

XI JIDEEP

Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional

*"Disputas por el Estado, la democracia y las políticas públicas.
Concentración de la riqueza y poder popular."*

La Plata, 12 y 13 de septiembre de 2019

GT N°6: "Desafíos y reflexiones del Trabajo Social y/o el Equipo de Salud en torno a las determinaciones sociales de la salud colectiva"

**Título: "Consejerías Integrales" vs. "Dispositivo de Entrega de Anticonceptivos."
La experiencia en un Centro de Salud de Florencio Varela.**

Autoras: Lic. Eguilior, Betiana, betianae@hotmail.com; Lic. Ortiz, Paola paolaortizdx@gmail.com; (Sría. de Salud Fcio. Varela) y Lic. Otero Zúcaro, Laura E.; lauraoteroz@hotmail.com (FTS – UNLP).

Resumen:

En el presente trabajo nos proponemos problematizar el acceso a la obtención de métodos anticonceptivos en el marco del programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyR), tomando como punto de partida indicadores relevados en entrevistas profesionales realizadas desde el área de trabajo social en el campo de la salud pública.

La inquietud por abordar esta acción estatal, surge a partir de consultas y afirmaciones manifestadas por *las usuarias* durante las entrevistas respecto a la administración de los métodos y su consecuente riesgo para la salud.

Estas experiencias relatadas nos llevan a reflexionar sobre la accesibilidad a la salud sexual y reproductiva en términos de igualdad, información, derechos y género.

Palabras Clave: Accesibilidad - Género - Desigualdad - Salud Sexual y Reproductiva.

El desencuentro entre el usuario y el servicio de salud.

A fin de introducir al lector en la problemática, nos parece importante, hacer una breve descripción no sólo de la institución, sino también de aquello que consideramos el “nudo problemático”. Haciendo referencia al equipo de salud del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), el mismo está integrado por: médica clínica, pediatras, enfermeros, obstétricas, trabajadoras sociales, psicólogas, ginecólogo, promotora de salud, administrativas y un sereno. Es importante mencionar que el CAPS cuenta con servicio de guardia de enfermería las 24 hs.

Una de las actividades que se realizan dentro de la asistencia diaria, además del consultorio, está orientada a tareas de promoción y prevención de la salud. Para ello, desde obstetricia, se lleva adelante un espacio denominado como *consejería en salud sexual y reproductiva* cuya función se reduce a la entrega de anticonceptivos inyectables y orales. Es aquí cuando empezamos a problematizar algunas categorías, que a nuestro criterio, tendrían que reconfigurarse en estos espacios y que nos conducen a algunos antagonismos respecto de la atención recibida. El pensamiento lógico nos llevaría a pensar que se trata de un dispositivo que aborda la salud sexual y reproductiva, pero su dinámica pareciera reducirse a mecanismo de control de natalidad.

A partir de recabar información a través de relatos, interconsultas con otros profesionales, dudas que surgen entre usuarias y el personal administrativo e inquietudes relevadas desde otro espacio de promoción y asistencia (Testeos Rápidos de VIH), es que nos proponemos indagar en la siguiente problemática de salud.

Para ello, a continuación detallaremos las dificultades que se nos presentan en el cotidiano. Como primera cuestión, podemos mencionar lo siguiente:

- Información errónea sobre el uso/indicaciones que los métodos anticonceptivos generan (y cómo es transmitida esta información)
- Discontinuidad en la entrega de los mismos por parte del Programa de SS y R
- Hegemonía médica biologicista sobre el cuerpo de la mujer
- Perspectiva del cuidado únicamente en la salud de la mujer, excluyendo al hombre.

Consejería de Salud Sexual y Reproductiva

Las Consejerías surgieron, en el año 2010, como propuesta del Ministerio de Salud de la Nación, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género. Se pensaron con el fin de promover autonomía, incorporando estrategias de capacitación, sensibilización y

fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención de los efectores de salud.

Las propuestas de Consejería presentan entre sus fines:

- a) Brindar información oportuna y pertinente en términos sencillos.
- b) Difundir y derivar a los servicios de salud que existen en el territorio.
- c) Apoyar a las personas para que puedan reflexionar sobre sus prácticas.
- d) Promover la toma de decisiones autónoma.
- e) Facilitar el empoderamiento para que las personas desarrollen una vida sexual saludable y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos.
- f) Proveer cuando se requiera el método anticonceptivo sin demoras ni dilaciones.

En el caso que abordamos en el presente trabajo, como enunciamos más arriba, muchos de esos fines se sostienen en un estado ideal, no así en la realidad.

En principio, la población usuaria de este dispositivo son mujeres que, a su vez, realizan sus controles ginecológicos en el mismo efector. En este caso la consejería funciona como expendio de anticonceptivos. En consecuencia, son estas mujeres las que consultan sobre dudas en relación a la administración de anticonceptivos en el servicio social, en la administración o en la entrevista ginecológica.

Esto nos marca una primera contradicción sobre lo “esperable” de las consejerías. Más allá de la administración del método, otra de las consecuencias del “delivery de fármacos” es que se establece en horario reducido lo que permite que no se brinde información oportuna, dada la gran cantidad de mujeres que recurren al espacio, convirtiéndose esta práctica en un engrosamiento de la estadística en la atención conveniente para el profesional que la lleva adelante.

Aquí se visibiliza la homogeneización de las usuarias del servicio a través de una práctica profesional que no las singulariza. Esto nos induce a pensar sobre el trato en términos de inequidad de género.

Según Pittman (1996) conceptualmente se considera que se produce inequidad de género en la calidad de la atención cuando:

- se entrega una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades no son iguales;
- se entrega una atención diferente cuando las necesidades son iguales;
- se otorga un trato que refuerza los estereotipos de género.

La tercera dimensión es la que caracteriza al servicio de consejería en este efector, como así también la unificación de las necesidades y deseos de todas las mujeres en una única respuesta que se traduciría en: *Entrega de una atención igual cuando las necesidades no son iguales*. Al decir de Torres (1) (...) la rigidez de nuestro

sector ha tratado de homogeneizar las respuestas suponiendo que las preguntas eran iguales, cuando en realidad nuestra capacidad de respuesta requiere una enorme flexibilidad. Mucha mayor flexibilidad todavía en el primer nivel de atención, pegados directamente a las necesidades heterogéneas de la población.

Podemos remarcar entonces, cómo este dispositivo de atención de la salud llevado adelante por una profesional de la salud (obstétrica), denuncia la falta de participación activa del espacio de la población usuaria; desde el día y horario estipulados hasta el lugar del funcionamiento dentro de una institución formal de salud, entonces retomamos una pregunta, de manera gráfica, que implica interpelar las prácticas ¿cómo levantar las barreras que los servicios de salud han ido generando históricamente para que la población no participe?

Hablamos únicamente de mujeres porque la atención y dinámica del dispositivo están dirigidos hacia la mujer. Rara vez, cuando es acompañada por un hombre, éste es invitado a participar de la consulta.

En los procedimientos arriba mencionados, subyacen dos cuestiones:

- relaciones de poder dentro de la Consejería
- relaciones de poder sobre el cuerpo de las mujeres

La primera, está vinculada al hecho de que si no consultan en ese espacio implica solicitar un turno con el demandado área de ginecología, o bien discontinuar el tratamiento anticonceptivo; y la segunda, se vincula con que sea esa profesional (obstetricia) y no otra en su rol de poder-saber quién administre los fármacos con el único fin de evitar embarazos obviando el abordaje de la enfermedades de transmisión sexual.

En este sentido, otra de las categorías que permiten problematizar y reflexionar, refiere a la construcción de accesibilidad, entendida como la relación entre los servicios y la población, y no solo como los servicios de salud se acercan a la población. Se pueden caracterizar una serie de barreras que impedirían la accesibilidad como pueden ser: geográficas, entendiéndose la imposibilidad de acercar los servicios a la población por problemas geográficos. Las barreras económicas aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, como por ejemplo acceder al transporte. Las barreras administrativas expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera definida como cultural está centrada en las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población, y la barrera simbólica en tanto consideran que el imaginario social y la representación también pueden constituirse en barreras. (2)

Por lo tanto, es importante definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios de salud. Si se sucede el desencuentro revestirá un problema,

por tal motivo es necesaria la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia de acción para mejorar el acceso.

Como hemos mencionado con anterioridad, una de las barreras está conformada por las barreras de tipo simbólica, este tipo de barreras, a nuestro entender, también se configura y reconfigura en ese entramado entre de la relación médico-paciente. Subyace es ese vínculo, lo que Foucault ha denominado microfísica del poder. “En la sociedad se dan múltiples relaciones de autoridad situadas en distintos niveles, apoyándose mutuamente y manifestándose de manera sutil (...) En cada esfera social existen relaciones de autoridad que no son proyección directa del poder soberano, sino condicionantes que posibilitan el funcionamiento de este gran poder.”(3)

La práctica de conductas autoritarias y de poder constituye una situación de alerta y de amenaza en la relación médico-paciente. Esta situación se presenta con cierta frecuencia y denuncia diversos dilemas éticos y bioéticos. Se plantea que el profesional no tiene derecho a imponer su jerarquía personal (religión, política) y es el paciente quien decide, ante una situación determinada, qué acciones de salud realiza para preservar su integridad psíquica y física: este es el principio de autonomía.

Con frecuencia el paternalismo gana a la autonomía, y esta última queda a merced de la autoridad del profesional quien limita la participación del individuo en la toma de decisiones. Raramente, este principio de autonomía es respetado, y es el profesional médico quién toma decisiones por sobre el cuerpo de las mujeres.

En este aspecto, la autonomía también se encuentra ligada a las dificultades de los profesionales en la escucha y elección de las personas que deciden acercarse a la “consejería”, lo que ocurre es en los relatos de los profesionales: “administran mal las pastillas”, “no registran las indicaciones que se les brinda”, acá parecía subyacer la escasa de escucha y comprensión que reviste el encuentro entre el profesional y la persona que realiza la consulta.

Esta situación se expresa en los relatos de las personas que realizan la consulta donde aparece “no me explico”, “no entendí lo que me dijo”, lo que demuestra la desigualdad arbitraria y el poder del saber médico, cercenando el derecho a la participación en el proceso de salud-enfermedad-atención.

Por otro lado, otra de las categorías necesarias para analizar los aspectos que atraviesan la consejería, refiere a la categoría de género, Débora Tajer: considera que “las condiciones y relaciones de género como determinantes sociales de salud operan como mecanismos de estratificación social asignando a los/as actores individuales posiciones sociales diferenciales: el acceso a servicios sociales, la atención de la salud y la educación, las políticas de empleo, las políticas financieras, los sistemas legales y políticos, las normas culturales y de género y los arreglos institucionales.

Modos con los cuales se implementa y se mantiene la distribución desigual de poder, riqueza y riesgos en salud.” (4)

Según Tajer los niveles en los que la diferencia entre los géneros se transforman en inequidad en salud, son:

- 1- Distribución de los riesgos y relevamiento de necesidades en salud
- 2- Mecanismos y modelos de atención
- 3- Tipo de cobertura y financiamiento
- 4- Los costes de género de los cuidados de la salud
- 5- La evolución de los tipos de familia y de la relación con el sistema sanitario
- 6- Gestión y toma de decisiones

Desde el primer nivel, nos parece necesario mencionar la importancia de tener en cuenta las necesidades en salud, producto de la interacción entre lo biológico, lo subjetivo y lo social.

Desde lo biológico se debe contemplar los requerimientos fisiológicos diferentes, las susceptibilidades fisiológicas diferentes y las resistencias o inmunidades fisiológicas diferentes.

Desde lo subjetivo y los roles sociales, es importante identificar las condiciones de riesgo diferentes asociados a conductas de cada género, y por otro lado tener en cuenta el acceso que se tiene con respecto a los recursos intrafamiliares y públicos relacionados con la salud.

En lo que respecta a las consultas en el espacio de consejería la realizan en su mayoría las mujeres, quienes se encargan del cuidado del cuerpo y de la anticoncepción, lo cual en este aspecto muchas veces el varón no participa, quedando visualizado como el proveedor económico, y por esto quien debe ocuparse de la reproducción es la mujer, cuando se indaga en las situaciones que se realizan tests rápidos de VIH, para que se teste el varón, refieren que trabaja y no puede concurrir. Y en oportunidades que se han estado en el centro de salud los varones, que se encuentran con sus parejas, los mismos demuestran resistencia al testeo, esto continúa reflejando que es la mujer quien realiza la atención y debe ocuparse del cuidado de su cuerpo.

También esta situación se refleja en el alto número de mujeres que acceden a la ligadura de trompas o desean acceder, pidiendo un turno con el área de planificación familiar en el hospital que nos corresponde por región sanitaria y el bajo porcentaje de varones que se realizan la vasectomía.

En este aspecto, nos encontramos muy distante de generar prácticas y estrategias de promoción y prevención desde una perspectiva de género, confundiendo que el género sólo remitiría a cuestiones que involucran a la mujer. Es por esto que no se fomenta y se trabaja para la equidad de género.

Es necesario, trabajar con los profesionales de la salud desde lo simbólico, lo cultural. La lógica patriarcal está enraizada, y lograr la desconstrucción deberá contemplar espacios de reflexión y encuentros de debates para lograr prácticas desde una perspectiva inclusiva, de igualdad y desde los derechos sociales.

Referencias Bibliográficas:

1. Torres Pablo. PARTICIPACIÓN POPULAR Y DERECHO A LA SALUD. Articulación entre la perspectiva local y la perspectiva internacional en América Latina (*)
(*) Trabajo inicialmente presentado en el II CURSO DE SALUD INTERNACIONAL / CONSEJO CONSULTIVO DE LA SOCIEDAD CIVIL - CANCELLERÍA ARGENTINA / UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA - 2014, versión actualizada en Octubre de 2017 para el CURSO DE MEDICINA SOCIAL / SALUD COLECTIVA 2017 de ALAMES ARGENTINA
2. Comes, Yamila y Otros. El concepto de accesibilidad. La perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología. UBA. Secretaria de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Volumen XIV. Año 2006
3. Foucault Michel. Microfísica del Poder. Tercera Edición. Madrid. Las Ediciones de La Piqueta. 1992.
4. Tajer Débora. "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud". En libro Género y Salud. Las Políticas en acción. Lugar Editorial, 2012. Debora Tajer (compiladora). Versión autorizada para curso ALAMES

Bibliografía de Consulta

- Tajer Débora. "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud". En libro Género y Salud. Las Políticas en acción. Lugar Editorial, 2012. Debora Tajer (compiladora). Versión autorizada para curso ALAMES

Artículos de revistas:

- Dra. Débora Tajer, Mag. Mariana Gaba, Lic. Graciela Reid "Impacto de la Violencia de Genero en la Salud de las Mujeres: una investigación en la Ciudad de Buenos Aires". Cátedra Introducción a los Estudios de Género, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Revista Género y Salud en cifras, México (en prensa)

Consultas electrónicas: Material de Consejerías de Salud sexual y Reproductiva.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

http://www.msal.gov.ar/saludsexual/consejeria_salud_sexual.php