

**VI Jornadas de Sociología de la UNLP**

***“Debates y perspectivas sobre Argentina y América Latina en el marco del Bicentenario. Reflexiones desde las Ciencias Sociales”***

La Plata, 9 y 10 de diciembre de 2010

**Título:** “Los métodos anticonceptivos en las representaciones y prácticas de las y los profesionales de servicios públicos de salud”

**Autora:** Draghi, María Paula

**Pertenencia institucional:** Estudiante de Licenciatura en Sociología – Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación - Universidad Nacional de La Plata

**Correo electrónico:** mpdraghi@gmail.com

## **Presentación**

Este trabajo tiene como objetivo central indagar acerca del discurso y la práctica médica de los y las profesionales de servicios públicos de salud que atienden la salud sexual de las mujeres, centrándonos en un aspecto de la misma, a saber, el suministro de los métodos anticonceptivos (en adelante MAC).

Se parte del supuesto de que en esta instancia, incide decisivamente el posicionamiento médico-ideológico, y las representaciones de género, donde se privilegia y naturaliza el rol reproductivo y materno asignado a la mujer. Por otro lado, junto a las determinaciones de género, se consideró relevante la posición de las mujeres usuarias de estos servicios en la estructura socio-económica.

Siguiendo a Checa (1998), afirmamos que cuando se trata de la salud de las mujeres, los programas y servicios de salud que las atienden, enfatizan los factores biomédicos relacionados con su ciclo reproductivo, en desmedro de una mirada integral de su salud y calidad de vida. En este sentido, cobran relevancia las conceptualizaciones de género, la salud sexual (relacionada de manera directa con los derechos sexuales), y la práctica médica, inscripta en un modelo médico dominante de carácter patriarcal, curativo-asistencial y excluyente desde el punto de vista social.

La conceptualización de género alude a una categoría analítica referida a la construcción social de la sexualidad a partir de las diferencias biológicas de los sexos que adjudica roles y funciones predeterminadas a cada sexo en la reproducción social. Al ser una construcción social, posee una historicidad, lo que la hace modificable por la acción humana.

Los roles de género femenino establecen que las mujeres son cuidadoras de la salud familiar, proveedoras de la atención primaria de la salud en el hogar y las que brindan atención a la salud de los hijos e hijas antes que la propia. Es decir, los significados sociales atribuidos al ser varón y mujer influyen diferencialmente en el proceso de salud-enfermedad de ambos, ya que generan comportamientos y actitudes que determinan diferentes posibilidades de acceso a los recursos de atención sanitaria. Así, el concepto de género permite realizar un análisis del acceso diferencial a los servicios de salud (Durand, 2001).

A su vez permite cuestionar la mirada tradicional que ha observado la salud de las mujeres circunscripta exclusivamente al binomio madre-hija/o, en donde la mujer pasa a ser un fenómeno obstétrico, compuesto por signos y síntomas que son pasibles de control y observación. El protagonista pasa a ser el útero (Bruno 2007; Checa y Erbaro 1998). Es decir, se focaliza en el rol reproductivo de las mujeres, restringiendo la percepción de sus necesidades de acuerdo a otros rasgos identitarios tales como la sexualidad, la edad, los roles extra-domésticos, su ocupación laboral, etc., y muchas veces en detrimento de la salud y la vida de la mujer. Así como también ha ignorado los particulares contextos sociales y económicos que inciden en la capacidad de las mujeres para proteger y promover su propia salud (Mazzioti, I, Zignano M. y Bonetto, A., 1997).

Los conceptos esbozados, adquieren una significación diferencial cuando se toma en cuenta la ubicación de la mujer en la estructura socio-económica, particularmente en la situación actual, donde la fragmentación social se ha profundizado a raíz de la aplicación de un modelo de acumulación neoliberal que, lejos de permitir un mayor acceso del conjunto de la sociedad a los beneficios del modelo, ha aumentado la brecha entre quienes pueden acceder, y quienes quedan al margen del mismo, donde la mujer es uno de los sujetos mas vulnerables (Gutiérrez, 2007).

### ***Salud sexual***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la Salud Sexual como la posibilidad de tener “relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables. La Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. Requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Información disponible en la Página Web oficial del organismo: <http://www.who.org>

Estos lineamientos fundan las bases para las leyes, planes y programas del sector salud y bajo los cuales se regulan estos servicios.

En esta definición se puede resaltar la gran cantidad de aspectos involucrados al ámbito reproductivo, más allá de expandir la noción general de salud (como mera ausencia de enfermedad). Se resaltan los conceptos de libertad de procreación, así como el de capacidad de disfrute de una vida sexual satisfactoria, ambos inmersos en un contexto sociocultural que tradicionalmente los ha restringido. La sexualidad sólo se hace presente asociada con eventos reproductivos (Salinas Urbina, 2007).

Tomamos esta definición, a pesar de las críticas esbozadas, por dos motivos principalmente. Por un lado, es el referente general de las políticas de promoción y distribución / colocación gratuita de MAC en nuestro país, junto con las campañas de información acerca de los mismos. A su vez, permite separarnos de los aspectos puramente reproductivos a los que hacíamos alusión, es decir, podemos centrarnos en la práctica anticonceptiva como medio para prevenir enfermedades de transmisión sexual y para evitar un embarazo no deseado.

### **Estado del arte**

La bibliografía referida a nuestro tema de investigación, en Argentina se ha venido desarrollando sobre todo a partir de la década del noventa, cuando la salud sexual se convierte en un tema de debate sobre la salud pública, debido al alto descenso de la tasa bruta de natalidad.

En general los trabajos relevados se inscriben en la perspectiva de la salud pública, realizando un análisis de las representaciones y prácticas de los profesionales médicos, y el marco institucional que los contiene (leyes y programas nacionales, provinciales, etc.). Sobre todo también porque estos trabajos, en su mayoría, se presentan como “diagnósticos” de la situación en cuestión, vinculados a los programas desarrollados tanto por la OMS, OPS (Organización Panamericana de la Salud) y el BID (Banco Interamericano de Desarrollo). Es decir, hay un interés más centrado en tratar el tema desde la ciudadanía política, estrechamente vinculada a la cuestión del reconocimiento, promoción y cumplimiento de los derechos sexuales, el lugar que

ocupa el Estado (nacional, provincial), y cómo esto es “practicado” e “informado” por la comunidad médica en competencia.

Sin embargo, hay líneas de investigación en estos trabajos que nos sirven para plantear nuestro problema de investigación.

El que sirvió de disparador para el nuestro (Checa, Erbaro; 1998) se propone indagar acerca del discurso y la práctica médica de los profesionales de servicios públicos que atienden la salud reproductiva (*sic*) de las mujeres durante su etapa fértil. Para esto consideran dos dimensiones determinantes: una, inscripta en el nivel macrosocial, y que se refiere a las políticas poblacionales y de salud emanadas por el Estado central. Y la segunda, que se enmarca en un nivel microsocia, y se refiere a la organización de la práctica médica en cuestión de los y la profesionales que atienden los episodios vinculados con la reproducción.

Un punto a destacar de este trabajo, es que las autoras construyen para el análisis de las entrevistas la categoría de “percepción de la demanda”. A partir de esto, ponen en juego en el análisis las determinaciones de género, la edad de los entrevistados, la formación médica, el posicionamiento de clase. Esto les permite armar el *perfil* profesional del personal médico, para luego tomar en consideración las percepciones que los mismos tienen sobre la salud sexual, y cómo estas variables se manifiestan en la práctica en cuestión. Es una categoría que nos parece útil para analizar cuáles son las variables explicativas que los/as entrevistados/as ponen en juego en su discurso.

Otro trabajo que retomamos (Ramos, Gogna, Petracci, Romero y Szulik; 2001) se interroga acerca del rol y las perspectivas de los/as médicos/as, bajo la premisa de su protagonismo en este campo. Este estudio generó el primer cuadro de situación acerca del estado de la opinión sobre salud sexual de los/as profesionales más directamente vinculados con la atención médica de las mujeres de los sectores urbanos de menores recursos económicos. El objetivo fue indagar las opiniones de los ginecólogos/as y obstetras de los establecimientos públicos de la ciudad de Buenos Aires y de algunos partidos seleccionados del Gran Buenos Aires, frente a algunos temas centrales de la salud sexual: anticoncepción, aborto y derechos sexuales. También se tuvieron en consideración variables de perfil sociodemográfico e institucional, a saber: sexo/género,

edad y ubicación geográfica del hospital. Las conclusiones a las que arriba este trabajo nos plantean interrogantes acerca de algunas cuestiones. Por un lado, se concluye que la importancia otorgada a la anticoncepción en los establecimientos públicos es escasa, explicándose a partir de un entramado de intereses ideológicos y políticos en el cual se formulan e implementan las políticas públicas en materia salud. En este sentido, cabe destacar que el estudio fue realizado con anterioridad a la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante PNSS y PR), a fines del 2002. Sin embargo creemos, y esta es una de la hipótesis de nuestro trabajo, que la práctica médica no sólo debe explicarse por la implementación de las políticas públicas, sino por la misma formación-ideología profesional y componentes político-ideológicos que la exceden.

Con respecto a esta cuestión, rescatamos el análisis sobre la práctica profesional de Jarillo Soto (2007), quien sostiene que la *ideología profesional* es un punto a centrarse, aunque no suficiente. Los aspectos donde se expresa la construcción simbólica de la profesión incluyen las enunciaciones sobre sí misma, sobre sus funciones sociales y sobre su carácter. Es por esto que nos centramos en los discursos de los y las profesionales en cuestión, en lo que ellos/ellas *dicen*. Todas las áreas profesionales poseen representaciones sobre sí mismas, una imagen del ser y deber ser profesional, de las relaciones con otras profesiones y de su función en la sociedad. Es decir, hay una ideología profesional. Pero esta construcción simbólica, también se expresa y es expresada en el conjunto de la sociedad: están permeadas por la ideología presente en ella en un determinado momento. La interacción entre ambas, siguiendo al mismo autor, da lugar a la ideología profesional, la que adquiere concreción según las formas específicas como se desarrolle la práctica social de la profesión. Es decir, su conformación está determinada (en el sentido en que brinda el marco general en el que se desarrolla) por la sociedad misma donde se estudia.

En el mismo sentido, retomamos algunas líneas de análisis del trabajo de Ortale (2000) acerca del trabajo médico y la práctica profesional. Esta autora lo concibe, no sólo como una actividad científica, sino también como una actividad técnica permeada por procesos sociales, económicos e institucionales. Es decir, el saber médico incluye tanto aspectos científicos como socioculturales. “El saber médico expresa lo que los profesionales han ido acumulando y sintetizando en su proceso de socialización

profesional: incluye las representaciones y prácticas aprendidas en una escuela de medicina y las costumbres adquiridas en su trabajo institucional (...) Existen diferencias y hasta discrepancias entre representaciones y prácticas. La representación constituiría algo así como la “teoría” del proceso y la práctica lo que realmente se realiza”<sup>2</sup>. Es decir, las representaciones se constituyen como el marco de referencia de la práctica de estos profesionales, como una guía para la acción, y es en la práctica cotidiana en donde éstas se realizan y modifican. No se trata, siguiendo con la misma autora, de una reproducción mecánica, aunque tampoco se deben perder de vista las regularidades que se expresan en la misma.

En este punto cobra importancia, como marco general de referencia, el análisis clásico de Menéndez (1992) acerca del modelo médico hegemónico (en adelante MMH). De acuerdo a este autor, la profesión médica tiene una representación de sí misma que apela a la ciencia como mecanismo de legitimación y diferenciación respecto de los conjuntos sociales y de los “curadores populares”. Esta representación tiende a enfatizar las características abstractas del saber médico y a opacar la estructuración institucional de sus prácticas y representaciones.

El concepto de MMH se construyó para describir y analizar los procesos de institucionalización de la biomedicina estableciendo relaciones en términos de hegemonía/subalternidad entre la medicina científica y otros saberes médicos, que fueron excluidos, subordinados o transformados. Poner en juego el concepto de hegemonía es útil para evitar caer en una visión mecánica de la relación entre lo que llamamos práctica e ideología profesional. Si bien los/as profesionales sustentan esta práctica, no hay que dejar de lado el hecho de que como sujetos activos, resignifican o impugnan este saber hegemónico. En otras palabras, es útil a fin de identificar los límites y contradicciones de este modelo hegemónico. Volviendo a Ortale (2000), “(...) es difícil establecer diferencias claras entre los contenidos técnicos y socio-ideológicos del saber médico, ya que toda práctica médica asistencial se ideologiza necesariamente al establecer relaciones con sujetos y grupos. (...) El uso del concepto de saber supone reconocer que podemos encontrar incongruencias entre las representaciones y las prácticas, entre las representaciones entre sí y entre las prácticas.”<sup>3</sup>. Y por otro lado,

---

<sup>2</sup> Op. Cit. pág. 5

<sup>3</sup> Ídem

vinculado a la cuestión de la normatividad del saber médico, estos saberes y prácticas son fuente de creación de las concepciones populares.

Parte de esta cuestión se ve reflejada en uno de los trabajos consultados (Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M.; 2008). Allí las autoras ponen de manifiesto que el rol de estos profesionales conlleva un grado de responsabilidad social que va más allá de su práctica asistencial, y que tradicionalmente (por razones históricas, políticas y culturales que no cabe desarrollar acá) ha estado invisibilizado en nuestro medio. Como desarrollan las autoras, la comunidad médica suele argumentar que su función social se acota al ámbito de la consulta, que se restringe a sus prácticas y a los mensajes que comunican a los usuarios y usuarias de los servicios de salud, desdibujándose así la dimensión político-pública de su actividad.

Otra conclusión interesante, en relación directa con lo anterior, se refiere al hecho de que no existen posturas en el personal médico que puedan etiquetarse entre “conservadores” y “progresistas”, sino que se trata de un *sino un continuum* de posiciones matizadas por cuestiones religiosas, científicas, éticas, culturales y sociales. Son precisamente estas variables las que pretendemos explorar en este trabajo, para dar cuenta de cuáles son los factores que operan en las representaciones del personal médico que atiende a la salud sexual de las mujeres.

Según las conclusiones a las que arriba, la anticoncepción aparece como un problema relevante de la salud pública en el 51% de los encuestados. Ahora bien, estas problemáticas fueron definidas por una amplia mayoría del personal médico como *“prerrogativas de todo individuo que el Estado debe asegurar a través de leyes, programas y servicios”*. Es decir, vuelve a aparecer la necesidad de presencia del Estado para garantizar lo que podemos englobar dentro de los derechos sexuales, para garantizar la salud sexual en este sentido, pero no aparece una crítica ni un cuestionamiento a la práctica médica en cuestión. Lo que queremos marcar con esto es precisamente la línea que recorre nuestro trabajo: indagar las representaciones de estos profesionales, partiendo del supuesto de que es en esta instancia en donde precisamente inciden las variables que ponemos en cuestión, y que exceden a cuestiones más vinculadas con la regulación de la práctica médica. No descreemos de estas iniciativas, a las que consideramos fundamentales en el marco del cumplimiento de los derechos

sexuales y la promoción de los mismos, pero nos proponemos escapar a esta línea, y plantearlo más como un problema histórico-social, y no desde una perspectiva que se limite al análisis del lugar que debe cumplir el Estado.

### **Consideraciones metodológicas**

La unidad de análisis será el personal médico (Jefes de servicio y personal) que trabaja en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Interzonal San Martín de la Ciudad de La Plata. La elección de esta población de estudio se justifica en tanto ejercen la medicina en un área a la que intrínsecamente le compete la problemática sexual de las mujeres. Ejercen un rol fundamental (y este es uno de los supuestos del trabajo), no sólo como una de las fuentes de información y provisión de métodos posibles, sino que influyen en las decisiones de las usuarias, pudiendo actuar como facilitadores u obstaculizadores de los mismos. Por otra parte, la elección se justifica por no existir trabajos similares desarrollados en hospitales públicos de esta ciudad.

El enfoque metodológico adoptado será exploratorio y de carácter cualitativo con la utilización de entrevistas en profundidad semi-estructuradas. Éstas permitirán penetrar en el conocimiento, la ideología, las representaciones de la población en estudio, y a su vez, permitirá acceder a un conocimiento más profundo de la práctica médica en cuestión.

Nuestro enfoque se enmarca dentro de los estudios desarrollados en el campo de la salud colectiva, donde confluyen diversas perspectivas en torno al objeto de estudio que representa la salud-enfermedad y la forma en que la sociedad se organiza para enfrentarla. Como campo científico y de acción, recupera los aportes de la salud pública, la medicina social, las ciencias sociales y la biología, y su punto de partida han sido los estudios sobre salud enfocados desde las ciencias sociales que se iniciaron en América Latina en los años '70, haciendo eje en los procesos de salud/enfermedad/atención que refieren a contextos económico-políticos-culturales específicos y los expresan (Jarrillo Soto, E; Garduño Andrade y Guinsberg, 2007).

Las preguntas de investigación se orientaron a aprehender las prácticas y representaciones médicas en torno al suministro de MAC y de su propia actividad profesional relacionada con esta problemática: características del tipo de información

que brindan, criterios utilizados para ponderar la información que suministran, tiempo dedicado a brindar información, uso de términos técnicos/legos, tipo de MAC que se suministran y razones para tal suministro. Nos interesa obtener su perspectiva no sólo sobre su práctica, sino también sobre la población que atienden.

### **Análisis de las entrevistas**

En este apartado presentamos los análisis obtenidos de las entrevistas realizadas. Para esto tomamos la articulación entre las representaciones y las prácticas del saber médico en torno a los siguientes puntos:

- 1- *Percepción de la demanda*: caracterización del perfil de las mujeres que concurren a estos servicios
- 2- *Percepción y representación sobre la salud sexual*: se consideraron, por ser objetivo del trabajo, las percepciones y representaciones acerca de los MAC.

#### **1- Percepción de la demanda**

De acuerdo a las entrevistas realizadas, el perfil de las mujeres que concurren a estos servicios pertenece mayoritariamente a sectores sociales marginados, con bajos niveles de educación formal.

Entre las que trabajan, la mayoría son empleadas domésticas o trabajadoras informales de baja calificación. A su vez aparece como una situación “novedosa” en los últimos ocho años el aumento en la concurrencia de mujeres de clase media desplazadas del mercado laboral, y por lo tanto, sin cobertura social.

Como relata uno de los entrevistados: *“En los últimos años el número de mujeres que asisten al servicio de ginecología aumentó considerablemente. A las pacientes de siempre se suman las de otros países de Latinoamérica (...) Es decir, tenemos desde inmigrantes ilegales hasta pacientes de clase media... y clase media alta”*. (Entrevista 1)

En las caracterizaciones sobre la demanda todos/as los/as entrevistados/as coinciden en la *ausencia de una actitud preventiva* por parte de estas mujeres. Frente a esto, tratamos de indagar acerca de las causas que explicarían esto, según sus

perspectivas. Una cuestión que nos parece interesante destacar es que sobre este tema, aparece una clara diferenciación en el discurso de acuerdo a si son mujeres o varones los entrevistados. En las entrevistas que se citan a continuación se refleja este punto.

Entrevista 3 (mujer): *“El tema es que las mujeres que vienen son pobres, con falta de educación, en varios casos múltiparas... y con maridos ausentes, ya sea por trabajo o por la misma realidad familiar. ¿Cómo hacés para que esta mujer, que claramente tiene otras necesidades inmediatas, tome y reconozca a su salud como una cuestión fundamental de su vida, cómo algo prioritario?. Yo creo que ese es nuestro desafío acá. Vos les decís que tienen que hacerse controles, pero su realidad es otra, no siempre disponen de tiempo para concurrir al hospital, o en otros casos, dinero para el colectivo, taxi... (...)*

Entrevista 1 (varón): *“Las mujeres que atendemos son muy humildes en general, entre ellas varias inmigrantes. Y no tienen la educación necesaria para hacerse cargo de su propia salud. Y nosotros magia no hacemos. Yo le coloco el DIU, pero si después los meses pasan y ellas no vienen a hacerse el control...”*

En los discursos de las profesionales, aparece cierta empatía, una caracterización de la situación de las pacientes que parecería orientada hacia su comprensión. Mientras que en las entrevistas de los profesionales, el discurso es marcadamente condenatorio, y en los casos en que desarrollan caracterizaciones de la situación de las pacientes, éstas aparecen claramente ligadas a una explicación “cultural”<sup>4</sup>, que a su vez se explicaría por su situación socio-económica, o , en el caso que sigue, por su condición de inmigrante.

Entrevista 1: *“Por ejemplo, hay mujeres que vienen de otros países muy pobres, como Paraguay, y vienen con el DIU colocado, pero mal. (...) Se detectan muchos casos de cáncer de cuello de útero, pero solo vienen a que se les cambie el aparatito, ni hablarles de otros problemas, ni de hacerse estudios. Es un problema cultural.”*

Los profesionales expresan que las pacientes no tienen una actitud preventiva, atribuyéndolo fundamentalmente a razones culturales. Su conocimiento del propio

---

<sup>4</sup> Esto se puede pensar desde el análisis de Menéndez (1998), en donde sostiene que la perspectiva biomédica se apropia del concepto de “estilo de vida”, y lo trabaja, explícita o implícitamente con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y “responsables”.

cuerpo es “escaso”, así como de su ciclo reproductivo. Su manejo de la anticoncepción es “deficiente” y “basado en mitos”, como por ejemplo “seguir pensando que durante el período de lactancia no hay riesgo de embarazo” (Entrevista 5). Esto nos lleva a otro punto importante que surge en las entrevistas desarrolladas: la cuestión de los saberes “populares”. De acuerdo a los/as entrevistados/as, la información que estas mujeres tienen suele ser la transmitida por las mismas mujeres de la familia, la vecina, alguna compañera de trabajo, de “boca en boca”. “Conocen pocos métodos, y no los usan en forma eficiente” (Entrevista 5). La opinión de un toco ginecólogo expresa la de la mayoría de los/as profesionales consultados/as.

*“Primero hay una falta de reconocimiento de su cuerpo, después de la sexualidad. O sea, es un tema que casi no se habla. Yo creo que esto pasa porque el tema no está instalado desde el colegio como una cuestión normal. Es como que está muy oculto todavía, aún hoy es un tema tabú. Yo creo que, igual, parece que ahora hay mujeres grandes que acceden a más conocimientos a través de lo que sus hijos les traen del colegio, de la información que a veces reciben sobre estos temas, pero es sólo un comienzo...”* (Ent. 4)

Existen diferencias entre las opiniones acerca de la continuidad de las consultas y controles de las mujeres, pero coinciden en que las que más concurren para su control son las que se han colocado un DIU, y que es muy difícil lograr una asiduidad en los controles “adecuada, responsable” (Ent. 3).

En otra de las entrevistas también aparece una mención a esta cuestión: “El problema con los mitos es que en materia de salud sexual y reproductiva, los riesgos son muy altos. Lo que está en juego es su salud (de las mujeres). Uno no lo hace por creerse culto, pero... Por ejemplo, hay casos que son... extremos. Cuando yo trabajaba en unidades sanitarias, me ha pasado de ver en algunos domicilios parejas que usan preservativos de tela. Los usan, los lavan... Y yo los veía colgados en el tender y me quería morir. Es muy alarmante el desconocimiento que hay. O también casos en que las pastillas se usan mal: se toma una la mujer, y otra el marido...” (Ent. 1)

En general, tienden a resaltar a la educación integral como factor primordial, destacando que “no se trata de tirar anticonceptivos por el aire” (Ent. 1), sino que se

debería poner énfasis en la educación sexual, fundamentalmente desde las instituciones escolares. De acuerdo a las opiniones de los/as entrevistados/as, la mayoría de los hospitales no desarrollan actividades con la comunidad, sino que se atiende a la “demanda espontánea”, las pacientes derivadas desde otros servicios y fundamentalmente las mujeres que han tenido su parto en esa institución. Esto también aparece atribuido, en una de las entrevistas, a la deficiencia del sistema de salud.

*“Una de las fallas está precisamente en la falta de articulación que existe entre los distintos niveles de atención. (...) Vos tenés la atención primaria, en donde se deberían hacer todos los controles y rastreos de prevención, consejería y consultas sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, detección precoz y tratamiento oportuno de patología, control de embarazo normal... y eso hoy no funciona así, por lo menos no de manera general. Esa instancia te permite a vos un seguimiento del paciente más cercano, además de que conocés la realidad en la que vive. Al nivel hospitalario se debería concurrir para la realización de exámenes complementarios que no se puedan hacer en la unidad sanitaria, interconsultas con otras especialidades, diagnósticos y tratamientos que exceden el primer nivel de atención y control de embarazo de alto riesgo” (Ent. 4)*

## **2- Percepción sobre la salud sexual**

Otro de los puntos en los que queríamos indagar en este trabajo, era acerca de los criterios utilizados para suministrar uno u otro MAC. Nos interesaba ver en este sentido, nuevamente, las caracterizaciones de la demanda, y qué variables ponen en juego los/as profesionales consultados/as.

En principio, lo que aparece en las entrevistas es la cuestión de la *efectividad* de los MAC. Entre los métodos que fueron nombrados como *efectivos* se encuentran el preservativo, el DIU, las pastillas, los MAC inyectables y el DIU. Una sola de las entrevistadas hizo alusión a la ligadura de trompas como MAC.

En cuanto a los criterios para su prescripción, aparecen diferentes opiniones. Con respecto al preservativo, todos/as los/as entrevistados/as coinciden en que es un método efectivo para la prevención del embarazo. Sólo aparece como preventivo de

ETS (enfermedades de transmisión sexual) en dos de las entrevistas. Cabe destacar que no se hizo alusión en las preguntas de la investigación sobre este tema en particular. Precisamente, la idea era ver cómo se caracterizaba a los MAC, y sus usos. Es decir, cuando se habla de preservativo, solo aparece la prevención frente al embarazo en la mayoría de las entrevistas. Esto podría pensarse bajo la concepción que podrían tener los entrevistados acerca de lo que significa la salud sexual (y la visión fragmentada del cuerpo de la mujer a la que se hizo alusión al comienzo del trabajo).

Con respecto a las pastillas, aparecen diferentes apreciaciones. Por un lado, los criterios tienen que ver con una cuestión ética. *“Si la mujer es joven, o adolescente, lo mejor es el uso de pastillas anticonceptivas. Son altamente eficaces, y de distribución gratuita. Se las damos acá en el hospital, o bien las pueden conseguir en la salita del barrio”* (Ent. 3). Por otro lado, el criterio también se orienta de acuerdo a “percepciones” que los mismos profesionales tienen sobre la situación particular de la paciente. *“Vos te das cuenta a veces si la mujer va a tomar las pastillas o no. O sea, su uso correcto requiere de una conducta, de cierta responsabilidad, y no todas las mujeres pueden hacerse cargo de eso. (...) Hay personas que son, y no me refiero a deficientes mentales, pero que son borders... y vos ahí sabés que no va a cumplir. O si ves que no hay contención desde la familia, sobre todo cuando vienen adolescentes, que muchas veces vienen sin dar aviso a la familia”* (Ent. 1). También aparecen criterios vinculados a la salud en general de la paciente: *“Hay casos en que los anticonceptivos hormonales orales (las pastillas) están contraindicadas, como por ejemplo si cree que está embarazada, si tuvo problemas cardíacos o algún episodio de tromboembolismo, si es hipertensa, etc., o bien puede simplemente presentar intolerancia a las drogas que contienen”*. (Ent. 5)

Con respecto al DIU también aparecen diferentes opiniones. En ninguna de las entrevistas se presenta como método abortivo. Todos/as coinciden en que es un método altamente efectivo, pero siempre que se realicen los controles necesarios (generalmente se realizan una vez por año, o bien cada seis meses). El *problema* que aparece en algunas entrevistas es que su uso correcto también depende de la paciente, del reconocimiento del funcionamiento normal de su ciclo, lo cual parece presentar algunos inconvenientes.

*“Yo te coloco el DIU, pero vos tenés que venir a los controles, si no, no sirve. Se puede correr, el cuerpo lo puede expulsar... no deja de ser un agente extraño, ¿está bien?. Pero pasa seguido que no vienen a los controles como debieran... y después se preguntan por qué quedaron embarazadas...Es como el chiste de Maitena, nace el pibe con arito incluido” (Ent. 1)*

*“Lo del DIU es complejo también. Es un método muy útil, pero requiere seguimiento médico. (...) No está recomendado para mujeres nulíparas, sí para mujeres ya con hijos, porque su colocación es más sencilla. En todos los casos, además, hay que estar atentos a la posibilidad de que la mujer lo expulse espontáneamente. Un aumento inusual de la cantidad de sangrado durante el período menstrual puede ser una señal de alerta y deben utilizarse otros métodos anticonceptivos hasta la consulta médica. Además, pasado el tiempo correspondiente, siempre es conveniente cambiarlo, porque va perdiendo efectividad, ya sea por desgaste del cobre o porque se acaba la hormona que está presente en el DIU” (Ent. 4)*

*“Normalmente intentamos evitar colocar un DIU de cualquier tipo en mujeres que no han sido madres aún porque hay mayor cantidad de casos de rechazo que en casos de mujeres que ya han sido madres. Es una evaluación que debe realizar el médico según el caso porque, si bien es poco probable que se salga o se expulse, el rechazo puede generar una infección que puede afectar la fertilidad” (Ent. 5)*

Con respecto a los MAC inyectables, la cuestión es similar. La población a la que no se recomienda son las mujeres embarazadas, si hay indicios de cáncer mamario, etc. Según los entrevistados no es un método que esté muy difundido (una sola de las entrevistadas atribuye esta poca difusión a cierta reticencia del personal médico, el resto no hace mención al respecto), ni sea muy utilizado. También requiere de controles periódicos, además de tener que concurrir al hospital una vez al mes para que sea administrado.

En los relatos además aparece rápidamente la problemática del aborto inducido. Una de las entrevistadas afirma que *“muchas mujeres usan el aborto como un método anticonceptivo en sí mismo (...) vienen en una situación alarmante”*. Tanto las condiciones físicas como psíquicas de las pacientes que han abortado son malas: anemia, infección, dolores, desesperación, miedo. Cuando una mujer llega a la guardia

del hospital en principio *“hay que determinar si es que hubo maniobras abortivas y cuáles, porque en función de eso se aplica una determinada terapéutica”*. A ello se suma que en caso de hayan existido estas “maniobras”, se ven obligados/as a dar intervención policial. *“Es una situación sumamente compleja. En general estas mujeres llegan solas, o bien con alguna amiga, vecina, y muy eventualmente con sus parejas. La situación es tensa. La mayoría que llega a la guardia por este tipo de complicaciones son madres solteras, mujeres con embarazos accidentales, violadas y adolescentes”* (Ent. 3).

Como decíamos, consideran que el conocimiento acerca de los MAC es escaso, y que su uso en general no es el adecuado. Coinciden en señalar que el método más usado son las pastillas, le siguen el coito interrumpido, el preservativo y el DIU, en ese orden.

Con respecto al preservativo, nos llamó la atención que no apareciera vinculado en todas las entrevistas a la prevención de ETS, aunque sí del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Sólo aparece en dos de las entrevistas.

*“El preservativo es el único método anticonceptivo que cumple la función de evitar enfermedades de transmisión sexual. Por eso hablar sobre sexualidad y prevención en todos los ámbitos de la comunidad es indispensable si queremos lograr un cambio en el comportamiento sexual de las personas, y no sólo en adolescentes”*. (Ent. 3)

En las entrevistas que tocaron este tema, aparece la preocupación por la falta de información que hay acerca de estas enfermedades, pero no lo hacen exclusivo a la población que atienden, sino que se considera una situación generalizada. Según estas opiniones, el problema es precisamente que este método aparece *solo vinculado a la prevención del embarazo*.

*“Este es otro gran tema pendiente. Es muy difícil hacer entender en los minutos que dura una consulta que es fundamental su uso para evitar estas enfermedades. Además es claro que las campañas que se han desarrollado desde el Ministerio (de Salud de la Nación) no han sido las adecuadas. En general en las consultas cuando*

*aparece el tema del preservativo es porque se rompió, y quieren evitar el embarazo, nada más...*” (Ent. 3)

Que este método no esté asociado a la prevención de ETS nos llamó la atención. No creemos que la conclusión que se desprenda de eso sea la desinformación por parte del personal médico que atiende estas cuestiones, pero si sugerimos que lo que puede actuar detrás de esto es una visión fragmentada del cuerpo de la mujer, vinculado principalmente con la maternidad, que hace que en el discurso esto no se presente como cuestión pertinente (esto frente a las cifras cada vez más altas de contagio de estas enfermedades).

### **Consideraciones finales**

Una cuestión que pudimos ver a lo largo del análisis de las entrevistas, y que aparece muy frecuentemente, es la de la *responsabilidad individual* en el cuidado de la salud, en este caso, de las mujeres. Incluso cuando la explicación de fondo es, como decíamos, “cultural”, aparece el deslizamiento de la responsabilidad hacia la mujer. Sin intenciones de establecer una caracterización general, el “*vos elegís*” subyace en la mayoría de las entrevistas analizadas. Si bien en algunas aparece la responsabilidad y la necesidad de políticas activas del Estado en la promoción, e información del uso “adecuado” de MAC, e incluso una necesidad de reestructuración del sistema de salud pública y de la práctica médica, en última instancia parece ser la mujer quien tiene la responsabilidad última en cuanto a la eficacia de las mismas.

Esto se puede pensar en el marco de políticas de salud que han basado sus discursos y prácticas (sobre todo a partir de los años noventa) en la *responsabilidad individual del cuidado* y la *promoción de la (propia) salud*. Se apela a la individualidad para garantizar el cuidado de la salud y desdibujar la responsabilidad del Estado. Su ausencia sobrecarga de responsabilidad al sujeto (Red de Salud Mental del Primer Nivel de Atención del municipio de Morón; 2009). En otras palabras, las consecuencias “no deseadas” de lo que aparece como un uso incorrecto de MAC, o bien su no uso, dependerían de la elección consciente e individual, de conductas que llevan al sujeto en cuestión (en este caso *una* mujer) a uno u otro estado, quedando así la responsabilidad individual, el *auto-cuidado*, en primer plano. Para evitar un estado “no deseado”, hay

que hacer lo que “*se debe*”, de lo contrario, si hay contagio, embarazo no buscado, etc., es por *propia responsabilidad*. En sintonía esto, cabe destacar a su vez el frecuente uso de conceptos tales como “adecuado”, “correcto”, haciendo referencia al (buen) uso de MAC. En esto entran en juego las tensiones entre los “saberes populares” y el “saber médico”. Como desarrollamos en el marco teórico, el MMH engloba al conjunto de saberes generados por el desarrollo de la medicina científica hasta lograr identificarse como la *única* forma correcta de diagnosticar, explicar, atender, solucionar los problemas de enfermedad. Y frente a esto, aparece como *problema*, en las entrevistas analizadas, aquellos saberes basados sobre “mitos”, información inadecuada/escasa, etc., que entrarían a jugar en la relación médico-paciente como obstáculos para la “adecuada” realización de la consulta. Esta relación puede describirse como de subordinación social y técnica, en donde los/as profesionales médicos/as pretenden desconocer estos saberes, reclamando el control sobre los mismos (Pagnamento, L. y Weingast, D., 2000).

## **Bibliografía**

- Durand, Teresa (2001), *Flexibilizando cuerpos: (in)equidad de género en trabajo y salud*. Informe final del concurso: Democracia, derechos sociales y equidad; Estado, política y conflictos sociales. Programa Regional de Becas CLACSO.
- Checa, S. y Erbaro, C. (1998), *La salud reproductiva en las representaciones y prácticas de los servicios públicos de salud*, en *Salud y población: Cuestiones Sociales Pendientes*, Espacio Editorial
- Checa, S., *Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad*, Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA (UBACYT). Publicado en <http://www.sarda.org.ar>
- Bruno, A. (2007), *Derechos sexuales y reproductivos. Un camino recorrido*, en *Hacia una pedagogía feminista*, Korol, Claudia (comp.), 1era edición: El Colectivo, América Libre.
- Mazzioti, I, Zignano M. y Bonetto, A. (1997), *Sistematización de la experiencia del Consultorio de Salud Reproductiva y Sexual del Hospital Materno Provincial de Córdoba (1989-1996)*, en *Revista Herramienta* N° ¿?.
- Ley 25.673 (2003) de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud\\_sexual/site/ley.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/ley.asp)
- Gutiérrez, M. A. (comp.) (2007), *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades: desafíos para la investigación política*, 1era edición, Bs. As., CLACSO.
- Anzorena, C. (2006), *Políticas públicas dirigidas hacia mujeres: la intervención del Estado como regulador de las sexualidades*.
- Lerner, S. y Szasz, I. (2001), *La investigación y la intervención en salud reproductiva: Encuentro de enfoques y tendencias*, *El Cotidiano*, mayo-junio, Vol. 17, UAM. Publicado en <http://www.redalyc.uaemex.mx>
- Palma, Z. (2000), *Servicios de salud sexual y reproductiva: propuestas y realidades*. Ponencia presentada en las VI Jornadas de Historia de las Mujeres y I Congreso Iberoamericano de Estudios de las Mujeres y Género, Fac. Filosofía y Letras, UBA. Publicado en <http://www.mujeresaloeste.org.ar/salud/s29bis-4.html>
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero M. y Szulik, D. (2001), *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto en la Argentina: ¿Una transición ideológica?*,

CEDES, Buenos Aires, Argentina. Publicado en <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=52444>

- Szulik D, Gogna M, Petracci M, Ramos S, Romero M. (2008) *Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos*, Salud Publica México.
- Llovet, J. J. y Ramos, S. (1986), *La planificación familiar en la Argentina: Salud pública y derechos humanos*, en Cuadernos Médico Sociales, N° 38, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1992) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Edit. Alianza, México.
- Jarillo Soto, Edgar C. (2007), *La profesión médica. Una construcción de la ideología profesional*, en Jarillo Soto, E. C. y Guinsberg E. (eds), *Temas y desafíos en salud colectiva*, Lugar Editorial, 1era edición, Buenos Aires.
- Salinas Urbina, Addis A. (2007), *La disociación entre sexualidad y reproducción. Un reto importante para la salud colectiva*, en Jarillo Soto, E. C. y Guinsberg E. (eds), *Temas y desafíos en salud colectiva*, Lugar Editorial, 1era edición, Buenos Aires.
- Ortale, S., (2003), *Saber médico y desnutrición infantil: estudio antropológico en el partido de La Plata, Buenos Aires (Argentina)*, en Barone, M. y Shiavoni, L. (comp.), *La Argentina de los '90: salud, trabajo y género. Estudios en sectores medios y pobres*, Ed. De la UNM/Secretaría de Cultura de la provincia de Misiones.
- AA.VV (2002), *La responsabilidad de los médicos ante las políticas públicas sobre anticoncepción y aborto*, Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES
- Jarrillo Soto, E; Garduño Andrade y Guinsberg (2007), *Introducción*, en Jarillo Soto, E. C. y Guinsberg E. (eds), *Temas y desafíos en salud colectiva*, Lugar Editorial, 1era edición, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos y significados diferentes". *Estudios Sociológicos* (enero-abril). Hermeroteca Virtual ANUIES. Disponible en [www.hermerodigital.unam.mx](http://www.hermerodigital.unam.mx)
- Pagnamento, L. y Weingast, D., (2000), *Estrategias ante la enfermedad. Un campo que se negocia*,
- Red de Salud Mental del Primer Nivel de Atención del municipio de Morón (2009), *Salud y la enfermedad en la adolescencia*, publicado en [www.revistaversiones.com](http://www.revistaversiones.com)