como se observa en las entrevistas, la interpelación fundacional: ¡es una niña!, se reitera en las prácticas vinculadas a la salud reproductiva como un modo de naturalizar y, por lo tanto, eternizar, un “ser” femenino en el que existe una continuidad y coherencia entre sexo, género, práctica sexual y deseo.

“Eso es lo que yo les estoy metiendo en la cabeza a las mamás, no?... hacerse valorar ellas como mujeres...” (agente sanitario, AGC4)

“si viene una mamá que tiene 14 años... (...) si ella pasó por ginecología... si le está dando de mamar bien al bebé... o sea, me interesa que vaya también como puérpera que sea atendida, que sepa como se va a cuidar después!... porque ya esa mamá... si yo no le explico seguramente que...” (enfermería, AGB3)

Uno de los tópicos presentes en las entrevistas cuando se preguntó acerca de los condicionamientos para elegir un método anticonceptivo es la relación de pareja, la cual se presupone siempre heterosexual y se hace presente la continuidad sexo femenino/mujer/práctica heterosexual/deseo orientado hacia el sexo masculino.

“tenés tu pareja?... estás de novia?... hace mucho que estás de novia? salís con él? Tienen relaciones los fines de semana?... ¿me entendés?... lleva... lleva tiempo todo eso... eh... no es fácil... (...) pero uno se da cuenta que si sale con el novio o si ya está

viviendo con él o se ven todos los días... o tienen relaciones todos los días...” (toco-ginecología, AGB4)

Las prácticas vinculadas con las decisiones reproductivas van a regular, en el caso de la construcción de la feminidad, los caracteres sexuales secundarios y el “rol de madre” basado en un sustrato biológico, su capacidad reproductiva, y por lo tanto inmodificable.

Se refleja en el párrafo que se coloca a continuación uno de los modos en que construye la femineidad,

“nos resultaron mucho también los grupos que hay de peluquería, porque nos ha pasado por ejemplo que, que tal día, la peluquera, nos dio el cupo para 5 mujeres, para que vayan, entonces llegan, se miraban entre ellas... ‘no!, sos vos?’, ‘si soy yo’, ‘pero mira!’, ‘y bueno ahora te juro que no voy a dejar, voy a juntar todos los días mi moneda para ir a la peluquería y arreglarse’ ¿me entendés? y bueno, por allí los maridos que van y miran y por ahí algunos les gusta y a otros no, porque ven que hay más cambios, por el temor, a la pérdida, o verla que ella se ha mejorado en su aspecto, pero, pero todos esos pequeños detalles vamos trabajando, no es solamente la elección de un método, sino hay todo un proyecto de vida, en donde la elección de un método es un elemento más...” (trabajo social, AGD3)

Parte de la performance, tomando el concepto de Butler (15), de ser bueno “haciendo de hombre” es no cuidar su cuerpo, embarazar a su mujer, negarse a usar preservativo.

“por ahí las mujeres se, este digamos, que iban para cuidarse sin que le marido sepa porque no querían embarazarse más, porque ya tenían 5, 6 hijos y el marido no tenía problemas en seguir teniendo hijos, para él era... se notaba más machista, más macho si tenía más hijos, sí?” (toco-ginecología, AGD4)

Las prácticas de los agentes de salud como prácticas que regulan y reiteran la norma, contribuyen a normalizar un “ser” masculino en el que también se establece y naturaliza una continuidad entre su sexo biológico, su género, su práctica heterosexual y su deseo orientado hacia una mujer.

“a pesar de que te dije, todos sabemos que llevan 5 y venden 4, no sé, pero los 4 que se vendieron... se los llevó alguien que se los va a poner para tener relaciones con una mujer!!!” (toco-ginecología, AGB4)

Como contrapartida al disciplinamiento del cuerpo femenino constituido como cuerpo maternal le corresponde una articulación de lo masculino como productor-reproductor de la especie. Si se es hombre produciendo y no cuidando el cuerpo, la participación en las decisiones reproductivas lo hacen menos hombre.

“explicamos así a su marido, hacerle entender de que es importante que ellos los dos se cuiden, o yo le pregunto, ‘¿cuántos hijos querés tener?... ¿cuántos hijos tenés pensado tener?’... le preguntamos... y muchos bajan la cabeza... avergonzados, porque así se ponen avergonzados” (agente sanitario, AGD2)

Las identidades de género hegemónicas no son múltiples, como se podría desprender de su carácter culturalmente construido, sino que se estructuran sobre la morfología del sexo que se supone natural, inamovible y binario. Este modo de concebir al género, como la interpretación cultural de “un sexo natural” predeterminado, oculta el carácter variable y construido del sexo. El cuerpo, en esta relación mimética entre género y sexo, pasa a ser un receptor pasivo de una ley cultural inexorable (72) Las posiciones teóricas que adoptan Irigaray, Foucault y Wittig, señala Butler, destacan “...la idea de que el sexo aparece dentro del lenguaje hegemónico como una sustancia, como un ser idéntico a sí mismo, en términos metafísicos (...) que oculta el hecho de que “ser” de un sexo o un género es fundamentalmente imposible.” (72:51)

“así con dibujadito, todo muy bonito, pero muy marcados los órganos femeninos y masculinos y le pusieron abajo, pinte el nene y pinte la nena... impresionante, sabés cómo esta pintadito, apenas sí, algunos muy coquetos, otros apenas con la rayita, pero identificaron muy bien el nene y la nena... perfecto, cuales son los órganos masculinos y los órganos femeninos... eso para mí me pareció súper... súper...” (agente sanitario, AGC4)

“el día que menstruó vino y me avisó a mí y fue algo natural, y siempre le dije a mi hija: hay que bañarse, hay que ir a trabajar, esto no es una enfermedad, es algo que le pasa al cuerpo, que nos pasa a las mujeres para que algún día seamos madres” (enfermería, AGB3)

La conexión de la atención sanitaria al proceso reproductivo con las identidades de género binarias, también se apoya en la capacidad biológica para engendrar que convierte al sujeto – real o potencialmente- en madre. Las prácticas de los agentes de salud reiteran los comportamientos esperados del “ser” madre y del “ser” padre.

“uno se siente mal cuando uno no puede llevar el pan a sus hijos le digo, o te sentís mal o te sentís bien?, le digo... y ellos reconocen ahí... entonces... es sentarse con ellos y hacerlos recapacitar (...) lo que demanda mantener una familia hoy en día es gravísima la situación y estar pensando que le voy a... la mamá pensar que le voy a cocinar, que le voy a dar de comer y usted pensando en donde voy a encontrar trabajo, como voy a hacer para mantener a los chicos...” (agente sanitario, AGD2)

Una de las entrevistadas piensa críticamente la diada mujer-madre y hace una observación sobre la denominación “materno-infancia” del programa provincial, sin embargo, en el relato de una práctica que interpela su subjetividad, al igual que varios de los/as entrevistados/as, justifica la protección de la salud de la mujer en tanto “es” madre.

A continuación los dos fragmentos de la entrevista donde se presenta la contradicción antes mencionada,

“salud reproductiva y todo lo que tenga que ver con la mujer, o sea, hoy es un área, un pedacito lo que es un programa materno infantil y seguimos sin poder desprender la historia de una mujer como una persona y que no solamente es madre, hasta en eso... (...) eso para mi es una gran falta...” (toco-ginecología, AGB2)

“porque un útero con 6 cesarias, con 6 cirugías es transparente, es una bolsa de nylon... se rompe el útero, se muere el bebé y los... los 6 chicos vivos se quedan sin madre es todo un... no es nada más que ella es todo lo que tienen alrededor” (toco-ginecología, AGB2)

Vemos en este último fragmento referido a las condiciones en las que, según la entrevistada, es imperioso que se realice una ligadura de trompas de Falopio, cómo la supervivencia de la mujer es considerada un medio para la supervivencia de los niños. Es el hecho de tener hijos, dice del Rio Fortuna (73), lo que justifica la protección de la salud y sobre todo de la vida de la mujer.

El análisis sobre el acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina, concluye del Rio Fortuna (73), “...da cuenta del problema del poder que toma lugar en los cuerpos femeninos, cuerpos atravesados por el Estado a través de contradictorias normas y diversos agentes, y que muestra crudamente la dificultad de confrontar (o al menos limitar) las expectativas sociales que hacen de toda mujer una madre en potencia.” (73:15)

De las entrevistas realizadas se desprende que junto a la anticoncepción quirúrgica femenina, otras prácticas refuerzan una esencia sobre el “ser” mujer ligada

al ejercicio de la maternidad y la responsabilidad por el bienestar de sus hijos. Las dos entrevistas que se citan a continuación ilustran la primacía de la salud de la mujer como madre,

“el pediatra a la mañana, por ejemplo, él siempre me mandaba notitas desesperadas me decía, ‘por favor! ponete algo, porque ya me va trayendo 6, 7 chicos... cuídame una madre porque si me quedo sin una madre me quedo con 7 hijos huérfanos, que quien los va a cuidar’” (toco-ginecología, AGC2)

“mirá vos, le digo, mirá y si lo ibas a abortar, mirá si te pasaba algo ¿Qué iba a ser de tus otros hijos? Y son bellos esos chicos, son hermosos... ves, pensás!, le digo, y bueno ahí está... así que le digo, vos ves, tenés la opción de todos anticonceptivos mi amor, no hay otra... no hay otra...” (agente sanitario, AGC4)

Con respecto a la población masculina, en las observaciones realizadas y en varias entrevistas se advierte que la población a la que no está destinada la atención en el servicio de salud, experimenta una sensación de vergüenza cuando va a buscar preservativos. No responder a las normas hegemónicas de la masculinidad dominante al ir a buscar preservativos, genera emociones corporales, como vergüenza, humillación, timidez, que, afirma Bourdieu, son “maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y *como de mala gana*, a la opinión dominante, y manera también de experimentar (...) la complicidad subterránea que un cuerpo que rehuye las directrices de la conciencia y de la voluntad mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales” (50:55).

“y hasta los hombres... los hombres, no te hablo de un adolescente... te hablo de un adolescente y de un hombre grande que... que... si lo vemos con la mujer que viene a veces con los hijos y a veces entra el hombre por ahí porque la madre está en peso o se han ido al médico y entran, y están así con vergüenza... ‘eh... ¿cómo hago para pedir preservativo?’... ‘ahí, en la ventanilla puede pedir, ahí le dan de cinco, de diez y lo anotan en un cuadernito’... ‘ah... pero hay mucha gente no quiero hacer...’” (enfermería, AGB3)

No solo aquellos que deben responder a las normas hegemónicas de la masculinidad dominante sienten vergüenza de asistir a un espacio destinado a la díada madre-hijo, también la experimentan aquellos sujetos que no responden a la continuidad y coherencia entre sexo, género, práctica sexual y deseo.

“bueno nos ha tocado este... chicos que este... son homosexuales y que tienen vergüenza para ir y vienen dos o tres y pasan por enfermería no van a ir a administración para hacer la fila...” (enfermería, AGB3)

En fragmentos de las entrevistas seleccionados para este apartado en los que se habla de “matrimonio”, “esposo”, “novio”, se refleja como aparece la biología como destino sobre el que se monta el género, la práctica heterosexual y el deseo orientado hacia el sexo opuesto, en un supuesto modelo dicotómico.

La “naturalidad” desde la cual se asumen ciertos presupuestos sobre los sujetos, estigmatiza aquellas expresiones subjetivas que ponen en cuestión la estabilidad del orden hegemónico. Si responder a la norma de género permitía al sujeto ser un “sujeto viable”, lo contrario, o un desvío de esta norma puede generar cierto cuestionamiento a la noción misma de “ser mujer” o de “ser hombre” como esencia.

“dos chicas muy bien puestas ellas y bueno... preguntándome una como se podía cuidar. Entonces este... yo llenando la historia clínica en cuanto a hijos, relaciones... y con que se cuida y que se yo... que se cuanto... relaciones sexuales por semana, como para empezar a entrar sobre los métodos que se yo... y ella me aclara en el camino que bueno ella mantiene relaciones sexuales pero no con hombres si no que somos pareja... y bueno realmente no sabia que... como manejar una consulta sobre lo que era sexualidad o sobre lo que era procreación responsable... que hasta la misma palabra te coarta la... la atención, la chica no se iba a embarazar nunca, y ella me dijo, ‘no me voy a embarazar, yo mantengo relaciones con ella’, que sé yo, que sé cuanto...” (toco-ginecología, AGB2)

Se destaca la reflexión que realiza la toco-ginecóloga sobre su propia práctica, sobre los presupuestos y sobre la categoría falsamente homogénea de “mujer” en base a la cual se piensa la “procreación responsable”. En relación al quiebre que se produce entre una expresión de género, las prácticas sexuales y el deseo, analiza Butler (72), “La matriz cultural –mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género– requiere que algunos tipos de “identidades” no puedan “existir”: aquellas en que el género no es consecuencia del sexo y otras en que las prácticas del deseo no son “consecuencia” ni del sexo ni del género.” (72:50).

Como lo expresa a continuación la entrevistada, la matriz cultural o en términos de Bourdieu, “las estructuras cognitivas que organizan los actos de construcción del mundo y de sus poderes” (50:56), son fruto de una construcción social y no de un acto intelectual de un sujeto aislado.

“en realidad... a mi, bueno, por la estructura que uno tiene en la cabeza también, vos estás preguntando, ¿relaciones sexuales?... ‘sí’... eh... que se yo... nunca abordar el tema hacia ese lado y sí, ellas me han dicho el 100% de las veces... ‘no, lo que pasa es que soy lesbiana, mantengo relaciones con otra mujer’... y yo seguía preguntando porque era como que no me cerraba... y era que no tenía en la cabeza, dentro de mi entrevista la historia que mantenga relaciones con otra mujer! Entonces siempre, ‘eh... no te das cuenta de lo que te estoy diciendo’ (risas)” (toco-ginecología, AGB2)

“ser” adolescente

Como se consignó en la introducción del presente apartado, el tema del embarazo en la adolescencia como problema de salud pública, junto a otros problemas vinculados a “la adolescencia”, fueron expuestos por los/as entrevistados/as quienes se mostraban particularmente preocupados por la falta de responsabilidad de los y las adolescentes por sus acciones.

Junto a Adaszko (74), el propósito de este apartado es “desempacar” la categoría genérica “adolescencia”, para comenzar a mirar con mayor complejidad las experiencias de subjetividades diversas que, desde una normalidad hegemónica, preocupan cuando se salen de las normas dominantes, y el modo en que las prácticas se ocupan de reiterar la norma para hacer del sujeto, en términos de Butler, un adolescente “viable”.

Del mismo modo que la construcción de un modelo binario de género se apoya en “un sexo natural” predeterminado, la edad “social” se funda en una “edad biológica”, de la cual también se oculta su carácter construido y variable.

La construcción social de la edad se observa al valorar que a los 16 o 17 años las adolescentes son “*bastantes chicas*” (enfermería, AGC3) y también, como en la cita que se expone a continuación, cuando no hay una correlación entre el desarrollo biológico del cuerpo y la edad,

“Pero hablamos de chiquita de 12 años alta como yo, así el busto y formadita, acá vino con una pancita de 2 o 3 meses mas gordita ya, no se le notaba la panza pero ya gordita la niña, pero no de 12 años como algunas, patitas finitas que no... no, ya una niñita formada, entonces por eso digo...” (enfermería, AGB3)

“te viene a pedir un anticonceptivo... es verdad que es mejor prevenir... pero tampoco comparto mucho la idea de darle hormonas a una chica de 14 o 15 años porque va a tener un desarrollo exagerado de la mamas y de los glúteos, me entendés?... voy a acelerar sus procesos naturales de adolescente, me entendés?...” (toco-ginecología,

AGB4)

Varios de los entrevistados reproducen lo que Ariel Adaszko denomina los enfoques hegemónicos sobre la salud del adolescente, los cuales “...se apoyan explícita o implícitamente en un marco conceptual que opera en sentido inverso al descubrimiento de la diversidad. Señalan que, independientemente de otra consideración, todos los jóvenes comparten por igual una característica que opera catalizando negativamente los factores sociales: los jóvenes, se dice, aún no tienen la suficiente madurez psicológica y no poseen las capacidades necesarias para evaluar los costos de sus acciones...” (74:34). Los mismos argumentos que se esgrimen para calificar de manera homogénea a los jóvenes, se encuentran en algunas de las entrevistas.

“yo tengo chicas menores de 15 años que tienen relaciones sexuales, entonces no tienen relaciones sexuales por una responsabilidad... (...) lo hacen como para ser una mas de esa publicidad que se vende en todos lados... en la televisión, en la revista, en todas partes... entonces... este... y lo hacen sin pensar en las consecuencias, (...) pienso que al adolescente explicándole bien... si, pero lo que pasa es que el adolescente en ese momento quizás lo... lo capta lo recibe al anticonceptivo, recibe el preservativo pero a lo mejor no es continuo... no es continuo, llega un momento que esa responsabilidad se le termina y después no acude a retirar el anticonceptivo, ni, ni a preguntar nada!!!... son muy pocos” (toco-ginecología, AGB5)

“a mi me saca por ahí de quicio, como quien dice, esto de verlos tan descabezados! tan faltos de, de, de... porque no tienen ni idea de lo que han hecho (...) vos les preguntas, yo una pregunta que siempre les hago sobre todo a los adolescentes es esto de, ¿te cuidabas?, ¿no te cuidabas?... ¿estabas buscando embarazarte?, ‘no!’... ¿y qué creías?, que del aire no te ibas a embarazar!, ¿qué te hacia pensar o creer que no te ibas a embarazar si tenías relaciones?, y no te saben responder!” (toco-ginecología, AGC2)

El embarazo en la adolescencia considerado como problema, es uno, entre otros, de los comportamientos desviados que instituciones, como la de salud, se encargan de controlar, normalizar o eliminar, en pos de producir un modo de “ser” adolescente. El concepto de adolescencia, bajo la idea del adolescente como sujeto inmaduro e incompleto y por ende no responsable, señala Adaszko, “...comenzó a tomar forma hace no más de dos siglos y está estrechamente vinculado con la emergencia de la noción moderna de ‘individuo’...” (74:40).

La adolescencia, objeto de saber a comienzos del Siglo XVIII referido solo a jóvenes varones de clases acomodadas, se generalizó a fines del Siglo XIX y recién a comienzos del Siglo XX fue objeto de interés para la ciencia. La relación naturaleza-cultura que se observa en la construcción del género, se repite en esta construcción del adolescente, como lo ejemplifica Adaszko mencionando el primer estudio “científico” sobre la temática adolescente, “Para Hall, los aspectos psicológicos y sociológicos altamente inestables y conflictivos observados entre algunos jóvenes norteamericanos en su época tenían como base los cambios puberales (Muuss, 1980) y si este proceso biológico era universal, entonces sus consecuencias psicosociales también debían serlo. Al establecer un desencadenante biológico, Hall universalizó el ‘problema adolescente’ leyéndolo como padecimiento...” (74:42).

Se advierte en la mayoría de los/as entrevistados/as una tendencia a naturalizar la conducta adolescente como rebelde, inestable y desequilibrada. Al fijar una esencia sobre el “ser” adolescente, se impide pensar en términos relacionales el modo en el que se constituyen las “posibilidades de sujetos”.

La construcción que se hace del adolescente, los saberes sobre la adolescencia, justificarán relaciones de poder desiguales en las que los servicios de salud ocuparan el rol de controlar a esos “cuerpos inconclusos” y a esa “sexualidad exacerbada con tendencia al descontrol” (74).

“y generalmente recomiendo... porque a esa edad es la mas difícil, es la que... el novio tiene dos o tres novias o ella sale con otro chico tiene otro chico... entonces no solo... no solo... la prevención del embarazo sino este... (...) uno pueda darle un consejo, no ordenarle nada... es la única forma, porque la adolescente es rebelde...” (toco-ginecología, AGB4)

Si en términos biomédicos se entiende por riesgo la probabilidad estadística de que ocurra un evento adverso, la denominación “embarazo de riesgo” asociada a la edad denota un modo de pensar y construir la “adolescencia”.

“lamentablemente hay muchas chicas adolescentes que no llegan, este año en estos últimos, este último mes ha ingresado dos pacientes que tienen 14 años y están embarazadas, una cumplió recién los 15 hace un mes y... una de ellas por ejemplo es una embarazada de alto riesgo mas allá de la edad, porque por edad supuestamente por debajo de los 15 años se considera un embarazo de riesgo” (toco-ginecología, AGC2)

A continuación se expone un fragmento de una entrevista en el que la atención brindada a una adolescente de doce años que está embarazada, deja en evidencia el modo en que el embarazo vinculado a una determinada “edad social” es estigmatizado y cómo el evento, interpretado por el equipo de salud desde un enfoque esquemático y con tendencia a homogeneizar a la población, no deja espacio a la diversidad de situaciones.

“Entonces, ya esperas cualquier cosa con 12 años, y bueno, cuando llegó, bueno todos un poco atentos, la pesamos, que se yo, todos esperando a ver como se desarrollaba esto, ya todos preparados hasta la psicóloga y resulta que charló con la ginecóloga lo mas natural, no fue una violación, fue a un cumpleaños, la madre le dio permiso para ir a un cumpleaños, había un chiquito que a ella le gustaba, (...) él la invitó a la casa y como a ella le gustaba, ella accedió a eso. En la primera relación que la chiquita tiene relación con el muchacho se queda embarazada.” (enfermería, AGB3)

El sentido de cuestionar la idea de inadecuación de un embarazo a los doce años, que a su vez significa una desnaturalización del “ser” adolescente, es poder analizar, en un marco de mayor complejidad, los factores que se hacen presentes en las decisiones de los y las adolescentes sobre su fecundidad.

Con excepción de una de las entrevistadas que menciona la situación social y económica que viven los jóvenes, los/as entrevistados/as atribuyen los problemas de los adolescentes a una causa individual, destacándose la falta de responsabilidad y la rebeldía, como quedó plasmado en las citas precedentes, como así también, la ausencia de la figura de la madre como autoridad.

“cuando en la casa tampoco, digamos no hay una autoridad, la autoridad de la madre entre comillas, comienza a perderse a muy temprana edad, a los 12 años los chicos ya salen solos a trabajar” (trabajo social, AGD3)

En lo concerniente a las consecuencias observadas sobre el embarazo en la adolescencia como “problema social”, Adaszko muestra algunas de las hipótesis que lo vinculan a las condiciones de vida: “...la hipótesis según la cual el embarazo temprano es el pasaporte a la pobreza, idea que dominó el panorama intelectual de los años ‘60 y ‘70, se ha ido diluyendo a favor de la segunda hipótesis.” (74:35-36) Ésta hace referencia a la falta de respuesta a los problemas asociados a la pobreza que genera condiciones adversas para las madres y los padres independientemente de su edad; y una tercera

hipótesis, que no se condice con las teorías actualmente aceptadas en las ciencias sociales, "...explica la asociación por una causalidad circular que tiende a esencializar la cultura: los pobres poseen un sistema de normas y valores diferenciales que los condena a permanecer en esa situación..." (74:36).

"por lo general a mi me asustan las historias de la mujer que viene ya de que su mamá ya tuvo 8 o 10 hijos y que vienen, digamos, tienen, tienen, tienen hijos y esas mismas chicas después repiten la historia, ya tienen 12, 13 o 14 años y ya está teniendo hijos, entonces digo yo, a pesar de que vivieron en la pobreza, no hay quien les diga que deben... que hay métodos para cuidarse, que hay cosas que pueden hacer para no quedar embarazada, y que hay otras opciones, que se puede estudiar, que se puede trabajar, que se le puede pelear a la pobreza, esa sensación tengo yo, que nadie les dice, es como la misma historia" (enfermería, AGB3)

Solo una de las entrevistadas se acercó más a la segunda hipótesis, haciendo referencia a la situación social y económica que viven los jóvenes. Es pertinente resaltar la reflexión que surge de la propia entrevistada a partir del encuentro intersubjetivo que se produce con los adolescentes.

"bueno están... los adolescentes, como el otro día charlábamos con el doctor, me dice, bueno sí, pero los adolescentes viste por ahí ni te escuchan, viste que están en su edad, muy especial, que hay algunos, mira, ni nada... te ignoran... pero yo digo, muchas veces esos chicos, te piden a gritos que vos los ayudes (...) paso por ahí y veo que hay 3 o 4 chicos sentados ahí... yo me acerco... charlamos, les pregunto, ¿Qué inquietudes tiene? ¿están estudiando? Y por ahí los veo... están tomando, entonces me acerco y les digo: ¿Qué les pasa? Y ellos me dicen: Mira, nadie nos escucha... No tenemos trabajo... o en las casas, por misma situación económica están pasando muchas cosas malas, que los echan, o que les dicen vagos, muchas cosas están pasando con los adolescentes, que los lleva a juntarse en algunos rincones, te digo a tomar y a drogarse..." (agente sanitario, AGC4)

Entre los resultados obtenidos en un estudio realizado sobre el rol de los servicios de salud en la prevención y atención del embarazo en la adolescencia (75), se encuentran similares argumentos presentados por los agentes de salud sobre el embarazo como "problema social". Tanto en el estudio mencionado como en el presente, se muestra una preocupación por los hijos de los/las adolescentes que, llevado al extremo por una de las entrevistadas, asocian ser hijo de una adolescente a conductas adictivas en el futuro.

“resulta que en estos días ha habido una marcha de mujeres, de madres contra el paco... y que no se que, no se cuanto. Escucháme! no tiene idea porque, por ejemplo los chicos, cada vez mas chicos, empiezan a drogarse, están en la calle, que aquello, el otro. ¡Pero nadie les lleva el apunte! y si tienen padres que tienen menos sesos que ellos... que van a terminar los chicos así! No te digo que sea la única causa pero están muy solos también... hay un montón de chicos que vienen... no se si decir desde el punto de vista médico, bueno, porque han tenido relaciones los padres nada mas!... por un momento que le dieron ganas de tener relaciones y nada mas!...” (toco-ginecología, AGC2)

Frente a unos saberes y discursos sobre el “ser” adolescente y “empoderar” al adolescente, es conveniente preguntarse por las prácticas que facilitan los instrumentos técnicos para que la autorregulación pueda ser conducida por los sujetos.

Las prácticas vinculadas a las decisiones sobre la fecundidad son el espacio elegido para observar este proceso de subjetivación donde la práctica reitera la norma y el sujeto realiza una “performance” (15) que le permite ser reconocido como “adolescente”.

“ellas tienen que saber que hay derecho, y por ahí están algunas chicas que vienen de mamás que han tenido, que se yo, 10, 11 chicos, a esas chicas hay que cambiarles la mentalidad para que ellas no lo hagan, si? Hay que cambiarle la mentalidad...” (agente sanitario, AGC4)

El control social que se ejerce desde las prácticas de los agentes de salud, es paradigmático en aquellos casos en los cuales se interviene frente situaciones estigmatizantes, como el embarazo, que ese “sujeto incompleto” se encarga de ocultar.

“ayer, sin ir mas lejos, se presentó una parejita, ella tenía 16 y él 17 y esta embarazada ya de 5 meses y pico creo, (...), me pongo a charlar con ellos, me pongo a decirle, este... preguntarles por ahí en una de esas, recién están blanqueando la situación y por eso recién están concurriendo a la consulta... y era preguntarles... y la changuita se reía... todas la respuesta de ella es reírse... entonces a mi me saca! porque pienso en esas criaturitas...” (toco-ginecología, AGC2)

En estas prácticas, la violencia simbólica, en términos de Bourdieu (50), se pone de manifiesto en un cuerpo que, al igual que la vergüenza que produce en los hombres ir a buscar preservativos, expresa a través de emociones corporales como la risa, el sometimiento, aún a su pesar, a las normas dominantes.

b. Factores institucionales

Las prácticas de los agentes de salud se desarrollan en el marco de una institución sanitaria, los centros de salud. Institución que, como un agente social más en juego, tiene estrategias e intereses propios.

Al interior de la institución sanitaria las prácticas se encuentran sometidas a una fuerte presión proveniente las exigencias de productividad, por un lado, y por otro, las acciones de prevención y promoción propias del Primer Nivel de Atención. También las prácticas están avaladas por una formación profesional que se centra en la dimensión biológica y se encuentran reguladas por leyes y programas nacionales y provinciales.

b.1 Uso del tiempo y productividad en el Primer Nivel de Atención

Se puede comparar, con Uribe Oyarbide (58), la dimensión temporal de la organización y práctica de la institución que se genera a partir de modelos diagnósticos y terapéuticos de lo que debe ser la Atención Primaria de Salud, con los tiempos y prácticas de otras instituciones sanitarias como, por ejemplo, el hospital. El autor señala, “El Hospital y el Centro de Salud difieren por un *tempo* de práctica distinto: rápido y lento, respectivamente. (...) La lentitud o rapidez no tienen que ver con el lapso que transcurre entre el diagnóstico y la curación o muerte —Hospital—, o entre el diagnóstico y la estabilización o muerte —Centro de Salud—, sino con las características de las patologías que ambos centros tratan como propias” (58:146-7)

Los agentes de salud, aun cuando algunos son becarios del Programa Médico Comunitarios, poseen diferencias en cuanto a la valoración que se le da a cada institución respecto de su modelo terapéutico y de la *rapidez* con que se resuelve una patología. Se ejemplifican las dos posiciones extremas en estos relatos,

“Yo trabajé, ya 5, 6 años en Salud Pública, en Salitas, no? Ehhh, la gente lo que único que tiene es la atención del momento no tiene soluciones desde el primer nivel, (...) En cambio por lo menos yo en el hospital me siento más útil, por lo menos operando, estoy por lo menos ahí ayudando, acá uno los mantiene y bueno, trata de hacer lo mejor posible” (toco-ginecología, AGD4)

“en primer nivel nosotros lo vemos mucho mas al paciente que en un hospital por ejemplo, y uno de los principios de la medicina familiar es que vos puedas tener seguimiento del paciente, que vos puedas hacerle un seguimiento longitudinal digamos

a lo largo de su vida desde que nace su niño hasta que ella se vuelve a embarazar, es hermoso la consulta...” (medicina familiar, AGD1)

En las prácticas vinculadas a las decisiones reproductivas, el tiempo puede ser caracterizado de *lento*, pues no es una aflicción a la que se le debe dar una respuesta inmediata, sino que se trata de un proceso en el que es factible que exista un espacio para la reflexión. Sin embargo, la definición que se haga del tiempo sobre el que han de tomarse las decisiones reproductivas varía de acuerdo a la percepción que tenga el agente de salud del/la usuario/a, como lo revela esta entrevistada,

“el paciente que tiene gran cantidad de hijos, uno les ofrece el método anticonceptivo y no aceptan de inmediato, solamente te responden que lo van a pensar, que van a ver... que... y tienen 8 a 9 hijos cuando la respuesta tendría que ser de inmediato, ‘a ver, déme ya!’” (toco-ginecología, AGB5)

También, con relación a la autonomía en las decisiones reproductivas, el tiempo en que se desarrolla la actividad cotidiana de los servicios de salud esta supeditado a la lógica de la productividad (48) Los/as entrevistados/as hicieron mención a las exigencias de la institución sobre el número de pacientes atendidos por hora.

“a la Dirección de Primer Nivel, que es donde uno pertenece, le interesa los números, entonces si vienen 20 a atenderse, lo mejor es que se atiendan las 20, si? (...) yo tenía que ver 3. 5 paciente/hora, si? Yo estaba viendo 4.2 - hora de paciente, si? y restringiendo. (...) ‘ahhh, pero que bien que estoy atendiendo’ pero uno veía los resultados, cuando yo me quedé solo, y se empezó hacer las evaluaciones, uno veía los resultados, no solo de planificación familiar, sino de la cantidad de embarazadas, la cantidad de embarazadas que venían tarde al control, el área desprotegida, la cantidad de ETS” (toco-ginecología, AGD4)

Una de las entrevistadas del servicio de toco-ginecología se refiere a que desde la Coordinación de Primer Nivel de Atención en Salud se maneja un “doble discurso” entre la cantidad de consultas por hora exigidas y las actividades de prevención y promoción de la salud. En notable que, aun cuando estas actividades son uno de los ejes que atraviesan la formación de aquellos profesionales que trabajan en los centros de salud como becarios del Programa Médicos Comunitarios, la institución en la que prestan el servicio continúa exigiéndoles productividad en términos de paciente/hora.

El fragmento escogido muestra cómo las actividades de prevención y promoción no se valorizan desde la institución y tienen que ver más con una motivación personal del agente de salud que con una exigencia laboral,

“como médico comunitario este... yo cuento con una determinada cantidad de horas para atender y una determinada cantidad de horas para todo lo que era la actividad comunitaria y la actividad comunitaria del centro de salud va muy ligada a lo que es prevención, promoción y demás. Ese tema últimamente, yo te diría que todo este último año lo tengo súper abandonado... súper abandonado, muchos por cuestiones de tiempo, de correr para aquí para allá, mucho también, yo creo que más que de eso, de desmotivación” (toco-ginecología, AGC2)

En línea con la desvalorización de acciones de prevención y promoción de la salud y el énfasis puesto en la productividad, Menéndez (59) señala que, mientras en las décadas de los 40, 50 y 60 “... se pensaba cómo modificar culturalmente los saberes populares, actualmente se piensa a través de qué mecanismos administrativos y médicos puede generarse esta modificación.” (59:52)

Menéndez (59) describe como estrategias tendientes a modificar las creencias populares en la actualidad, acciones médicas o de estimulación económica. Ambas estrategias pueden encontrarse en las prácticas analizadas: la estimulación económica al equipo de salud para elevar el número de embarazadas “captadas” para el Plan Nacer y la tenacidad con la que los agentes de salud ofrecen modos de regular la fecundidad desde una idea de “lucha contra la pobreza”.

Se han seleccionado dos citas que muestran hasta qué extremos pueden llegar los agentes de salud cuando operan sobre las condiciones culturales a través de estas estrategias. La primera describe un control minucioso sobre los cuerpos femeninos y la segunda, es una propuesta de una de las entrevistadas, que podría ser calificada de neomaltusiana.

“es importantísimo captar a las embarazadas en el primer trimestre, sea en el primer mes o el segundo mes, para eso es que llevamos el controlcito de cada niña, (...) le vamos llevando el control, mes a mes de cómo están, incluso a las mujeres grandes” (agente sanitario, AGC4)

“por un lado te pone... te quiere, te enseña a hacer planificación familiar y por el otro lado te dan subsidios a los que más hijos tienen!!!, entonces una cosa se opone a la otra. En vez de dar subsidios a los que más hijos tienen porque también no los premian a los que menos hijos tienen!!!...” (toco-ginecología, AGB5)

b.2 "Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica": aplicaciones de la ley en las prácticas

La interpretación que hacen los agentes de salud de las leyes en materia de salud reproductiva fue explorada a partir de los comentarios que estos hicieron sobre una situación ficticia que les fue presentada en la entrevista en la cual una mujer de 21 años sin hijos o con un solo hijo "elige", como modo de regular su fecundidad, la anticoncepción quirúrgica.

Lo manifestado por los/as entrevistados/as da cuenta que para un análisis de los derechos sexuales y reproductivos, la mirada debe estar puesta, más allá la ley en abstracto, en las prácticas sobre las cuales se montan las relaciones de poder.

Una sola de los/as entrevistados/as manifestó un desconocimiento absoluto de la ley N° 26.130 que lleva el título de "Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica". El resto de los/as entrevistados/as se reparten entre quienes saben de la existencia de la ley pero no conocen su contenido, y aquellos que, aun conociendo el contenido de la ley, reconocen que, en una situación como la presentada, la mujer deberá "insistir" para que le realicen la práctica.

Brevemente se expondrán algunos de estos comentarios que permiten apreciar los dispositivos institucionales que atraviesan el ejercicio de autonomía sobre el propio cuerpo. Es notable que en todos/as los/as entrevistados/as, el derecho a la salud se coloca por encima del derecho a la "libre elección". En otras palabras, la elección se considera válida en pos de alcanzar la salud, salud entendida como un fin en sí mismo, y se restringe al mínimo el ejercicio de libertad del sujeto.

Entre quienes consideran que se debería "ligar las trompas a cualquier mujer mayor de edad que te pida ligarse las trompas", reconocen que las prácticas de la institución hospitalaria se encuentran atravesadas por barreras vinculadas a factores socio-culturales y temor de posibles juicios por esterilización forzada. Estas barreras, que ven en el servicio hospitalario, también atraviesan su propia práctica como se desprende de estos fragmentos,

"Yo creo que es un impedimento social no del sistema, lo que se esta haciendo con ese tipo de actitudes [negar un pedido a una mujer de 22 años] (...) Si me dijese que tenés abarrotado el servicio de la ligadura de trompas, bueno primero liguemos a las que mas hijos tienen, a las que mas riesgo tienen, que se yo... y así vamos cribando las emergencias o las prioridades..."

Luego, en la misma entrevista, sin asumir que este “impedimento social” también atraviesa su propia práctica, se siente afectada “como mujer” con que existan personas que han tomado la decisión de no ser madres y reflexiona, *“uno por ahí juzga y trata de asesorarla en otra cosa”* (toco-ginecología, AGB2)

La otra entrevistada que asume como válido que cualquier mujer mayor de edad puede acceder a la anticoncepción quirúrgica, haciendo autocrítica señala, *“porque le estás... no tendría que ser, pero uno le está por lo menos... tratando de hacer ver... y de ultima, si insiste, insiste, yo calculo que algo tendrán que hacerle, tiene que ser así, si la ley la ampara”* (toco-ginecología, AGC2)

Nuevamente la práctica de los agentes de salud aparece como formadora de comportamientos, cuando la entrevistada dice, *“les estas... tratando de hacer ver”*, y en el fragmento que sigue se puede apreciar cómo se ejerce el poder, a través de qué medios se expresa,

“tienes ya cumplida tu mayoría de edad, puedes ir y pedir, pero le digo... le digo, vamos a ser muy... muy pesimista ponele, le digo, que a alguno de tus hijos le pase algo y vos quieras tener otro hijo, lo de ligar las trompas es para siempre, (...) entonces le digo, tratándola de poner en esa situación, si vos cambias de pareja y quieres tener un hijo y tienes ligadas la trompas no vas a poder tener una pareja... no vas a poder tener un hijo.” (toco-ginecología, AGC2)

Los/as entrevistados/as que conocen la existencia de una ley que establece el "Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica" pero no su contenido, consideraron sobre la situación presentada -mujer de 21 años sin hijos, o con uno solo, que solicita la ligadura de trompas- que no cumplía con los siguientes requisitos: alteración física y/o psicológica de la mujer, ser mayor de 30 años y tener mas de dos hijos.

“tengo el caso de una chica de 23 años una paciente tiene el mal de corea y ya tiene dos niños y tiene 23 años yo pienso... y tiene por que el mal de corea, aparte de... es una enfermedad neurológica y progresiva... pero en ese caso está indicado. Por más que después en algún momento llegue a rehacer su pareja pero no se, eh... pero en el caso que sea sana yo no le haría la ligadura de trompas por que es algo definitivo” (toco-ginecología, AGB5)

Junto a del Rio Fortuna (73), en argumentos como el precedente, puede advertirse "...el despliegue de una racionalidad que sienta la legitimidad de la solicitud (y luego, quizás, el acceso) de esta práctica en la alteración -física y/o psicológica de la mujer, al reconocer como argumentos válidos los que enfatizan el sufrimiento o el riesgo." (73:8)

Finalmente, aunque muchos recomienden tomar la decisión junto a la pareja, la única entrevistada que lo pone como requisito junto a la autorización judicial, es quien desconoce por completo la existencia de la ley.

*"Tengo entendido que tienen que hacer una nota el papa y la mama explicando las razones al poder judicial y con la autorización del poder judicial en el nuevo hospital si se lo hace (...) tiene ligadas las trompas, o por razones de salud, porque son hipertensos, tuvieron equis problema, **grave**... se lo hace como forma terapéutica... pero no es por que va a venir una persona y diga, 'no, yo decidí no tener hijos, tengo 25 años y quiero que me liguen las trompas', eso no... no"* (clínica médica, AGC1)

b.3 Formación profesional

En cuanto a la formación profesional, la mayoría de los agentes de salud y, en particular, el profesional médico, reciben una formación donde, como señala Menéndez, "La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico" (59:47).

Desde esta preeminencia de la dimensión biológica, las habilidades relacionales, que se requieren en la práctica vinculada a las decisiones reproductivas, son consideradas secundarias o bien propias de las capacidades personales y no de una formación técnica específica.

Algunos de los/as entrevistados/as, aun reconociendo la importancia de los aspectos sociales, culturales y psicológicos presentes en las decisiones reproductivas, poseen, a nivel técnico e institucional, serias limitaciones en el manejo de estos aspectos. Dichas limitaciones, como se refleja en la siguiente cita, producen un malestar en aquellos agentes que sienten un compromiso con su labor que excede la dimensión biológica,

"son casos de alcoholismo, de violencia, vos le has tratado de buscar la vuelta y no has podido, eso es muy frustrante, o sea, sí te queda la frustración de saber que no hay

sistema que responda a esas familias, pero bueno, quizás vos después te pasas... quizás ellos funcionen así, así están bien, así sobreviven, bueno al final te cruzas de brazos, que vas a hacer, no es porque esté bien y sea normal, es que a veces no tenés respuesta.” (medicina familiar, AGD1)

Entre los agentes de salud que manifestaron estas capacitados para tareas vinculadas con aspectos socio-culturales, aquel formado en el área de trabajo social destaca las diferencias entre su formación y la de los médicos,

“los profesionales que llegan a trabajar al centro de salud, por allí, tal vez, no tienen la formación que tenemos nosotros como trabajadores sociales (...) nos facilita la llegada, por eso, sí vos hablas con algunos de los profesionales te van a decir que es una población difícil, que cuesta por allí, llegar a comunicarse con ellos, que son muy ensimismado” (trabajo social, AGD3)

Los agentes sanitarios no manifiestan estar incapacitados para considerar los aspectos socio-culturales, por el contrario, destacan su aptitud para “ingresar a la vida familiar”. Aptitud que es subvalorada en relación a las destrezas técnicas en salud, como lo expresan la totalidad de los agentes sanitarios entrevistados.

Uno de los agentes sanitarios entrevistados, describe la incompreensión de su tarea por parte del equipo de salud, *“ellos [el equipo de salud] tienen que conocer a fondo la actividad del agente sanitario, no es tan solo llegar y hacer peso, talla y vacuna... es siempre... es porque vos llegas a la familia y la familia te abren las puertas” (agente sanitario, AGC4)*

Solo uno de los/as entrevistados/as señaló la falta de formación para desarrollar tareas vinculadas a la educación sexual, argumentando que en su formación de grado no los habían formado como docentes. Sin embargo, la tarea educativa es pensada, desde un modelo que se apoya en el “informar”, como una “acción educativa” puntual, en talleres, en la sala de espera, en las escuelas, pero no como una actividad permanente y creativa.

b. 4 Articulación con otras instituciones e instancias administrativas

Los agentes de salud lidian con las trabas burocráticas que se les presentan a los/as usuarios/as y también a ellos mismos en el desarrollo de su tarea. En el relato de los agentes de salud, se puede intuir la presión que viven a diario enfrentándose a la disyuntiva de mejorar la calidad del servicio o cumplir con las exigencias de

productividad, realizar tareas que les resulten estimulantes o cumplimentar tareas vinculadas al llenado de planillas requeridas por la administración del servicio.

Las expresiones de los agentes de salud sobre estas disyuntivas son muy ilustrativas del malestar que les generan,

“ hablo de burocracia, de falta de estímulo, de barreras, de falta de recursos humanos, si? Entonces hay muchas cosas que impide que uno pueda hacer un buen trabajo, si? (...) si uno en el Centro de Salud tiene que hacer tareas administrativas, buscar embarazadas, hacer un Papanicolau, enviar los resultados, pasar los resultados, hacer las evaluaciones, mas tareas comunitarias que tenemos, (...) Entonces es algo que uno termina agobiado y harto” (toco-ginecología, AGD4)

“a veces nos falta insumos, hay veces que no damos abasto con la cantidad de pacientes... por el número de pacientes que atendemos rápido este... bueno por ahí hay una buena predisposición de todos... por ahí gente que veo que esta cansada de los centros de salud, profesionales en general... gente que se cansa, que hace lo que se puede... y...” (toco-ginecología, AGB4)

Las articulaciones que se establecen con el Estado Nacional se basan fundamentalmente, según refieren los/as entrevistados/as, en la provisión de insumos y de recursos humanos. La mayor parte de los insumos los obtienen a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y, sobre los recursos humanos, se conoció que una parte importante de los agentes de salud que integran los equipos de salud son becarios del Programa Médicos Comunitarios, que es un programa de formación de recursos humanos en salud creado por el Ministerio de Salud de la Nación en el marco del Plan Federal Salud.

Algunos de los entrevistados observaron que la escasez de insumos, la poca variedad y la discontinuidad con que los reciben, generan barreras para la “libre elección”, y para la continuidad con el método anticonceptivo escogido.

“el tema esta que no sabemos hasta cuando?... yo eso es lo que le explico a los pacientes (...) es un programa nacional... pero es con fondo del BID, es un préstamo! Y ahora con este tema de la... del problema económico a nivel mundial este... no sabemos si se corta o no se corta.” (toco-ginecología, AGB5)

“nos tiene con contratos de la nación [a los becarios del Programa Médicos Comunitarios], o sea, la nación pone el dinero, la provincia no pone nada... las necesidades nada mas (...) y... ahora el contrato se termina ahora el 31 de diciembre, en el caso mío que soy el primer grupo de médicos comunitarios que empieza aquí en la

provincia somos 10, 12 así bueno veremos que pasa... en eso estamos, en la dulce espera” (toco-ginecología, AGC2)

Se puede observar, a partir del relato de los/as entrevistados/as, que la dependencia en insumos y recursos humanos del Estado Nacional genera incertidumbre y malestar en los agentes de salud.

c. Factores subjetivos

Por lo desarrollado en este apartado, se puede aseverar que la subjetividad del agente de salud se hace presente en su práctica. Los agentes de salud, relatando y reflexionando sobre sus prácticas, han lanzado expresiones tales como, *“me duele”, “me emocionó”, “hago lo mejor que puedo”*.

Estas expresiones de subjetividad, al igual que lo hallado por Weller, Portnoy y Gogna (46) en su investigación, generan, en algunos/as de los/as entrevistados/as, una escisión entre lo que piensan, dicen u opinan como personas y lo que "corresponde" decir u opinar "como profesional".

En las citas de dos entrevistas esta escisión se manifiesta explícitamente,

*“Creo que hay una cuestión cultural muy fuerte como **mujer**... como mujer, a nivel personal, además de que sea médica, esta historia que vienen chicas de 22 años que no tienen hijos y se quieren ligar las trompas... entonces vos decís, mierda!... o sea, no tenés hijos, no sabes que es ser madre, hay personas que tienen decidido a no ser madres y uno por ahí juzga y trata de asesorarla en otra cosa, y no!” (toco-ginecología, AGB2)*

“me siento contenta con lo que hago, muy contenta y dentro de lo que puedo, por eso digo trato de pensar que esto, mas allá de que es una profesión, un trabajo, también es un servicio que puedo brindar como persona, me entendés?” (enfermería, AGB3)

Más a allá de los programas de salud reproductiva y de las normativas institucionales, las prácticas de los agentes de salud vinculadas a las decisiones reproductivas se ven influenciadas por sus propias vivencias subjetivas como la experiencia de “ser madre”, las dificultades para poder “ser madre” o el no haber tenido la cantidad de hijos que se deseaban.

Las experiencias sobre la propia capacidad reproductiva provienen en su totalidad de agentes de salud que poseen una experiencia subjetiva femenina y estas

experiencias se ponen en juego cuando se produce la interacción con el/la usuario/a, como lo revela la siguiente cita,

“A veces visito las casa y veo los chicos eh... despeinados eh... con piojos, me da una impotencia!... me da una impotencia, eh... que estén así!!! Entonces por eso yo me preocupo mucho de hablar de los temas de planificación familiar” (agente sanitario, AGB1)

En la interacción con los/as usuarios/as, los agentes de salud remiten a experiencias personales o se ponen en el lugar del otro juzgándolo desde sus propios contextos de significación y desde su propia experiencia subjetiva,

“y yo digo cómo una madre puede pensar que una niña de doce se puede casar con un chico de dieciséis (...) entonces yo digo, qué relación de amor, de afecto, proyecto de futuro, etc. puede haber en eso... y entregar a mi hija de doce años así, debe ser...” (enfermería, AGB3)

En algunas entrevistas, la minoría, los agentes de salud pueden observar y reflexionar sobre cómo ciertas problemáticas de los/as usuarios/as afectan su subjetividad, al tiempo que pueden advertir que el otro es un sujeto con sus propios intereses que deberían ser considerados, aun cuando no coincidan con los suyos. El fragmento que mejor expresa lo antedicho es el siguiente,

“por ahí pacientes que no sé... hacen una prueba de HIV por el embarazo y por ahí me da dudosa o me da positiva que hay que esperar la segunda y la mina no viene y yo me pongo como loca entonces la voy a buscar y no está, la mando a buscar y no viene... y cuando viene la re puteo! Como no vas a venir si te estoy buscando! y en el camino me voy tranquilizando, pero bueno, no es tu cuerpo, no sos vos, pero en realidad, hay que ver como le afecta a ella, en realidad que tenga riesgo o no!” (toco-ginecología, AGB2)

Del total de los/as entrevistados/as, una sola advirtió, al inicio de la entrevista, que debido a su creencia religiosa realizaba la consejería pero no prescribía métodos anticonceptivos. La explicación que dio sobre esta decisión revela el modo en que su práctica se ve afectada por las contradicciones internas que se le presentan entre, por un lado, responder de manera normativa a su creencia y, por otro, su propio pensamiento,

“es una cuestión de conciencia lo que vos elegís o no hacer en relación al tema de planificación familiar como para que no quede desvinculado de tu creencia, de tu fe...”

(...) quizás alguien no lo entienda por una cuestión de... porque es cruel ver a una mujer que tiene siete hijos y vos no le indiqués un anticonceptivo... y para mí también es duro pero esto no es una cuestión de lo que yo piense que es bueno, que es malo sino que lamentablemente soy católica y por una cuestión de fe es así, yo ya le he dado mil vueltas al asunto, mil quinientas vueltas” (medicina familiar, AGD1)

Las expresiones subjetivas de los agentes de salud al igual que, como se señaló anteriormente, las de los/as usuarios/as, se constituyen y modifican en relaciones de poder con otros agentes que participan de los “juegos estratégicos entre libertades”. En Foucault (71), libertad, poder y sujeto se encuentran enlazados pues si no hay libertad, el poder se convierte en dominación y el sujeto, completamente a disposición del otro, se vuelve un objeto.

A través de las entrevistas se puede advertir que, si bien es pronunciada la desigualdad en las relaciones de poder entre agente de salud y usuario/a y, aun cuando unos procuren estructurar el campo de acción de los otros, existe un margen de libertad en el que los/as usuarios/as tienen la posibilidad de afirmar su subjetividad y no volver a la consulta,

“hay cosas donde podés ser bien directiva y cosas en las que no podés porque sino el paciente no te vuelve, si vos le decís de una manera que no le guste, el paciente no vuelve y lo que uno quiere a la larga es que el paciente tenga un vínculo con vos, eso es lo que yo quisiera” (medicina familiar, AGD1)

La inquietud por “el paciente” que no vuelve fue manifestada por varios de los/as entrevistados/as, algunos de éstos, como en la última parte del párrafo precedente, expresan el deseo de establecer un vínculo con el/la usuario/a. Sin embargo, este vínculo no aparece como un vínculo intersubjetivo. La intención de retener al otro, de moldear su comportamiento, de prever sus acciones se materializa en las prácticas a partir de diversas estrategias que, lejos de generar un vínculo intersubjetivo y flexible, reducen a los/as usuarias a la condición de objetos sujetos.

En relación al vínculo agente de salud-usuario/a, es necesario marcar una diferencia entre lo relatado por los agentes sanitarios y enfermeros/as y el resto de los agentes de salud entrevistados, pues solo los primeros dejan entrever en sus relatos la existencia de una actitud de escucha y de poder conocerse mutuamente con los/as usuarios/as. En las relaciones de poder entre agentes sanitarios o enfermeros/as y usuaria/o, es frecuente encontrar mayores márgenes de reversibilidad en donde

quienes participan de la relación se reconocen como sujetos con las mismas posibilidades de hablar y de ser escuchados.

A continuación se reproducen dos descripciones que realizan los agentes sanitarios y enfermeros/as sobre lo que denominan, el “espacio de confianza” establecido entre ellos y los/as usuarios/as,

“un espacio más de confianza porque nosotros sin ser psicólogos, hacemos de psicólogos, escuchamos los problemas de ellos y uno trata de aliviarles las cosas, entonces ellos tienen más confianza, y el hecho de que puedan hablar de una enfermedad venérea y el hecho de que puedan hablar de cualquier cosa con nosotros, yo pienso que eso es este...” (enfermería, AGB3)

“porque yo tengo años, ya los conozco a los pacientes, que tengan un poco de confianza, (...) y si no entienden se quedan, te siguen preguntando... Por ejemplo esta chica que vino a preguntarme la otra vez, salió del ginecólogo, le tuvo miedo, no se al ginecólogo y dijo, ‘si, si, sí’, pero no sabía nada y después vino a preguntarme a mi...” (enfermería, AGD5)

Las citas precedentes, particularmente la última, muestran con claridad la marcada desigualdad de poder presente en la relación entre el profesional médico y el/la usuario/a, donde las posibilidades de revertirla son limitadas.

Desde los profesionales médicos, el vínculo con el/la usuario/a es visto desde dos perspectivas opuestas. Por un lado, algunos/as de los/as entrevistados/as valoran positivamente la rigidez que establecen en el vínculo con el/la usuario/a,

“yo siempre he sido estricto con los pacientes, yo tengo horarios, quiero que vengan a horario y que me cumplan...” (toco-ginecología, AGD4)

“creo que si algo yo en mi caso he logrado en algunas cosas de agarrar y decirle estem... vos no puedes hacer una continuidad de tratamiento, una continuidad de control de evolución de alguna cosa si vos ves una paciente sin historia clínica, en la puerta, en la sala... ‘me puede ver un ratito’, no!... necesita, saque turno, venga, nos sentamos” (toco-ginecología, AGC2)

Desde otra perspectiva, algunos/as toco-ginecólogos/as piensan que es preciso dar ciertas concesiones para mantener este vínculo,

“muchas veces estando acá dando órdenes, muy en el papel de jefe no lográs mucho... ahora si los atiende en el pasillo y los trata como un amigo, un viejo amigo... charlamos como podemos estar hablando ahora... este... ellos se acercan más y esa es la única forma” (toco-ginecología, AGB4)

Sobre el cruce de subjetividades que se produce en el trabajo en salud, dice Gastón Campos (76), “...siempre hay una subjetividad del otro directamente implicada. Es una proximidad física, interferencia sobre el cuerpo y la vida de un tercero.” (76:124) Esta característica, antigua y obvia, dice Campos, no ha sido considerada, “tanto la práctica clínica como la colectiva han inventado técnicas para objetivar los medios de expresión de los sujetos a ser cuidados.” (76:125)

Solo en una entrevista se destaca una diferencia en el vínculo cuando se “habla de sexualidad”, refiriéndose a la “consejería”, especifica que las mujeres “se enganchan” porque no solo se habla de “planificación familiar” sino también de sexualidad y disfunciones sexuales. Al ser, el tema de la sexualidad, un tema considerado “íntimo”, la agente de salud entrevistada expresa que es preciso “*generar otro vínculo*”. Se desprende de su relato, en el que aclara que no se debe juzgar a la/el usuaria/o, que se trata de un vínculo intersubjetivo en donde hay una subjetividad del otro que se hace presente.

Luego, en otra parte de la entrevista, la toco-ginecóloga señala cómo se involucra con los relatos de las usuarias, poniéndose en el lugar de éstas y, cómo este involucramiento afecta su subjetividad y modifica su práctica,

“mujeres violadas por sus propios maridos, mujeres con hijos que el marido viola al hijo, o sea, estas situaciones así... que vos decís, Dios mío... cómo haces para levantarte todos los días a la mañanas y salís a comprar el pan, ‘hola, ¿como te va?’, que se yo... como si nada!... yo me muero (...) Y al principio me involucraba mucho... ahora trato de funcionalizar la cosa... bueno, en que te puedo ayudar y en que no!... si yo sigo involucrándome en todo llego a mi casa hecha bolsa...” (toco-ginecología, AGB2)

Nuevamente, se puede constatar, a partir de la cita precedente, las dificultades provenientes desde la formación biomédica de los agentes de salud, como de su experiencia institucional, para trabajar con aspectos subjetivos y sociales.

Se ha venido mostrando el modo en que las prácticas analizadas están atravesadas por la subjetividad del agente de salud, pero, es preciso señalar, que el agente no es un sujeto aislado, sino que también su subjetividad es producto del sistema de relaciones en que está inmerso y que, al mismo tiempo, contribuye a producir.

Varios de los/as entrevistados/as encuentran que la red de relaciones en la que participan cuando trabajan en el centro de salud es la que los contiene y les permite trabajar aun cuando se sienten desbordados por la demanda. Sin embargo, ninguno mencionó la existencia de espacios establecidos para el trabajo en equipo.

Uno de los entrevistados que participa del postgrado de Médicos Comunitarios, reflexiona sobre este aspecto,

“Cuando yo rendí en el postgrado de lo que era trabajo en equipo y de todas las características que hay de lo que es un equipo me daba cuenta que ninguna de las características que decía de lo que era equipo coincidía con lo que pasa acá, y sí coincidía con lo que decía que era un grupo... un grupo es algo dinámico, algo que no nos involucra, algo que cumple funciones específicas” (toco-ginecología, AGB2)

Por el relato de algunos/as de los/as entrevistados/as, se puede señalar que la falta de compromiso de algunos miembros del equipo de salud no se ha modificado con estímulos económicos como el Plan Nacer, ni con programas como el de Médicos Comunitarios de formación de postgrado, que antes que un interés en la temática es buscado como una fuente de ingreso,

“porque así como a mí me gusta trabajar en primer nivel, están los colegas que honestamente ellos te dicen que no es de su agrado, me entendés?... entonces el colega que está en desagrado en un lugar genera mucha, este... a vos te genera mucha frustración y no es buena respuesta para esta gente tampoco...” (medicina familiar, AGD1)

Las prácticas de los agentes de salud se desarrollan en ambientes muchas veces conflictivos, con quienes dirigen los centros de salud, con los colegas que tienen intereses divergentes, con los niveles gerenciales que exigen productividad y no valoran acciones en promoción y prevención, con contratos laborales inestables, por mencionar algunos de los malestares que afectan a los miembros del equipo de salud.

En coincidencia con Ferreira Deslandes y Gomes (77), se observa que “estos profesionales van creando defensas que imposibilitan una interacción más plena con los pacientes, basada en reciprocidad y respeto.” (77:92).

El análisis cualitativo de las prácticas de los agentes de salud en torno a las decisiones reproductivas, junto a las reflexiones que suscitó el encuentro del trabajo empírico con el de la indagación teórica, permitió comenzar a pensar en términos relacionales los pares naturaleza/cultura, sexo/género o facilita/obstaculiza y superar la mirada dicotómica inicial de identificar factores presentes en las prácticas que facilitan u obstaculizan la autonomía de los sujetos en sus decisiones reproductivas.

El conocer las relaciones de poder y los elementos sociales, culturales e ideológicos que componen las prácticas bajo estudio produjo una apertura hacia nuevos interrogantes. Se partió de la pregunta por aquello que facilitaba u obstaculizaba la autonomía de los sujetos y luego se comenzó a comprender que ese “sujeto autónomo” era en sí mismo un producto de la normalización y sujeción de las prácticas analizadas, sea que éstas faciliten u obstaculicen la autonomía.

Las prácticas de los agentes de salud disciplinan y controlan los cuerpos no mediante prohibiciones, sino cuando, al promover u obstaculizar la autonomía, fijan un modo de ser, una identidad, la del “sujeto autónomo”. La pregunta por la posibilidad de autonomía del sujeto en sus decisiones reproductivas es la pregunta no por el “ser” autónomo, sino por el modo en que se constituyen las subjetividades autónomas.

En la indagación por *el cómo del poder*, siguiendo a Foucault (71), libertad, poder y sujeto se encuentran estrechamente vinculados, pues, analizar el modo en que se constituyen las subjetividades autónomas supone explorar las relaciones de poder presentes en las prácticas, así como los ejercicios de libertad para escapar a la sujeción de los dispositivos de saber y poder y para transformar e inventar nuevos modos de existencia.

Descripción de las prácticas de los agentes de salud

Las prácticas vinculadas a las decisiones reproductivas se desarrollan en un tiempo regido bajo exigencias institucionales de productividad. La productividad se mide en

pacientes/hora, en número de embarazadas captadas, en número de asistentes a un taller educativo, entre otros indicadores.

En coincidencia con los resultados obtenidos por Simões Barbosa y Oliveira Casanova (48) y en el estudio coordinado por Cappuccio (41), las exigencias de productividad dificultan las posibilidades de encontrar un tiempo y un espacio para reflexionar junto a el/la usuario/a.

Es preciso destacar que dentro de las dificultades que se presentan en uso del tiempo, existen variaciones que reproducen y son producto de la posición social que ocupen los agentes de salud. El tiempo de los profesionales médicos es acotado, estructurado, en oposición al uso del tiempo más flexible que caracteriza las prácticas de los agentes de salud del servicio de enfermería como las de los agentes sanitarios.

La oferta de “planificación familiar” tiene una estructura propia sólo en uno de los tres centros de salud. En los otros dos centros de salud la orientación en las decisiones reproductivas se incorpora a la consulta de toco-ginecología.

Los tres centros de salud, independientemente de tener o no un día destinado para “planificación familiar”, diferencian las tareas realizadas por los servicios de toco-ginecología de las tareas de otros servicios. La/el toco-ginecóloga/o centra su práctica en la prescripción de los métodos y, en menor medida, ofrece información sobre las posibilidades de elección. Enfermeros/as, agentes sanitarios, psicólogas/os, entre otros, en lo que respecta a las decisiones reproductivas, tienen a su cargo las actividades educativas y de “seguimiento”. De esta diferenciación se desprende que, las acciones educativas y que implican habilidades relacionales son relegadas a un segundo plano y recaen sobre los agentes que ocupan posiciones en campos menos legitimados dentro del saber biomédico.

De relaciones de dominación a relaciones de poder

Entre las prácticas analizadas, algunas objetivan a la/el usuaria/o aproximándose a relaciones de dominación, otras pueden leerse como verdaderas estrategias mediante las cuales los agentes de salud tratan de determinar la conducta de la/el usuaria/o y una cantidad significativamente menor de ellas permiten un encuentro creativo con el otro, haciendo de las relaciones de poder un campo móvil y variable de relaciones de fuerza entre sujetos.

Se considera que algunas de las prácticas analizadas se aproximan a relaciones de dominación porque el agente de salud asume la decisión respecto de la salud reproductiva por la/el usuaria/o. Si esta relación con el/la usuario/a no se convierte estrictamente en una relación de dominación es porque, como lo relataron algunos de los/as entrevistados/as, el/la usuario/a aun pueden elegir no volver a la consulta o no aceptar la prescripción.

Los argumentos que sostienen este tipo de prácticas están basados fundamentalmente en una visión de la/el usuaria/o como incapaces de comportarse apropiadamente como “sujetos de intervención pedagógica” (60). Usuarios/as poco instruidos, encerrados en el “círculo de la pobreza”, con relaciones de pareja inestables, son reducidos a la condición de objeto cuando se les asigna un estereotipo fijo, se los homogeniza y se decide por ellos.

El segundo conjunto identificado en las prácticas analizadas permite observar el poder en términos “productivos”, como lo concibe Foucault (24), un poder que interviene para hacer vivir, sobre la manera de vivir y sobre el *cómo* de la vida. Las relaciones de poder mediante las cuales los agentes de salud tratan de determinar la conducta de la/el usuaria/o son aquellas que no se limitan a “prescribir un método” y se proponen “empoderar” a los/as usuarios/as para que sean ellos/as quienes elijan, para que sean “sujetos autónomos”.

La invitación a “elegir” tampoco rompe con el desequilibrio presente en las relaciones de poder que establecen los agentes de salud con los/as usuarios/as, por el contrario, generan una mayor inmovilidad en estas relaciones. Las prácticas orientadas a “empoderar” al otro se caracterizan por un modo moralista y normativo de abordaje que se inscribe en la idea de la “libre” individualidad de la modernidad donde el sujeto es responsable de sus acciones. A partir de estas prácticas se crea la ilusión neoliberal de un sujeto aislado sin relaciones con los demás, mientras que su subjetividad es altamente regulada por las prácticas relacionales de poder.

No solo se culpabiliza a quienes no son responsables en las acciones de autocuidado, también se emite un juicio de valor, etnocéntrico y desvalorizador, sobre quienes en sus elecciones toman en consideración creencias populares y sobre quienes hacen “malas elecciones” (no tener hijos, tener mas de cuatro hijos, tener un hijo durante la adolescencia) que rompen con el modelo hegemónico y revelan que detrás del

conjunto homogéneo de “pacientes” son posibles otros modos de existencia.

Al igual que en el Estudio Multicéntrico coordinado por Cappuccio (41), los agentes de salud entrevistados, frente a estos aspectos subjetivos y por lo tanto no “controlables”, hacen hincapié en la falta de formación profesional. Sin embargo, se considera que la limitación para trabajar en interacción con aspectos sociales y pautas culturales, no se debe solamente a una falta de formación o no se resuelve con estímulos económicos, como señala Menéndez (59), dicha limitación proviene también de las inexistentes o escasas relaciones intersubjetivas con el/la usuario/a.

Por último, un número reducido de prácticas son las que permiten a la/el usuaria/o desestabilizar e incluso modificar las relaciones desiguales de poder. El poder es entendido en términos relacionales, como algo que está en juego. El poder circula, genera reacciones y acciones, en el límite de estas reacciones está, como se mencionó anteriormente, no volver a la consulta médica, acción que por otra parte es “criticada” desde los servicios de salud. En el otro extremo, existen prácticas que abren el abanico de posibilidades dentro de las que el sujeto puede moverse, transformarse. Entre estas prácticas se destacan, la entrega de preservativos sin solicitar datos personales, ni restringir la cantidad otorgada, la “consejería” que incorpora un diálogo más amplio que toma en consideración el contexto socio-cultural en donde se inscribe el/la usuario/a, la escucha desprejuiciada, y la mirada crítica hacia las visiones estereotipadas y sus consiguientes discriminaciones (mujeres/heterosexuales, adolescentes/rebeldes).

Estas prácticas abren las posibilidades de “libre” elección cuando no buscan una esencia en el sujeto y cuando asumen que en diferentes contextos sociales varía la forma en que el sujeto se relaciona con su propio cuerpo y con los otros cuerpos.

Factores culturales, institucionales y subjetivos

En el recorrido realizado, se pudo apreciar cómo, la prescripción de métodos anticonceptivos, las consideraciones acerca del momento en que es “adecuado” tener un hijo, la “consejería” y las intervenciones en poblaciones consideradas “de riesgo”, por mencionar algunas de las prácticas más frecuentes, se apoyan en determinadas normas sociales, valores culturales, normativas institucionales y aspectos subjetivos de los agentes de salud.

Los principales obstáculos para permitir relaciones de poder más equilibradas, y que en consecuencia los sujetos tengan la posibilidad de cambiar la situación en la que se encuentran, son:

- a) la fijación de una imagen estereotipada de los/as usuarios/as y la reiteración de pares dicotómicos como naturaleza/cultura, sexo/género, hombre/mujer, adolescente/adulto;
- b) la desvalorización de la dimensión cultural, como opuesta a las prácticas de “planificación familiar” y al saber biomédico producto del *habitus asistencial* de los agentes de salud;
- c) la ausencia de un abordaje crítico sobre el trabajo fragmentado de los servicios, que coincide con los resultados obtenidos por Checa y Erbaro (44);
- d) el “doble discurso” de una normativa institucional que se basa en las ideas de prevención y promoción de la salud, al tiempo que exige productividad “paciente/hora” que, junto a la inestabilidad laboral y la fluctuación en la provisión de insumos, produce, en coincidencia con Ferreira Deslandes y Gomes (77), un malestar en los agentes de salud que se traduce en defensas que imposibilitan una interacción más plena con los/as usuarios/as;
- e) la actividad educativa entendida como transferencia de información y prescripción de comportamientos “saludables”;
- f) la formación de los profesionales de la salud con una fuerte preeminencia de la dimensión biológica que contribuye a hacer de la relación con el/la usuario/a una relación “aséptica”, donde se intenta silenciar la subjetividad del otro;
- g) la adjudicación de una responsabilidad individual sobre las decisiones reproductivas realizadas que oculta el entorno social en que el sujeto vive y se relaciona, así como las condiciones materiales de existencia.

Varios autores (76; 78; 79; 80), proponen diversas estrategias para romper con esta relación desequilibrada de poder, para que el/la usuario/a sea percibido como un todo dotado de subjetividad y el agente de salud cuestione la racionalidad biomédica de su práctica que se presenta como objetiva y neutral.

No todas las estrategias propuestas para abrir espacios de reflexión con los

agentes de salud sobre sus prácticas y sobre sus relaciones con los/as usuarios/as han sido exitosas. Susana Rance (79), relata las reacciones negativas que generaron dos estrategias en las que se proponía provocar cambios en la visión de los/as médicos/as. A partir de su experiencia la autora se interroga sobre la posibilidad de “hacer una sociología con la medicina”, y concluye proponiendo “continuar con el diálogo y con el ofrecimiento de aportes puntuales, a partir del reconocimiento de las diferencias profundas que separan las dos profesiones” (79)

Recuperando la reflexión de Susanna Rance (79), se abre un camino para comenzar a pensar en la construcción de un espacio de accionar dialógico y situacional que propicie la co-producción de saberes intersubjetivos, un espacio de encuentro no solo entre dos disciplinas, sino un encuentro intersubjetivo entre el agente de salud y el/la usuario/a, entre las políticas de salud y la población.

Se desprende de los resultados de esta investigación que, por un lado, la mayoría de aquellos agentes de salud que promueven la autonomía de los/as usuarios/as de un modo moralista y normativo, son agentes de salud que muestran un fuerte compromiso con su tarea y se esfuerzan, sorteando las dificultades que el sistema de salud presenta, para garantizar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en los centros de salud. Y por otro, un conjunto de agentes de salud, como se mencionó anteriormente, realizan una autocrítica y reconocen que sus prácticas se encuentran limitadas por, en palabras de una de las entrevistadas, “la estructura que uno tiene en la cabeza”. Ambas actitudes, el compromiso y la autocrítica, permiten pensar que se cuenta con agentes dispuestos a construir ese espacio de encuentro entre saberes, entre sujetos.

La tarea que queda pendiente es la de imaginar estrategias para transformar los modos de estar relacionados desde la propia práctica.

RECOMENDACIONES

Fruto del trabajo realizado se desprenden dos tipos de recomendaciones. Un primer conjunto de recomendaciones está orientado a abrir el debate y la reflexión en el ejercicio diario de la práctica en los centros de salud. Las otras recomendaciones son aquellas dirigidas a las ciencias sociales, a los actores sociales y a los investigadores que tengan interés en contribuir al desarrollo de las ciencias de la salud.

1.- Generar espacios de reflexión y debate en el seno de los centros de salud a fin de contribuir a la comprensión de los condicionamientos socio-culturales que atraviesan las prácticas.

2.- Poner en valor las relaciones intersubjetivas que se establecen en lo cotidiano de las prácticas en los servicios de salud como espacios estratégicos para producir cambios a fin de acortar las desigualdades en las relaciones de poder entre los agentes de salud y los/as usuarios/as.

3.- Tomando la advertencia que realiza Czeresnia, “Promover la salud incluye elección y eso no pertenece al ámbito del conocimiento verdadero, sino al del valor” (66:58), problematizar y quebrar el monopolio de las definiciones de lo que se considera una “buena elección” en salud reproductiva.

4.- Adquirir habilidades y destrezas para aproximarse a los/as usuarios/as evitando establecer una esencia o identidad fija sobre estos y siendo conscientes y controlando los propios prejuicios.

5.- Evaluar los criterios de productividad con relación a los objetivos de promoción y prevención del Primer Nivel de Atención.

Las recomendaciones que apuntan a un encuentro entre la investigación, la práctica en salud y la comunidad son,

1.- Promover actividades de educación permanente o de capacitación “en servicio” que permitan al cientista social insertarse en el ámbito de salud.

2.- Realizar talleres y encuentros con investigadores, equipos de salud y diversos actores que tratan de generar salud, a fin de, reconociendo y respetando los distintos puntos de vista, analizar aspectos específicos y significativos para la comunidad.

ANEXO I

Tabla 1: Codificación de los Agentes de Salud Entrevistados

Código	Servicios	Edad	Antigüedad en la especialidad En años	Antigüedad en el cargo En años
AGB1	Agentes sanitarios	31	4	4
AGB2	Toco-ginecología	35	7	3
AGB3	Enfermería	46	11	5
AGB4	Toco-ginecología	42	12	1 año 6 meses
AGB5	Toco-ginecología	54	29	6
AGC1	Clínica médica	59	26	6
AGC2	Toco-ginecología	43	15	4
AGC3	Enfermería	60	20	5
AGC4	Agentes sanitarios	39	15	4
AGC5	Psicología	36	3	3
AGD1	Medicina Familiar	34	1 año 6 meses	5
AGD2	Agentes Sanitarios	38	4	4
AGD3	Trabajo Social	40	17	3
AGD4	Toco-ginecología	40	9	4
AGD5	Enfermería	33	9	5

ANEXO II

Guía de Observación

Centro de Salud código:		
Fecha	/ /	Tiempo:
Espacio físico		
Relaciones e interacción entre agentes de salud, entre agentes y usuarios/as y entre investigadora, agentes de salud y usuarios/as	Organización espacio - temporal del CS	Escenario
	Croquis	Normas que rigen la interacción
	Características del espacio físico	Variabilidad de comportamientos y tipos de discursos presentes
	Oferta horaria	Expresiones posturales y no verbales
	Utilización del tiempo	Utilización de los silencios, la voz, el volumen, el timbre...
	Circuito o recorrido de usuarios/as y de agentes de salud	Dramatización que protagonizan los distintos sujetos en la representación de sus papeles o roles respectivos
	Duración de la atención	Actividades y sucesos principales - Incidentes críticos

Guión de la Entrevista

Ejes temáticos
<p>I. Perfil del agente de salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de especialización 2. Edad 3. Antigüedad en especialización 4. Antigüedad en su cargo en ese CS
<p>II. Prácticas de los agentes de salud que atiendan la demanda vinculada a la salud sexual y reproductiva</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de la demanda 2. Modalidades de atención a las demandas de la salud sexual y reproductiva. 3. Condiciones de tiempo y espacio físico en las que se efectúa la práctica. 4. Recorrido realizado en la prescripción y provisión de un método anticonceptivo. 5. Espacios de autonomía otorgados a los usuarios. 6. Conceptualización de los "problemas" vinculados a la prescripción de métodos anticonceptivos.

III. Factores culturales desde los cuales los agentes de salud organizan sus prácticas.

1. Accesibilidad cultural

- Lenguaje utilizado para referirse a las/os usuarias/os.
- Modos de transmisión de la información a la/el usuaria/o.

2. Percepción del usuario

- Formas de denominación del usuario
- Opiniones sobre la información que poseen los usuarios y otros agentes de salud
- Actitud frente a diversas experiencias de género.

3. Construcción del otro como sujeto.

IV. Factores institucionales en que se inscriben las prácticas de los agentes de salud

1. Oferta de servicios de salud sexual y procreación responsable en las instituciones del sector público y circuitos de atención dentro de la institución referidos a la salud reproductiva.
2. Situación de la implementación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en los servicios públicos de salud. Conocimiento de la política vinculada con la anticoncepción, acceso y provisión de métodos anticonceptivos.
3. Valoraciones y percepción de los agentes de salud con respecto a las concepciones de salud integral, salud reproductiva y autonomía del usuario.
4. Normativa del Centro de Salud con relación a la atención de la demanda de atención de la salud sexual y reproductiva.
5. Vinculación del Centro de Salud con la industria farmacéutica en lo que hace a la provisión de métodos anticonceptivos.
6. Condiciones laborales de los agentes de salud.
7. Formación académica.

V. Factores subjetivos desde los cuales los agentes de salud organizan sus prácticas.

1. Reflexión y opinión sobre la propia práctica del agente de salud.
2. Reflexión y opinión sobre la práctica de otros agentes de salud que atienden las demandas de atención de la salud sexual y reproductiva.
3. Vínculo con la historia personal de la/el usuaria/o.
4. Posicionamiento ante la libre elección del usuario.
5. Responsabilidad de los agentes de salud frente a la autonomía del usuario.
6. Posicionamiento de los agentes de salud con respecto al uso de métodos anticonceptivos y la elección informada.
7. Posición antes situaciones que en la práctica interpelan la subjetividad del agente de salud.

a.- En el año 2006, el Ministro de Salud de la Argentina, Ginés González García, señala que “... tal como lo prevé la propia Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable: no se trata únicamente de proveer cosas o transmitir información, sino que además hay que formar comportamientos que permitan garantizar el ejercicio de derechos.” (41)

b.- De acuerdo con De Souza Minayo (52) el criterio de saturación teórica estará indicado por el “...número suficiente para permitir una cierta reincidencia de las informaciones, por eso no se desperdicia informaciones dispares cuyo potencial explicativo tiene que ser llevado en cuenta” (52:88).

c.- El Plan Nacer Argentina, un plan conjunto entre la Nación y las provincias dentro de la estrategia del Plan Federal de Salud, fue lanzado el 15 de Octubre del año 2004 y surge como política de Estado en respuesta a las “Metas del Milenio” (81) El Plan Nacer Argentina, establece una nueva relación Nación-provincias, donde el nivel central financia y audita en base a una cápita por beneficiario inscripto y prevé un sistema de seguimiento de resultados acordados con las provincias, que estas se comprometen a alcanzar.

d.- Una cita de Foucault tomada por Valles (55), refleja la invasión de la vida cotidiana por el “dispositivo confesional”: “Uno confiesa sus crímenes, confiesa sus pecados, confiesa sus pensamientos y sus deseos, confiesa su pasado y sus sueños, confiesa su infancia; se confiesan las enfermedades y las miserias (...) en público y en privado, a los padres, a los educadores, al médico, a los que se ama; uno se hace a sí mismo, con placer y con dolor, confesiones imposibles a cualquier otro” (82:79).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ LAURELL, A. C. Globalización y reforma del Estado en COSTAS, A. *ET. AL, Saúde, Equidade e Género: um desafio para as políticas públicas*. Brasilia: Editora Universidad de Brasilia; 2002.
- ² CHECA S, ROSENBERG M I. Aborto Hospitalizado, Un problema de Salud Pública, una cuestión de derechos reproductivos. Buenos Aires: El cielo por asalto; 1996.
- ³ FOUCAULT M. Genealogía del Racismo. Buenos Aires: Editorial Altamira; 1996.
- ⁴ BOURDIEU P. ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid: Akal; 1985.
- ⁵ NUNES, E. D. Ciencias Sociales y Salud: el pensamiento reciente de algunos investigadores. Cuadernos Médico Sociales. No. 69. Rosario; 1994.
- ⁶ HYMAN, M. D. La Medicina en Lazarsfeld, O. y otros (compiladores) La Sociología de las profesiones. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1967.
- ⁷ COE, R. M. Sociología de la Medicina. 2ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 1979.
- ⁸ BOURDIEU, P. CHAMBOREDON, J. C. Y J. C PASSERON. El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos. 10a. ed. México: Siglo Veintiuno Editores; 1987.
- ⁹ FOUCAULT, M. "El uso de los placeres" en *Historia de la sexualidad, Vol. II*, México: Siglo XXI editores; 1986.
- ¹⁰ MENÉNDEZ, E. *El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico*. *Revista de Antropología Social*. No. 11, 39-87; 2002.
- ¹¹ HERZLICH, C. Y J. PIERRET *De ayer y de hoy: Construcción social del Enfermo*. Cuadernos Médico Sociales. No. 43, 21-29; 1988.
- ¹² POOVEY, M. The Abortion Question and the Death of Man, en Butler, J. y Scott, J. (Editoras) *Feminists Theorize the Political*. New York: Routledge; 1992.
- ¹³ ESTEBAN, M. L. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. En *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2 (1):9-20, Enero – Abril, 2006.
- ¹⁴ STOLCKE V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*. 2004; 12(2): 77-105. Florianópolis, maio-agosto/2004.

-
- ¹⁵ BUTLER, J. *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós; 2002.
- ¹⁶ ILLICH, I. *Nemesis Médica*. Planeta: México; 1984.
- ¹⁷ FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*, Buenos Aires: Ed. Altamira; 1996.
- ¹⁸ TORRADO S. *Procreación en la Argentina. Hechos e Ideas*. Buenos Aires: Editorial De la Flor; 1993.
- ¹⁹ NARI, M. M. A. “Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940” en Lobato, M. Z. (editora) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de Historia de la Salud en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 1996.
- ²⁰ ALVAREZ, S. *La invención del Desarrollo Humano (historias de un desarrollo biológico participativo a “escala humana”)* en Tesis Doctoral “Políticas asistenciales, pobreza y representaciones sociales”. España: Universidad de Sevilla; 2003.
- ²¹ MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. Y R. CECCIM. *Educación permanente en Salud: Una Estrategia para intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud*. 2006. *Salud Colectiva* 2 (2):147-160.
- ²² FOUCAULT, M. *La microfísica del poder. Genealogía del poder*, ed. y trad. de Julia Varela y Fernando Álvarez Uría, 2a. ed., Madrid: Ediciones La Piqueta; 1979.
- ²³ GRASSI, PIAGGIO Y GONZÁLEZ MONTES (1992) citados en CHECA S, ROSENBERG M I. *Aborto Hospitalizado, Un problema de Salud Pública, una cuestión de derechos reproductivos*. Buenos Aires: El cielo por asalto; 1996 Pág. 60.
- ²⁴ FOUCAULT, M. *Defender la sociedad*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina; 2000.
- ²⁵ BERMUDEZ VALDIVIA, V. “¿Qué son los derechos sexuales?” en *Salud, derechos sexuales y reproductivos. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud*, Lima-Perú: Manuela Ramos; 1996.
- ²⁶ CELADE / CEPAL. *Informe de Seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*. Marzo de 1996. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE / CEPAL) documento: LC/G.1905(SES.26/10) 4 de marzo de 1996. Última actualización: Agosto, 2000.
<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14620/indice.htm>

-
- ²⁷ La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979), URL de este archivo: http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/convenciones/cedaw.html
- ²⁸ PUCCIARELLI, A. ¿Crisis o decadencia? Hipótesis sobre el significado de algunas transformaciones recientes de la sociedad argentina. Sociedad. 1998; 12-13:5-36.
- ²⁹ TAJER, D. Generando la Reforma en COSTA et. Al.: Saúde, eqüidade e gênero: un desafío para as políticas públicas, Abrasco-Alames, Ed. Universidad de Brasilia; 2000.
- ³⁰ GÓMEZ GÓMEZ, E. Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en Organización Panamericana de la Salud. Género, mujer y salud en las Américas. Washington D.C.: OMS; 1993.
- ³¹ ANDÚJAR, A. Ciudadanía y Liderazgo Femenino, Proveniente del II Congreso Iberoamericano de Estudios de Género; 24-26 de julio de 2003; Salta, Argentina. [Ponencia]. Salta: UNSa; 2003.
- ³² HUGGINS, M. "Género, participación, empoderamiento y control social" en Costas, A. et. Al, Saúde, Equidade e Género: um desafio para as políticas públicas. Brasilia: Editora Universidad de Brasilia; 2002.
- ³³ LORENTE, M. "Diálogos entre culturas: una reflexión sobre feminismo, género, desarrollo y mujeres indígenas kichguas." Universidad Complutense: Instituto Complutense de Estudios Internacionales, ICEI. 2005; 1. <http://www.ucm.es/info/icei/pdf/PP%2001-05.pdf>
- ³⁴ OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra: OMS; 1986.
- ³⁵ OPS. "Promoción de la Salud: una Antología", Publicación Científica nº 557. Washington, DC: OPS: 1996.
- ³⁶ RESTREPO, H. "Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud". En Restrepo, H. y H. Málaga *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001.
- ³⁷ CASTIEL L. D, ALVAREZ-DARDET C. "La salud persecutoria". *Saúde Pública*. 2007; 41(3):461-466.
- ³⁸ DEL RÍO FORTUNA, C. A. El Proceso Reproductivo en los Ritos Populares: Dimensiones Sociales Significativas. En AIBR Nº 35. Mayo – Junio, 2004.
- ³⁹ CHECA, S. Y C. ERBARO. "Cuerpo y Sexualidad en Mujeres Adolescentes". IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. 8, 9 y 10

de agosto de 2001, Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

- ⁴⁰ RUBI CID, M. L. Anticoncepción y aborto (fallo de los métodos y fallos del inconciente; el aborto como fracaso y como síntoma) en GONZALEZ, M. A. (comp) *Cuerpo, Subjetividad Femenina, Salud y Género*. Madrid: Siglo XXI España Editores S.A.; 1993.
- ⁴¹ CAPPUCCIO M S, SCHUFER M L (Coord.) Conocimientos y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución. Estudio Colaborativo Multicéntrico - Año 2004 Sobre Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente – CONAPRIS; 2006.
- ⁴² LÓPEZ, E. Y L. FINDLING, La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿Qué se dice, a quién y como? En AEPA, CEDES y CENEP: *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Trabajos del Tercer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. 12, 13 y 14 de agosto de 1998, Buenos Aires.
- ⁴³ CHECA, S. Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 1996, XV, Nº 1.
- ⁴⁴ CHECA, S. Y C. ERBARO “La salud Reproductiva en la Representaciones y Práctica de los Profesionales de Servicios Públicos de Salud”. Segundas Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario sobre Salud y población. Área de Salud y Población del Instituto Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. 1997
- ⁴⁵ SZULIK, D., RAMOS, S., GOGNA, M., PETRACCI, M. y M. ROMERO (2002), La responsabilidad de los médicos ante las política públicas sobre anticoncepción y aborto. CEDES. Serie de Seminarios de Salud y Política Pública – Seminario VI –Septiembre 2002.
- ⁴⁶ WELLER S, PORTNOY F, GOGNA M. “Éxitos médicos, desafíos humanos. Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH” Buenos Aires: Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2004.
- ⁴⁷ FELTRI, A. A., ARAKAKI, J., JUSTO L. F., MAGLIO, F., PICHÚN, F. J., ROSENBERG, M. I, SPINELLI, H., TESTA, M., TORRES SECCHI, A. M., YNOUB, R. C. (2006) Salud Reproductiva e Interculturalidad. *Salud Colectiva*. 2006; 2 (3):299-316.

-
- ⁴⁸ SIMÕES BARBOSA R. H, OLIVEIRA CASANOVA A. Atención prenatal y transmisión del VIH: la perspectiva de profesionales de salud en Río de Janeiro en Bosi M. L. M, Mercado F. J. (org.) *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
- ⁴⁹ PINEDA, E. Y OTROS. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. OPS Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud No. 35. 1994.
- ⁵⁰ BOURDIEU P. *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000.
- ⁵¹ SPINELLI, H. et al. "Equidad en Salud Teoría y Praxis" en Spinelli, H. (Comp.) *Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- ⁵² DE SOUZA MINAYO, M. C. *El desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- ⁵³ BOURDIEU, P. Una ciencia que incomoda. En *Sociología y cultura*. pp. 79-94. México: Grijalbo, Conaculta; 1990.
- ⁵⁴ GUBER R. *El Salvaje Metropolitano*. Buenos Aires: Legasa; 1991.
- ⁵⁵ VALLES M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis; 1997.
- ⁵⁶ SCHWARTZ H, JACOBS J, *Sociología Cualitativa: método para la reconstrucción de la realidad*. México: Editorial Trillas; 1999.
- ⁵⁷ ALONSO L. E. "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta" en Delgado J. M, Gutiérrez, J. (eds.) *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis; 1994.
- ⁵⁸ URIBE OYARBIDE J. M. Espacio y Tiempo en Atención Primaria de Salud. REIS: Revista Española de investigaciones Sociológicas, 1994; julio – septiembre (67):133-164.
- ⁵⁹ MENÉNDEZ, E. *Intencionalidad, experiencia y función*. Revista de Antropología Social. México, 2005; Vol. 14:33-69.
- ⁶⁰ BRIGGS CH. "Perspectivas críticas en salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales". En *Revista de Antropología social*. México, 2005; Vol. 14:101-124.
- ⁶¹ RIVERO GARCÍA, I. Ciencias "psi", subjetividad y gobierno. Una aproximación genealógica a la producción de subjetividades "psi" en la modernidad.

Tesis doctoral por la Universidad Autónoma de Barcelona. 2005 URL disponible en:
http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0524106-231921//irg1de1.pdf

- ⁶² CHAPELA MENDOZA M. C. “Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria” en Jarillo Soto E. C, Guinsberg E. (eds) Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar editorial; 2007.
- ⁶³ CAPRARA A, FRANCO A. L. S. 1999 citado en Ferreira Deslandes S, Gomes R. La investigación cualitativa en los servicios de la salud: notas teóricas en: Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud (Bosi, M.L.M y F. J. MERCADO Org.) Buenos Aires: Lugar editorial; 2007.
- ⁶⁴ CANGUILHEM G. 1978 citado en Czeresnia D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción en Czeresnia D, Machado de Freitas C. (comp.) Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
- ⁶⁵ FOUCAULT M. La voluntad de saber en Historia de la Sexualidad, Vol. I. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 1990.
- ⁶⁶ CZERESNIA D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción en Czeresnia D, Machado de Freitas C. (comp.) Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
- ⁶⁷ COVENEY J. 1998 citado en Chapela Mendoza M. C. “Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria” en Jarillo Soto E. C, Guinsberg E. (eds) Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar editorial; 2007.
- ⁶⁸ MARTÍNEZ A. T. Pierre Bourdieu: Razones y lecciones de una práctica sociológica. Buenos Aires: Manantial; 2007.
- ⁶⁹ BOURDIEU P. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Editorial Taurus; 2006.
- ⁷⁰ THIBAUT Y RIECKEN (1956) citados en Bourdieu P. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Editorial Taurus; 2006.
- ⁷¹ FOUCAULT M. El discurso sobre el poder. En El yo minimalista y otras conversaciones. Selección Gregorio Kaminsky. Buenos Aires: Biblioteca de la Mirada; 2003.
- ⁷² BUTLER, J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Buenos Aires: Paidós; 2001.

-
- ⁷³ DEL RIO FORTUNA C. "Más allá (o más acá) de la ley: sentidos y prácticas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires". En: Actas del VIII Congreso Argentino de Antropología Social: Globalidad y diversidad: tensiones contemporáneas, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta. Salta, 19 al 22 de septiembre de 2006.
- ⁷⁴ ADASZKO A. Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En Gogna, M. (coord.) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES; 2005.
- ⁷⁵ GOGNA, M. (coord.) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES; 2005.
- ⁷⁶ CAMPOS G. Gestión en Salud, En Defensa de la Vida. Buenos Aires: Lugar editorial; 2001.
- ⁷⁷ FERREIRA DESLANDES S, GOMES R. La investigación cualitativa en los servicios de la salud: notas teóricas en: Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud (Bosi, M.L.M y F. J. MERCADO Org.) Buenos Aires: Lugar editorial; 2007.
- ⁷⁸ CAMPOS ONOCKO R, MASSUDA A, VALLE I, CASTAÑO G, PELLEGRINI O. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva. Buenos Aires, 2008, 4 (002): 173-185.
- ⁷⁹ RANCE S. "Mejorando la calidad de la atención postaborto: Estrategias de intervención sociológica en territorio médico" Presentado en el Seminario organizado por el Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva (CEDES- COLMEX- NEPO) Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales: desafíos y aprendizajes; 9-10 de octubre de 2000; Buenos Aires, Argentina.
- ⁸⁰ GRÉGORI FLOR N. La experiencia intersexual en el contexto español. Tensiones, negociaciones y microrresistencias En Cabral. M. (ed.) Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano. Córdoba: Anarrés Editorial; 2009.
- ⁸¹ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (MSAN), Argentina Salud, Publicación del Plan Federal de Salud, 2005; 1 (2)
- ⁸² FOUCAULT, M. (1976:79) citado en Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997.

BIBLIOGRAFÍA

ADASZKO A. Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. En Gogna, M. (coord.) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES; 2005.

ALONSO L. E. "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta" en Delgado J. M, Gutiérrez, J. (eds.) Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis; 1994.

ALVAREZ, S. La invención del Desarrollo Humano (historias de un desarrollo biológico participativo a "escala humana") en Tesis Doctoral "Políticas asistenciales, pobreza y representaciones sociales". España: Universidad de Sevilla; 2003.

ANDÚJAR, A. Ciudadanía y Liderazgo Femenino, Proveniente del II Congreso Iberoamericano de Estudios de Género; 24-26 de julio de 2003; Salta, Argentina. [Ponencia]. Salta: UNSa; 2003.

BERMUDEZ VALDIVIA, V. "¿Qué son los derechos sexuales?" en Salud, derechos sexuales y reproductivos. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, Lima-Perú: Manuela Ramos; 1996.

BOURDIEU P. ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid: Akal; 1985.

----- Una ciencia que incomoda. En Sociología y cultura. pp. 79-94. México: Grijalbo, Conaculta; 1990.

----- La Dominación Masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.

----- La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Editorial Taurus; 2006.

BOURDIEU, P. CHAMBOREDON, J. C. Y J. C PASSERON. El oficio de sociólogo. PRESUPUESTOS EPISTEMOLÓGICOS. 10a. ed. México: Siglo Veintiuno Editores; 1987.

BRAIDOTTI, R. Sujetos nómades. Buenos Aires: Paidós; 2000.

BRIGGS CH. "Perspectivas críticas en salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales". En Revista de Antropología social. México, 2005; Vol. 14:101-124.

BUTLER, J. Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault, en Sánchez, A. Teoría feminista y teoría crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío. Valencia: Ediciones Alfons el Magnànim; 1990.

----- El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Buenos Aires: Paidós; 2001.

----- Cuerpos que importan. Buenos Aires: Paidós; 2002.

CAMPOS G. Gestión en Salud, En Defensa de la Vida. Buenos Aires: Lugar editorial; 2001.

CAMPOS ONOCKO R, MASSUDA A, VALLE I, CASTAÑO G, PELLEGRINI O. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva. Buenos Aires, 2008, 4 (002): 173-185.

CAPPUCCIO M S, SCHUFER M L (Coord.) Conocimientos y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución. Estudio Colaborativo Multicéntrico - Año 2004 Sobre Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente – CONAPRIS; 2006.

CASTIEL L. D, ALVAREZ-DARDET C. “La salud persecutoria”. Saúde Pública. 2007; 41(3):461-466.

CELADE / CEPAL. Informe de Seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. Marzo de 1996. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE / CEPAL) documento: LC/G.1905(SES.26/10) 4 de marzo de 1996. Última actualización: Agosto, 2000. <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14620/indice.htm>

CHAPELA MENDOZA M. C. “Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria” en Jarillo Soto E. C, Guinsberg E. (eds) Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar editorial; 2007.

CHECA S, ROSENBERG M I. Aborto Hospitalizado, Un problema de Salud Pública, una cuestión de derechos reproductivos. Buenos Aires: El cielo por asalto; 1996.

CHECA, S. Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, Nº 1.

CHECA, S. Y C. ERBARO “La salud Reproductiva en la Representaciones y Práctica de los Profesionales de Servicios Públicos de Salud”. En: Actas del II Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario sobre Salud y población año 1997. Buenos Aires: Instituto de Investigación Gino Germani. Universidad de Buenos Aires.

----- "Cuerpo y Sexualidad en Mujeres Adolescentes". En: Actas del IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. 8, 9 y 10 de agosto de 2001. Buenos Aires: Instituto de Investigación Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

COE, R. M. Sociología de la Medicina. 2ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 1979.

CZERESNIA D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción en Czeresnia D, Machado de Freitas C. (comp.) Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.

DE CERTEAU, M. Historia y psicoanálisis, Universidad Iberoamericana. 1998.

DE SOUZA MINAYO, M. C. El desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

DEL RIO FORTUNA C. A. El Proceso Reproductivo en los Ritos Populares: Dimensiones Sociales Significativas. En AIBR Nº 35. Mayo – Junio, 2004.

----- "Más allá (o más acá) de la ley: sentidos y prácticas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires". En: Actas del VIII Congreso Argentino de Antropología Social: Globalidad y diversidad: tensiones contemporáneas, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta. Salta, 19 al 22 de septiembre de 2006.

ESTEBAN, M. L. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. En Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 2 (1):9-20, Enero – Abril, 2006.

FASSIN, D. "Entre Ideología y Pragmatismo..." en Menéndez, E. y Spinelli, H. Comp. *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

FELTRI, A. A., ARAKAKI, J., JUSTO L. F., MAGLIO, F., PICHÚN, F. J., ROSENBERG, M. I, SPINELLI, H., TESTA, M., TORRES SECCHI, A. M., YNOUB, R. C. (2006) Salud Reproductiva e Interculturalidad. Salud Colectiva. 2006; 2 (3):299-316.

FERREIRA DESLANDES S, GOMES R. La investigación cualitativa en los servicios de la salud: notas teóricas en: Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud (Bosi, M.L.M y F. J. MERCADO Org.) Buenos Aires: Lugar editorial; 2007.

FOUCAULT, M. La microfísica del poder. Genealogía del poder, ed. y trad. de Julia Varela y Fernando Álvarez Uría, 2a. ed., Madrid: Ediciones La Piqueta; 1979.

----- "El uso de los placeres" en Historia de la sexualidad, Vol. II. México: Siglo XXI editores; 1986.

----- La voluntad de saber en Historia de la Sexualidad, Vol. I. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 1990.

----- Genealogía del Racismo. Buenos Aires: Editorial Altamira; 1996.

----- La vida de los hombres infames, Buenos Aires: Ed. Altamira; 1996.

----- Defender la sociedad, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina; 2000.

----- El discurso sobre el poder. En El yo minimalista y otras conversaciones. Selección Gregorio Kaminsky. Buenos Aires: Biblioteca de la Mirada; 2003.

GALENDE, E. "Debate cultural y subjetividad en salud" en SPINELLI, H. (Comp.) *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

GOGNA, M., J. J. LLOVET, S. RAMOS, Y M. ROMERO. "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social". En Filmus, D. y A. Isuani (comp.), *La Argentina que viene*. Buenos Aires: Tesis Norma; 1998.

GOGNA, M. (coord.) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES; 2005.

GÓMEZ GÓMEZ, E. Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en Organización Panamericana de la Salud. Género, mujer y salud en las Américas. Washington D.C.: OMS; 1993.

GRÉGORI FLOR N. La experiencia intersexual en el contexto español. Tensiones, negociaciones y microrresistencias En Cabral. M. (ed.) Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano. Córdoba: Anarrés Editorial; 2009.

GUBER R. El Salvaje Metropolitano. Buenos Aires: Legasa; 1991.

GUTIÉRREZ, M. A. "Parirás con dolor": aborto, derechos sexuales y reproductivos en la cosmovisión eclesiástica'. En Foro por los Derechos Reproductivos, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Propuestas para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Buenos Aires; 1998.

HERZLICH, C. Y J. PIERRET. De ayer y de hoy: Construcción social del Enfermo. Cuadernos Medico Sociales. No. 43, 21-29; 1988.

HUGGINS, M. "Género, participación, empoderamiento y control social" en Costas, A. et. Al, Saúde, Equidade e Género: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidad de Brasilia; 2002.

HYMAN, M. D. La Medicina en Lazarsfeld, O. y otros (compiladores) La Sociología de las profesiones. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1967.

ILLICH, I. Nemeses Médica. Planeta: México; 1984.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979), URL de este archivo: http://www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/convenciones/cedaw.html

LAGARDE, M. "Maternidad, feminismo y democracia", en *Repensar y politizar la Maternidad. Un reto de fin de milenio*. México: Grupo de Educación popular con Mujeres; 1994.

LAURELL, A. C. Globalización y reforma del Estado en Costas, A. et. Al, Saúde, Equidade e Género: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidad de Brasilia; 2002.

LE BRETON, D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva visión; 2004.

LÓPEZ, E. Y L. FINDLING, La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿Qué se dice, a quién y como? En AEPa, CEDES y CENEP: Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad. Trabajos del Tercer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. 12, 13 y 14 de agosto de 1998, Buenos Aires.

LORENTE, M. "Diálogos entre culturas: una reflexión sobre feminismo, género, desarrollo y mujeres indígenas kichwas." Universidad Complutense: Instituto Complutense de Estudios Internacionales, ICEI. 2005; 1. <http://www.ucm.es/info/icei/pdf/PP%2001-05.pdf>

MARTÍNEZ A. T. Pierre Bourdieu: Razones y lecciones de una práctica sociológica. Buenos Aires: Manantial; 2007.

MENÉNDEZ, E. El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico. Revista de Antropología Social. No. 11, 39-87; 2002.

----- Modelos de atención de los padecimientos en SPINELLI, H. (Comp.), *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

----- Intencionalidad, experiencia y función. Revista de Antropología Social. México, 2005; Vol. 14:33-69.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. Y R. CECCIM. Educación permanente en Salud: Una Estrategia para intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. 2006. Salud Colectiva 2 (2):147-160.

MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN (MSAN), Argentina Salud, Publicación del Plan Federal de Salud, 2005; 1 (2)

NARI, M. M. A. "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940" en Lobato, M. Z. (editora) Política, médicos y enfermedades. Lecturas de Historia de la Salud en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Biblos; 1996.

NUNES, E. D. Ciencias Sociales y Salud: el pensamiento reciente de algunos investigadores. Cuadernos Médico Sociales. No. 69. Rosario; 1994.

OBERTI, A. Y J. E. CHÁNETON, "Historia de Ana" en Aborto no punible. Concurso de ensayo: "Peligro para la vida y la salud de la madre". Foro por los Derechos Reproductivos. 1997.

OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra: OMS; 1986.

OPS. "Promoción de la Salud: una Antología", Publicación Científica nº 557. Washington, DC: OPS: 1996.

PALMA, Z. "El aborto y los derechos sexuales desde el movimiento de mujeres en el contexto de la Argentina democrática". En Foro por los Derechos Reproductivos, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Propuestas para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Buenos Aires. 1998.

PANTELIDES, E. "La fecundidad en la Argentina desde mediados del siglo XX", Buenos Aires: Cuadernos del CENEP, volumen 41.1989.

PINEDA, E. y otros. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. OPS Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud No. 35. 1994.

POOVEY, M. The Abortion Question and the Death of Man, en Butler, J. y Scott, J. (Editoras) *Feminists Theorize the Political*. New York: Routledge; 1992.

PUCCIARELLI, A. ¿Crisis o decadencia? Hipótesis sobre el significado de algunas transformaciones recientes de la sociedad argentina. *Sociedad*. 1998; 12-13:5-36.

RANCE S. "Mejorando la calidad de la atención postaborto: Estrategias de intervención sociológica en territorio médico" Presentado en el Seminario organizado por el

Consortio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva (CEDES- COLMEX-NEPO) Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales: desafíos y aprendizajes; 9-10 de octubre de 2000; Buenos Aires, Argentina.

RESTREPO, H. "Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud". En Restrepo, H. y H. Málaga Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001.

RIVERO GARCÍA, I. Ciencias "psi", subjetividad y gobierno. Una aproximación genealógica a la producción de subjetividades "psi" en la modernidad. Tesis doctoral por la Universidad Autónoma de Barcelona. 2005 URL disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0524106-231921//irg1de1.pdf

ROSADO - NUNES, M. J. Pensando éticamente sobre concepción, anticoncepción y aborto en CHECA, S. (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós; 2006.

ROSENBERG, M. I. "Las Mujeres como sujetos...". En Foro por los Derechos Reproductivos. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Propuestas para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Buenos Aires. 1998.

RUBI CID, M. L. Anticoncepción y aborto (fallo de los métodos y fallos del inconsciente; el aborto como fracaso y como síntoma) en González, M. A. (comp.) *Cuerpo, Subjetividad Femenina, Salud y Género*. Madrid: Siglo XXI España Editores S.A.; 1993.

SCHWARTZ H, JACOBS J, Sociología Cualitativa: método para la reconstrucción de la realidad. México: Editorial Trillas; 1999.

SIMÕES BARBOSA R. H, OLIVEIRA CASANOVA A. Atención prenatal y transmisión del VIH: la perspectiva de profesionales de salud en Río de Janeiro en Bosi M. L. M, Mercado F. J. (org.) *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

SPINELLI, H. ET al. "Equidad en Salud Teoría y Praxis" en Spinelli, H. (Comp.) *Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad: Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

STOLCKE V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*. 2004; 12(2): 77-105. Florianópolis, maio-agosto/2004.

SZULIK, D., RAMOS, S., GOGNA, M., PETRACCI, M. Y M. ROMERO (2002), La responsabilidad de los médicos ante las políticas públicas sobre anticoncepción y aborto. CEDES. Serie de Seminarios de Salud y Política Pública – Seminario VI –Septiembre 2002.

TAJER, D. Generando la Reforma en COSTA et. Al.: Saúde, eqüidade e gênero: un desafío para as políticas públicas, Abrasco-Alames, Ed. Universidad de Brasilia; 2000.

TAMBURRINO, M. C., BROWN, J. Y M. PECHENY. “La ciudadanización de la salud. La noción de autonomía en el caso de la salud sexual y reproductiva” Instituto Gino Germani – UBA, Septiembre – 2006, Congreso Argentino de Antropología Social.

TESTA, M. Pensar en salud, Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.

TORRADO S. Procreación en la Argentina. Hechos e Ideas. Buenos Aires: Editorial De la Flor; 1993.

URIBE OYARBIDE J. M. Espacio y Tiempo en Atención Primaria de Salud. REIS: Revista Española de investigaciones Sociológicas, 1994; julio – septiembre (67):133-164.

WELLER S, PORTNOY F, GOGNA M. “Éxitos médicos, desafíos humanos. Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH” Buenos Aires: Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2004.

VALLES M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997.