

Regulación de los cuerpos sexuados en la promoción de decisiones reproductivas autónomas

Regulation of sexed bodies in the promotion of autonomous reproductive decisions

Ana M. Pérez Declercq

*Línia de Recerca en Cossos, Gèneres i Sexualitats (LIRACGS)
Grup de Recerca sobre Exclusió i Control Social (GRECS)
Universitat de Barcelona*

Resumen

En la provincia de Salta, Argentina, la norma jurídica que promueve la autonomía de las personas en la vida reproductiva es ejecutada principalmente por el personal de los Centros de Atención Primaria de la Salud desde una lógica biomédica y marcadamente individualista que convierte la decisión reproductiva en un imperativo ético de control del cuerpo. A partir de los datos producidos en el trabajo de campo que tuvo lugar en tres centros de salud ubicados en barrios periféricos de la ciudad de Salta, tomo en consideración en este artículo la construcción que se hace de la promoción de la autonomía en las decisiones reproductivas desde la perspectiva del personal de salud y cómo esta construcción se encuentra atravesada por un modelo asistencial, valores y relaciones de poder que se materializan en el trabajo cotidiano de la asistencia a la salud reproductiva.

Palabras clave: decisiones reproductivas, control social, derechos sexuales y reproductivos, género.

Abstract

In the province of Salta, Argentina, the law promoting autonomy in people's reproductive lives is applied mainly by primary health care professionals using a biomedical and highly individualistic logic that converts reproductive decisions into ethical imperatives to control the body. Based on data from fieldwork conducted in three health centers located in the suburbs of Salta, the provincial capital, this paper examines how the promotion of autonomy in reproductive decisions is constructed from the perspective of health care professionals and how this construction is affected by the model of care, values, and power relations that are embodied in the daily work of reproductive health care.

Keywords: reproductive decisions, social control, sexual and reproductive rights, gender.

Introducción¹

La promoción de decisiones reproductivas autónomas se sostiene desde la concepción de un sujeto libre y moderno y se basa en un derecho individual que, de acuerdo con Poovey (1992), no se puede separar de la idea de que existe una base “natural” para la identidad individual, con lo cual se establece un sistema de derechos diferencial que está ligado a un conjunto de presupuestos de género. Las normas jurídicas, las políticas y las instituciones que regulan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos reproducen esta diferenciación y, bajo la promoción de la autonomía en las decisiones reproductivas, “naturalizan” el control sobre los cuerpos de las mujeres.

El objetivo de este trabajo entonces apunta a analizar las articulaciones entre el discurso sobre la autonomía en salud reproductiva y la producción y reproducción de un orden binario y heteronormativo, problematizando específicamente las prácticas y discursos del personal sanitario en las que se materializa la reiteración de las formas hegemónicas de lo femenino y lo masculino.

El análisis de las prácticas y discursos del personal sanitario permite profundizar en el entramado de relaciones sociales de poder que se ponen en juego en la implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, a nivel Nacional y de la Ley de Sexualidad Responsable, en la provincia de Salta, Argentina. 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” (Bourdieu 1985).

Este artículo es producto del trabajo de la autora para su tesis de maestría² desarrollada entre agosto de 2008 y abril de 2009. El trabajo de campo se desarrolló en tres Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) ubicados en barrios periféricos de la ciudad de Salta en los cuales se realizó observación con participación en distintas actividades de los centros y en las visitas a los domicilios. También se efectuaron entrevistas a trabajadoras y trabajadores de las especialidades de ginecología y obstetricia, enfermería, agentes sanitarios, médica clínica, medicina familiar, psicología y trabajo social.

Los CAPS seleccionados para el trabajo de campo se encuentran ubicados en barrios periféricos, que se caracterizan por su conformación a partir de la ocupación de tierras fiscales en asentamientos de viviendas precarias y sin servicios básicos como luz, agua o cloacas. En el momento en que se realiza la investigación los barrios que se encuentran en el área de influencia de los CAPS cuentan con una infraestructura de calles precarias, en su mayoría de tierra, y algunos edificios institucionales, como escuela, comisaría y sala de atención médica. Los habitantes de estos barrios, en su mayoría provenientes del interior de la provincia de Salta o Jujuy o de áreas rurales en Bolivia, se encuentran en una situación de precariedad laboral y de infraestructura habitacional.

¹ Una versión anterior del texto fue presentada en las VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población en Buenos Aires y en las Jornadas Crítica a la Razón Sexológica: Etnografías entorno los cuerpos, los géneros y las sexualidades en Barcelona. Agradezco los comentarios y sugerencias de quienes participaron de las jornadas, así como a los revisores anónimos de la revista cuyas observaciones ayudaron a mejorar la versión final de este artículo.

² La investigación realizada para la tesis de maestría fue parcialmente financiada por una Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

El contexto de implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

La implementación en el año 2003 del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable³, se produce en un contexto que se caracteriza por una lógica política de salud neoliberal a nivel regional y, a nivel internacional, por la introducción en el año 2000 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos sustituyeron sus aspectos más complejos y radicales por acciones destinadas a mejorar determinados indicadores vinculados a la salud y a la mortalidad materna (Harcourt 2011)

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, junto a otros programas como el Plan Nacer o el Programa Materno Infantil, son presentados por el Ministerio de Salud de la Nación como experiencias de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Es preciso aclarar que desde finales de la década de 1990, la estrategia de APS que se viene implementado es una versión "minimalista" y regresiva, que, abandonando la pretensión de integralidad que caracterizaba a la APS según la Declaración de Alma Ata (1978)⁴, se limita a ofrecer prestaciones mínimas y selectivas a los más pobres (Ase y Buriyovich 2009)

El foco en la población "más pobre" se materializa en dos aspectos, por medio de la provisión de ciertos mínimos biológicos para satisfacer necesidades básicas, y paradójicamente, en la promoción de sus capacidades, inteligencias y destrezas para autogestionar su propia pobreza (Álvarez 2008: 171). En las políticas de salud reproductiva, ambos aspectos confluyen en la construcción de un cuerpo reproductor femenino al cual, por un lado, se le ofrecen servicios dirigidos a la salud materna y del cual, por otro, se espera que sea capaz de ejercer una relativa autonomía con relación a las anteriores formas de tutela del Estado protector.

Distribución espacio/temporal de la asistencia a la salud reproductiva

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se implementa en los CAPS principalmente a través del área de atención ginecológica y, a pesar de que en las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing se han hecho acuerdos específicos que llaman a una participación de los varones en la esfera de la reproducción y la crianza, en las prácticas sanitarias la promoción de elecciones y un uso autónomo de los métodos anticonceptivos se dirige a las mujeres (De Keijzer 2003). Los demás servicios acuden al de toco-ginecología cuando "detectan" a una paciente que requiere una atención más específica, generalmente orientada a la prescripción de un método anticonceptivo. Otros miembros del equipo de salud dentro del Programa de Atención Primaria de la Salud que se ocupan de la "promoción de la salud y prevención" vinculada a la sexualidad son los de enfermería y los agentes sanitarios.

³ El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se implementa en la provincia de Salta a partir del año 2003. En el año 2004, luego de una fuerte oposición de sectores que provienen de la Iglesia Católica se promulga la Ley provincial de Sexualidad Responsable (2004), la cual lleva ocho años sin ser reglamentada, y en consecuencia los servicios de salud de la provincia no cuentan aun con un programa propio y dependen de los insumos, principalmente métodos anticonceptivos, que reciben del Programa Nacional.

⁴ La Declaración de Alma Ata fue el punto culmine de un proceso que se inició en los años setenta que se caracterizó por el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la extensión de los servicios de salud al conjunto de la población. Para lograr el ambicioso objetivo de "Salud para Todos en el Año 2000", las naciones del mundo -junto a la OMS, el UNICEF y las principales agencias financieras- se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral denominado Atención Primaria de Salud (APS).

El personal de toco-ginecología y de enfermería permanece al interior de los CAPS y realiza tareas de prevención y provisión de los métodos anticonceptivos, mientras que a los agentes sanitarios se les adjudica la labor de realizar un seguimiento de los hábitos sociales de las/os pacientes y tienen a su cargo la implementación de tareas de promoción de la salud mediante visitas que realizan a los domicilios del sector que les es asignado.

En relación con el tiempo, la asistencia de las/os ginecólogas/os se produce en un tiempo de consulta que no supera los diez minutos y que responde a unas normas de productividad exigidas desde la institución que se miden en “paciente/hora”. El tiempo de consulta, calificado como escaso por algunos de las/os entrevistadas/os, es uno de los motivos por los que sus prácticas se restringen a la prescripción de un método anticonceptivo sugerido por ellos, anulando la posibilidad de prescribir en base a la elección que realice la paciente. Otras investigaciones (López y Findling 1998; Marton y Echazú 2010) también recogen el reconocimiento por parte de los médicos de los manejos autoritarios y tratos despensados que atribuyen, en parte, al sistema en el que están inmersos.

El uso del tiempo, de acuerdo con Uribe Oyarbide (1994), se produce por y reproduce una distinción en las posiciones de cada trabajador en la gestión de los procesos asistenciales. Lo observado durante el trabajo de campo en los centros de salud coincide con la caracterización que realiza el autor del tiempo de los médicos 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 las/os enfermeras/os y de las/os agentes sanitarios.

La asistencia a la salud reproductiva en el consultorio de toco-ginecología se configura como un espacio privado, altamente normalizado y jerarquizado donde la atención se organiza en un horario previamente pautado y el consultorio de enfermería se presenta como un espacio flexible, sin cita previa y en el cual las consultas vinculadas a la salud reproductiva se pueden realizar en los momentos en que los padres traen a sus hijos a realizar las actividades de “talla y peso”, durante los horarios de guardia en los que, según lo relatado por las/os entrevistadas/os, hay un clima de “mayor confianza” y, cuando se colocan anticonceptivos hormonales inyectables. También las/os agentes sanitarios entrevistadas/os señalan que la prevención y promoción de la salud reproductiva son actividades que realizan en tiempos que se caracterizan por su variabilidad y que algunas veces exceden los tiempos formales de sus contratos.

¿A quiénes se busca implicar en las decisiones reproductivas?

La tarea de las/os profesionales de informar y fomentar la toma de decisiones en salud reproductiva está fuertemente vinculada a la visión que tengan de la/el paciente. La percepción de los cuerpos de los varones como productores, quedando anulada su capacidad reproductiva, y de la sexualidad masculina como in-controlada y sin cuidados, valida una visión esencialista que contribuye, como contrapartida, a la identificación mujer-cuidado.

Entre las mujeres se distinguen, por un lado, a quienes se consideran capacitadas para “hacerse cargo de sí mismas”, como lo expresa una de las médicas entrevistadas, a las cuales se ofrecen anticonceptivos orales y en las cuales la promoción de “decisiones autónomas” se basa fundamentalmente en prácticas destinadas a “elevar la autoestima” y responsabilizarlas de sus actos. Por otro lado, algunas mujeres son consideradas incapaces

de comportarse apropiadamente como “sujetos de intervención pedagógica” (Briggs 2005: 111) y se les conduce hacia la esterilización quirúrgica y en menor medida hacia el DIU y los márgenes de libertad de la paciente se reducen al mínimo.

Cuando los profesionales de la salud fracasan en su intervención pedagógica, 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 han sido relatados algunos eventos en los que se pone en cuestión la autonomía de la paciente y los profesionales intervienen directamente sobre su cuerpo: “lo enfrentamos nosotros (...) fui yo que la empuje, fue el ginecólogo que decidió” [medicina familiar, AGD1]⁵

Por otro lado, “hacerse cargo de sí mismas” denota una representación de la pobreza que fue consecuente con el discurso del desarrollo humano de los años noventa y que viene a remplazar un discurso que surgió a comienzos de los años sesenta, donde la pobreza se asociaba a la “negligencia”, la “pereza” y la “relajación” y estas conductas eran consideradas una traba al desarrollo (Álvarez 2008). A partir de los años noventa lo que se valora son las “potencialidades” de los pobres para generar recursos y subsistir en forma autogestionada. El discurso de la responsabilidad individual “... ocurre simultáneamente bajo la influencia del individualismo y de la moralidad de las sociedades modernas y de las crisis fiscales y económicas de los sistemas de bienestar social de muchas naciones” (Castiel y Alvarez-Dardet 2010: 34-35)

El foco puesto en los más pobres, en las mujeres y en ciertas minorías como “población en riesgo” (Álvarez 2003) vino a instaurar una nueva tecnología de poder⁶, la “focopolítica”, que se materializó en el discurso del desarrollo humano.

Las mujeres en el discurso dominante del desarrollo humano, como señala Harcourt, ya no eran víctimas necesitadas de ayuda, “... sino un sujeto que trabajaba con un potencial productivo, un agente deseoso y útil para el desarrollo.” (Harcourt, 2006: 12). El supuesto de que la autonomía de las mujeres redundaría en el incremento de la calidad de vida de toda la sociedad, junto a otros supuestos como los que ejemplifica Harcourt (2006), “concede crédito a la mujer pobre y toda la familia se verá beneficiada” o “enseña a la mujer a prevenir la malaria y salvarás a toda la comunidad”, forman parte de las políticas del desarrollo que han reinterpretado los argumentos de autonomía y empoderamiento de los movimientos por los derechos de las mujeres. La promoción de decisiones autónomas respecto a las prácticas sexuales, reproductivas y anticonceptivas, como sostiene Foucault (2005) respecto de la salud, se convierte en un imperativo ético, requiriendo de los individuos que regulen su comportamiento, que controlen su cuerpo y en el caso de los cuerpos femeninos, también que eviten conductas de riesgo de otros cuerpos.

Las políticas del “empoderamiento ligero”⁷, analiza Harcourt, combinan el poder y el dinero y “sortean las dificultades de cambiar las reglas sociales, las instituciones y las relaciones que forman parte de las realidades que marcan la diferencia entre los géneros.” (Harcourt 2011: 54). En concordancia con dicho análisis, Álvarez (2005)

⁵ 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 la/el entrevistada/o, 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 Álvarez (2005) denomina “focopolítica” a una nueva tecnología de poder en relación al despliegue de gobernabilidad del Estado moderno sobre la población y la regulación política de la vida al que Foucault (1996) denominó biopolítica. En la “focopolítica”, precisa Álvarez, “No es más la población en su sentido genérico como lo era en la biopolítica, sino los más pobres, los vulnerables y ciertas minorías los que constituyen de una u otra manera una amenaza para la estabilidad del sistema.”(2005: 241).

⁷ El “empoderamiento ligero” es una expresión que toma Harcourt (2011) de Cornwall (2007)

considera que discurso del desarrollo humano opera como un discurso de verdad que, al tiempo que condena las situaciones que oprimen a las mujeres pobres, “No cuestiona ni propone modificar las causas que producen la desigualdad y la pobreza, sino que las naturaliza y las reproduce” (Álvarez 2005: 268)

En síntesis, lo que queda oculto detrás de la elección reproductiva presentada como elección individual son condiciones estructurales, entre las que se encuentran las reglas del mercado, y el deslizamiento de las responsabilidades hacia el individuo por sus elecciones. La posibilidad de elección entre distintos métodos anticonceptivos bajo esquemas de privatización neoliberales, aun cuando a través de políticas de salud reproductiva algunos de estos métodos se brindan de manera gratuita, es presentada, de acuerdo con Briggs, “...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.” (Briggs 2005: 114).

Intervenciones profesionales en las decisiones reproductivas

En el marco de los derechos reproductivos, la autonomía se presenta bajo la idea del ciudadano abstracto que puede situarse fuera de las relaciones de poder y elegir de modo emancipado. Sin embargo, en la práctica, el derecho a la autonomía sobre el propio cuerpo está atravesado por dispositivos institucionales, relaciones sociales, condiciones económicas, diferencias étnicas, de edad y de identidad religiosa, así como por conflictos internos o deseos divergentes en las mismas personas.

La institución sanitaria ha sido, y continúa siéndolo en la actualidad, uno de los dispositivos institucionales que mayor peso tienen en las decisiones reproductivas y, en relación al modo en que las creencias y prácticas de salud son utilizadas en la construcción y reconstrucción de las normas dominantes de género, como muestran Laqueur (1994) y Foucault (2005), el discurso biomédico se ha ocupado de reglamentar la experiencia sexual a través de ciertos atributos culturalmente establecidos y, fundamentalmente, del control del cuerpo de las mujeres y su disciplinamiento.

El ámbito privado donde transcurre el encuentro médico/paciente es un ámbito de control cargado de componentes morales que son encubiertos por una pretendida neutralidad técnica. Los profesionales de la salud mantienen con las/los pacientes, una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas ideológicas básicas de la sociedad (Taussig 1995).

En el análisis sobre las prácticas y los discursos sobre los cuales se monta la asistencia a las decisiones reproductivas se destaca, por un lado, la construcción de las mujeres por el discurso médico como agentes pasivos y receptivos y, por otro, el modelo clásico del tratamiento médico donde el médico es quien sabe y puede decidir. Esta estructuración, señala Epele, “... es posible por una distribución idiosincrática del poder-saber, ubicándose estos términos como cualidades del lugar del médico, de su discurso y de su accionar” (Epele 1997: 2).

Si las prácticas de salud se presentan como una técnica fundamentalmente científica y la palabra autorizada para tomar decisiones sobre un tratamiento es la del médico, me pregunto junto a Taussig (1995: 140), ¿qué posibilidades de negociación existen en la elección de un método anticonceptivo?

La intervención sobre las decisiones reproductivas y la promoción del (auto)cuidado⁸ se presenta en este modelo de atención desde una perspectiva marcadamente individualista (Menéndez 2005). El cuidar-se, el controlar el propio cuerpo, ubica a las mujeres en el lugar de la responsabilidad. La responsabilidad consiste "...en una idea normativa que muestra y sustenta los órdenes esenciales para la organización de los colectivos humanos." (Castiel y Alvarez-Dardet, 2010:34) En este sentido, las decisiones reproductivas y el (auto)cuidado en relación a las prácticas anticonceptivas se convierten en una obligación del sujeto de controlar y hacer un uso racional de su cuerpo sin considerar los condicionamientos socioculturales y económicos contextuales que interfieren en su elección. Asociada a la responsabilidad aparece inevitablemente la culpa, especialmente cuando se incumple con la obligación, por ejemplo, de informarse o de utilizar un método anticonceptivo.

En el espacio de la consulta clínica de toco-ginecología, las intervenciones sobre las decisiones reproductivas se caracterizan por un "interrogatorio" previo que posibilita, según lo referido por las/os médicas/os, orientar en las decisiones. En el fragmento de la entrevista que se presenta a continuación, se observa como las pacientes, sobre quienes se ejercen relaciones de poder, ofrecen resistencia a este interrogatorio, resistencia que es interpretada por el personal de salud como "falta de entendimiento",

'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 está 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 (...) 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]

De acuerdo con Marton y Echazú, "... la puesta en escena del ritual terapéutico es también la performance del acto de legitimación de un saber excluyente, y una instancia de control normativo sobre los cuerpos de un agente por sobre otros." (Marton y Echazú 2010: 130). 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.

En cuanto a la intervención de enfermeras/os y agentes sanitarios sobre las decisiones reproductivas, la totalidad de las/os entrevistadas/os expresan que las/os asistidas/os les consultan cuando no han comprendido o no se han animado a pedir explicaciones a la/el toco-ginecóloga/o. Además de estas consultas espontáneas que provienen de la población, las actividades que realizan enfermeras/os y, fundamentalmente, las/os agentes sanitarios en los domicilios apuntan a prescribir pautas de planificación de la vida y conductas personales "correctas" (Leavy 2011).

Una de las herramientas de los agentes sanitarios es el Formulario N° 1 en el cual se registran "factores de riesgo" entre los que se encuentran: "Embarazada"; "Mortalidad Infantil/Materna"; "Recién nacido/Puérpera". En relación a la salud

⁸ Por (auto)cuidado, término desarrollado desde la biomedicina y desde el salubrismo especialmente a partir del concepto estilo de vida, "... se suelen entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva." (Menéndez 2009: 54)

reproductiva, entre las metas que los agentes sanitarios se proponen se encuentra la disminución del número de embarazadas. De acuerdo con el formulario mencionado, 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 tareas prevención vinculadas a las decisiones reproductivas se vuelven prácticas de control sobre el cuerpo de las mujeres.

Una de las agentes sanitario menciona el “rol de policía”, como un rol que les permite inmiscuirse en la vida privada y sobrepasar, en el caso del seguimiento a las adolescentes, la autoridad de los padres,

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 [de novia]... pero nosotros cuando está con la mamá tratamos siempre de prepararla, 'para futuro' el decimos, 'para futuro'... [Agente sanitario, AGD2]

Respecto a las prácticas preventivas, según Menéndez, un problema directamente relacionado con estas prácticas, y en el cual se han centrado parte de las críticas socioantropológicas a la biomedicina “...es la potencialidad de que mediante la prevención, y por supuesto de la actividad asistencial, se desarrollen actividades de control social y cultural” (Menéndez 1998: 58). Estas prácticas de control se reflejan en el siguiente fragmento de la entrevista realizada a un toco-ginecólogo,

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-ginecólogo, AGB4]

La construcción de las prácticas preventivas en salud reproductiva están impregnadas por estereotipos que se fijan sobre las/os pacientes. Desde las prácticas de salud se produce y reproduce una esencia, un modelo de “ser” acerca de la mujer pobre “que se llena de hijos” y de la mujer adolescente “rebelde”. Los cuerpos de las y los adolescentes, junto al de las mujeres “multíparas”, en la totalidad de las entrevistas aparecen como cuerpos que se “deben” controlar.

Frente a los intentos por controlarlos, de acuerdo con Esteban, se generan en los cuerpos “... maneras concretas que responden pero que también contestan a convenciones históricas y culturales sobre la reproducción, la sexualidad...” (Esteban 2007: 676)

Cuerpos bajo el juego de la norma heterosexual

El origen etimológico de la especialidad médica ginecología, *Gyne* (mujer), y su actividad orientada al cuidado del sistema reproductor femenino reflejan el modo en que el cuidado de la salud se parcializa y contribuye a la reducción de las mujeres a su función reproductora. Por su parte, según lo referido por las/os entrevistadas/os, en los centros de salud los varones no cuentan con un espacio de asistencia a la salud reproductiva y es a través de las mujeres que estos realizan las consultas o en espacios como los de enfermería o las visitas de los agentes sanitarios.

En el relato de las/os enfermeras/os entrevistadas/os se menciona la incomodidad o la vergüenza que genera en los varones adultos, a excepción de quienes ejercen un rol

profesional dentro del equipo de salud, circular por estos espacios destinados al cuidado de la salud y, en particular la salud de la díada madre-hijo. Como señala Judith Butler (2009), “Las normas de género tienen mucho que ver con cómo y de qué manera podemos aparecer en el espacio público...” (2009: 323)

Las prácticas y los discursos biomédicos, al promover el (auto)cuidado en las mujeres y no ofrecer un espacio de atención a los varones, no solo reproducen una concepción dualista del género (mujer/hombre, pasivo/activo, naturaleza/cultura), también establecen determinados tipos de existencias que encajan dentro de la matriz heteronormativa y excluyen otras (Butler 2007). De acuerdo con Godoy Lorite, “...la salud no examina sólo la falta de salud, sino también cuerpos, sometidos de esta manera a un juicio continuo y orientando hacia la abyección a todo aquel que no sigue el juego de la normalización...” (Godoy Lorite 2011: 747)

Los discursos expertos del personal de los CAPS cumplen funciones reguladoras y normativas que establecen una continuidad y coherencia entre sexo, género, práctica sexual y deseo. 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. El modelo dicotómico (femenino/masculino) y heterosexual del cuerpo humano y de las relaciones sexuales que se ha construido en la sociedad occidental, como se muestra en la siguiente cita, se encuentra implícito en la manera en que el personal sanitario percibe a las/os pacientes,

'¿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 si... no es una pregunta directa... (...) 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-ginecólogo, AGB4]

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.

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 y la capacidad productiva a través de la cual los varones validan el cumplimiento de las normas de género que les corresponden. En el siguiente fragmento de una entrevista a un agente sanitario se pueden apreciar la reiteración de los comportamientos esperados del “ser” madre y del “ser” padre en relación a la planificación familiar,

'...y 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]

También la propia experiencia de género del personal de los servicios de salud se pone en juego y se resignifica en la práctica. Weller, Portnoy y Gogna (2004) 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”. En el siguiente

fragmento se puede ver esta escisión cuando la entrevistada se expresa desde su posición de “mujer”:

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-ginecóloga, AGB2]

Como se desprende de la cita previa, detrás de una aparente neutralidad y profesionalismo, la médica toco-ginecóloga apela a su posición de “mujer”, como una categoría que se corresponde con una esencia unitaria y unificadora, para realizar una valoración subjetiva de la opción de la paciente al tiempo que pone en marcha un mecanismo de control social sobre aquel cuerpo que atenta contra los presupuestos establecidos por el sistema binario de normas genéricas en base al cual se piensa la “procreación responsable”.

Consideraciones finales

La promoción de la autonomía en las decisiones reproductivas no rompe con el desequilibrio presente en las relaciones de poder que establecen los profesionales de la salud con las/os asistidas/os, por el contrario, la incitación a “elegir libre y responsablemente” se hace presente como un imperativo ético que puede interpretarse como verdaderas estrategias de control social. Las prácticas orientadas a promover la autonomía se caracterizan por un modo individualista, moralista y normativo de abordaje que se inscribe en la idea de la “libre” individualidad de la modernidad. 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 que tienen lugar, entre otros espacios, en la consulta médica.

En este sentido, la autonomía en las decisiones reproductivas se vincula con la responsabilidad individual por las elecciones realizadas y con la culpa, cuando, desde la mirada de los profesionales, no se realizan correctamente las acciones de (auto)cuidado o las elecciones que se realizan interpelan a las normas hegemónicas de género.

La valoración subjetiva de los profesionales de la salud sobre la población asistida y sus elecciones, oculta bajo una aparente neutralidad técnica, contribuye a reproducir una construcción social hegemónica que naturaliza un modelo de sujeto autónomo, transforma las desigualdades sociales en elecciones individuales y regula las expresiones de género.

En el análisis realizado a través de las voces del personal sanitario entrevistado, los cuerpos de las/os pacientes aparecen no solamente como cuerpos dóciles sobre los cuales se inscriben discursos de verdad, la vergüenza que sienten los hombres al pedir preservativos o la reacción de la ginecóloga ante una práctica sexual no reproductiva, se revelan como actos sustancialmente corporales de resistencia, como fisuras que deben ser entendidas como márgenes de libertad.

Bibliografía

- ALVAREZ LEGUIZAMÓN, S. (2005) “Los discursos minimistas sobre las necesidades básicas y los umbrales de ciudadanía como reproductores de la pobreza”, en Álvarez Leguizamón, S. (comp.), *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe*, Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO.
- ALVAREZ LEGUIZAMÓN, S. (2008) *Pobreza y desarrollo en América Latina, El caso de Argentina*, Salta: EUNSA, Editorial de la Universidad Nacional de Salta.
- ALVAREZ LEGUIZAMÓN, S. (2003) La invención del Desarrollo Humano (historias de un desarrollo biológico participativo a “escala humana”, en Álvarez Leguizamón, S. *Políticas asistenciales, pobreza y representaciones sociales*. Tesis de doctorado, Universidad de Sevilla.
- ASE I. y J. BURIJOVICH (2009) “La estrategia de Atención Primaria de la Salud ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”, *Revista Salud Colectiva*, 5(1), pp.27-47.
- BRIGGS, CH. (2005) “Perspectivas críticas en salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”, *Revista de Antropología Social*, México, Vol. 14, pp.101-124.
- BOURDIEU P. (1985) *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid: Akal.
- BUTLER, J. (2009) “Performatividad, precariedad y políticas sexuales”, *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 4, 3, pp.321-336.
- BUTLER, J. (2007) *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*, Barcelona: Paidós.
- CASTIEL, L. D. y C. ALVAREZ-DARDET (2010) *La Salud Persecutoria: los límites de la responsabilidad*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CIRIZA, A. (2007) “En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas de la abstracción del cuerpo real y el derecho a decidir”, en Hoyos Vásquez, G. *Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía*, Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/hoyos/19Ciriza.pdf>, consultado el 3 de mayo de 2011.
- CZERESNIA, D. (2008) “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.
- DE KEIJZER, B. (2003) “Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina”, en Cáceres C. et al. (Coords.) *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*, Lima: International Forum for Social Sciences in Health y Universidad Peruana Cayetano Heredia, pp.137-152.
- EPELE, M. (1997) “La lógica del (Auto)cuidado y sus consecuencias en la institucionalización del VIH-SIDA”. *Actas del V Congreso de Antropología Social*. La

Plata.

ESTEBAN, M. L. (2007) “Desafíos teórico-metodológicos del cuerpo. Nuevas aproximaciones desde el feminismo” en Campos, R.; Montiel, L.; y R. Huertas (Coord.) *Medicina, Ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI)*, Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp.669-678.

FOUCAULT, M. (2005 [1976]) *Historia de la Sexualidad, 1 – La Voluntad del Saber*, Buenos Aires: Siglo XXI editores.

FOUCAULT, M. (1996 [1976]) *Genealogía del Racismo*. Buenos Aires: Editorial Altamira.

GODOY LORITE, I. (2011) “Salud no tiene plural. De la jerarquización del género a la estabilización del sexo”, *Actas del III Congreso Universitario Nacional, "Investigación y Género"*, Sevilla: Universidad de Sevilla.

HARCOURT, W. (2011) *Desarrollo y políticas corporales. Debates críticos en género y desarrollo*, Barcelona: Bellaterra.

HARCOURT, W. (2006) “Reflexiones sobre el movimiento global por los derechos de las mujeres”. En Grau Biosca, E. y P. Ibarra Güell (Coords), *La red en la encrucijada*. Anuario de movimientos sociales. 62–88. Barcelona: Icaria.

LAQUEUR, T. (1994). *La Construcción del Sexo. Cuerpo y Género desde los Griegos hasta Freud*, Madrid: Cátedra.

LEAVY, M. P. (2011), “‘Soy un factor de riesgo’. Un estudio desde la antropología de la niñez sobre la implementación de políticas públicas sociosanitarias en el departamento de Orán, Salta.”, *III Jornadas Antropología Social del Centro Olavarría*, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires

LÓPEZ, E. y FINDLING, L. (1998) “La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?”, en AEPa, CEDES Y CENEP *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: Tercer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. 12, 13 y 14 de agosto de 1998.

MARTON, B. Y ECHAZÚ, G. (2010) “La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la díada madre – hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna”, *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, N.5, pp.119-143.

MENÉNDEZ, E. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires: Ed. Lugar.

MENÉNDEZ, E. (2005) “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos.”, *Revista de Antropología Social*, 14, pp.33-69.

MENÉNDEZ, E. (1998) “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, *Estudios sociológicos*, 16(46), pp.37-67.

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

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

TAUSSIG, M. (1995) “La reificación y la conciencia del paciente” en *Un gigante en convulsiones*, Barcelona: Gedisa. pp.110-143.

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

WELLER, S.; PORTNOY F. y GOGNA M. (2004) *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.