

*Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social- Mestrado*

María Eugenia Garma

*"Salud de la mujer: las representaciones
sociales de los profesionales de salud.
Un análisis de dos experiencias"*

Rio de Janeiro

-1998-

María Eugenia Garma

*"Salud de la mujer: las representaciones
sociales de los profesionales de salud.
Un análisis de dos experiencias"*

Disertación de Maestría presentada al Programa de
Pos-graduación en Servicio Social de la Universidad
Federal de Rio de Janeiro como requisito parcial
para la obtención del título de Master.

Rio de Janeiro

-1998-

Agradecimientos

Al CNPq y CAPES que con su financiamiento hicieron posible este proceso de formación.

A Heleieth que con paciencia y rigurosidad supo guiarme por los caminos de la crítica y de una nueva forma de pensar las relaciones sociales.

A Lília y Renato que me ofrecieron su tiempo y experiencias. A Suely por el espacio que me brindó en su cátedra.

A Karen que dulcemente me aportó ideas y nuevas lecturas.

A Wanilsa y Susana que desde sus espacios de trabajo en los centros de salud hicieron posible este trabajo. Y a todos los profesionales que son la trama sobre la que se tejen estas páginas.

A los compañeros cariocas Tana, Edu, Marcelo por compartir las experiencias extranjeras. A las amigas que desde lejos y con alegría me acompañaron en este camino.

A mis viejos por su amor y confianza.

A Ignacio

Resumen

En esta disertación nos proponemos conocer las representaciones sociales sobre la salud de la mujer que tienen los profesionales involucrados en la atención de la planificación familiar en dos experiencias concretas. Nuestro estudio toma como universo a los profesionales (médicos, asistentes sociales, psicólogos, enfermeras, nutricionistas) del Centro Municipal de Salud "Píndaro de Carvalho Rodrigues" de Rio de Janeiro y del Hospital Municipal "Dr. Roque Saenz Peña" de la ciudad de Rosario. A través de la observación participante en las actividades de anticoncepción, de entrevistas semi-estructuradas con todos los profesionales que se desempeñan en las mismas, del análisis de datos estadísticos y del relevamiento bibliográfico pudimos aproximarnos, en primer lugar, al contexto particular y general de ambas experiencias y a los antecedentes regionales y nacionales de políticas públicas llevadas a cabo en el abordaje de la salud de la mujer y, en especial, en la planificación familiar. Y en segundo lugar, pudimos acceder a la forma en que los profesionales entrevistados representan la salud de la mujer, la planificación familiar, la forma en que trabajan y el modo de visualizar a las mujeres y los hombres en la sociedad actual.

Esta aproximación y análisis realizado desde la perspectiva de las relaciones de género nos permitió por un lado, articular el conjunto de dimensiones presentes en este tema posibilitando explicar la complejidad subyacente en la medida que es en la trama de las relaciones sociales donde pueden encontrarse las claves explicativas del mismo. Por otro lado, también nos permitió abordar el tema de la salud de la mujer y de la planificación familiar desde una óptica no tradicional en este campo. En definitiva, esta disertación pretende contribuir desde la perspectiva de las relaciones de género al campo de la salud de la mujer.

Abstract

In this dissertation we intent to find out the social representations about the woman's health that the professionals in charge of family planning activities have. Our study is based on professionals -doctors, social workers, psychologists, nurses, etc.- who work al the Municipal Health Center "Píndaro de Carvalho Rodrigues" in Rio de Janeiro -Brazil- and the Municipal Hospital "Dr. Roque Saenz Peña" in Rosario -Argentina-. It was not only through participant-observations of activities about contraception and semi-estructured interviews with all professionals of both centers, but also with the analysis of estatistical surveys and a whole range of bibliography that we concluded to the particular and general context of both experiences as well as to the regional and national antecedents of policies to the woman's health and family planning. In addition to this, we were able to accede to the way in wich the interviewed professionals represent the woman's health, work and visualize women and men in our society.

This estimation together with the analysis done from the gender relationship approach allowed us to relate the different dimènsions of the subject in study in order to explain its complexity since we believe it is in the social relationships where the explanatory clues are. On the other hand, we were able to deal with the subject from a distinctive point of view. Ultimately, this dissertation intent to contribute to the field of the woman's health from the gender relationship approach.

Indice

Agradecimientos

Resumen

Abstract

Introducción	9
<u>Capítulo I: La salud de la mujer</u>	15
1- Mujer y Salud	15
1.1- Impacto del feminismo en las concepciones de salud de la mujer.....	21
1.2- Otros abordajes de la salud de la mujer	23
2- Una mirada: la perspectiva teórico-metodológica de las relaciones de género.....	27
2.1- La naturaleza relacional del ser social.....	27
2.2- Género, raza/etnia y clase social como ejes estructurantes de la sociedad.....	29
2.3- La opacidad de las relaciones sociales: representación e ideología.....	31
2.4- Género como relación social.....	36
 <u>Capítulo II: Planificación familiar: políticas públicas y debates</u>	48
1- La planificación familiar en América Latina: una aproximación general	48
2- Argentina y Brasil: políticas públicas diferenciadas	54
3- Estado y políticas públicas en la perspectiva de género	66
 <u>Capítulo III: Dos experiencias de implementación de acciones de planificación familiar</u>	73
1- Presentando las experiencias	74
Centro Municipal de Salud "Píndaro de Carvalho Rodrigues" (Rio de Janeiro-Brasil) y Hospital "Dr. Roque Saénz Peña" (Rosario-Argentina)	
2- Perfil socio-demográfico de los profesionales de salud	85

<u>Capítulo IV:</u> Las representaciones sociales de los profesionales desde la perspectiva de género	88
1- Planificación familiar: concepciones y abordajes	88
1.1- La planificación familiar ¿asunto de pareja?	88
1.1.1- Hombres ausentes con aviso en los servicios de planificación familiar	93
1.1.2- Reproducción: ¿asunto de mujeres?.....	98
1.2- La organización de la atención de la anticoncepción	103
1.2.1- Sexualidad: de eso no se habla	110
1.2.2- Espacios institucionales.....	112
2- Cambios y permanencias.....	116
2.1- Salud y mujer: un casamiento invisible	117
2.2- Auto-representaciones: ópticas diferenciadas	128
2.3- El reconocimiento de las diferencias.....	134
 <u>Capítulo V:</u> Conclusiones	 139
 Bibliografía.....	 145

Introducción

La presente disertación toma como punto de partida la visión que en la atención de la salud de la mujer, en el discurso médico y en las políticas sociales existe acerca de las mujeres y su salud.

La atención de la salud de la mujer se relacionó, históricamente, con la atención de la prole, caracterizándose por brindar programas materno-infantiles. Este tipo de atención se dirige al período de gestación, parto y puerperio. Las acciones de salud, generalmente, excluyen otras necesidades y fases de la vida de la mujer. Ello es producto de la habitual asociación entre la función reproductiva y la salud corporal femenina.

El discurso médico se basa en un modelo de inteligibilidad que tiene como clave la organización propia de la naturaleza, atribuyendo a hombres y mujeres papeles pre-determinados por su sexo¹. A partir de esta concepción se entiende que la naturaleza otorgó al sexo femenino elementos más adecuados para la crianza de los hijos, para las tareas del hogar, para el cuidado de la salud de los otros miembros de la familia. Todas éstas tareas son, en este discurso, consecuencia natural de la función reproductiva de la mujer.

Teniendo como antecedente el proyecto higienista, es a partir de la emergencia y consolidación de los diferentes regímenes de Estado de Bienestar que las mujeres son receptoras de las políticas dirigidas al mejoramiento del nivel de vida de la familia. Es decir, son beneficiarias por su condición de madres y como vehiculizadoras del bienestar para otros grupos sociales o miembros de la familia, sin tomar en cuenta su condición de persona.

En esta disertación nos proponemos conocer, a través del estudio de dos experiencias de atención de la planificación familiar, las representaciones sociales

¹Es necesario aclarar que este modelo de inteligibilidad tiende a naturalizar los procesos sociales y es una visión compartida tanto socialmente como por disciplinas relacionadas con la medicina.

sobre la salud de la mujer de los profesionales de salud. A lo largo de este trabajo intentaremos visualizar si esta visión de la salud de la mujer reducida a su función reproductiva es recreada o no en la experiencia argentina y brasilera bajo estudio. En resumen, el foco de atención de este estudio se dirige al conocimiento de las representaciones sociales que los profesionales de salud recrean y reproducen en la atención a mujeres en el marco de acciones de planificación familiar. Este objetivo nos exige aproximarnos a dos planos diferentes: la comprensión de las políticas públicas y sus mecanismos de objetivación correspondientes y las vivencias personales de los profesionales. El estudio de las representaciones implica conocer los discursos de los profesionales tomando en cuenta que éstos contienen dos dimensiones: la manifiesta y la latente.

Nos aproximamos al conocimiento de las representaciones sociales de los profesionales de la salud desde la perspectiva de las relaciones de género según la cual las relaciones de género es una categoría de análisis que permite aprehender la complejidad de las relaciones sociales teniendo presente la dinámica de procesos sociales y sus variaciones históricas. Consideramos relevante realizar un desarrollo no sólo de los conceptos de género y representaciones sociales, sino un desarrollo de los mismos en el marco más amplio de la perspectiva teórico-metodológica en la cual cobran sentido.

El análisis de la salud de la mujer se complejiza en la medida que incorporamos un conjunto de aspecto que hacen a la dinámica de las representaciones sobre la salud de la mujer y distintos procesos identificables en el transcurso de las últimas tres décadas. En primera instancia, enunciaremos un conjunto de procesos sociales que permiten cuestionar los papeles asumidos por la mujer y el hombre en la sociedad. También trabajaremos la intervenciones de los gobiernos a través de las políticas de población, las posibilidades de acceso a información y a métodos anticonceptivos ofrecidas por cada gobierno, destacando las variaciones regionales. Por últimos, nos aproximamos a las formas de pensar y actuar de los profesionales de salud.

La eficaz asociación entre cuerpo reproductor y salud de la mujer es difícil de ser desreconstruída. De todos modos, a mediados de este siglo algunas modificaciones en el campo de la salud y a nivel de la sociedad ponen en cuestión esa asociación. Entre esos procesos, a modo de enunciación, se destacan: el proceso de urbanización e industrialización, la masiva migración del campo a la ciudad con la consecuente modificación de la familia, la inserción en el mercado laboral de las mujeres que colocó nuevas necesidades, el desarrollo de tecnología anticonceptiva y el resurgimiento del movimiento feminista reivindicando la separación entre sexualidad y reproducción y reclamando el control de las mujeres sobre el propio cuerpo.

En América Latina a éstos procesos sociales² debe agregarse el apoyo y la difusión de las políticas de población que introdujeron como estrategia el control de la natalidad como una preocupación por parte de los gobiernos. A la vez la necesidad de la disminución del número de hijos a través del control de la fecundidad comenzó a ser incorporado como un nuevo comportamiento en la familia como una consecuencia de los procesos antes mencionados.

La introducción de la planificación familiar en los países de nuestra región estuvo vinculada a concepciones que la consideraron un instrumento eficaz para el combate de la pobreza y la disminución de la población. Al mismo tiempo, el control de la fecundidad y, por ende, la separación entre sexualidad y reproducción fueron una de las reivindicaciones de los movimientos feministas como un camino a la superación de la subordinación de la mujer.

El análisis del complejo contexto en el que emerge la planificación familiar como una preocupación de los gobiernos, como un aspecto relevante en la salud de las mujeres y como una derecho reivindicado por las mujeres, es importante para la

²Las transformaciones sociales que explican la emergencia del control de la fecundidad son analizadas en Giffin, K.: *A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil*, en Leal Maria do Carmo (Org.) *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1992. Barroso, C.: *A mulher, o planejamento familiar e a administração municipal*, en *Mulher e Políticas Públicas*, Convênio IBAM/UNICEF. Rio de Janeiro, 1991. Pena, M.V.: *Política e População: dados sobre um Estado de duas caras*, en *Physis* Vol.1, nº1, 1991, pp97-116. Pautassi, L.: *¿Primero...las damas? La situación de la mujer frente a la propuesta del ingreso ciudadano*, en Rubén Lo Vuolo (Org.) *Contra la exclusión: La propuesta del ingreso ciudadano*. Bs. As., Miño y Dávila Ed.-Ciepp, 1995.

comprensión de lo que ocurre hoy con respecto a las acciones de planificación familiar en nuestros países³ y para la comprensión de las herencias y transformaciones en el modo de pensar el tema por parte de los profesionales que implementan esas acciones.

Las formas en que el Estado interviene sobre la atención de la salud de la mujer en Argentina y Brasil y, específicamente, en la salud reproductiva, coloca a estos países como dos casos interesantes para su estudio. Brasil desde 1983 cuenta con un Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), el cual surge como respuesta a las deficiencias que presentaba el sistema público de salud con respecto al conjunto de necesidades de la población femenina. El programa fue concebido con el aporte del movimiento de mujeres y de intelectuales feministas. El mismo incorpora la planificación familiar como una acción importante dentro de la asistencia clínico-ginecológica. Después de 15 años de puesto en marcha, el programa, encuentra serias dificultades para su implementación plena en todo el territorio brasileiro. Son algunas experiencias municipales las que se destacan por implementar el conjunto de acciones propuestas y recrear su filosofía. La actitud del estado argentino ha sido históricamente refractaria al reconocimiento de los derechos y problemas de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción (Bianco *et alii*, 1998). No obstante, desde 1986 se ha levantado la prohibición de hacer planificación familiar en los servicios de salud pública. Ello no implicó la posibilidad de ofrecer a la población políticas de atención de la salud reproductiva por las constantes dificultades encontradas en sectores políticos y católicos de aceptar el tratamiento del tema. Sin embargo, acciones en el área de la planificación familiar se desarrollan en el interior de los servicios de salud. Estas acciones son llevadas a cabo por profesionales que se rigen por criterios y opiniones individuales al no existir ningún lineamiento normativo desde la política de salud.

En el contexto de implementación de políticas públicas, creemos que es sobresaliente el lugar que ocupan los profesionales de salud. Entendemos que los

³En esta disertación se privilegiará el análisis de las acciones del Estado con respecto a la planificación familiar por sobre el comportamiento de las familias ya que las experiencias y los profesionales de salud en estudio son parte de políticas llevadas a cabo desde y en el interior del Estado.

profesionales de salud son agentes sociales que vehiculizan relaciones sociales más amplias, a través de las cuáles se expresa el control social, estatal e institucional. Su ubicación en el sistema de salud los coloca en un lugar donde se condensan muchas contradicciones sociales. Analizar este actor institucional es relevante no sólo por el papel central que les cabe en la atención de la salud de la mujer sino porque son protagonistas ineludibles en la transmisión de información para que las mujeres estén en condiciones de poder asumir comportamientos preventivos que en el caso de la salud reproductiva son cruciales.

La perspectiva adoptada para el análisis de este actor institucional que atiende los episodios reproductivos pretende incorporar aspectos relativos a las construcciones subjetivas de los profesionales, basadas en las construcciones de género en el abordaje de la atención de la salud reproductiva.

El universo en estudio son los profesionales de salud, que mayoritariamente son mujeres, vinculados a dos experiencias de atención en planificación familiar de la esfera municipal de las ciudades de Rosario y Rio de Janeiro. Estas experiencias fueron elegidas tomando en cuenta las características de la atención en el área de la planificación familiar en el municipio respectivo. Se eligieron dos experiencias que sobresalen por sus características y son considerados modelos de referencia en la atención de planificación familiar tanto en Rosario, como en Rio de Janeiro. Estudiar un ámbito relativamente nuevo de trabajo para los profesionales de salud⁴, nos permitirá observar si en éste circulan otras representaciones de las relaciones de género y de la salud de la mujer, es decir diferentes a las representaciones hegemónicas.

La elección y configuración del instrumental de recolección de datos fue realizada de modo a permitir investigar un conjunto de *representaciones*. La opción por las técnicas de *observación participante* y *entrevista semi-estructurada* nos brindó la posibilidad de participar en situaciones en que pudimos observar las prácticas

⁴Entendemos al ámbito de la planificación familiar o anticoncepción como una preocupación relativamente nueva dentro de las políticas estatales y específicamente dentro del sector salud, ya que hace 30 años que se transformó en un tema de discusión estatal-gubernamental y científico-académico.

cotidianas. El período en el que se realizaron las entrevistas fue de diciembre de 1996 a mayo de 1997, las observaciones se realizaron en junio/julio y octubre/noviembre de 1996.

Las entrevistas intentaron recuperar: la historia profesional, las formas de caracterizar la población usuaria del servicio, el modo de entender la salud de la mujer y la anticoncepción, la forma de caracterizar a mujeres y hombres en la sociedad actual, el modo de abordar el tema de la sexualidad dentro de la atención, la organización de la atención y las actividades realizadas, etc.

Capítulo I

La salud de la mujer

1- Mujer y Salud:

Históricamente, la salud de la mujer se relacionó, primordialmente, a la función reproductiva. Como consecuencia de esta visión, la atención a la salud de la mujer se caracteriza por brindar asistencia al período de gestación, parto y puerperio, a través de los programas materno-infantiles. De esta manera, la identidad femenina es reducida a su función biológica de concebir otra vida.

La asociación entre la función reproductiva y la salud corporal femenina continúa siendo corriente y habitual. Esta asociación proviene de una tradición cultural y médica. El interés de los médicos por el cuerpo reproductor de las mujeres se remonta al origen de la medicina (Xavier *et alii*, 1989), pero fue en el siglo pasado que se produjo la firme mediación del saber médico en la relación de las mujeres con su propio cuerpo y comenzó la estructuración de un saber particular que se apropia de los saberes y conocimientos que las mujeres tenían de sí mismas.

La relación entre la medicina y las mujeres se estructura a partir de la implantación de un tipo de proyecto médico que conocemos como el proyecto higienista. Este proyecto, que según Nunes (1991) se implementa a mediados del siglo XIX, intentó a través de una vigilancia cuidadosa del medio social, combatir las condiciones deterioradas de la salud de la población. En este sentido, podemos decir que el espíritu del proyecto adopta, claramente, las características que la medicina comenzó a adquirir a partir del siglo XVIII, cuando comienza a ocuparse no sólo de lo que sería el dominio propio, es decir, las enfermedades, incluyendo otros campos de intervención. Foucault, expresa esa idea de la siguiente manera: "Hasta el siglo XVIII la medicina no se liberó del estancamiento científico y terapéutico en que se encontraba

desde la época medieval, cuando empezó a considerar otros campos distintos de los enfermos, se interesó por otros aspectos que no eran las enfermedades y dejó de ser esencialmente clínica para empezar a ser social" (1978:27). Para Foucault, de un modo general, la salud se convirtió en un objeto de intervención médica, todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades.

Entendemos que es importante tomar en cuenta elementos históricos en la medida que nos sirven para explicar que la mujer adquiere un status diferente dentro de la medicina en el marco de la ampliación de su objeto de intervención. La mujer es un recurso muy valioso en la intervención sobre la salud ya que su función es garantizar la salud de la familia.

Dentro del proyecto higienista, la higiene dentro de la familia se torna muy importante. Para Nunes, "Observa-se uma tentativa de intervenção nos costumes e hábitos familiares, visando à reorganização das relações entre pais e filhos, baseando o controle familiar no assessoramento da infância e no controle da mortalidade e da natalidade. Os cuidados com as crianças devem iniciar-se desde o momento da concepção e prolongar-se por toda a infância. Os sistemas de alianças entre homens e mulheres passam a merecer atenção especial. O compromisso essencial do casal deve ser com os filhos, e as atividades domésticas, sexuais e sociais devem estar voltadas para a proteção da vida e da saúde das crianças. Nessa perspectiva, os papéis sociais de homens e mulheres são discutidos. A higiene inaugura um novo discurso sobre a condição feminina e masculina, visando à preservação da vida e da saúde." (1991:51)

A partir de esas preocupaciones es que el proyecto higienista comienza a hablar de la mujer. La medicina descubre que la relación madre-hijo es muy importante, por ejemplo, en la disminución de la mortalidad infantil. La medicina le otorgó a la mujer un nuevo lugar dentro de la organización familiar. Hasta ese momento la mujer en la familia no tenía ningún tipo de autonomía, estaba desvalorizada y sus actividades

estaban siempre bajo la tutela del padre o del marido. Con el proyecto higienista se produce un cambio importante en la valorización social del papel de la mujer como esposa y madre, como agente familiar del proyecto médico de protección de la infancia. Que la mujer sea más capaz en el desempeño de sus funciones maternas, otorgándole un status nuevo dentro de la familia, fue una estrategia del proyecto a partir de la cual la mujer es sometida a una vigilancia y acompañamiento diario que la tornen más eficaz en la tarea que le fue asignada (Nunes, 1991).

El discurso médico entiende que la naturaleza otorgó al sexo femenino elementos más adecuados para el cuidado de la infancia. De la misma manera, se colocan argumentos científicos para reforzar el mito según el cual la mujer está hecha para el hogar y el hombre para el trabajo. Otorgando atributos de orden natural se justifica el nuevo lugar dado a la mujer en la estructura familiar impidiendo que se cuestione tal ubicación. En este sentido, según Nunes, lo que se observa en los textos médicos "...não é o surgimento de um saber que a coloque como alguém capaz de se igualar socialmente ao homem, mas, ao contrário, a organização de um discurso que justifica positivamente a idéia de inferioridade feminina. Dessa forma, a medicina agora fala pela mulher e diz como ela é e de que forma deve viver."(1991:52)

Este mismo razonamiento está presente en el documento del Ministerio de Salud brasileiro de 1983 sobre las "prácticas educativas en el PAISM"⁵, dónde se considera que: "...a introdução do médico, no interior da família, transformou as mulheres, enquanto mães, em executoras e vigilantes constantes do discurso moralista da higiene e da puericultura, como regras para uma nova forma de viver, adequada às exigências de uma nova ordem social." (1983:4). Además, muestra que ese lugar otorgado a las mujeres lleva a un plano secundario el cuidado de sí mismas, lo que tiene consecuencias sobre la posibilidad de incorporar comportamientos preventivos en relación con su cuerpo, en la medida que: "O cuidado com a vida doméstica e com a socialização das crianças, o cuidar de outros (marido, filhos, casa), implicam numa

⁵ Nos referimos al texto *Assistência Integral à saúde da Mulher. Bases para uma prática educativa*. Documento preliminar, INAM/MS, Brasília, 1983.

desvalorização crescente do cuidar de si mesma e, conseqüentemente, na perda da capacidade autoreflexiva sobre o seu corpo e o cotidiano das suas manifestações, seja quando doente, seja quando sadio"(1983:4).

Como consecuencia de este proyecto de intervención sobre las familias y, en especial, sobre las mujeres pensadas como potenciales agentes de salud, es que en el comienzo de este siglo se formularon programas destinados al cuidado de la salud de la mujer. Es así que surgen los programas materno-infantiles y se incluyen en la legislación laboral el derecho a la licencia por maternidad como forma de protección de la fuerza de trabajo pero, fundamentalmente, de la futura madre. El interés por la salud de la mujer estaba relacionado con la necesidad de fuerza de trabajo para naciente capitalismo industrial que precisaba de material humano para su funcionamiento. En ese contexto, según Xavier *et alii* (1989), toma fuerza la idea de que una mujer sana tendrá hijos sanos que sobrevivirán a las condiciones adversas de la época, por lo que la salud de la mujer pasa a un segundo plano: "São, portanto, os cuidados com a gestação e com o recém-nascido que merecem o privilégio da atenção médica. À medida que aumenta o número de partos hospitalares, decresce o cuidado com a própria parturienta." (1989:209) De esta manera, es evidente que el interés se dirigía a los niños por nacer y a las mujeres en cuanto reproductoras y no en tanto seres humanos.

Esta forma de entender la salud de la mujer persiste en los modelos de atención y en las políticas de salud de nuestras sociedades y constituye un obstáculo para que otras dimensiones de la salud de las mujeres puedan recibir la misma atención. Una concepción que incorpore otros aspectos de la salud de la mujer, como por ejemplo la planificación familiar, encuentra dificultades para su desarrollo. Para Aguiar, es este contexto el que, de alguna manera, explica "...a histórica ausência, nas instituições oficiais de saúde, das ações e propostas que integram a vivência da sexualidade, as representações das mulheres sobre o corpo, e a possibilidade de uma vida sexual livre e feliz. A forma adequada de evitar filhos é geralmente indisponível; as doenças

transmitidas pelo sexo são invisíveis e não chegam aos serviços devido aos tabus de promiscuidade; a gravidez indesejada e o aborto são negados e sumariamente condenados; e as dúvidas femininas permanecem na obscuridade. Apenas o período gravídico é assistido e valorizado pelos serviços públicos de saúde, ainda hoje no país." (1992:16)

El conjunto de procesos sociales que están en la base de esta forma de entender a la mujer y su salud, del cuál destacamos la importancia del proyecto higienista, no sólo producen objetivaciones de un modelo y de prácticas en relación con ello, sino que también producen subjetivaciones. En otras palabras, crea imágenes y representaciones que refuerzan y sostienen los modelos y las prácticas pero también, las subjetivaciones no son un reflejo mecánico de estos procesos, presentan la posibilidad de incorporar la experiencia que podrá aportar elementos innovadores. El conjunto de trabajos que inspiran esta disertación y las transformaciones ocurridas desde mediados de este siglo en la vida de las mujeres son un claro ejemplo de las grietas que presenta esta concepción aparentemente hegemónica.

Al explicar la manera unívoca de visualizar a las mujeres y su salud tanto en las instituciones del sistema de salud como en la sociedad, quisimos destacar la existencia de la dimensión subjetiva que permea el desarrollo de cualquier proceso social. Es decir, consideramos que la subjetividad es constitutiva de los procesos sociales⁶, productora y producto de los contextos socio-históricos, de la realidad social y de los individuos. En este sentido, es necesario resaltar la eficacia simbólica en nuestras sociedades de la ecuación mujer-madre, de cómo se asocia el universo femenino a la maternidad y de como la constitución de la identidad femenina es resultado de discursos y prácticas que contienen esas imágenes. Con esto queremos señalar la fuerza con la que se instalaron y se continúan reproduciendo imágenes y mitos que

⁶ Distintos autores han señalado sobre la existencia de este aspecto en los procesos sociales desde diferentes perspectivas teórico-metodológicas, Castoriadis, Doray, Silveira, Saffioti, etc. Profundizaremos este análisis en el punto 2 del presente capítulo.

muestran un único modelo de "Mujer", homogeneizando y universalizando los sentimientos y experiencias de las mujeres.

Hasta ahora hemos visto la manera en que el proyecto higienista coloca su atención sobre las familias y mujeres ubicando a estas como madres responsables de la salud familiar. La medicina higienista que promueve la normatización de la familia se apropia de los saberes relativos a la regulación de la fertilidad que poseían las propias mujeres. Según Xavier *et alii* (1989), la anticoncepción era una práctica privada y definida por intereses individuales y no existía un discurso estructurado sobre la práctica anticonceptiva. En el marco del mismo proceso de establecimiento de una mediación por parte del saber médico entre las mujeres y su cuerpo, a mediados del siglo XIX se produce una ruptura por la cual la anticoncepción deja de ser un asunto femenino, transmitido de madre a hija, y comienza a tornarse objeto de discurso médico.

En los comienzos de éste siglo se configura definitivamente el ordenamiento del sistema médico como hoy lo conocemos. En ese nuevo contexto el cuerpo de las mujeres se torna objeto de estudios y controles más rigurosos, comenzándose a constituir saberes particulares a partir de la apropiación de los saberes que tenían las mujeres de sí mismas.

La expropiación del contacto con el cuerpo y del conocimiento de lo que pasa en el cuerpo de las usuarias contribuye para una menor autonomía del individuo en lo que respecta a su salud. El discurso médico hegemónico y la práctica correspondiente suponen una gran alienación del individuo de los saberes sobre su propio cuerpo. En este discurso cuerpo y psiquis son mostrados como complicados e inaccesibles por lo cual las personas deben procurar ayuda de los profesionales para comprender lo que sus órganos y emociones están diciendo. Las repercusiones de este proceso son definidoras de la relación de los individuos consigo mismos, de su identidad y su sexualidad (Aguilar, 1992).

En la actualidad los profesionales de salud parecen desempeñar un importante papel en la manutención de la situación de desconocimiento que viven las mujeres acerca de su propio cuerpo, es decir, en no colocar al alcance de las mujeres usuarias el conocimiento científico y facilitar su apropiación.

El discurso médico respecto a la mujer y su salud fue acompañado, a principios de este siglo, por el desarrollo de un conjunto de conocimiento acerca del cuerpo femenino que permitirían encontrar formas de controlarlo. Por ejemplo, durante la primera mitad de este siglo se avanza en las investigaciones científicas sobre la ovulación femenina y el proyecto de dispositivo intrauterino. Sin embargo, el desarrollo y la utilización de métodos anticonceptivos modernos, como la pastilla, sólo fue posible posteriormente a la 2ª Guerra Mundial, período en el cual se produjo un gran desarrollo de conocimientos y tecnologías en la medicina.

A través de los nuevos métodos anticonceptivos fue posible separar sexualidad y reproducción revolucionando las relaciones entre hombres y mujeres. Al mismo tiempo, el surgimiento de los movimientos de mujeres en el escenario social y del interés académico por investigar la condición femenina en la sociedad, comienzan a ser cuestionados los estereotipos de hombre y mujer. Esto es fundamental para entender los aportes que se han producido en el campo de la salud de la mujer y las luchas que se generaron a partir de la coexistencia de diversas visiones y de la visualización de otras dimensiones en la vida de las mujeres. En este proceso, se hace posible la emergencia del cuestionamiento de la condición de subordinación de la mujer en nuestras sociedades, haciendo evidente una situación por mucho tiempo oculta e invisible a los ojos de todos, inclusive de las mismas mujeres.

1.1- Impacto del feminismo en las concepciones de salud de la mujer

El resurgimiento de la temática de la reproducción y de la libertad en el ejercicio de la sexualidad dentro de la agenda de las feministas se relaciona con lo que se denomina "el nuevo feminismo" cuyo origen se localiza en los movimientos radicales

de la década de '60. Si bien la preocupación del movimiento de mujeres con el tema de la reproducción no era nuevo porque aparece en siglo XIX, sin embargo, el surgimiento de grupos y organismos internacionales que trabajen sobre la salud de la mujer es bastante reciente.

Una de las reivindicaciones, entre tantas otras, más sobresaliente del llamado nuevo feminismo, fue el control del cuerpo por parte de las mujeres. Esta reivindicación feminista explicita la necesidad de que las mujeres comiencen a tomar decisiones con respecto a su salud reproductiva ya que esas decisiones, generalmente, son tomadas, de modo implícito, por el médico o por el esposo o compañero, dejando de lado las vivencias, sentimientos y deseos de las mujeres que son quienes vivirán en su cuerpo las consecuencias de aquellas decisiones. Esta reivindicación está directamente relacionada con la crítica sistemática del movimiento a como la condición femenina está sujeta a la capacidad biológica de dar a luz y como ese aspecto biológico, elaborado social y culturalmente, trajo profundas consecuencias en la construcción de la identidad de género.

En el marco de estos procesos comenzaron a surgir nuevos parámetros para pensar la salud de la mujer. Por ejemplo, para Xavier *et alii* (1989) un nuevo discurso sobre la salud de la mujer se construye ya no pensando en la proposición 'mujer sana pare hijos sanos', sino pensando que 'una mujer sana y liberada tiene relaciones sexuales sin quedar embarazada'. Los nuevos métodos comienzan a ser considerados como una garantía de salud. Según estas autoras, el discurso médico centraliza la anticoncepción como factor de salud femenina y el feminismo identifica en la anticoncepción un elemento que desequilibra aún más el bienestar de las mujeres.

El feminismo identifica la anticoncepción como un elemento desequilibrante del bienestar de las mujeres ya que la aparición de los nuevos anticonceptivos estuvo estrechamente vinculada a la utilización, que le dieron algunos gobiernos de países industrializados, como instrumentos de la política de control de la natalidad implementada en los países del llamado Tercer Mundo. Esta política pretendía

controlar el crecimiento demográfico y la pobreza creciente a través del control de los nacimientos en las clases más bajas de esos países.

Con lo antes mencionado queremos manifestar que el avance en el control de la fecundidad para las mujeres si bien le ofreció nuevas oportunidades y ventajas también le trajo nuevos conflictos y problemas para enfrentar. Los grupos feministas al visualizar esta situación compleja denunciaron los abusos cometidos en los cuerpos de las mujeres al imponer el uso de determinados métodos. Es decir, tuvieron que luchar no sólo por el derecho de las mujeres a gozar de su sexualidad sin riesgos de embarazos sino que también por el derecho a ejercer un control autónomo sobre sus propios cuerpos. Las feministas además hicieron visible que la implementación de políticas de control de la natalidad encontraron soporte no sólo en los grandes grupos con intereses económicos sino que, fundamentalmente, en el discurso y en la práctica médica.

1.2- Otros abordajes de la salud de la mujer

A partir de la lectura de la situación vivida por las mujeres es que surgieron nuevas formas de concebir la salud de las mujeres. Fundamentalmente, surgen abordajes de la salud de la mujer que intentan superar las concepciones restringidas que identifican la salud de las mujeres con la función reproductiva. También se intenta captar a la mujer y su salud en sus múltiples aspectos, de entender a la mujer como un ser integral que debe ser definida más allá de su papel reproductivo.

Representante de este tipo de abordajes son las profesionales brasileñas, miembros del grupo SOS-Corpo, que existe en Recife (Brasil) desde 1980 que tomando en cuenta las experiencias de las mujeres y las propias, consideran que: "...ter saúde é estar bem no mundo, e isso se refere não só à situação corporal (como lugar inicial), mas também à situação das mulheres em outros campos. Essa perspectiva permite incorporar as ações que buscam a saúde em outros campos, como é o caso da sexualidade, da violência, da síndrome do trabalho doméstico, dos direitos

da reprodução." (en Xavier *et alii* 1989:207). Su concepción de salud se enmarca dentro de los abordajes feministas que tuvieron como preocupación original a la mujer y sus experiencias de vida.

Este abordaje más holístico de la salud de la mujer emerge en Brasil a fines de la década del setenta y principios de los ochenta en un contexto social y político de movilización social y de reclamo por la democratización, contexto en el que el feminismo ya tenía su presencia entre los movimientos sociales. Por otra parte, esta concepción converge con los conceptos de asistencia integral e integralidad⁷, surgidos en la misma época, que son parte de las propuestas del PAISM elaboradas con la contribución del Movimiento de Salud de la Mujer.

En la base de la propuesta de elaboración del programa no sólo se encuentra una visión distinta de la mujer y su salud sino que también la preocupación con la expansión de las agencias no-gubernamentales que se ocupan de la planificación familiar y estaban actuando sin control del gobierno brasileiro.

Otro concepto que surge en la misma época es el de salud reproductiva. Su emergencia está más asociada a la reflexión sobre las condiciones de bienestar de las mujeres y de la población en general, necesarias para el desarrollo. El concepto de salud reproductiva emerge en los '80 en el seno de organismos internacionales y alcanza una gran difusión en disciplinas como la demografía y la medicina. El concepto de salud reproductiva ha sido debatido e incorporado en las Conferencias Mundiales de Población (El Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995) organizadas por la ONU, y ha permitido entender no sólo a la mujer y su salud sino la salud de la pareja.

⁷ Asistencia Integral es entendida como las acciones de salud dirigidas a la atención global de las necesidades de la población femenina, el concepto está vinculado a la necesidad y el deber de ofrecer asistencia clínico-ginecológica y educativa para el control del embarazo, parto y puerperio, el abordaje de problemas desde la adolescencia a la tercera edad, el control de enfermedades de transmisión sexual-cáncer de útero y mamas y asistencia a la concepción y anticoncepción. Por otra parte, la integralidad presupone una nueva postura de trabajo de los profesionales y nuevos abordajes de los contenidos de programas de capacitación de recursos humanos y una práctica educativa que atraviese todas las acciones de salud. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática*, Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

Según Checa, "El conjunto de circunstancias asociadas al proceso de fecundidad a lo largo de la vida fértil de la mujer se conceptualiza como salud reproductiva. La OMS define salud reproductiva como 'un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo de ausencia de dolencias o enfermedades en todas las cuestiones relacionadas al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. Salud reproductiva implica por lo tanto que las personas estén aptas para tener una vida sexual satisfactoria y segura, que tengan capacidad de reproducirse y decidir si, cuando y con qué frecuencia hacerlo. Implícitos en esta última condición están los derechos de hombres y mujeres a la información y acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y accesibles de regulación de la fecundidad, a su libre elección, y el derecho al acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres gravidez y partos seguros y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener una criatura saludable'." (1996:209)

No todos los especialistas le otorgan el mismo alcance a esta definición. Maria Carranza (1994), por ejemplo, sostiene que la salud reproductiva no agota el área de la salud de la mujer sino que es más amplia. La salud reproductiva constituye un aspecto de la atención de las mujeres ya que también existen aspectos tales como la salud mental, la salud del trabajo, etc.

El abordaje holístico de la salud de la mujer, por la influencia del feminismo brasilero, tiene como sujeto central a la mujer y el papel socialmente asignado a ella. Este abordaje surge en un período de expansión de los estudios de la mujer a través de los cuales se daba visibilidad académica y social a las discriminaciones y desigualdades que sufrían las mujeres. El mismo se enmarcan dentro de la llamada problemática de la mujer y no desde la óptica de género.

La definición de salud reproductiva con un origen diferente, tiene como sujeto no sólo a la mujer sino a la pareja. Su definición está vinculada con la noción de derechos reproductivos de mujeres y hombres sin problematizar la forma en que estos derechos se ejercen en sociedades atravesadas por antagonismos de género. Sin

embargo, la idea de la pareja como responsable por el tipo de familia a elegir está contenida ya en documentos de la ONU de la década de los '60. Ello puede ser pensado como una línea de continuidad en su visión y, al mismo tiempo, como un aggiornamento a las discusiones de otros ámbitos, entre ellos el feminismo, que comenzaban a reflexionar sobre el papel asignado socialmente al hombre y sus lugar en el tema de la reproducción.

Estas concepciones que surgen a partir de visiones distintas de la salud de mujeres y hombres, que pueden hasta ser visualizadas como antagónicas pero han sido de una gran importancia en el trabajo profesional por sus aportes al descentramiento del debate, por un lado, de la visión única de la salud de la mujer y, por otro, de las políticas de control de la fecundidad.

En los últimos años se ha introducido el enfoque de género en los distintos análisis sobre la salud de la mujer y la salud reproductiva. Este pasaje “de los estudios de la mujer a los estudios de género”, como bien analiza Mabel Bellucci⁸, se relaciona, en parte, a la crítica de una visión unidireccional que contenían los primeros estudios. La crítica a una visión reduccionista de los estudios que sólo pensaban a las mujeres y su mundo como un ámbito separado del de los hombres y llevaban a un “encapsulamiento de la visión del mujerismo”, permitió repensar la importancia del aspecto relacional de la vida social y específicamente de las relaciones de género.

Desde nuestra perspectiva es importante resaltar los aportes que realiza la perspectiva de las relaciones de género en la comprensión de los fenómenos sociales por su capacidad explicativa. Sin embargo, el pasaje que señalábamos anteriormente en muchos casos no logró la profundidad necesaria limitándose a un cambio del término mujer por el término género, sin que se produzca una elaboración conceptual de la noción de género. Con esto queremos señalar que muchos trabajos que en su introducción manifiestan la relevancia de incorporar el enfoque género porque revela

⁸ Bellucci Mabel: “De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: han recorrido un largo camino...”, en Ana María Fernández, comp.: *Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una Historia de Discriminación y Resistencias*. Bs. As., Paidós, 1992.

otras dimensiones del fenómeno, trabajan en un nivel conceptual descriptivo que muestra la magnitud del problema pero no ofrecen explicaciones que permitan comprenderlo en su complejidad.

Por ello, entendemos que es necesario desarrollar los conceptos con los que trabajaremos y entre ellos el de género, intentando de esta manera explicitar nuestra perspectiva teórico-metodológica.

2- Una mirada: la perspectiva teórico-metodológica de las relaciones de género

Proponemos introducimos en una mirada, otro 'punto de observación' (Saffioti, 1991), desde el cual analizar, interpretar, comprender, decodificar las representaciones sociales de los profesionales de la salud entorno a la salud de la mujer. Este punto de observación, por cierto feminista, está comprometido con la denuncia de las desigualdades, de la subordinación, de la dominación presentes en las relaciones de género y con la desconstrucción-reconstrucción de esta realidad y de los conceptos que no la aprehenden. En fin, esta nueva mirada que aún está en construcción en las Ciencias Sociales, es una posición crítica a las representaciones oficiales de género.

2.1- La naturaleza relacional del ser social:

Es importante resaltar que esta perspectiva parte de una crítica a los presupuestos epistemológicos de la ciencia cartesiana, que responden a una ontología caracterizada como dualista, que separa lo universal de lo particular, la cultura de la naturaleza, la mente del cuerpo y la razón de la emoción, es decir, que opera a través de oposiciones binarias (Saffioti, 1991).

La concepción dualista o razón cartesiana, contiene una concepción del ser social permeada por la oposición que congela las partes implicadas, impidiendo su

interrelación, por ejemplo se piensa mujer como opuesto de hombre, a la emoción como el opuesto de la razón, etc.

Según Saffioti (1991), muchas feministas vienen trabajando con una nueva ontología centrada en la **relación yo-otro(s)**, sustituyendo de esta manera las oposiciones binarias por la concepción del ser social integrado por múltiples factores, diferentes y similares en permanente interacción. Cada persona es la historia de sus relaciones con el mundo y con todo lo que tiene el mundo; relaciones con otros comunes y significativos, productos de la actividad económica, político-ideológica, religiosa, intelectual, etc. En definitiva: "Tudo isto, que está permanentemente *in flux*, constitui o tecido social. A natureza do ser social é, pois, relacional, já que não se compreende um outro como oposto ao eu, a natureza deste não define a natureza do outro pela oposição a ele"(Saffioti1991:164).

Al concebir la ontología como relacional no se niega la existencia de polaridades socialmente construidas e históricamente situadas, pero se entiende que esas polaridades no integran la naturaleza del ser social. Por ello, lo importante a nivel de la ontología es la relación, sea una relación entre iguales o entre desiguales, es decir, el *yo* puede establecer relaciones con un *otro* análogo o con un *otro* diferente. En síntesis, la diferencia como la similitud tienen un lugar ontológico asegurado, ambos aspectos conviviendo en el ser social. Saffioti resalta "Os seres humanos relacionam-se entre si simétrica ou assimetricamente, sendo a presença das duas dimensões absolutamente imprescindíveis para a caracterização do ser social." (1991:166) Por lo tanto, siendo que cada agente social es la historia de sus relaciones sociales y, que éstas, están más allá de la herencia cultural recibida, en la medida que conexiones sociales inéditas fueron establecidas, lo importante es que la ontología capture la naturaleza *in flux* de las relaciones sociales, o sea, su perpetuo devenir.

2.2- Género, raza/etnia y clase social como ejes estructurantes de la sociedad:

Para esta nueva mirada en la cual nos introducimos, existen tres ejes principales que estructuran la sociedad: el género, la raza/etnia y la clase social. Estos ejes, son pensados como contradicciones que no operan aisladamente, sino que forman un **nudo** que presenta propiedades distintas de las encontradas en los ejes tomados de forma separada. Sin embargo, cada ordenamiento de las relaciones sociales, es decir, cada eje, como su simbiosis, o su nudo, presentan una lógica contradictoria (Saffioti, 1987).⁹

Tomando en cuenta los tres ejes principales de estructuración de la sociedad Saffioti (1998) afirma que existen tres identidades sociales fundamentales: de género, de raza/etnia y de clase. Estas tres identidades sociales básicas no son autónomas ya que están ligadas a los antagonismos que le dan origen, además están inscriptas fuertemente en el inconsciente. Al pensar en estas tres identidades básicas podemos concebir, por ejemplo, a hombres y mujeres no como categorías homogéneas sino que presentando, al mismo tiempo, intereses de clase y raza/etnia.

Según esta misma autora, la identidad puede ser pensada como la articulación entre igualdad y diferencia: "Analogia e diferença integram, portanto, o sentimento pessoal e o reconhecimento da sociedade de pertinência de alguém a uma categoria social (gênero e raça/etnia) ou uma classe social. Mais do que isto, analogia e diferença instauram-se na própria psique." (1997:68)

⁹ Esta concepción puede ser utilizada para entender las transformaciones actuales en el mercado laboral, que aunque no es el objeto de nuestra disertación nos servirá para ejemplificar la forma en que opera la simbiosis del capitalismo, patriarcalismo, racismo tal como originalmente propusiera Saffioti en 1987 (el mismo tema fue tratado por Saffioti también en 1988, 1997). La flexibilización del mercado laboral, como respuesta a un padrón de "acumulación flexible" (Harvey, 1994) incorpora a las mujeres en proporciones cada vez mayores respondiendo a la lógica de acumulación del capitalismo, a la vez que se contraponen con los intereses del sistema patriarcal ya que los hombres están siendo desplazados del lugar social masculino por excelencia: el trabajo. Si estos ejes le sumamos el análisis de la fuerza de trabajo desde la variable raza/etnia el fenómeno en estudio adquiere nuevas dimensiones y una mayor complejidad.

Desde esta perspectiva, se concibe al sujeto como múltiplo (Lauretis, 1994). Lauretis, a realizado un aporte relevante al proponer que el sujeto no puede ser pensado como una unidad abstracta, congelada, sino como: "...um sujeito constituído no gênero, sem dúvida, mas não apenas pela diferença sexual, e sim por meio de códigos lingüísticos e representações culturais; um sujeito 'engendrado' não só na experiência de relações de sexo, mas também nas de raça e classe: um sujeito, portanto, múltiplo em vez de único, e contraditório em vez de simplesmente dividido" (1994:208). En esta misma línea de raciocinio, el sujeto es concebido como situado históricamente, ya que no puede ser pensado independientemente de las relaciones sociales fundamentales.

Esta manera de concebir al sujeto como constituido a partir de las relaciones sociales fundamentales y de un conjunto de códigos y representaciones, a través de los cuales son significados e interpretados, posibilita aprehender la dinámica psíquica y social, en síntesis, la dinámica contradictoria de la sociedad.

Dentro de esta misma perspectiva consideramos la subjetividad como constitutiva de los procesos sociales¹⁰, teniendo un importante papel en la formación de los individuos y de la realidad social. La subjetividad es producto y productora de tal realidad y de los contextos histórico-sociales. Esto indica que sujeto y objeto no son independientes de la actividad, no tienen existencia autónoma. Por ello, los procesos de subjetivación y objetivación son dos fases de ese mismo proceso, en el cual sujeto y objeto (individuos y realidad histórico-social) se construyen en y por la relación social. Es decir, hombres y mujeres hacen historia produciendo objetivaciones a través de sus prácticas sociales y, al mismo tiempo, se apropian de sus resultados, o sea, apropiándose subjetivamente de la historia que hacen (Doray, 1989).

Por lo tanto, la subjetividad no es sólo producto de las actividades psíquicas sino que es un proceso en el que el patrimonio histórico-social contribuye en la constitución

¹⁰ El conjunto de estas reflexiones sobre subjetividad y praxis están ampliamente desarrolladas en: **Saffioti, H.:** Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade, en *Lutas Sociais* Nº 2. São Paulo, NEILS-PUCSP, 1997.

del sujeto, así como también, la subjetividad contribuye en la construcción de ese patrimonio. Una vez más, de acuerdo con la perspectiva aquí adoptada estamos rechazando la forma de pensar a través de categorías binarias.

Es necesario tener en cuenta que los procesos de subjetivación-objetivación están sujetos a la capacidad-incapacidad de apropiación de los resultados de su praxis por parte de los sujetos, ya que éstos están constituidos y atravesados por las contradicciones de género, de clase y raza/etnia. De la misma manera, no podemos olvidar que estos procesos, en nuestras sociedades, no son libres, ya que existen ideologías que los permean. La ideología desempeña un papel importante en el proceso de constitución del sujeto-objeto, en la medida que una de sus funciones es mantener las estructuras sociales. Sin embargo, es importante tener presente que en la sociedad se desarrollan contra-ideologías que posibilitan la desalienación-humanización .

2.3- La opacidad de las relaciones sociales: representación e ideología

Si tomamos en cuenta que los procesos de subjetivación-objetivación están permeados por contradicciones estructurantes de las relaciones sociales y por ideologías, estamos entendiendo, por lo tanto, que las relaciones sociales no son transparentes.

Las relaciones sociales no son transparentes porque de hecho los seres humanos se relacionan con las imágenes de sí mismos y de otros. Las representaciones tienen por función realizar la mediación de las relaciones de los seres humanos con la naturaleza y de los seres humanos entre sí (Saffioti y Almeida, 1995). Como se mencionó anteriormente, este proceso sufre las interferencias de la ideología tornando más opacas las relaciones sociales.

En este sentido, consideramos que representar significa subjetivar lo objetivo, pensar y sentir la vivencia. En otras palabras, la representación es la subjetivación de la objetividad y, al mismo tiempo, dada la relación entre sustrato material y plano

simbólico, las representaciones construidas por los seres humanos son fuerzas motoras de la acción. Para Saffioti y Almeida: "Há, portanto, dois vetores: o do substrato material em direção ao pensamento-sensação e vice-versa" (1995:49). Las representaciones en esta perspectiva son mediaciones que están presentes en el complejo proceso de producción y reproducción de la vida material y social.

Saffioti y Almeida consideran que "...a representação não se confunde com a vivência, mas se aproxima do refigurar a vivência. Trata-se das imagens que as vivências assumem no nível simbólico e de cuja elaboração o inconsciente, individual e colectivo, participa ativamente. A representação é, assim, uma alegoria." (1995:49) De esta manera, al concebir las representaciones como mediadoras de las relaciones sociales y portadoras de significados podemos aprehender a través del estudio de las mismas la dinámica compleja de lo social.

En el pensamiento de Félix Guattari¹¹ las representaciones y la ideología se inscriben en el nivel molar y la producción de subjetividad se encuentra con mayor peso en el nivel molecular o infraestructura, como así también, la problemática micropolítica. Por lo tanto, en el nivel molecular no hay representación, entonces, ¿cómo se puede dar la transformación social y la revolución molecular o los procesos de singularización?. Esto indica que en la perspectiva del autor no hay mediación entre universal y singular, por consiguiente nos hace pensar que sin explicitarlo considera que no hay opacidad en las relaciones sociales. Desde la perspectiva aquí adoptada consideramos que lo simbólico está siempre presente: en los individuos serializados o en los procesos de singularización innovadores¹², con esto queremos decir que las representaciones son construidas, también, en el mundo de los dominados y que no

¹¹F. Guattari trabaja estas consideraciones en: El capitalismo mundial integrado y la revolución molecular y El capital como integral de las formaciones de poder, en Guattari, F. *Revolução Molecular: pulsões políticas do desejo*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1981. (Mimeo, traducción de Marisa Germain) y en Guattari, F., Rolnik, S.: *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 4ª ed. 1996.

¹² Con "procesos de singularización innovadores", Guattari se refiere a los procesos disruptivos en el campo de la producción de deseo. Se trata de los movimientos de protesta del inconsciente contra la subjetividad capitalística a través de la afirmación de otras maneras de ser, otras sensibilidades y percepciones (*Micropolítica: cartografias do desejo*, op. cit., pág. 45). El autor considera que los individuos son el resultado de una producción en masa en la cual el individuo es serializado, registrado y modelado (pág. 31).

sólo existen representaciones oficiales (Saffioti y Almeida, 1995), aunque esas representaciones no sean hegemónicas son importantes para mujeres, negros o trabajadores ya que son fuerzas de lucha contra las representaciones oficiales para el establecimientos de relaciones sociales igualitarias.

Saffioti y Almeida (1995) muestran que el pensamiento de Guattari carece de una elaboración de lo particular. La mediación entre lo singular y lo universal se realiza en lo particular donde todos los fenómenos adquieren nuevas dimensiones porque se inscriben en el dominio de la historia. Por ejemplo, aunque las relaciones de género hayan traducido hasta el presente la supremacía masculina, ellas se realizan en intensidades y formas diferentes dependiendo del período histórico.

Más allá de la pertinencia de esta crítica, no debemos descartar todos los conceptos elaborados por Guattari. Creemos pertinente rescatar el aporte significativo que realizó al dar importancia a la dimensión micropolítica de las relaciones humanas valorizando su comprensión y explicación.

Para Saffioti y Almeida la representación no sólo es una alegoría, una forma de pensar y sentir la vivencia sino que también es el reconocimiento de una relación. Es decir, representamos a las mujeres por referencia a los hombres, a los blancos por referencia a los negros. Retomemos sus palabras: “Representação é o re-conhecimento do *eu* e do *outro* e, sobretudo, das relações do *eu* e do *outro*. O *eu* e o *outro* podem ser classes sociais, contingentes humanos de distintas raças/etnias e categorias de sexo. Construir uma representação significa, assim, fazer o re-conhecimento de uma relação. Representar significa, pois, tornar a conhecer relacionalmente, situar de novo, ressignificar por referência a outros.”(1995:50, cursivas en el original)

La representación, en esta línea, se construye según las disponibilidades y necesidades de los espacios psíquicos que están constituidos por las relaciones del yo con otros. Además, la representación trae las marcas de la singularidad del sujeto y, a la vez, el carácter histórico de su inserción social.

La perspectiva, de gran difusión, que trata el concepto de representaciones sociales es la que se basa en las producciones de Serge Moscovici. Según la perspectiva moscoviciana¹³, las representaciones son gestadas al mismo tiempo en que se manifiestan, esto quiere decir, que es por medio del "arte de la conversación", que ocupa gran parte de la existencia humana, que el proceso de génesis se produce. Sin desconocer la importancia de los aportes que esta perspectiva realiza, por nuestra parte, entendemos que las representaciones se gestan en la relación con otros más allá que exista diálogo o no. Esa representación tendrá contenidos más o menos complejos dependiendo de la historia del sujeto, en definitiva, del conjunto de relaciones que lo constituyen.

Para entender las relaciones sociales no sólo es necesario comprender que éstas están mediadas por las representaciones sociales sino que además debemos tomar en cuenta la existencia de ideologías (de género, raza y clase) y del modo en que operan.

La ideología se presenta como si fuese producida por el conjunto de la sociedad y en su beneficio, además, tiene la pretensión de expresar el interés general, o interés común. Obviamente, esto es imposible en una sociedad atravesada por contradicciones de clase, género y raza, que estructuran desigualdades y jerarquías. El interés es siempre particular, esto no quiere decir que está circunscripto a una persona, y representa los anhelos de un grupo, categoría o clase, cuyo número o cantidad no es lo importante.

¹³ La perspectiva moscoviciana inaugura dentro de la Psicología Social el estudio y conceptualización de las representaciones sociales. Algunos autores brasileiros que trabajan con esta perspectiva se pueden encontrar en las compilaciones de: Mary J. Spink (1995) *O conhecimento no cotidiano*, São Paulo, Brasiliense y de Pedrinho Guareschi y Sandra Jovchelovitch (1995) *Textos em Representações Sociais*, Petrópolis, Vozes.

Las representaciones sociales, en esta perspectiva, son una modalidad de conocimiento que tiene por función la elaboración de comportamientos y la comunicación entre individuos en la vida cotidiana. En otras palabras, son 'conjuntos de conceptos, afirmaciones y explicaciones', que deben ser consideradas como verdaderas 'teorías' de sentido común, 'ciencias colectivas' *sui generis*, a través de las que se procede a la interpretación e inclusive a la construcción de realidades sociales (Pereira de Sá, 1995). Esta perspectiva es referencia en la discusión sobre representaciones sociales y ha realizado contribuciones importantes en el ámbito académico, sin embargo, en el presente trabajo hemos adoptado otra perspectiva.

La ideología tiene por característica fundamental la inversión de los fenómenos. Esto no quiere decir que sus contenidos sean únicamente falsos, sino, por el contrario, que para operar se basa en conocimientos verdaderos que le permiten imponerse y legitimarse. Por ejemplo, cuando se dice que es natural que la mujer ocupe el espacio doméstico y el hombre el espacio público se está naturalizando un resultado de la historia. A ello se le suma, además, que socialmente existe una valoración del espacio público por sobre lo doméstico. La naturalización y valorización, en este ejemplo, legitiman y perpetúan la superioridad masculina. Las representaciones, por el contrario, no promueven la inversión de los fenómenos.

Tanto la ideología como la representación reposan sobre una base material, esta base condiciona un determinado tipo de relaciones sociales, esto quiere decir que el contexto material permea lo simbólico y, al mismo tiempo, las representaciones constituyen un dato de lo real. Por lo tanto, la ideología de género tiene profundas raíces en la subjetividad de los agentes sociales como en el terreno objetivo, o sea en la realidad concreta no se puede separar lo material de lo simbólico ya que uno es constitutivo del otro.

La ideología se caracteriza por ser incompleta, ella no es totalizante, esta característica le permite adaptarse a nuevas exigencias, a cada nueva coyuntura, o sea cambiar de fachada pero siempre persiguiendo sus intereses. En este aspecto la ideología también se diferencia de la representación, ya que esta última se caracteriza por ofrecer una imagen completa del fenómeno.

En definitiva, la representación no se identifica con la ideología ya que “A ideologia consiste em um projeto político de estruturação da sociedade por inteiro, segundo os interesses da classe social/categoria social que o elaborou.”(1995:48)

Es necesario estar atentos porque ideología y representación, que tienen orígenes distintos, a nivel simbólico tienden a superponerse, fusionarse. Ello es producto de las apropiaciones que la ideología realiza de las representaciones que en un momento histórico están circulando.

En síntesis, la construcción de la subjetividad es el resultado de un proceso constante, *in flux*, en el que se interpenetran las identidades sociales básicas. Estas identidades contienen relaciones sociales contradictorias, como mencionamos anteriormente, y están atravesadas por ideologías y representaciones que permanentemente recrean esos antagonismos fundamentales presentes en la sociedad.

Pensar la 'des-re-construcción' de estas subjetividades y representaciones en la dirección de la construcción de nuevas relaciones de género, como una vía para la transformación, nos enfrenta ante la construcción de lo masculino y de lo femenino por las ideologías de género.

Mencionar la construcción de lo masculino y de lo femenino nos sitúa ante la necesidad de explicitar de qué manera entendemos al género en esta mirada en la cual nos introducimos.

2.4- Género como relación social:

Hasta la década del '80 en los más diversos ámbitos la concepción de género más difundida era, todavía, la que lo comprendía como consecuencia natural de las diferencias sexuales. En esta concepción la existencia de lo femenino y lo masculino es producto sólo de la diferencia anatómica. Las críticas dirigidas a esa concepción consideran que el género, o bien las relaciones de género, no derivan de la existencia de dos sexos, por lo tanto no es correcto decir que de lo biológico deriva el género, sino que, por el contrario, el vector se direcciona de lo social hacia los individuos que nacen y a través de las relaciones de género son transformados en hombres y mujeres. Es decir, estadísticamente, la diferencia sexual es interpretada y se torna relevante para que se modelen mujeres en un cierto paradigma y hombres en otro (Saffioti, 1998).

De esas producciones críticas a la concepción del género como diferencia sexual, rescataremos algunas autoras que han trascendido en el debate académico.

Para Scott (1990), por ejemplo, el género en cuanto dispositivo gramatical permite verificar la existencia de lo masculino y lo femenino designando categorías sociales integradas por hombres y mujeres respectivamente. Al mismo tiempo, en cuanto categoría analítica es una categoría histórica. La autora, al observar la organización social del género, operacionaliza la categoría de análisis describiendo un fenómeno histórico que es el sustrato empírico de su concepto.

La definición de género, en Scott, reposa sobre la relación de dos proposiciones: 1- el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas entre los sexos. 2- el género es uno de los modos fundamentales de dar significado a las relaciones de poder. Aquí, el género es un campo en el seno del cual y por medio del cual el poder es articulado. Si bien no es el único campo, la autora considera que ha constituido un medio persistente y recurrente de dar eficacia a la significación del poder en Occidente.

Esta definición de género ha realizado aportes importantes en la comprensión del género como una dimensión de las relaciones sociales, en definitiva en concebir al género como una relación social, que permea lo simbólico y la vida material. Por ello Scott señala que: "Estabelecidos como um conjunto objetivo de referências, os conceitos de gênero estruturam a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social." (1990:16) El género también estructura la construcción de conceptos de sentido común, como son las representaciones sociales, y conceptos científicos, en definitiva la autora expresa que el género resulta de construcciones culturales constituyendo una referencia al origen exclusivamente social de las identidades subjetivas de hombres y mujeres.

Si leemos con atención la segunda proposición de Scott, entendemos que esa forma de articulación de las relaciones de poder es anterior a las sociedades capitalistas, esto quiere decir que en otras sociedades ya existía una distribución y ejercicio del poder desigual entre hombres y mujeres. La autora resumiendo esta idea señala: "Na medida em que estas referências estabelecem distribuições de poder (um

controle ou um acesso diferencial às fontes materiais e simbólicas), o gênero torna-se envolvido na concepção e na construção do poder em si mesmo." (1990:16)

Scott entiende el poder desde la concepción foucaultiana, en la cual: "El poder no es algo que se adquiera, arranque o comparta, algo que se conserve o se deje escapar, el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias." (Foucault, 1995:114) Por lo tanto, para Foucault el poder no es una institución, no es una potencia de la que algunos estarían dotados, el poder funciona y se ejerce en red, los individuos circulan en esa red y están en condiciones de ejercerlo y de sufrirlo, entonces todos están en condiciones de disputarlo y resisitirlo, el poder no es exterior al individuo. El poder, desde esta concepción, viabiliza un pensamiento dinámico de las relaciones de género y de la tensión permanente que las anima (Saffioti y Almeida, 1992). Sin embargo, si ponemos atención a esta concepción, el poder pierde cualquier determinación ya que no hay detentores específicos de poder y ningún objetivo específico al que sirva el poder, por ello el concepto se torna, según Saffioti (1998), fluído. O sea, se pierde de vista que hay categorías sociales que ocupan una posición estructural y que por ese hecho detentan poder. A la vez, existen otros poderes, más coyunturales. Es decir, que existen categorías con poder en función de su posición en la totalidad heterogénea y que hay poderes apropiados coyunturalmente por grupos o categorías sociales.

Trabajar sea desde una concepción del poder fluida, como la foucaultiana, o desde una concepción en donde los poderes son apenas derivados de posiciones estructurales bien demarcadas, en nuestra perspectiva es limitar el análisis. Lo limitan en la medida que en la perspectiva foucaultiana se pierden de vista las limitaciones y presiones de la estructura y en la segunda no se visualiza la malla fina en la cual se traman e implementan estrategias de apropiación de parcelas significativas de poder. Por ello, desde la perspectiva aquí adoptada entendemos que al poder estructuralmente determinado se le fusiona las parcelas de poder que circulan y se disputan en la malla fina del tejido social. Es decir, los hombres detentan un poder por el sólo hecho de ser

hombres, en otras palabras, hay una distribución del poder según las posiciones estructurales ocupadas por los *socis*, pero esa situación no es pacífica ya que hay una intensa lucha por el poder. Por consiguiente, si nos quedamos en el contexto original del concepto foucaultiano de poder aceptamos concebir la sociedad como no-estructurada y al género, la clase y la raza como productos del discurso y no como antagonismos sociales cuyos intereses son irreconcilables (Saffioti, 1998).

De todas maneras, consideramos importante rescatar la concepción foucaultiana de poder ya que nos permite pensar que no hay un poder absoluto, que el poder no es sólo estatal y no se concentra en manos de alguna categoría social, que el poder también circula en la micropolítica, se produce y reproduce también en lo cotidiano. De la misma manera, pensamos la relevancia de la introducción de dicho concepto para el análisis de las relaciones de género que inaugura Scott a fines de los '80. Es decir, la inclusión de la micropolítica en el análisis sociológico enriqueció la aprehensión de los mecanismos de funcionamiento del mundo social.

Para Scott, en síntesis, el género es omnipresente y permea lo simbólico, las normas de interpretación del significado de los diferentes símbolos, la política institucional y la identidad masculina y femenina al nivel de la subjetividad y es una forma de articulación de las relaciones de poder.

Otra importante autora americana, Teresa de Lauretis (1994), propone pensar el género como representación y auto-representación, producto de diferentes tecnologías sociales como, por ejemplo, el cine, y de discursos institucionalizados, críticas y prácticas de la vida cotidiana. La autora, construyendo su visión sobre género desde la perspectiva teórica foucaultiana, considera que el género, así como la sexualidad, no es una propiedad de los cuerpos ni algo que existe *a priori* en los seres humanos sino que "es el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, comportamientos y relaciones sociales por medio del desdoblamiento de una compleja tecnología política".

En resumen, piensa al género como un aparato semiótico, como un sistema de representación que atribuye significados a los individuos de una sociedad, como la representación de una relación, la relación de pertenecer a una categoría o grupo.

Según Lauretis, la construcción del género es el producto y el proceso tanto de la representación como de la auto-representación. Como producto, el género resulta de tecnologías de género y su construcción no sólo se produce en los lugares esperados, que la autora llama de aparatos ideológicos del Estado, incluyendo a las universidades, sino que, además y de forma menos obvia, entre los intelectuales, los grupos de vanguardia, en las teorías radicales y hasta en el propio feminismo. La construcción del género, simultáneamente, se hace por medio de su desconstrucción realizada por las prácticas feministas y por diversos discursos.

Como observamos aunque la autora se apoye en el concepto de desconstrucción tiene el mérito de pensar la realidad *in flux*, ello significa admitir que en un mismo proceso se construye y deconstruye un fenómeno. A pesar de atribuirle mayor peso al discurso no llega a pensarlo como único vector.

Tanto Scott como Lauretis introdujeron una conceptualización de género que superó la concepción del género como diferencia sexual, marcando las producciones teóricas posteriores hasta la actualidad. Fundamentalmente, le atribuyen poder de determinación a la dimensión simbólica y discursiva del funcionamiento del género, apoyándose en las producciones de Derrida, Foucault lo que precisa ser examinado para iluminar la propuesta aquí adoptada.

Para Saffioti (1998), por ejemplo, en la perspectiva de Scott existe una contradicción entre la forma en que concibe el mundo de las relaciones humanas como atravesado por la clase, el género y la raza lo que permea la percepción concreta y simbólica de la vida social, pero, al mismo tiempo, expresa que los considera sólo como discursos. Para Saffioti esta autora atribuye un poder de determinación casi exclusivo al lenguaje. Scott señala que: "...el análisis del lenguaje provee un punto crucial de entrada, un principio desde el cual se comprende cómo se conciben las

relaciones sociales y por lo tanto cómo se organizan las instituciones, cómo se experimentan las relaciones de producción y cómo se establece la identidad colectiva." (1994:1) Scott adopta la posición del pos-estructuralismo considerándola una perspectiva analítica poderosa y con ello refuta las determinaciones objetivas para pensar al discurso como el productor de lo real.

Saffioti asienta su crítica citando el siguiente párrafo: "...a política é o processo pelo qual jogos de poder e saber constituem a identidade e a experiência. Identidades e experiências são, deste ângulo, fenômenos variáveis, organizados discursivamente em contextos e configurações particulares (p.5). A questão não é mais sobre as coisas que ocorreram às mulheres e aos homens e como eles reagiram a elas, mas sobre como os significados subjetivos e coletivos de mulheres e homens enquanto categorias de identidade foram construídos (p.6)." (1998: 2)

Por ello, un problema que puede ser detectado en Scott, y no con tanta claridad en Lauretis, es su desliz para una oposición idealista al querer combatir el materialismo, lo que no le permite visualizar los límites y presiones producidos por las estructuras. Desde la perspectiva aquí adoptada no negamos la capacidad de los discursos de crear padrones de conducta en la medida que entendemos que el discurso es una tecnología de género (Lauretis, 1994). Tampoco negamos el poder de la ideología, pero no podemos olvidar que tanto los discursos como la ideología están siempre referidas a las condiciones materiales y simbólicas de la existencia concreta de sus productores. Entonces el lenguaje no sólo instituye sino que además es instituido (Saffioti, 1998).

Volviendo a la concepción elaborada por Lauretis, la ideología es un punto que adquiere relevancia. La autora para pensar la ideología se inspira en la concepción althusseriana, en la cual esta representa "...não o sistema de relações reais que governam a existência de indivíduos, e sim a relação imaginária daqueles indivíduos com as relações reais em que vivem", relaciones que dirigen su existencia, siendo que además "...Toda ideologia tem a função (que a define) de constituir indivíduos

concretos em sujeitos" (Althusser p.171, *apud* Lauretis 1994:212). La autora propone substituir la palabra ideología por género, con lo que la última frase citada afirmarí: el género tiene por función, que lo define, constituir individuos concretos en hombres y mujeres.

Lauretis considera que la novedad de la tesis de Althusser residía en su percepción de que la ideología opera no sólo semi-autonomamente a nivel económico, sino que también por medio de su enraizamiento en la subjetividad, ya que precisa de un sujeto sobre el cual actuar. Para Lauretis, el género es una instancia primaria de la ideología ya que el género es un conjunto de relaciones sociales que se mantienen por medio de la existencia social.

Tomando en cuenta el raciocinio de Lauretis representación e ideología se identifican al considerarlas a ambas como las relaciones imaginarias que tienen los individuos con las relaciones reales en que viven. Como hemos expuesto anteriormente, entendemos que representación e ideología no se identifican porque tienen orígenes distintos, el problema surge en la medida que la ideología se apropia de las representaciones lo que produce una mayor complejidad a la hora de analizar esos fenómenos.

La autora en pauta, piensa que existe un adentro y un afuera de la ideología. Para Lauretis existe un lado de afuera de la ideología, como un lugar desde el cual la ideología puede ser vista como mistificación, relación imaginaria, engaño. Althusser piensa que estar fuera de la ideología es estar situado en la ciencia y el conocimiento científico. La autora no comparte esa noción porque considera que la ciencia es una tecnología de género, por lo tanto, productora y reproductora de las relaciones de género.

En este sentido, es que Lauretis considera que tanto el sujeto del feminismo, como construcción teórica, y las mujeres historicamente situadas, sujetos concretos-reales definidos por las tecnologías de género y 'en-gendrados' en las relaciones sociales, se encuentran simultáneamente dentro y fuera del ideología de género. Estas

mujeres reales, como el sujeto del feminismo, "...são motivadas e sustentadas por uma contradição em nossa cultura, uma contradição irreconciliável: as mulheres se situam tanto dentro como fora do gênero, ao mesmo tempo dentro e fora da representação." (1994:217-218)

Según Saffioti (1998), debemos prestar atención a este punto porque, para Lauretis, la mujer en cuanto está afuera del género o de su representación, actuando en la micropolítica, puede elaborar la crítica del género que aparece situado en la macropolítica. Ello implica que Lauretis perdió de vista su concepción de sujeto múltiplo, tan preciada para las Ciencias Sociales. Es decir, si ella pensó al sujeto "engendrado" en género, raza y clase en la micropolítica no puede dejar de lado sus identidades básicas, lo que podemos pensar es que en la dinámica de funcionamiento del nudo se realce, potencie, agudice el desempeño de una identidad por sobre las otras en una cierta situación social.

Por ello, consideramos pertinente pensar que no podemos estar fuera del género y, con ello, no queremos decir que estemos atrapados sin la posibilidad de criticarlo. Sino queremos decir que se lo critica desde dentro del género. En este sentido, pensamos que Butler (1990) nos ayudará a argumentar de qué manera podemos situarnos en distintos puntos de observación.

Judith Butler distanciándose de posturas que consideran que la construcción del género a través de la cultura es rígida y fija, propuso el concepto de inteligibilidad cultural del género. Para la autora, existe una matriz de inteligibilidad cultural de género heterosexual y una matriz homosexual. Podemos pensar, según Saffioti, en una tercera: bisexual. Géneros inteligibles son aquellos que mantienen una coherencia continuada de sexo, género, prácticas sexuales y deseo.

Dentro de cada uno de estos contratos sociales-sexuales podemos pensar submatrices de cada una de las matrices antes mencionadas, pero que no son iguales entre sí. Por ejemplo, prostitutas, que están dentro del contrato heterosexual, tienen prácticas sexuales distintas de las señoras 'bien', de las madres 'modelo'. Ellas son

responsables por muchas de las innovaciones en cuanto a prácticas sexuales. También, tanto feministas heterosexuales como homosexuales se sitúan en alguna sub-matriz que le da la posibilidad de criticar la matriz hegemónica. Las matrices alternativas que surgen de distintas combinaciones compiten e intentan subvertir el orden y la lógica de la organización social de género existente.

El género no sólo regula las relaciones hombre-mujer, como frecuentemente se piensa, sino como bien apunta Saffioti (1994), también regula las relaciones hombre-hombre y mujer-mujer, reforzando la idea de que la dimensión de género está presente en todas las relaciones sociales.

En síntesis, este concepto nos permite entender que mujeres y hombres concretos tienen la posibilidad de moverse y vivir en distintas matrices sin estar sujetos a una única matriz, ello implica permanentes quiebres en los discursos y prácticas hegemónicas.

Otra importante autora dentro de la línea de superación del concepto de género como diferencia sexual y con la cual ya venimos trabajando es H.I.B. Saffioti. La producción teórica de Saffioti desde fines de los '60 en Brasil, resulta del diálogo constante con otras feministas y de la interpelación a paradigmas tradicionales.

Una noción importante en la perspectiva de Saffioti es que no se puede pensar las relaciones de género aisladas del contexto socio-cultural, económico y político en la que están inserta. Por ello, considera que estudiar las relaciones de género ignorando su relación con el capitalismo y el racismo sería perder de vista la complejidad de la temática. Para ello, utiliza un instrumental teórico que le posibilita, al mismo tiempo, un análisis global y la captura de la singularidad presente en lo cotidiano.

Para Saffioti existen tres ejes principales de estructuración de la sociedad: el género, la raza y la clase social. Estas contradicciones presentes en las sociedades regidas por el patriarcado-capitalismo-racismo no se analizan de forma paralela. Ellas forman, a lo largo de la historia, un nudo, es decir, se produce una simbiosis entre los

sistemas de dominación-explotación, que presentan una lógica contradictoria (Saffioti, 1987).

Si bien la influencia del marxismo en Saffioti es notoria, también es observable a lo largo de las dos últimas décadas la ampliación de los interlocutores destacándose el diálogo con autoras feministas francesas y anglosajonas. Mas allá de haber ampliado sus perspectiva y privilegiar en los últimos años el análisis de la categoría relaciones de género, no ha dejado de lado el paradigma del patriarcado sino que lo considera con capacidad heurística complementar al referencial basado en las relaciones de género.

Por otra parte, la autora entiende es necesaria la construcción de una ontología relacional, como "...parte integrante de uma maneira feminista de fazer ciência" (1992:211). En esta ontología la relación yo-otros es central, por ello es muy importante entender que las personas son la historia de sus relaciones, que se tome en cuenta el carácter estructural de su constitución y que esta ontología capture la naturaleza *in flux* de las relaciones sociales.

En los '90 centra su producción en la perspectiva de las relaciones de género estableciendo una interlocución sistemática, principalmente, con autoras anglosajonas como las que trabajamos anteriormente. Fruto de esa interlocución y de otras como la establecida con E. Thompson (1979) nos encontramos con una peculiar perspectiva de género que trabaja tomando en cuenta que la estructura ejerce presiones y límites al devenir histórico y que, al mismo tiempo, admite la existencia de diferentes subjetividades como parte de la existencia social.

Entiende que el género "...é a representação de uma relação social: do pertencimento de um indivíduo a uma categoria social e da posição deste indivíduo face a outros grupos previamente constituídos. O gênero distribui os indivíduos pelas posições sócio-culturalmente significativas. Assim, não se trata apenas de uma construção sócio-cultural, mas também de um aparelho semiótico, ambos convergindo para a emergência de um conjunto de representações que atribuem significado aos membros de uma sociedade." (1991:158) Esta autora nos permite pensar que el género

construye referenciales de masculinidad y femeneidad. Los individuos al ser representados o al representarse como masculino y femenino dan por entendidos la totalidad de aquellos atributos sociales.

El género condiciona la percepción del mundo circundante y del pensamiento, al igual que la clase social y la raza. El género funciona como una mira telescópica a través de la cual el mundo es aprehendido por los sujetos, y su actuación en el mundo deriva de la manera de comprenderlo. Por lo tanto, es una representación y una forma de situarnos en el mundo.

Pero para esta autora el género no sólo es una representación y una categoría analítica sino que además es necesario tener en cuenta que opera en la realidad como una categoría histórica. Saffioti y Almeida consideran que “Relações de gênero é uma categoria concebida para apreender um conjunto complexo de relações sociais, para referir-se a uma movente configuração de processos sociais historicamente variáveis. Gênero, tanto como uma categoria analítica quanto como um processo social, é relacional. Ou seja, relações de gênero são processos complexos e instáveis (...) constituídos por e através de partes interrelacionadas.” (1992:4)

Según Lauretis (1994) el moldeado de hombres y mujeres como seres diferentes se hace a través de “tecnologías de género”, término con el que pretende designar discursos hegemónicos, cine, posturas epistemológicas, críticas, en síntesis prácticas sociales y culturales. Para Saffioti, la diferencia, al mismo tiempo, es el *locus* privilegiado de la constitución de relaciones de poder. En una sociedad con clivajes de género, clase y raza/etnia, las relaciones sociales están permeadas por el poder. A través de estos tres fenómenos se estructuran, organizan relaciones de poder y, además, se constituyen como ejes a lo largo de los cuales se distribuye-ejerce el poder.

Para Saffioti (1994), concebir el género como una relación entre sujetos históricamente situados es fundamental para delimitar el campo de lucha e identificar el adversario. La autora considera que, desde la concepción relacional, el blanco a atacar es el padrón dominante de las relaciones de género ya que no considera que el hombre

en cuanto individuo o en cuanto categoría social sea el enemigo de la mujer. Esta lectura, no pierde de vista, el nudo constituido por las tres contradicciones básicas lo que permitirá la formulación de una estrategia viable de lucha.

Consideramos que esta perspectiva es extremadamente rica por su potencial explicativo de los fenómenos sociales. Como es observable, ha sido la orientadora de nuestras reflexiones para construir una nueva mirada que pretende captar la complejidad, la heterogeneidad y las contradicciones de lo real.

Es con esta nueva mirada que contempla la organización social del género, con la que intentaremos trabajar acerca de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre la salud de la mujer enfocando, especialmente, nuestra mirada sobre la planificación familiar.

Comenzaremos por un análisis de la salud reproductiva en América Latina y nos detendremos, especialmente, en Argentina y Brasil que son los centros de nuestra atención en este estudio.

Capítulo II

Planificación familiar: políticas públicas y debates

Si bien nuestro punto de partida fue la problematización de las representaciones sociales acerca de la salud de la mujer el foco de atención del presente trabajo se dirige a un aspecto de la salud de la mujer, la planificación familiar. En este sentido, consideramos oportuno realizar un recorrido por los antecedentes regionales y nacionales de políticas públicas implementadas entorno a la planificación familiar y por los actores involucrados en los debates. Este recorrido nos permite aproximarnos al contexto en el cual se desarrollan las experiencias en estudio.

1- La planificación familiar en América Latina: una aproximación general

A través de la discusión promovida, a partir de la década del '50, por los organismos internacionales sobre desarrollo económico y crecimiento de la población llega a los gobiernos de los países de América Latina la preocupación por la planificación familiar y el control de la natalidad.

El crecimiento de la población, según Giffin (1992), fue apuntado desde la década de '60 por organismos internacionales como el mayor obstáculo del proceso económico-social de los países subdesarrollados 'contribuyendo en la expansión de la pobreza' (ONU,1981). Este asunto se consagró como elemento de negociación internacional, lo que llevó, a que entidades internacionales lideradas por la USAID¹⁴ definan programas y dispongan de recursos para resolver el problema en los países del

¹⁴ United States Agency for International Development.

llamado Tercer Mundo. La influencia de EE.UU en la introducción de acciones, recursos y políticas sobre el tema fue sobresaliente en la región.

Se esperaba a través de la planificación familiar disminuir el crecimiento de la población y, por consiguiente, frenar las consecuencias de la superpoblación. Sobre todo se esperaba que la población pobre disminuya su prole porque se consideraba que era la que tenía más hijos. Por lo tanto, la preocupación se dirigía a la resolución del problema del aumento de la población y sus consecuencias pero no tomaba en cuenta a las mujeres como sujeto de un conjunto de necesidad sino como agentes a través de los cuales se solucionarían problemas derivados del capitalismo y sus transformaciones.

Según Barroso (1991), esa idea seduce mucho porque es una propuesta conservadora que no altera los privilegios y la distribución desigual de recursos, además esta propuesta corresponde a una observación de sentido común en la cual se ecuaciona: los pobres acostumbran a tener muchos hijos y se supone que la prole numerosa es una de las causas de su pobreza.

Si bien lo apuntado muestra como a partir de los '60 a nivel internacional emerge la preocupación con el tema de la población en los países del llamado Tercer Mundo, Foucault (1995), por su parte, en *Historia de la Sexualidad*- Tomo I, muestra como 'la población', ya en el siglo XVIII, surge como problema político y económico de los gobiernos en los países europeos. Es oportuno rescatar a Foucault¹⁵ para señalar que la relación entre acciones estatales y los comportamientos de la población con respecto a la procreación, a la sexualidad, en fin, a la capacidad reproductiva de las mujeres, no es un tema completamente nuevo. El autor nos permite saber que en distintas

¹⁵ El tema de la población le sirve al autor para explicar de qué manera el sexo no sólo es algo que se juzga, sino que además se administra, participa del poder público, solicita procedimientos de gestión, fue convertido en un asunto de policía. Según Foucault, en el medio del problema de la población está el sexo, lo que transforma la conducta sexual de la población en objeto de análisis y, a la vez, blanco de intervención. En sus palabras: "Entre el Estado y el individuo, el sexo ha llegado a ser el pozo de una apuesta, y un pozo público, invadido por una trama de discursos, saberes, análisis y conminaciones." (1995:36)

sociedades y momentos históricos existieron dispositivos de control de la población actuantes en la esfera "privada" de la vida social que asumieron diversas formas.

La preocupación de los gobiernos con el control de la natalidad si bien no redundó en políticas gubernamentales controlistas se manifestó en la despreocupación por el accionar de organismos privados que introdujeron formas veladas de control de la natalidad en los países de la región.

Las propuestas y las intervenciones en el área del control de la reproducción generaron discursos variados de crítica y oposición. Algunos de esos discursos expresaron el sentir de actores que van a protagonizar las discusiones y propuestas entorno al tema.

Uno de los actores que participa intensamente en la escena social son los movimientos feministas que hicieron visible la subordinación femenina, reclamando la libertad de optar por tener o no tener hijos. Los movimientos feministas oscilaron entre la resistencia a las políticas demográficas vía la planificación familiar y la articulación de reclamos al Estado para que ofrezca información y métodos que permitan la elección individual de regular la fertilidad y el ejercicio de la sexualidad sin el riesgo de embarazos no planeados.

Sobre el reconocimiento de los reivindicaciones de los movimientos feministas Giffin (1992) señala: "Conjuntamente com o ressurgimento do movimento de mulheres e a crescente contestação da sua subordinação social, que foi traduzida num fortalecimento das suas reivindicações nos espaços públicos, a ONU em 1972 '[...] reconhece que o desenvolvimento econômico 'per se' não resolve a questão do crescimento populacional', devendo 'levar em conta a estrutura familiar e o papel da mulher' (Macedo, 1985). Define, a partir de 1975, a Década da Mulher, o que delineia um campo de convergência entre reivindicação feminista de control sobre o próprio corpo e os que visavam à diminuição das taxas de fecundidade global." (1992:100)

La Iglesia, otro actor opositor, ha interferido siempre en asuntos ligados a la reproducción y la sexualidad. Su acción doctrinaria traspasa su ámbito y se inserta

como un actor social y político que influye en la toma de decisiones políticas y legales no sólo para mantener su hegemonía religiosa sino para imponer un proyecto de sociedad. En el caso de Argentina ha sido la gran opositora a cualquier tipo de proyecto referido a la planificación familiar o anticoncepción. En Brasil, por ejemplo, realizó objeciones al Programa de Atención Integral a la Salud Mujer (PAISM) porque no acordaba con la oferta variada de métodos propuestos. Aunque la Iglesia haya logrado aceptar los métodos naturales como forma de regulación de la fertilidad, aún continúa colocando obstáculos a las propuestas transformadoras que reivindican que hombres y mujeres puedan vivir relaciones más igualitarias.

El cuadro complejo que acompaña la planificación familiar debe ser completado con la trascendencia e importancia creciente que adquieren los foros internacionales propiciados por la ONU en donde se manifiestan las posturas de los actores antes mencionados y se debate la agenda de lucha a seguir por los países que firman las declaraciones.

La ONU articuló por primera vez el derecho individual a determinar "libre y responsablemente el número y el espaciamiento de los hijos por parte de las familias" en la Asamblea General de 1966 y a partir de allí aparece en varios documentos internacionales. Luego, en 1968, en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos ese derecho pasa a ser definido como de la pareja y se reelabora incluyendo la educación y la información como elementos necesarios para su ejercicio.

Para Birgin (1995), en la década del '70 las mujeres fueron consideradas un "recurso" demográfico o económico, no explícitamente enunciado, esto resulta claro en las Conferencias de Naciones Unidas: de Población en Bucarest (1974), Alimentación en Roma (1975), y de la Mujer en México (1975). De modo resumido, la estrategia de desarrollo de esa década giró en torno a la disminución de la población, aumento de la producción de alimentos y a la promoción de la mujer. En ese contexto observamos que la inclusión de las mujeres en las estrategias de desarrollo es parte del reconocimiento de la importancia de las mujeres como solución de otros problemas.

En los '80 es incorporada la noción de derechos reproductivos y salud reproductiva en la que se incluye como uno de los aspectos importantes la regulación de la fertilidad. Estas nociones surgen de dos corrientes: de los movimientos feministas, y su creciente participación en los foros internacionales, y del campo de la salud, en el cual la OMS dio un gran impulso al desarrollo de investigaciones. Para Ávila (1993) la formalización del concepto de derechos reproductivos es bastante reciente y son dos los momentos fundamentales en el proceso de su internacionalización: en el Tribunal Internacional en el Encuentro sobre Derechos Reproductivos (Amsterdam, 1984) y la Conferencia de las Naciones Unidas de la Década de la Mujer (Nairobi, 1985). Los derechos y la salud reproductiva alcanzan relevancia y notoriedad, por los debates que generó, en las Conferencias de Población del Cairo (1994) y en la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995).

Al respecto, Rosiska Darcy de Oliveira, presentando el informe brasileiro de Beijing señala: "o conceito de direitos reprodutivos emergiu como exigência de modernidade diante de políticas populacionais inspiradas no darwinismo social, diante do obscurantismo religioso que se atribui direitos sobre o corpo das mulheres. 'Nosso corpo nos pertence', velha divisa fundadora do movimento de mulheres, revisitada na defesa dos direitos reprodutivos, marcou a conferência do Cairo como um momento a mais de eloquência no discurso público das mulheres, afirmação de sua autonomia e liberdade." (1996:8)

Como podemos observar las mujeres vuelven a ser fuerzas motoras del debate, de la denuncia y de la redefinición de su propia historia. Esto quiere decir, que la noción de derechos reproductivos se construye a partir de la práctica política de las mujeres en torno a su demanda en la esfera de la reproducción.

Las entidades financiadoras de políticas de control de la natalidad que durante dos décadas actuaron en la región modificaron o redireccionaron sus fondos a mediados de los '80. La actuación del gobierno de los EE.UU ejerció una gran influencia ya que gran parte de los fondos con los que cuentan organismos inter-

gubernamentales y privados provenían de la USAID. Según Barroso (1991) la actuación de la nueva derecha en los EE.UU consiguió reformular la política de ayuda externa y, a partir de 1984, ello se tradujo en una disminución de fondos destinados por la USAID a programas de población, por ejemplo dos entidades perjudicadas fueron la IPPF y la FNUAP¹⁶. Para esta autora la caída de la fecundidad en Brasil y en América Latina también afectó la política de la USAID, que redireccionó los fondos para África donde aún existen altos índices de natalidad. Sin embargo, su retirada en América Latina no fue total porque se canalizaron fondos a través de entidades privadas que continuaron trabajando.

Consideramos oportuno visualizar las particularidades que ese cuadro general iniciado en América Latina asumió y tiene en Argentina y Brasil. Estos países por las diferencias en la atención de la salud de la mujer son relevantes para aproximarnos a sus recorridos. En un primer acercamiento a la realidad de estos dos países las diferencias observables a nivel de las decisiones políticas que están en la base de la existencia de una política específica se diluyen en los impactos que tiene la misma a nivel de la población. Es por ello que no podemos pensar en la existencia de diferencias y similitudes absolutas que impidan la tarea del análisis que pretendemos realizar.

Un aspecto que nos ayuda a contornear esas diferencias y similitudes está dado por el análisis de las acciones del Estado dirigidas a la salud de la mujer. Las formas de implementación de estas medidas en Brasil y Argentina muestran, de todos modos, trayectorias conflictivas y llenas de contradicciones que merecen ser visualizadas.

¹⁶ Internacional Planned Parenthood Foundation y Fondo de Población de las Naciones Unidas.

2- Argentina y Brasil: políticas públicas diferenciadas

Argentina:

Argentina, en la actualidad, no cuenta con ningún programa que contemple la atención de la planificación familiar, pero si ofrece programas materno-infantiles y asistencia ginecológica.

El no contemplar, dentro de las políticas de salud, la planificación familiar como uno de los aspectos importantes en la salud de la mujer no es un dato novedoso, ya que Argentina tiene una trayectoria coherente, al menos, en este sentido. Elsa López comentando el texto de Niremborg y Perrone (1995) señala: "En el ámbito legislativo argentino, las discusiones sobre salud y derechos reproductivos, sobre anticoncepción y aborto están excluidos de las agendas. Nuestro país ha firmado, en Bucarest en 1974 y diez años después en México, compromisos que implican el respeto a la decisión de las mujeres y las parejas con respecto al número y al espaciamiento de los hijos. Sin embargo, en el mismo '74 (José) López Rega, como ministro de Bienestar Social, impulsó un decreto (el nº 659/74) que prohibía la comercialización y la venta de anticonceptivos y la asistencia en la anticoncepción en los hospitales públicos y las obras sociales. Este decreto, mantenido durante la dictadura, fue derogado por el gobierno de Alfonsín, pero las dificultades aún subsisten." (1995:230)

En 1986, año en el que se dicta el decreto nº 2274/86, que deroga los anteriores, se establece: *"El Ministerio de Salud y Acción Social, a través de las Secretarías de Salud y de Desarrollo Humano y Familia, según respectivas competencias, promoverá acciones tendientes a mejorar la salud de la madre y el niño y fortalecer y desarrollar la familia, en su carácter de célula básica de la sociedad. Para ello realizarán las tareas de difusión y asesoramiento necesarias, para que el derecho a decidir acerca de su reproducción pueda ser ejercitado por la población con creciente libertad y responsabilidad."* También, establece que se adecuarán los servicios asistenciales que tendrán a su cargo las políticas de salud, población, desarrollo humano y familia. Este decreto no tenía prevista la provisión de métodos anticonceptivos en los servicios

públicos y tampoco logró que el ofrecimiento de información y orientación sobre métodos anticonceptivos se realice de forma continua y libre. Al no tener un carácter obligatorio, la puesta en acción del decreto se sostiene en la realidad por la voluntad y el compromiso de algunos profesionales de salud.

En el país no se han desarrollado programas oficiales que permitan ejercer el derecho que tienen los individuos y parejas de decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos, ofreciendo información y métodos anticonceptivos modernos. Por el contrario, las políticas argentinas al respecto siempre mantuvieron un claro sesgo pronatalista producto de la configuración demográfica del país, de la influencia de la Iglesia Católica y de sectores conservadores del espectro político nacional. Sin embargo, existía un descompás entre la postura de los gobiernos ante los foros internacionales y la asumida dentro del propio país.

En relación a la no existencia de programas de control de la natalidad llama la atención la tasa de natalidad y crecimiento poblacional de Argentina ya que está entre las más bajas al ser comparada con otros países de América Latina. En 1992 la tasa bruta de natalidad era de un 21 por mil para Argentina, de 23 por mil para Chile, de 24 por mil para Brasil, de 27 por mil para Costa Rica. La tasa de fecundidad, según Pautassi (1995), se mantiene constante desde los '50 en tres hijos/as. Para Ramos (1993, *apud* Aller Atucha *et al* 1996) esta característica aparentemente contradictoria, o sea la baja tasa de natalidad sin programas de planificación familiar, se explica por el descenso de la fecundidad marital a principios de este siglo producto de la difusión del modelo de tamaño reducido de familia y de un conjunto de procesos sociales y culturales entre los cuales se destacan: el incremento del alfabetismo y la educación formal, las posibilidades de movilidad social ascendente que fueron seguramente estimuladores de la regulación de la fertilidad aún dentro del marco de métodos como el coito interrumpido, el condón y el aborto.

Desde 1989, el gobierno argentino adoptó una postura más coherente entre las posiciones asumidas en los foros internacionales y las políticas efectivamente

implementadas. Su coherencia se hizo eco de los sectores conservadores y de la Iglesia Católica en lugar de adecuar su práctica interna al discurso de los organismos internacionales y promover acciones en el reconocimiento y cumplimiento de los derechos reproductivos.

Como ejemplo de esta coherencia, la representación argentina en las Conferencias de Población (1994) y de la Mujer (1995) propiciadas por la ONU, quedó alineada con el Vaticano y los países musulmanes, manifestando una vez más que se encuentra en contra de la legalización del aborto, de la implementación de planificación familiar, del ofrecimiento de información sobre métodos, etc.

Más allá de la coherencia o no de las posturas de los gobiernos en el exterior y de las prácticas internas, es necesario recuperar el proceso que se generó a partir del decreto presidencial del '86, antes mencionado, y de la relevancia dada por la OMS y otros organismos internacionales a la salud reproductiva que permitió la articulación de algunas propuestas y el inicio de nuevos debates sobre la misma dentro del campo de la salud, de la demografía y de las Ciencias Sociales.

A partir de allí se inaugura una década en la que distintas instituciones públicas y privadas y grupos intentan dar una batalla contra las fuerzas que se oponen a la implementación de políticas de planificación familiar o salud reproductiva. Estas instituciones sin embargo persiguen objetivos diversos y hasta en algunos casos contradictorios.

Por ejemplo, la Asociación Argentina de Protección Familiar (A.A.P.F.)¹⁷ desde la década de '60 viene apoyando la organización de consultorios específicos, como así también dando cursos de capacitación, conferencias, atención al público y

¹⁷Fue creada en 1966, su área de acción es el micromundo familiar. Sus objetivos son crear las condiciones que hagan posible la procreación electiva, sus ideas y sentimientos liberadores de la sexualidad, con la información, la educación y la asistencia correspondiente. además de modificar criterios oficiales y privados de líderes comunitarios, profesionales y de funcionarios, con el fin de que el Estado y diversas instituciones o personas incorporen a la infraestructura existente o a sus quehaceres los servicios de PF. Es decir, apoyan la creación y diseminación de consultorios PF. Sus recursos provienen de subvenciones otorgadas por organismos internacionales, principalmente, la *Federación Internacional de Planificación Familiar* (I.P.P.F) y de recursos propios generados por la clínica central y el mercadeo social. (Datos obtenidos de la Revista Contribuciones N°42 noviembre de 1991)

realizando propuestas en el área de educación sexual. En 1987, la asociación acercó sus inquietudes y propuestas a la Cámara de Diputados de la Nación. Como resultado de éste acercamiento se presentó una propuesta de ley sobre la creación de un Programa Nacional de Planificación Familiar que nunca logró ser tratada.

En la ciudad de Buenos Aires, haciéndose eco al decreto presidencial, fue creado en 1987 el Programa de Procreación Responsable (PPR). Su objetivo es brindar información y seguimiento en anticoncepción a las mujeres en edad fértil, en efectores públicos, sin embargo su implementación no se lleva a cabo con precisión, pero ofrece condiciones de posibilidad para el acceso gratuito a métodos anticonceptivos.

En 1995 entró a la Cámara de Diputados de la Nación el proyecto "Ley Nacional de Salud Reproductiva", que se confeccionó a partir de las propuestas de tres diputadas. Dicho proyecto de ley obliga al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Acción Social asegurar programas de salud reproductiva para que todos los habitantes puedan ejercer, de manera libre, responsable e informada, sus derechos reproductivos. El proyecto logró la media sanción de diputados el 1º de noviembre de 1995, casi por unanimidad, después de 7 horas de debate, y pasó a la Cámara de Senadores de la Nación donde duerme en los cajones.

Distintas ciudades y provincias, en los últimos años, han impulsado proyectos de ley a nivel provincial u ordenanza municipales. Las ordenanzas municipales han tenido más éxito, en el sentido que distintos bloques políticos lograron consensuar y aprobar una medida que siempre genera tantas controversias. Por ejemplo, la Ciudad de Córdoba es la primera en el país en tener una ordenanza expresa sobre planificación familiar. En el caso de la Ciudad de Rosario se ha presentado un proyecto de Procreación Responsable que fue aprobado por el Consejo Deliberante, en septiembre de 1996 pero su reglamentación aún no ha sido dispuesta por lo que no ha podido convertirse en ordenanza hasta la fecha.

Más allá de la poca legitimidad y las resistencias a las acciones en anticoncepción y de las dificultades en la implementación de las ordenanzas existentes o de la falta de proyectos, que contemplen éste tipo de acciones en la salud pública a nivel nacional, provincial y municipal en todo el territorio nacional, los profesionales que trabajan en hospitales públicos brindan a la población femenina atención en consultorios de planificación familiar. Esto implica que de hecho existen acciones cotidianas en ese sentido.

Los consultorios de planificación familiar, que en muchos casos trabajan de manera coordinada a través de un equipo multi o interdisciplinario y en otros de forma aislada, obtienen recursos y financiamientos, por un lado, de laboratorios que comercializan medicamentos y métodos anticonceptivos y entregan muestras gratis y, por otro, del cobro mínimo a la población por la venta de pastillas, DIU, etc., que fueron comprados con parte del salario del profesional o a través de bonos contribución que cobra el hospital. En este sentido, los consultorios funcionan intentando atender una realidad y una demanda que no puede ser negada ni ocultada y que la Salud Pública no enfrenta. Sin embargo, estas acciones en los bordes y dentro del sector público, son posibles en la medida que algunas autoridades permiten la existencia de las mismas en acuerdo con profesionales y la población atendida.

Contemplando la compleja situación política de la planificación familiar y la baja tasa de natalidad es necesario observar si las mujeres argentinas están controlando su fecundidad.

Según Aller Atucha y Pailles (1996) la prevalencia de uso de anticonceptivos en Argentina se encuentra entre las más bajas de América Latina. Estos autores basándose en algunos estudios establecen que el 50% de las mujeres con actividad sexual están empleando alguna medida anticonceptiva. Pero del total de mujeres que emplean algún método un 25% usan métodos altamente seguros. A partir de la información producida por el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales de la Encuesta Permanente de Hogares publicado por el INDEC en 1996 se puede confirmar una prevalencia de uso

de métodos anticonceptivos, en los grandes aglomerados urbanos, mayor al 50% y una fuerte desigualdad en el acceso a estos métodos conforme a la edad y a la condición social de las mujeres¹⁸.

Según Birgin (1995) la baja tasa de natalidad, de 21 por mil, muestra que la población está usando métodos anticonceptivos pero, al mismo tiempo, existen dificultades para el pleno ejercicio de ese derecho individual por falta de servicios adecuados. Lo que redundaría en una alta tasa de mortalidad materna por aborto¹⁹. Para Aller Atucha y Pailles (1996), las mujeres argentinas están dejando de utilizar métodos seguros y pocas los usan, y por ello se produjo un aumento en el número de abortos. Lo que también es producto de la falta de servicios de planificación familiar. Basados en la poca información existente, estos autores asumen que del total de las mujeres que emplean métodos de regulación de la fecundidad, menos del 50% de ellas están utilizando métodos altamente seguros²⁰. Es decir, sólo 1 de cada 4 mujeres sexualmente activas, tiene protección anticonceptiva segura; otra utiliza métodos comportamentales o folklóricos de baja eficacia²¹ y las 2 restantes directamente no utilizan ninguna protección. Estos autores realizan el siguiente análisis: "...se puede establecer que la prevalencia estaría bordeando el 50%, lo que significa que la mitad de

¹⁸ El análisis del Cuestionario IV del Módulo para Monitoreo de Metas Sociales de la EPH es analizado en: López, E.: La salud de las mujeres en la Argentina: precisiones, preguntas y problemas, en *2º Taller sobre Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Bs. As., CEDES-CENEP-AEPA, 1996, mimeo; Ramos, Silvina: La salud reproductiva en la Argentina: dimensiones epidemiológicas y socio-demográficas, en *Seminario Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Foro por los Derechos Reproductivos, Bs. As., 1998.

¹⁹ Las muertes maternas son el resultado de un conjunto de aspectos entre los que se encuentran la falta de accesibilidad a métodos anticonceptivos, la clandestinidad de los abortos, la inadecuada resolutivez de los servicios, por ello este alto porcentaje de muertes son evitables. Según cifras de Ministerio de Salud y Acción Social y de distintos estudios hay coincidencia en decir que el número de abortos por año es de entre 350.000 y 400.000.

²⁰ Estos autores consideran métodos altamente seguros al DIU y los anticonceptivos hormonales orales o inyectables, y agregan barreras químicas y condones aunque no los consideran técnicamente correcto.

Los datos están basados en: la Investigación de la Pobreza en Argentina (IPA), Encuesta Permanente de Hogares-1994 y en el estudio realizado por Jorge Fontana (Product Manager Control Fertilidad, Shering Argentina SAIC)

²¹ Llaman métodos comportamentales a la abstinencia periódica y folklóricos a los lavajes y coito interrumpido.

las mujeres con actividad sexual están empleando alguna medida anticonceptiva..." (1996:18) De éstos datos concluyen que se confirma el número de abortos²².

Entre ambas posturas observamos coincidencias en cuanto a que la falta de servicios de planificación familiar es la causa de la alta tasa de abortos en Argentina. Por nuestra parte, consideramos que es necesario tener prudencia a la hora de afirmar que la falta de servicios de planificación familiar es "la causa" del gran número de abortos. Al respecto, son significativos los aportes de Giffin (1992) cuando señala que en el análisis de la situación mundial más del 90% de la población del mundo en desarrollo vive en países en los cuales la planificación familiar es disponible y que, al mismo tiempo, estimativas del número de abortos en el mundo sitúan un número anual de abortos en 36 a 53 millones o indican que 1/4 de los embarazos termina en aborto provocado. La autora considera que esos datos la llevan a concluir que el uso de métodos no prescinde de la práctica del aborto.

En definitiva, la autora nos invita a pensar que el aborto provocado pueda estar siendo utilizado como un método de regulación de la fecundidad por parte de las mujeres paralelamente a la existencia de una variada gama de métodos anticonceptivos. El acceso restringido a los servicios y una opción reducida de métodos anticonceptivos estarían, por lo tanto, en la base del número elevado de abortos encontrado en los países de América Latina.

Más allá de la situación que hemos mostrado, podemos decir que las mujeres argentinas usan algún método anticonceptivo y que existe una falta de datos más precisos sobre la situación de la anticoncepción en el país.

Esto último refleja la omisión por parte del Estado y sus distintas dependencias, sea a nivel de la atención de la salud como de los institutos de estadísticas, de un aspecto tan importante en la salud y la vida de las mujeres que están regulando su fecundidad. Ello implica que la planificación familiar continúa siendo un tema ausente en la escena pública pero una carga pesada en el día a día de las mujeres, aunque de

²² ver cita nº49

todos modos grandes brechas dentro de las instituciones públicas se abren al ofrecerse la atención al margen de reglamentaciones. Ello implica que en esa omisión el Estado deja sólo en manos de la conciencia de los profesionales de la salud el rumbo de la salud reproductiva de la población.

Brasil:

En la década del '60 el tema de la planificación familiar aparece asociado a las propuestas de implementación de programas de control de la natalidad. La década de '60 en Brasil muestra una paradoja por un lado, basados en la defensa de la autonomía nacional se rechazaron las presiones del gobierno de los Estados Unidos que amenazaba condicionar la ayuda económica al Brasil a la implementación de programas de control. Por el otro, en ésta década comienza a actuar una organización internacional de sesgo controlista que por su importancia y alcance marcó la historia de la planificación familiar en Brasil.

Efectivamente, el gobierno militar en 1965 permitió al *Internacional Planned Parenthood Foundation* crear la BENFAM²³, iniciando la era moderna de la anticoncepción en Brasil, financiada por fondos internacionales y ajena al control nacional. Según Giffin, "O conceito de um 'Estado de duas caras', o formal e o informal, resume a tendência histórica que permitiu a manutenção da ideologia liberal de não-intervenção, ao mesmo tempo em que favoreceu a penetração de agentes privados fornecedores da contracepção moderna (Pena, 1991)". (1992:102)

A mediados de los años '60 las entidades privadas como BEMFAM y CEPAIMC comenzaron a actuar teniendo objetivos controlistas, estas entidades se diseminaron y enraizaron en todo el territorio, ofreciendo el acceso a los métodos anticonceptivos que no daba el Estado y reduciendo sus acciones a la entrega del método ya que no se instrumentó el seguimiento médico correspondiente.

Dentro de esa complejidad algunos hechos permiten seguir las pistas que muestran las marchas y contramarchas de una política de reproducción. En 1974 el

²³ Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.

gobierno de Brasil firmó el Documento de Bucarest, asumiendo formalmente tanto el derecho de elección de las parejas como su propia obligación de proveer las condiciones para el ejercicio de este derecho. Lo curioso es que desde mediados de los '70 se produjo una caída abrupta de la tasa de fecundidad aunque no se implementaron programas controlistas.

El compromiso asumido en Bucarest no tuvo resultados oficiales hasta 1983, cuando fue formulado el programa de Asistencia Integral a la Salud de Mujer (PAISM). Este programa propuesto por el Ministerio de Salud surge con una clara concepción de salud integral, de ciudadanía y derechos de la mujer, producto de la lucha de los movimientos de mujeres que colocaron el debate en el escenario público logrando incluirlo en el interior del Estado. Éste, además, fue el intento de superar la situación incontrolable de la intervención de la red privada, con una fuerte política controlista.

El feminismo aparece en Brasil a fines de los '60 pero con mayor fuerza a partir de 1975. La Declaración de Año Internacional de la Mujer, desde el punto de vista práctico, detonó un movimiento de mujeres amplio y diverso en el país. Fueron lanzadas campañas específicas, se comienzan a publicar diarios feministas que desempeñaron un papel mobilizador y organizador a pesar de su corta vida. Surge una literatura especializada sobre la cuestión femenina, una producción académica en algunas disciplinas de las ciencias humanas, y al mismo tiempo se crean varias formas de organización dirigidas a la mujer. El movimiento de mujeres fue parte de un proceso de movilización y efervescencia de la sociedad civil organizada a través de los movimientos sociales.

En la agenda de los movimientos de mujeres en los '80 los temas iniciales del debate fueron el aborto y la anticoncepción, que en consecuencia colocaban en debate la noción de autonomía de las mujeres para realizar opciones reproductivas y sexuales (Àvila, 1993). Varios elementos conformaron las reflexiones y propuestas de esos

grupos que lograron en el campo de la salud introducirlas como parte de la propuesta del programa de atención integral.

El PAISM²⁴ tiene como concepto principal la asistencia integral, que es el conjunto de acciones de salud dirigidas a la atención global de las necesidades prioritarias de las mujeres como población objetivo. El principio que direcciona éstas acciones es el de la integralidad, ésta se relaciona con el derecho a la asistencia a la salud desde los niveles más simples a los más complejos y desde la atención curativa a la preventiva. La integralidad presupone una nueva forma de trabajo del equipo de salud, un nuevo abordaje de los contenidos del programa en la capacitación de recursos humanos y una práctica educativa que permee todas las acciones desarrolladas. Los servicios fundamentados en estos principios deben contar con una red dispuesta de forma jerárquica y descentralizada con sistemas de referencia y contra-referencia, y garantía en cuanto a los recursos de infraestructura y apoyo en laboratorio y terapia. Para ello, es imprescindible la integración de los recursos y de las unidades de prestación de servicios que debe ofrecerse en cada Estado y Município, para establecer las bases reales de una planificación en salud.

Las actividades básicas de asistencia integral constituyen un conjunto de acciones educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamiento y recuperación, aplicados permanentemente de manera no repetitiva. Las actividades principales a desarrollar son: asistencia clínico-ginecológica (donde se incluyen las acciones de planificación familiar), asistencia pre-natal, asistencia al parto y puerpério.

El aspecto innovador del Programa es la concepción de la dimensión educativa que debe permear las relaciones entre los profesionales de salud y las mujeres usuarias en todas las acciones que componen el programa. Al incorporar la perspectiva de género el PAISM trae un importante avance en relación a la forma como la mujer era vista bajo la óptica materno-infantil, o sea, que se rompe con la mirada reducida de la

²⁴ Las consideraciones aquí vertidas sobre el PAISM están basadas en los siguientes textos: *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas*. Ministério da Saúde, Brasília, 1984 y *Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases para uma prática educativa*. Documento preliminar-INAM/MS, Brasília, 1983.

'mujer-madre' para poner en juego una mirada amplia en la que se recupere la experiencia femenina en su diversidad y totalidad (IBAM, 1996).

El texto "Bases para una práctica educativa" (INAM/MS, 1983) parte de una crítica de la situación de la subordinación de la mujer frente a la omnipotencia del saber médico. La inferiorización de la mujer en la sociedad se refleja en los servicios de salud en la desvalorización de su capacidad de reflexión sobre el cuerpo y sus cuidados. El poder médico se materializa en posturas autoritarias y excesivamente intervencionistas que refuerzan la pasividad y la subordinación de las mujeres. En ese proceso a las mujeres no le son dadas las informaciones y los conocimientos que permitirían una mayor autonomía y poder de decisión sobre cuestiones referentes a su salud. La falta de acceso a la información y a los servicios, como así también la ausencia de la mujer en la discusión y en la solución de sus problemas de salud han contribuido para la manutención de las situaciones de riesgo.

Con la práctica educativa se busca una nueva postura de los profesionales frente a las usuarias, haciéndose necesario una abordaje interdisciplinario para el cual los profesionales precisan ser sensibilizados y capacitados. De esta manera, adquiere gran importancia la capacitación de recursos humanos, siendo necesario crear espacios en los cuáles se los prepare técnicamente pero, fundamentalmente, se trabaje la dimensión personal de disponibilidad interna y la responsabilidad social al asumir ésta tarea.

Tomando en cuenta la relevancia que han alcanzado las acciones de planificación familiar dentro del programa, y en especial la anticoncepción, es necesario acercarnos a la realidad a la que se dirijen.

Tomando los datos sobre anticoncepción de 1986, Berquó (1993) señala que la característica marcante de Brasil es la alta prevalencia de uso de métodos. De todas las mujeres en edad fértil entre 15 y 54 años, independientemente del estado civil, el 43% usa algún método y de las mujeres casadas o en pareja un 70% usa algún método²⁵.

²⁵ Estos datos, que abarcan todo el país, son de la PNAD- 86, FIBGE, fueron analizados en: Berquó. E.: Brasil, um caso exemplar- anticoncepção e parto cirúrgicos- à espera de uma ação exemplar. en Revista *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, 1993. pág.368-369

De esas mujeres un 85,4% utiliza dos métodos: los hormonales orales un 41% y la esterilización femenina un 44,4%. Según Berquó, existe una "cultura de la esterilización", es el método más popular, a pesar de su costo, el 75% de las esterilizaciones se realizaron en el último parto por cesárea. En 1980, el 31% de los partos, en todos los hospitales del Brasil, fue por cesárea.

Este cuadro muestra la falta de opciones, ya que los métodos más usados son la pastilla y la esterilización, siendo este último un método irreversible, y la falta de acceso a información sobre el funcionamiento del conjunto de métodos reversibles existentes.

El PAISM, a pesar de que se implementó hace más de 10 años, es una realidad parcial, que no ha logrado incidir en forma efectiva en el cuadro antes mencionado, ya que enfrenta muchas dificultades a nivel de todo el territorio brasileiro. La implementación de las acciones programáticas del PAISM están a cargo y bajo la responsabilidad de las esferas estaduais (provinciales) y municipales, mientras que la esfera federal le cabe la definición y seguimiento de la política según las directrices del SUDS (Sistema Unico y Descentralizado de Salud). Tomando en cuenta ello, muchos municipios y secretarías estaduais realizan convenios con entidades privadas como la BEMFAM obteniendo de esa manera los recursos que no llegan y así brindar atención en anticoncepción.

A pesar de la crisis del sector salud y del cuadro negativo de la implementación del PAISM algunas experiencias se han destacado por la voluntad e iniciativa de concretar una asistencia de calidad a la mujer²⁶. Esas experiencias identificadas por la incorporación de las prácticas educativas son espacios discontinuos, son caminos que van en contramano del modelo asistencial hegemónico que intentan delinear nuevas prácticas y relaciones en distintos niveles con la perspectiva de brindar una atención integral que es un derecho a ser construido.

²⁶ El IBAM (1996) realizó un proyecto en el que se propuso trazar el panorama de la implementación del PAISM en los siguientes municipios: Angra dos Reis (RJ), Brumadinho (MG), Cariacica (ES), Coxim (MT), Cuiabá (MT), Florianópolis (SC), Juiz de Fora (MG), Pelotas (RS), Quixadá (CE), Rio de Janeiro (RJ) y Santos (SP). Las prácticas educativas fueron el foco de atención del proyecto.

Rio de Janeiro y São Paulo, son ejemplos de dos municipios en los que la red pública de salud consiguió reunir condiciones para implementar el programa, logrando desarrollar las acciones de planificación familiar. En el caso de Rio de Janeiro observamos una clara coordinación desde el nivel central, o sea de la coordinación del programa en la Secretaria Municipal de Salud Pública, que fortalece las acciones locales, esto no quiere decir que el programa sea una realidad en todas sus acciones ya que se destacan, las acciones de anticoncepción.

Otro aspecto sobresaliente en la realidad brasilera fue el reconocimiento de la planificación familiar como derecho básico y responsabilidad del Estado. Ello quedó plasmado en la reforma constitucional de 1988 con la incorporación del artículo 226, parágrafo7: "Fundado nos princípios de dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desses direitos, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas". Esto es un paso importante en el reconocimiento de un derecho humano, en la legitimación de las acciones de Planificación familiar y en las responsabilidades que le caben al Estado frente al tema.

Tomando en cuenta la manera como éstos países intervienen sobre el tema de la salud de la mujer, y específicamente, en planificación familiar creemos pertinente aproximarnos a una comprensión de las particularidades del Estado y la implementación de políticas públicas dirigidas a la mujer.

3- El Estado y las políticas públicas en la perspectiva de género

Las experiencias en análisis, en tanto experiencias situadas dentro de instituciones públicas que implementan políticas sociales, nos llevan a reflexionar sobre el Estado, las políticas públicas que elabora e implementa y el lugar de la mujer dentro de ellas. En este apartado intentaremos plantear algunos elementos históricos y conceptuales claves que nos ayuden a entender el lugar de la mujer en las políticas

públicas. No es el interés de esta disertación hacer un análisis exhaustivo de las políticas sociales por lo que estas reflexiones son una sintética aproximación.

Históricamente las políticas sociales surgen al calor de la consolidación del capitalismo. En ese proceso, la intervención estatal se dirigió a la familia como ámbito en el cual se garantiza la reproducción de la fuerza de trabajo. Según Pena (1991), una política social tiene siempre como destino la familia. La atención de las necesidades entendidas como primarias y las políticas para las familias es menos significativa que la política sobre la familia, sobre aquella familia que se pretende como imagen de todas y a la cual las energías individuales deben someterse: decente, escolarizada, limpia, nuclear.

En esta intervención la mujer es considerada como madre-esposa y responsable de la satisfacción de las necesidades del grupo doméstico, el hombre y los hijos como fuerza de trabajo presente y futura, en fin las mujeres están destinadas a perpetuar al ciudadano (Pena, 1991) en cuanto trabajador.

Autoras como Feijoó (1992) y Doyal (1981) coinciden en afirmar que las mujeres son receptoras de beneficios provenientes de políticas sociales por su condición de agentes sociales intervinientes en el mejoramiento del nivel de vida de otros grupos sociales o de otros miembros de la familia. En este sentido, consideramos pertinente la pregunta que se hace Feijoó sobre el lugar de las mujeres en las políticas sociales: "¿sujetos sociales o vehículos del bienestar?", en definitiva su ubicación social en la esfera de la reproducción, producto de la división sexual del trabajo, trae aparejado que sean pensadas en función de su papel de madres y por ello vehiculizadoras del bienestar y del desarrollo. Según Feijoó, las políticas "...al utilizar a las mujeres como elemento transmisor o ejecutor, dejan a un lado o no tienen en cuenta su condición de sujeto social, portador de un haz específico de demandas y derechos ligados a su condición como persona, más que en función del rol reproductor que desempeñan" (1992:245).

En el caso de la atención de la salud de la mujer, en la historia de las políticas de salud, se ha visto reducida a la atención materno-infantil y, frecuentemente relegada a segundo plano por la salud del recién nacido. En este sentido, pensamos que esta forma de atención, hegemónica en nuestros países, contiene una concepción reducida de la salud de la mujer descuidando otros aspectos de la vida reproductiva como la prevención del cáncer de cuello uterino y de mamas, la anticoncepción, la esterilidad, la sexualidad, como así también su salud mental y otras etapas de la vida de la mujer como el climaterio.

Según Giffin (1991), el desarrollo de estudios sobre mortalidad perinatal e infantil en general, que incluyen los efectos del espaciamiento de los embarazos, hace más evidente que ese abordaje reduccionista tradicional no es adecuado ni para la protección de la salud del niño ni para resolver la mortalidad materna.

De igual manera, Feijoó señala, en un trabajo sobre pobreza urbana²⁷, que uno de los aspectos más conflictivos que enfrentan las mujeres en su vida cotidiana es el del control de su reproducción, problema frente al cual sufren el mayor abandono del sistema de salud y del sistema en su conjunto. Ella considera que este aspecto debe considerarse como cuestión de política social por fuera de lo que estipulan los planes materno-infantiles. En contraposición con ese planteo, actualmente en Argentina uno de los programas que ha adquirido notoriedad desde 1994 es el Programa Materno-Infantil y Nutricional (PROMIN), financiado por Banco Mundial y UNICEF. La población beneficiaria del programa son mujeres embarazadas y niños hasta 5 años. Este programa es un claro ejemplo de como la mujer es beneficiaria en tanto futura madre y hasta relegada a segundo plano por la atención de los niños una vez más. Con éste se refuerzan los planes que vienen llevando a cabo en distintas dependencias de la administración pública mientras las mujeres no tienen, por ejemplo, la posibilidad de acceder a los métodos anticonceptivos ni a la información en los servicios públicos.

²⁷ Un análisis sobre éste trabajo de investigación lo encontramos en el texto: "La vida cotidiana de las mujeres madres en el marco de la crisis", en A.M. Fernandez (Comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencia*. Bs. As., Paidós, 1992.

Colocando el énfasis en los programas materno-infantiles no dejamos de reconocer que también son muy necesarios ya que muchas mujeres no realizan los controles suficientes durante el embarazo, precisan de complementación alimentar, etc. sino que insistimos que no deben ser los únicos dirigidos a las mujeres.

Esas acciones se desarrollan en el marco del Estado que para Offe y Lenhardt (1984), es un administrador de la tensión inherente del capitalismo entre acumulación y legitimidad, entre demandas y necesidades. El Estado, en tanto administrador, no responde a través de sus acciones sólo a las demandas de distintos grupos sociales o sólo a las necesidades de acumulación de capital, sino que intenta responder las dos al mismo tiempo, sin comprometerse con ningunos de los dos lados de la tensión.

Los autores antes mencionados entienden que el Estado selecciona, de manera contingente y no libre, las exigencias colocadas por los actores y grupos sociales según las necesidades de preservación del proceso de acumulación y reproducción de las estructuras de poder. En esa selección el Estado filtra aquellas exigencias que pueden ser consideradas como problemas socialmente reconocidos. Las políticas sociales, en esta perspectiva, son producto del estado de las relaciones de fuerzas y de las necesidades y exigencias que coloca la tensión entre acumulación y legitimación, que administra el Estado.

A éstos aspectos señalados por Offe y Lenhardt, debemos sumarles otros que se enmarcan en esta mirada en la que nos introducimos en el comienzo del presente trabajo. Uno de esos aspectos es el carácter masculino del Estado que no debe sorprendernos si pensamos que las relaciones sociales presentan una dimensión de género.

El Estado no sólo administra la tensión propia del capitalismo sino que también refuerza la organización social del género con todas las injusticias y desigualdades que ella contiene. En este sentido, el Estado reproduce la hipervalorización de la maternidad presente en nuestras sociedades, abandonando la atención de otras necesidades que las mujeres viven más allá de su papel de madres.

Por ello, consideramos necesario resaltar que el Estado en una sociedad capitalista no es un espacio neutro, sino por el contrario, es un espacio en donde se dirimen conflictos entre distintos actores y clases. Desde la perspectiva de las relaciones de género podemos agregar que el Estado no es un espacio neutro, no sólo desde el punto de vista de las clases sociales, sino que además desde el punto de vista del género y la raza/etnia.

Realizar una otra mirada del Estado y sus intervenciones en los problemas sociales es posible a partir de los aportes significativos realizados en las últimas décadas, por los estudios sobre la mujer, los movimientos de mujeres y los movimientos feministas. Los aportes de estos grupos se dirigieron a la sensibilización en torno a la subordinación y discriminación de la mujer, haciendo visible un conjunto de necesidades y derechos que las mujeres tienen en cuanto tal y no como madres o esposas.

A partir de los años '70 y en los '80 tuvo lugar el auge de las reivindicaciones feministas, eventos importantes que marcaron este hecho fueron la Conferencia del Año Internacional de la Mujer (México, 1975) y la declaración de la Década de la Mujer de las Naciones Unidas (1975-1985) y fue en esos años que se inició el diseño de políticas públicas a favor de las mujeres.

En Brasil, la política de salud logró un salto de calidad en los comienzos de los '80 con la formulación de la propuesta de atención integral de la salud de la mujer, considerando todas las etapas de la vida de una mujer, incluyendo por primera vez, por ejemplo, servicios públicos de anticoncepción que buscaban la incorporación de la mujer como sujeto activo en el cuidado de su salud.

La ampliación del concepto de salud, reflejada en los cambios mencionados de la política de salud brasilera, es parte de las reivindicaciones del movimiento de mujeres, que viene participando de la promoción de la salud de la mujer en distintos niveles de ese país.

Sin embargo, el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), que ya tiene más de 10 años de implementado, como ya hemos mencionado, encuentra serias dificultades en su implementación en todo el territorio brasileiro. Según Ribeiro (1993), existen fundamentalmente dos elementos que producen este empantanamiento de la implementación: por un lado, las resistencias puestas por la iglesia católica y, por otro, la discontinuidad administrativa y el oportunismo político al cual están sometidos los programas o proyectos.

Sobre esas dificultades Sônia Corrêa ofrece el siguiente análisis "As razões deste 'fracasso' podem e devem ser atribuídas aos estrangulamentos estruturais da 'transição conservadora', ou seja, a Nova República e o Brasil Novo -em que se combinaram, perversamente, democratização, institucionalidade, boas intenções, corrupção e incompetência. Foram também determinadas pela influência de outros atores, através de anéis burocráticos pouco explícitos, nos níveis decisórios do Ministério de Saúde, como é o caso da Igreja Católica e das entidades privadas de planejamento familiar. Finalmente se explicam, pela inexistência de vontade política no nível dos poderes executivos (Federal, Estadual e Municipal) e, mais especificamente, pela falta de priorização das demandas das mulheres." (1993:4) Profundizando ese análisis, Corrêa considera que este balance no debe eludir las debilidades del movimiento de mujeres, en tanto portadoras de nuevos proyectos. La autora señala que el movimiento de mujeres perdió de vista la formulación de objetivos a largo plazo, la necesidad de disponer de recursos para el programa y generar algún mecanismo que permita realizar el seguimiento y la evaluación del mismo dejando todo en manos del Estado.

Consideramos pertinente las reflexiones sugerentes de Fleury (1994) ya que muestran como una reivindicación es incorporada por el Estado y como es necesario que se sostenga en el tiempo. La autora en pauta, entiende que la necesidad de un grupo o categoría social puede transformarse en demanda en la medida que las fuerzas que sustentan esa demanda consiguen insertarla en la arena pública como reclamo. Si

este reclamo es atendido, eso indicaría una modificación de las relaciones de fuerzas establecidas en torno al problema y, por lo tanto, entre Estado y Sociedad. Mantener la incorporación de la demanda dependerá de la capacidad de ese grupo o categoría social para sustentarla en el tiempo. De forma genérica, para esta autora, las políticas públicas son la resultante o el producto de las relaciones entre Estado y Sociedad.

En otras palabras, la incorporación de la atención de la salud de la mujer desde otra concepción de salud fue producto de una correlación de fuerzas favorable a las reivindicaciones del movimiento de mujeres que se generó en los comienzos de los '80, es decir una relación diferente entre Estado y Sociedad Civil, propicia por la coyuntura política. Ahora, la cuestión de la continuidad en el tiempo tuvo mucho que ver con la conquista de la democracia, con la desarticulación de algunos movimientos sociales y con una nueva coyuntura política y social del Brasil.

Consideramos que en un país como Brasil con deficiencias en la implementación de un programa tan importante para la salud de la mujer, con una alta tasa de mujeres en edad fértil esterilizadas y con un gran abuso de los partos por cesárea, como así también en un país como Argentina en el que la planificación familiar en la red de salud pública no está legitimada y las mujeres tienen reducidas las opciones es necesario el estudio de las concepciones a través de las cuales los profesionales de salud sustentan su práctica cotidiana.

Capítulo III

Dos experiencias de implementación de acciones de Planificación Familiar

En el contexto de la implementación de políticas de salud que se ocupen de la planificación familiar ya sea por su existencia o ausencia centraremos nuestra atención sobre dos experiencias municipales que sobresalen en el cuadro general de cada uno de sus respectivos países. Rio de Janeiro es uno de los pocos municipios brasileros que implementa las acciones del PAISM teniendo un gran éxito las acciones de planificación familiar. En Rosario, a pesar de no contar aún con un marco legal para la implementación de acciones en planificación familiar, desde hace varias décadas se intenta brindar servicios de atención a la demanda por anticoncepción.

Estas dos experiencias Hospital "Dr. Roque Saénz Peña" (Rosario, Argentina) y Centro Municipal de Salud "Píndaro de Carvalho" (Rio de Janeiro, Brasil) que presentan diferencias en la implementación de acciones en Planificación Familiar son uno de los espacios sociales en los que se construyen y reproducen las representaciones sociales de los profesionales en estudio.

Nuestro acercamiento a estas experiencias se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas a los profesionales y de la observación participante de actividades, como así también a través del acceso a material escrito y datos oficiales brindados por las instituciones. De esta manera, conocer la realidad institucional sobre la cual desarrollan su trabajo fue un paso necesario para comprender lo que piensan los profesionales de salud. Además, hemos podido elaborar un perfil de los profesionales entrevistados a través de datos como su estado civil, su año de graduación, la especialidad estudiada, la cantidad de hijos, etc.

Consideramos importante resaltar algunas cuestiones que esclareceran aún más las diferencias de las experiencias y los profesionales en estudio.

No sólo partimos de una primer gran diferencia entre ambas experiencias como es la existencia en el caso de brasilero de una política de atención a la salud de la mujer mientras que en Argentina la atención de la salud de la mujer está centrada en programas materno-infantiles y de asistencia ginecológica paralelamente. Sino que, además, el programa de atención a la salud de la mujer se desarrolla a través de la atención individual y la práctica educativa, mientras que en Argentina la organización de actividades educativas por fuera de la consulta individual enfrentan serias dificultades de espacio físico, de material y de disponibilidad de recursos humanos.

Es por estas diferencias que al realizar la observación y las entrevistas nos encontramos con la siguiente situación: en Brasil la observación participante fue realizada dentro de la practica educativa en grupos de contracepción y las entrevistas fueron dirigidas a los profesionales que desempeñan sus actividades en esos grupos. Los profesionales entrevistados fueron seis, siendo sólo uno de ellos médico gineco-obstetra y en la actualidad abocado a la consulta individual. En el caso de Argentina, no pudimos realizar observación participante ya que en el momento del trabajo de campo no se estaban realizando actividades por fuera de la consulta individual. Los entrevistados fueron profesionales de los cuales 4 son médicos ginecólogos.

Veremos a continuación las características que identifican a cada experiencia.

1- Presentando las experiencias:

Hospital "Dr. Roque Saénz Peña" (Rosario, Argentina):

El hospital depende de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y está emplazado en la zona sur de la ciudad. El municipio tiene una población

total de 907.576 habitantes según datos del Censo Nacional de 1991, una tasa de natalidad de 18,8% en 1988 y una tasa de fecundidad total de 46,9%²⁸.

El Hospital cubre la atención de la población radicada en la zona sur de la ciudad de Rosario y de ciudades vecinas. Se encuentra dividido funcionalmente en dos áreas: por un lado, Hospital Policlínico, con internación, consultorios externos para adultos en diferentes especialidades y atención pediátrica ambulatoria y, por el otro, Maternidad, con internación y servicios ambulatorios en obstetricia, ginecología y neonatología. Además cuenta con el servicio de Diagnóstico y Tratamiento, un soporte técnico a las dos áreas, que incluye: laboratorio, farmacia, hemoterapia, servicio social, radiología y psicología. Otra característica importante es que funciona como Hospital escuela de pregrado y posgrado de la Universidad Nacional de Rosario.

Como primer punto, nos interesa destacar la relevancia que adquiere la atención en planificación familiar en el marco de esta institución, hecho que estuvo en la base de la elección de este hospital como objeto de nuestra reflexión. A través de la cantidad de consultas atendidas en el hospital y, en especial, en el servicio de ginecología, vemos que la atención en planificación familiar ocupa un lugar de importancia en la institución.

El Hospital atiende por año en consultorios externos un total de entre 80.000 a 100.000 consultas. En los últimos 6 años, según datos del departamento de estadísticas del propio Hospital²⁹, el número de consultas viene experimentando un aumento que se mantiene constante desde inicios de la presente década. Efectivamente, en 1992 se atendieron 79.252 consultas y en 1996 aumentaron a 96.540 consultas. En este marco, las consultas específicas de planificación familiar representan alrededor del 5% de las consultas totales, alcanzando un poco más de 5400 consultas en 1996.

²⁸Datos extraídos del Proyecto de Estudios de Factibilidad para la Integración de los Servicios Públicos de Salud en el Municipio de Rosario. Tomo II. Rosario. Secretaría de Salud Pública y Fundación del Banco Municipal de Rosario, Marzo de 1994.

²⁹ Los datos ofrecidos por el Departamento de Estadísticas del propio hospital y los que maneja la Secretaría de Salud Municipal no están desagregados por sexo, por lo tanto, no sabemos cuantas mujeres y hombres consultan en cada servicio, variable que sería importante de conocer.

El Servicio de Ginecología del hospital cuenta con un consultorio de Planificación Familiar que funciona desde 1983. En sus comienzos el consultorio contó con el asesoramiento de la A.A.P.F.³⁰ dirigido a la organización del mismo, a la provisión de material informativo y, en algunos casos, al aporte de métodos anticonceptivos.

Las tareas de PF están coordinadas por un equipo de trabajo conformado por una enfermera, una mucama, 3 médicas ginecólogas, una trabajadora social y una administrativa. La distribución de tareas es la siguiente: dos médicas que realizan consultorio de adultas, una de las cuales realiza la consulta de primera vez; una médica que realiza consultorio de adolescentes junto a la trabajadora social, la enfermera y la mucama que entregan los métodos mensualmente y la administrativa que realiza los pedidos de anticonceptivos.

El consultorio de Planificación Familiar de adultas funciona 4 días en la semana ofreciendo atención a través de consultas individuales. La consulta consiste en ofrecer información sobre las ventajas y desventajas de los distintos métodos, sean de barrera, hormonales o mecánicos. El consultorio provee los métodos y realiza el seguimiento-control de los mismos. En la mayoría de los casos la entrega de los métodos se realiza a cambio de un bono contribución que se paga cuando se solicita el turno, este dinero recaudado sirve para reponer los fondos que el hospital dispone para ello. En otros casos la entrega es gratuita por que se entregan las muestras gratis que dan los laboratorios. Las pacientes llegan, principalmente, por derivación de otros consultorios del servicio.

Las adolescentes son atendidas en un consultorio específico en el que reciben atención ginecológica general y en anticoncepción. El trabajo con adolescentes está coordinado por un equipo multidisciplinario que también desarrolla actividades en otros servicios del hospital.

³⁰ Asociación Argentina de Protección Familiar.

Según los integrantes del equipo que trabaja en Planificación Familiar, el consultorio enfrenta diversas dificultades como también el servicio de ginecología en su conjunto. Una de esas dificultades es la compra de métodos anticonceptivos para el consultorios de PF. Actualmente el hospital, a través de la dirección administrativa, cobra un bono contribución a las usuarias que permite la compra de DIUs, pastillas e inyectables. Esta situación muestra que al no existir una política marco de las acciones de planificación familiar tanto la continuidad en el tiempo, como así también la accesibilidad de la población a dichas acciones quedan sujetas a las voluntades políticas y a la disponibilidad financiera de la institución creándose obstáculos para ofrecer una atención de mejor calidad.

Otra dificultad es la precaria estructura edilicia, poco adecuada a las necesidades del servicio ya que no brinda privacidad para mantener una conversación íntima con las pacientes, la escasa cantidad de consultorios y la falta de espacios para trabajos grupales.

En esas condiciones, sin embargo, es importante señalar que durante 1996 se atendieron **13.736** consultas en el Servicio de Ginecología, acompañando el aumento de las consultas totales del hospital, distribuidas en los siguientes consultorios: ginecología general, esterilidad, planificación familiar, menopausia, colposcopia, pre-operatorio, post-operatorio, patología mamaria, endocrinología, adolescencia.

Dentro del conjunto de consultorios del servicio, el de planificación familiar para adultas, durante 1996, fue el consultorio que más consultas recibió con un total de **4.781**, mientras que el de ginecología general tuvo **4.354** consultas en el mismo período. No podemos dejar de mencionar que a las consultas realizadas en el consultorio de adultas de PF se le deben sumar las hechas en el consultorio de adolescencia. El total de consultas, en 1996, fue de **1.362** en adolescencia pero no se dispone de datos desagregados sobre el motivo de consulta en adolescencia lo que podría arrojar datos sobre la cantidad de consultas por anticoncepción. Sin embargo,

según información ofrecida por las médicas entrevistadas la búsqueda de un método anticonceptivos es un motivo frecuente de consulta.

Con respecto al tipo de método que son ofrecidos a las mujeres que llegan al consultorio no existen datos sistematizados por el equipo de trabajo³¹. Sin embargo, a través de las entrevistas, los profesionales nos informan que los consultorios disponen de métodos hormonales como las pastillas y los inyectables (mensuales y trimestrales), y del DIU, que son ofrecidos y entregados regularmente por el servicio.

Centro Municipal de Salud: "Píndaro de Carvalho Rodrigues-VI RA" (Rio de Janeiro, Brasil):

El Centro de salud es una unidad municipal de nivel secundario localizada en la VI Región Administrativa y al Área Programática 2.1 (A.P.2.1), posee una población adscripta -estimada para 1994- en aproximadamente 215.000 habitantes. Es una región de grandes contrastes sociales ya que cerca del 60% de los habitantes son de alto poder adquisitivo y un 40% son residentes de comunidades faveladas. Más del 60% de la demanda del centro de salud es oriunda del último segmento.

El Municipio de Rio de Janeiro, cuenta con una población total de 5.473.909³² de los cuáles 2.893.943 son mujeres, a través de la Secretaria de Salud Municipal, muestra un claro compromiso en llevar adelante el PAISM. Dentro del conjunto de acciones que involucra dicho programa se destacan en la implementación las acciones de planificación familiar, en la cual la anticoncepción tiene un lugar privilegiado por sobre los otros aspectos que la componen, y no el conjunto de acciones que son aún deficientes.

³¹ La colocación de inyectables puede ser rastreada ya que, a pesar de que el servicio no lleva un control sobre los mismos, Enfermería tiene la responsabilidad administrativa de asentar todas sus actividades. La entrega de pastillas, por su lado, tanto cuando era realizada por el médico, como ahora que es realizada por la mucama, no precisa de un registro obligatorio ni sistemático. La entrega de pastillas o la colocación de inyectables puede incluir tanto a adultas (que realizan consultas en Ginecología) como a adolescentes. El servicio de ginecología realiza un pedido mensual de aproximadamente 50 DIU y su colocación se registra en la historia clínica de la paciente.

³²Datos IBGE censo 1991.

Para llevar adelante las acciones de planificación familiar existen equipos responsables en aproximadamente 60 unidades de salud lo que permite la distribución del método anticonceptivo elegido por la usuaria. La distribución está condicionada a la participación en los grupos de anticoncepción que son parte de la llamada práctica educativa.

Para Pougy (1996), es innegable el suceso de estas acciones en el municipio de Rio de Janeiro. Los datos muestran que desde 1992, año en que se consolida esta acción programática, hasta 1993, 6.422 mujeres participaron de las etapas y concluyeron el proceso con la elección de un método anticonceptivo.

Cuadro Nº 1: Uso de Métodos Anticoncepcionais, por número de mulheres atendidas em Unidades da Secretaria Municipal de Saúde em 1992 e 1993³³

	1992 - 43 unidades		1993- 49 unidades		1992 e 1993	
Métodos	nº de mulheres	%	nº de mulheres	%	nº de mulheres	%
pílula	950	44,44	2.147	50,12	3.097	48,22
condom ¹	411	19,22	689	16,08	1.100	17,13
diafragma ²	353	16,51	482	11,25	835	13,0
DIU	353	16,51	882	20,59	1.235	19,23
espermicidas	38	1,78	47	1,10	85	1,32
métodos naturais ³	33	1,54	37	0,86	70	1,10
Total	2.138	100	4.284	100	6.422	100

¹ inclui as opções: condom; condom+espermicida; condom+métodos naturais.

² inclui as opções: diafragma; diafragma+métodos naturais; difragma +condom+métodos naturais; diafragma+condom.

³ inclui as opções: tableta; métodos naturais+espermicidas; associação de métodos naturais; muco cervical; temperatura.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - Gerência de Programas de Saúde da Mulher (Rio de Janeiro)

³³El cuadro fue elaborado en 1995 por Renato Veloso, becario de iniciación científica del Proyecto de Pesquisa "Mulher, Estudante e Profissional: estudo de casos dos Programas de atendimento à mulher", coordinado por la Profesora Lília Guimarães Pougy en la Escuela de Servicio Social de la Universidad Federal de Rio de Janeiro.

El suceso de la acción reside en el rescate de las usuarias como seres que piensan, portadoras de un cuerpo que siente. La historia y experiencias de las mujeres son recuperadas para que el conocimiento del propio cuerpo pueda ser apropiado en el trabajo grupal y comprendido conjuntamente con el equipo de profesionales de salud.

El Proyecto "Saúde e Prazer: uma alternativa na história de contracepção de mulheres que demandam o CMS- Píndaro de Carvalho Rodrigues", que se implementa desde 1991, es pensado como una alternativa en su historia reproductiva. El proyecto "... tem como pressuposto trabalhar as questões de contracepção numa perspectiva que garanta o acesso aos métodos anticoncepcionais, estabelecendo relação direta deste acesso com os direitos de cidadania. O direito da mulher em expressar o saber sobre o próprio corpo, de ampliar este saber e ainda de optar quanto à regulação de sua fertilidade, possibilitando escolhas diferentes da pílula e laqueaduras representam os objetivos a serem alcançados."³⁴

El equipo de profesionales del proyecto está conformado por: 3 médicos gineco-obstetras dedicados, actualmente, a la consulta individual, una psicóloga, dos nutricionistas, una asistente social y una sanitarista y asistente social (Jefa de Programas de la Mujer, del Niño y del Adolescente, teniendo a su cargo los Servicios de Ginecología y Pediatría).

Las mujeres llegan al proyecto derivadas por los distintos servicios del centro de salud, pero principalmente por los servicios de pediatría y ginecología, o bien por amigas que ya vivieron la experiencia.

Las acciones desarrolladas están centradas en tres actividades: entrevista individual, trabajo grupal y consulta ginecológica. El trabajo grupal, correspondiente a la práctica educativa del PAISM, tiene por objetivo alcanzar la construcción colectiva del conocimiento. A partir de la metodología empleada se estimula la participación de

³⁴ Esto es un extracto de la *Introdução* al Projeto "Saúde e Prazer". El proyecto, así como informes y material escrito (mimeo) de las actividades realizadas por los Programas de la Mujer, del Niño y del Adolescente, fueron facilitados por la jefa de esos programas en el CMS-Píndaro de Carvalho Rodrigues.

la mujer, valoriza su palabra, permite el intercambio de experiencias y vivencias y respeta la libre elección del método anticonceptivo. Durante este tiempo se le propone a las mujeres la utilización del preservativo como método de espera.

Según el proyecto, "Utiliza-se o lúdico para possibilitar a expressão do saber popular e sua interação com os conhecimentos científicos. Técnicas que sensibilizem, que estimulem a expressão de vivências, dúvidas, medos, fantasias conjugadas com reflexão e trocas de informações. (...) Ver, tocar, conhecer os métodos, onde e como atuam em nosso corpo, suas vantagens e desvantagens são passos fundamentais para uma escolha mais consciente."

La tarea grupal se desarrolla anualmente entre los meses de marzo y diciembre. El trabajo grupal comprende 5 encuentros semanales, de aproximadamente 2 horas, que tocan los siguientes temas: cuerpo del hombre y la mujer (anatomía y fisiología), métodos naturales, métodos de barrera, métodos hormonales y DIU, actualmente en el último encuentro se incorporó como tema las enfermedades de transmisión sexual y SIDA. También se tratan temas como el de la sexualidad femenina y masculina en la medida que surjan en el proceso.

El proyecto, como podemos observar, no sólo reside en la simple distribución gratuita de los métodos anticonceptivos a usuarias que de otro manera no podrían acceder a ellos y a la información necesaria para su utilización. Es necesario tener en cuenta que lo revolucionario de la propuesta reside en la creación de dispositivos que ofrecen la posibilidad de establecer una nueva relación entre profesionales de salud y usuarias.

Para Pougy (1996), a pesar que la política de atención a la salud de la mujer es implementada en el interior de un Estado androcéntrico y tenga varias deficiencias, los profesionales de salud responsables por la práctica educativa en este centro de salud son capaces de des-re-construirla a partir de dar visibilidad, a lo largo del proceso de elección del método, a las interferencias de género en la cotidianeidad.

Desde el comienzo del proyecto en julio de 1991, según el informe de actividades del año 1995³⁵, fueron realizados cerca de 40 grupos de contracepción llegando a un total de 400 participantes. Por ejemplo, en 1995 se realizaron 12 grupos de contracepción con la participación de 163 mujeres.

Según la Jefa de Programas de la Mujer, se puede afirmar que se produjo un cambio en la elección del método a partir de la participación de las mujeres en los grupos. Tomando en consideración las mujeres que participaron en grupos desde 1991 a 1994, los cuadros a continuación confirman esta afirmación:

Cuadro Nº 2: Preferencia de método anticonceptivo en el momento de la primer entrevista (antes del grupo):

método	número	%
DIU	144	33,7
pastillas	57	13,3
condón*	35	8,2
diafragma*	27	6,3
definitivos**	18	4,2
Tabela-días	8	1,9
otros	6	1,4
sin preferencia	132	30,9
Total	427	100

*incluye condón y diafragma asociados a otros métodos

**incluye ligadura de trompas y vasectomía

Fuente: Relatório Final de Atividades-1995. Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Idoso. CMS- Píndaro de Carvalho Rodrigues-VI. RA.

³⁵Informe Anual elaborado por 6 profesionales del CMS entre ellos la jefa de Programas da Mulher, Criança e Adolescente.

Cuadro N° 3: Métodos anticonceptivos adoptados por las mujeres que participaron del proyecto "Saúde e Prazer"

método	número	%
diafragma*	99	35,9
DIU	68	24,6
condón*	59	21,4
pastilla	44	15,9
tabela-días	6	2,2
definitivos	0	0
Total**	276	100

*incluye condón y diafragma asociados a otros métodos.

**excluidas las mujeres que estaban en tratamiento, que quedaron embarazadas, que no habían elegido ningún métodos y los ignorados.

Fuente: Relatório Final de Atividades-1995. Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Idoso. CMS- Píndaro de Carvalho Rodrigues-VI. RA.

Efectivamente, como observamos en los datos de los cuadros 2 y 3, la participación de las mujeres en los grupos modifica las preferencias en la elección del método. Antes de los grupos, el DIU recoge tantas preferencias como el conjunto de los otros métodos. Luego de la participación en los grupos el DIU es desplazado del primer lugar en las preferencias de las mujeres por el diafragma, y la elección es más repartida entre esos dos métodos junto al condón y la pastilla. Otro dato interesante es que los método definitivos no son elegidos por las mujeres y los hombres. Sin embargo, es necesario destacar que la propuesta no tiene un impacto de alcance masivo a la población usuaria de los servicios si consideramos que el área de influencia del centro de salud es muy grande. Además, entre la cantidad de mujeres que se inscriben para ingresar a los grupos y las que efectivamente realizan el proceso se produce un desgranamiento. Ello implica que sólo entre 30 y 35 mujeres culminen la totalidad del proceso grupal.

Pensamos relevante mostrar este proceso de elección del método a través de datos elaborados por la Secretaría Municipal de Saúde para evaluar la consolidación de las acciones de anticoncepción en la red básica de salud entre 1995 y 1996. La observación del tipo de método escogido es importante para considerar la relevancia del trabajo grupal.

Cuadro N° 4: Distribuição das mulheres por método contraceptivo escolhido - 1995

Año 1995			Metodo Escolhido						
Unidade	n° de mulheres inscritas	participantes inicio - final	Natural (1)	Condom (2)	Espermicidas	Diafragma (3)	Pílula	DIU	Total
Total da Rede	7058	5276 - 4329	18 0,6%	709 22,8%	24 0,8%	197 6,3%	1609 51,9%	544 17,5%	3101
A.P. 2.1	683	453 - 314	0 0%	42 21,3%	1 0,5%	30 15,2%	87 44,1%	37 18,7%	197
Píndaro de Carvalho	124	99 - 78	0 0%	7 19,9%	0 0%	10 27%	8 21,6%	12 32,4%	37

(1) Tabela, muco, temperatura, associação de métodos naturais, métodos naturais + espermicida.

(2) Condom, condom + métodos naturais, condom + espermicida.

(3) Diafragma, diafragama + condom, diafragma + métodos naturais, diafragma + condom + métodos naturais

Cuadro N° 5: Distribuição das mulheres por método contraceptivo escolhido - 1996

Año 1996			Metodo Escolhido						
Unidade	n° de mulheres inscritas	participantes inicio - final	Natural (1)	Condom (2)	Espermicidas	Diafragma (3)	Pílula	DIU	Total
Total da Rede	9713	6870 - 5531	17 0,4%	942 24,5%	50 1,3%	242 6,3%	1946 50,5%	654 17%	3851
A.P. 2.1	1088	706 - 465	0 0%	53 17,8%	4 1,3%	39 13,1%	159 53,4%	43 14,4%	298
Píndaro de Carvalho	309	194 - 143	0 0%	8 11,4%	4 5,7%	24 34,3%	31 44,3%	3 4,3%	70

1) Tabela, muco, temperatura, associação de métodos naturais, métodos naturais + espermicida.

(2) Condom, condom + métodos naturais, condom + espermicida.

(3) Diafragma, diafragama + condom, diafragma + métodos naturais, diafragma + condom + métodos naturais

Fuente: Superintendência de Saúde Coletiva, Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde, Gerência dos Programas de Saúde da Mulher. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro.

Según estos datos, podemos observar un aumento del número de participantes en anticoncepción en los tres niveles, es decir, en los totales de la red, en el área programática a la que pertenece el centro de salud y en el centro de salud en sí. En la elección del método se destaca la preferencia por la pastilla en los totales de la red y en el área programática, manteniendo su porcentaje en 1995 y 1996. En segundo lugar de preferencia le sigue el preservativo, en tercer lugar el DIU y en cuarto lugar el diafragma tanto en 1995 como en 1996. Al respecto llama la atención que como segunda preferencia se encuentre el condón ya que el mismo es utilizado por el hombre que no participa del proceso grupal y recibe la información en forma indirecta, es decir, a través de las mujeres que son las principales interlocutoras de la población con el sistema de salud en general.

Observando los métodos elegidos en el centro de salud vemos que en 1995 la preferencia se dirigió al DIU, seguido por el diafragma y en tercer lugar por el condón. En cambio en 1996, vemos un aumento significativo en la pastilla ocupando el primer lugar, seguido por el diafragma y el condón. Ello implica que si bien la pastilla lidera las elecciones el aumento del uso del diafragma acompañado de los espermicidas las mujeres intentan regular su fecundidad a partir de métodos estadísticamente menos confiables pero que suponen un mayor conocimiento del cuerpo y además compartir esa regulación con sus compañeros a través del uso del condón. Estos son datos que muestran que la intencionalidad del trabajo grupal en forma lenta va dando sus frutos.

2- Perfil socio-demográfico de los profesionales de salud:

¿Quiénes son los profesionales que atienden a las mujeres que demandan servicios de planificación familiar o anticoncepción?

Mostraremos de forma sintética las características generales de los profesionales entrevistados para este trabajo:

Los profesionales de salud incluidos en el estudio son 13, once mujeres y dos hombres. Son 6 brasileños y 7 argentinos. Las edades de los entrevistados oscilan

entre los 36 y los 61 años. Siete (7) de estos profesionales tienen entre 41 y 50 años, tres (3) están entre los 36 y 40 años y tres (3) tienen entre 51 y 61 años.

Queremos destacar que los profesionales entrevistados pertenecen a distintas disciplinas. Los profesionales brasileiros están graduados en las siguientes áreas: 2 en nutrición, 2 en trabajo social, 1 en psicología, 1 en medicina con especialidad en gineco-obstetricia.

De los profesionales argentinos 4 son graduados en medicina con especialidad en ginecología y toco-ginecología, 1 en trabajo social, 1 en enfermería y 1 tiene estudios secundarios.

Con respecto a la época en la que se formaron podemos decir que: siete (7) se han recibido en la década de '70, cuatro (4) en la década de '80 y una (1) en la década de '50.

Los entrevistados en el Centro Municipal de Salud "Píndaro de Carvalho Rodrigues" son profesionales dedicados a la práctica educativa. En total, entrevistamos a cinco mujeres que coordinan los grupos de anticoncepción y un médico gineco-obstetra, que actualmente realiza las consultas individuales pero, anteriormente, fue coordinador de grupos en la práctica educativa.

Los profesionales del Hospital "Dr. Roque Saenz Peña" están dedicados al trabajo en el consultorio de planificación familiar (PF) del Servicio de Ginecología: son seis mujeres que dividen sus tareas, 2 en el consultorio de adultas (PF), 2 en el de adolescencia, 2 entregan los métodos anticonceptivos. El médico toco-ginecólogo entrevistado, pertenece a otro sector del hospital: la maternidad. El profesional aunque perteneciente a otro servicio fue escogido por sus estudios de posgrado realizados en torno al tema de la planificación familiar, por su experiencia en la práctica privada en anticoncepción y por ser hombre.

Entre los entrevistados profesionales se encuentran las responsables de los servicios en los cuales realizamos el estudio ya que en ambos casos están involucradas

en el trabajo directo con las mujeres. Un dato a destacar es que la jefatura de los servicios de ginecología y pediatría en el "Píndaro de Carvalho Rodrigues" está en manos de una profesional no médica. Este dato es importante en la medida que profundizamos el conocimiento sobre la direccionalidad del trabajo desarrollado por el grupo de profesionales.

En cuanto a la cantidad de hijos que tienen los entrevistados observamos que los hombres son los que tienen mayor cantidad, uno tiene cuatro (4) y otro cinco (5) hijos, mientras que las mujeres tienen menos cantidad de hijos: siete de ellas tienen 2 hijos, dos tienen 3 y dos tienen 1 hijo. Podemos decir, que los hombres comunmente se separan de sus esposas y pasan a convivir o casarse con otras mujeres, en cambio las mujeres al separarse encuentran más dificultades para hallar un compañero para una relación de larga duración cuando tienen hijos. De esta manera, los hombres tienen hijos con más de una mujer. Esta explicación no pretende excluir otras situaciones menos frecuentes sino resaltar las diferencias que pueden explicarse por el género.

Respecto del estado civil observamos que los hombres están casados por segunda vez y tienen hijos de ambos matrimonios. Entre las mujeres observamos dos viudas, una divorciada, seis casadas, una casada por segunda vez y una convive con su pareja, siendo ésta su segunda pareja. De alguna manera la situación que presentan las mujeres que tienen una segunda pareja nos permite reafirmar lo expuesto en el párrafo anterior en la medida que las mismas no tienen hijos de ambas relaciones.

La presentación tanto del contexto institucional de las experiencias en estudio como de el perfil socio-demográfico de los entrevistados nos ayudan a comprender las representaciones sociales de los mismos que a continuación presentaremos.

Capítulo IV

Las representaciones sociales de los profesionales de salud desde la perspectiva de género

La compleja y multifacética relación de la mujer con los servicios de salud está mediada por representaciones sociales construidas por la cultura que dificultan el encuentro de las mujeres con los servicios. Los profesionales en tanto sujetos son portadores de representaciones, concepciones del mundo e identidades, que mediatizan el contexto social e institucional de manera particular en las relaciones establecidas entre ellos y la población usuaria. La forma en que representan su cotidianeidad se manifiesta en la atención de la salud de las mujeres.

El análisis de las entrevistas fue realizado en dos grandes dimensiones: la primera, aborda el significado de la planificación familiar para los profesionales y la reconstrucción de la forma en que trabajan a través de los relatos y, la segunda, intenta visualizar los cambios y las permanencias en la concepción de salud de la mujer y en la caracterización de las mujeres y los hombres en la sociedad actual.

1- Planificación familiar: concepciones y abordajes

1.1- Planificación familiar: ¿asunto de pareja?

La planificación familiar para la mayoría de los profesionales entrevistados es el planeamiento de la familia y una responsabilidad de la pareja. Fundamentalmente, aparece la pareja como responsable de la toma de decisiones respecto a cuantos hijos tener, cuando tenerlos y al método a utilizar.

"... eu acho que o planejamento é a saúde do casal mesmo, quer dizer, estar orientado com relação à parte financeira, estar orientado com relação à parte social, à integração na sociedade e estar conscientes do

número de filhos que pretende ter e é capaz de ter. E as informações que essa pessoa tem que ter, tê-las em um lugar onde isso seja bem feito, aqui, ou em outros lugares que possa dar de graça esse tipo de informação, que eu acho é direito e dever da população." (**Adilson**, 45 años, gineco-obstetra, blanco, casado, 5 hijos)

Shirley remarca la responsabilidad de la pareja en la toma de decisiones, pero desde la perspectiva de la autonomía. La autonomía para estos profesionales está basada en el conocimiento del conjunto de opciones existentes a partir de las cuales la pareja puede elegir con cierta libertad. Esta profesional, sin embargo, es consciente de que la situación económica pone límites a esa libertad, por lo que el planteo de la autonomía aparece más como una utopía.

"Quando a gente trabalha com a questão do grupo "Saúde e Prazer" é com a perspectiva do planejamento familiar, da autonomia do casal de decidir seus filhos, embora seja uma utopia porque a gente vive uma situação econômica de renda difícil."(**Shirley**, 36 años, nutricionista, casada, blanca, 3 hijos)

Otro aspecto importante en relación al conjunto de posibilidades existentes, es el enunciado por **Marta** al opinar que en esta perspectiva de trabajo la maternidad aparece como una opción y no como un mandato social:

"Olha, contracepção para mim, a princípio, era evitar filhos. Hoje em dia, pela própria experiência que eu tenho aqui no grupo, é escolher ter ou não ter filhos. Acho que ampliou, foi para além do propósito de evitar filhos. (...) É uma maior liberdade. (...) Eu acho que a gente o tempo todo trabalha a questão da escolha, o respeito, a maternidade como alguma coisa possível para cada um que quer, que sente que pode." (**Marta**, 42 años, psicóloga, divorciada, blanca, 1 hija)

Marta y **Shirley** son compañeras en la coordinación de uno de los grupos de anticoncepción en el Centro de Salud Píndaro de Carvalho. Aparentemente una está en favor de la anticoncepción y la otra de la planificación familiar, sin embargo, ambas al conceptualizar anticoncepción y planificación hablan de derecho a optar, a elegir. Más allá de como se lo nombre lo importante es captar el sentido que cada profesional le otorga a la idea de planificación y de anticoncepción.

Precisando más la noción de opción, **Josefina** señala:

"Então pra mim é não só essa mulher ter acesso aos métodos e à informação, mas também poder fazer algumas opções que a gente ainda não tem, que é o aborto, que é a ligadura de trompas... Porque há casos e casos. Então eu acho que o povo informado, sabendo o que eles podem fazer, como e quando recorrer, ele pode lidar com estas questões de aborto e ligadura de forma muito mais tranqüila." (**Josefina**, 43 años, nutricionista, casada, blanca, 2 hijos)

Josefina considera que el aborto y la ligadura de trompas son opciones ilegales en la vida reproductiva de las mujeres, que si fueran acompañadas de información y de un marco legal sería posible lidar menos traumáticamente con esos temas.

En resumen, los profesionales brasileiros resaltan la idea de derecho a optar, una opción que debe ser realizada por la pareja basada en información sobre el funcionamiento de cada método y sobre el conocimiento del cuerpo, su fisiología y la manera que operan los métodos en el mismo. El énfasis en la noción de opción se relaciona con un discurso y una práctica que se oponen y diferencian de las acciones veladas de control de la natalidad que desde los '70 se aplicaron en Brasil. Esas acciones sólo difundieron dos métodos, como la pastilla y la esterilización femenina, en una realidad cuya característica sobresaliente es el desconocimiento del propio cuerpo por parte de las mujeres lo que, por su parte, facilita la adopción de medidas extremas o el uso de métodos sin indicación médica. Este contexto, además, les permite a los agentes de salud un amplio margen para justificar e imponer sus decisiones en la elección del método. En este sentido, en el testimonio de **Wanda** encontramos una clara referencia a favor de que la decisión sobre el método debe ser tomada a partir de la discusión de la pareja con el asesoramiento de los profesionales de salud y no tomada por los agentes del estado o de instituciones privadas. Al respecto, **Wanda** dice:

"Contracepção, para mim, passa a concepção de evitar filhos, direitos de se evitar filhos e que aí passa pelo direito de cidadania, pelo direito de optar. Em todo meu processo de discussão da contracepção,

cabe decidir conceber. É um direito, eu vou discutir isso, eu discuto a minha sexualidade, que eu acho que é ampla, não dá para fechar. (...) A contracepção é uma espaço para você discutir esta sexualidade, este seu direito de optar, decidir sobre ter ou não ter filhos, que é uma responsabilidade do casal, não é uma responsabilidade do Estado."(Wanda, 46 años, asistente social y sanitarista, jefe de programas, blanca, en pareja, 1 hijo)

Desde este punto de vista ver, tocar, conocer los métodos dónde y cómo funcionan en el cuerpo, sus ventajas y desventajas son pasos fundamentales para una elección más conciente y por consiguiente más autónoma. Por ello, en los grupos se utilizan un conjunto de materiales creados especialmente por estudiantes del curso de comunicación visual que facilitan la apropiación por parte de las mujeres usuarias de lo conversado. Por ejemplo, hay un útero con trompas y ovarios de tela, un pene de madera, una vagina de plástico lo que permite que las usuarias toquen y visualicen con más concretud los órganos internos teniendo una oportunidad de reelaborar fantasías y mitos acerca de su propio cuerpo.

En Argentina, por su lado, nos encontramos con un discurso que resalta la posibilidad de planear la familia a través de la utilización de métodos anticonceptivos. Por ello, el trabajo gira alrededor del ofrecimiento de los métodos anticonceptivos. Como veremos a lo largo de este ítem, la atención básicamente individual, la falta de espacio físico y de dispositivos institucionales y el marco normativo restrictivo, son elementos que se conjugan para explicar la direccionalidad de la anticoncepción en el marco del Hospital en estudio.

Las profesionales argentinas resaltan con fuerza que la planificación familiar es el momento de planear la familia, o sea, decidir cuantos hijos tener y en qué momento tenerlos, utilizando la anticoncepción como una herramienta para lograr la familia proyectada.

"Y, bueno, planificación es que la persona viene y planifica y dice: yo voy a tener tantos hijos porque más no puede tener y, entonces, se tiene que cuidar y ahí entra la anticoncepción... en el momento en que

dicen vamos a tener dos hijos y entonces vamos a cuidarnos con algo, con algún método y buscan el método." (**Irma**, 61 años, mucama, blanca, viuda, 2 hijos)

"Bueno, planificación familiar (PF) lo que más se intenta que no se tenga muchos, muchos hijos y también depende de la clase social, depende de donde se desenvuelve esa señora, esa mujer. (...) Es que no tengan hijos, por eso la planificación se les da anticonceptivos para que no tengan hijos y se les hace hacer PF, (...) el método es para que ella se cuide y planifique su vida, después lo toma, lo abandona cuando se le da la gana...." (**Mercedes**, 59 años, enfermera, viuda, blanca, 2 hijas)

Continuando con la forma en que se plantean la planificación, una profesional considera que:

"...planificación [es] lo hace la familia, por eso ... la que tiene que venir en búsqueda de qué método quiere es la pareja y anticoncepción es dar un método anticonceptivo, es decir buscar un método que no trate de tener un embarazo porque no lo desea." (**Olga**, 55 años, ginecóloga y jefe de servicio, casada, blanca, 2 hijos)

Encontramos que la profesional hace una explícita referencia a que "debe ser" la pareja la que llegue al consultorio como un razonamiento lógico derivado de la concepción más general de que la planificación es hecha por la familia. El énfasis en lo que debe ser, manifiesta que de hecho esto no se produce ya que es la mujer la que llega habitualmente con la preocupación de usar algún método, por lo que no siempre es la pareja la que decide la utilización de un método, sino que son las mujeres las que eligen en muchos casos en forma solitaria y en otros por imposición del compañero el método, además son ellas las que usan los métodos anticonceptivos.

En resumen, el conjunto de los entrevistados considera que es la pareja la responsable de tomar decisiones con respecto a la cantidad de hijos, a cuando tenerlos y con qué regular la fecundidad. No obstante, es posible visualizar que en las profesionales brasileras el énfasis está puesto en el derecho que tienen las parejas a elegir autonomamente. Como ya mencionamos anteriormente esta forma de entender la planificación familiar o la anticoncepción se opone a las políticas de población sean

pronatalistas o antinatalistas que imponen de distintas maneras sobre la población, especialmente, sobre la población femenina acciones sin margen a la elección. Por su parte, las profesionales argentinas remarcan que la anticoncepción es una herramienta para la planificación familiar.

De este modo, vemos que en ningún caso aparecen nociones de planificación comprometidas con ideas controlistas o pronatalistas. Sin embargo, observamos que el discurso de las profesionales brasileras asume un compromiso con el derecho que tienen las parejas a elegir, el mismo permea las actividades que intentan superar la mera transmisión de información y entrega de métodos. En el caso de las profesionales argentinas la concepción de planificación familiar se restringe al sentido literal del término diferenciándolo de anticoncepción como un término más acotado a los métodos en sí..

Finalmente, pensamos importante analizar el papel de los hombres y las mujeres en la planificación porque si bien se considera que es la pareja quien debe hacer planificación sabemos que son las mujeres las que llegan a los servicios y las que utilizan métodos anticonceptivos.

1.1.1- Hombres: ausentes con aviso en los servicios de anticoncepción

De hecho las parejas no demandan por anticoncepción o planificación familiar ya que las que llegan con frecuencia a la consulta son las mujeres. Los hombres en escasas oportunidades llegan a consultar y en esos casos acompañan a su compañera o esposa.

"...si el varón escuchara o vendría a alguna charla donde más o menos las pequeñas cosas que uno puede informar con la mujer ... tendría más resultados. Pero es al revés, acá viene la mujer sola en busca de un método, o el varón le dice, andá a buscar algo para no embarazarte, es la mujer la que tiene que hacer las cosas. (...) Está mentalizado, que es la mujer la que tiene que buscarlo, el varón no tiene por qué. Eso es lo que pasa acá." (Olga, 55 años, ginecóloga)

Es necesario señalar que desde el análisis de los sistemas de salud (Niremburg y Perrone, 1995) y de los estudios de la mujer, se considera que la mujer es la principal interlocutora de la población con el sistema de salud. La mujer no sólo se vincula por sus propios problemas de salud sino por los de sus hijos, sus familiares ancianos, o sus pares etéreos (esposo o hermanos), entonces puede decirse que la relación de la población con el sistema de salud se realiza básicamente a través de la mujer. Además, su papel como trabajadora en el sistema de salud es cuantitativamente dominante pero restringido desde el punto de vista de su profesionalización, conducción o jerarquía. A ello debemos sumarle el papel de la mujer dentro del hogar como principal agente de salud y del autocuidado de los miembros de la familia, es decir, que es un recurso de salud *ad-hoc*.

Ello muestra que la ausencia del hombre en los servicios de salud está articulada con una ubicación diferencial de hombres y mujeres en la organización social. Según, Saffioti (1991), esa distribución de los individuos en las posiciones socioculturalmente significativas es realizada por el género. El género no sólo distribuye a los individuos sino que además le da sentido y significados a esos lugares.

Desde la perspectiva que trabajamos las limitaciones o determinantes que los hombres encuentran para tener otra presencia en el sistema de salud tales como los horarios de atención de los centros de salud y hospitales, el no considerar que la anticoncepción sea un tema en el cual estén involucrados, el sentimiento de vergüenza, pueden ser explicadas a partir de la organización social del género que opera al mismo tiempo material y subjetivamente, es decir, en lo que piensan, sienten y hacen. Esto desde el punto de vista de los sujetos porque otro aspecto que debemos considerar es el institucional. Las instituciones también se estructuran a partir de la organización social del género, tema que ampliaremos en el próximo ítem. Volvamos, ahora, al análisis de los dos casos.

Los profesionales aportan sus puntos de vista respecto a la ausencia de los hombres en la anticoncepción. **Josefina**, por ejemplo, considera que la

anticoncepción está dirigida a las mujeres en función de la disponibilidad de métodos anticonceptivos que son mayoritariamente dirigidos al cuerpo de las mujeres:

"...eu acho que a contracepção é voltada para a mulher, praticamente só tem dois métodos, que é o uso do condom e a vasectomia, que permitem que o homem esteja envolvido mais. Como a contracepção é mais voltada para a mulher, a gente vê que acaba trabalhando mais com mulher."
(**Josefina**, 43 años nutricionista)

Otros profesionales brasileiros, si bien entienden que los hombres no llegan a participar de forma directa en los grupos, piensan que participan de forma indirecta:

"Ele não chega aqui por horário, por dificuldade de serviço, mas participa de uma forma indireta. E às vezes quando eles usam camisinha, é o homem que vem aqui pegar." (**Wanda**, 46 años, asistente social)

De esta manera, las profesionales brasileiras consideran que pueden lograr resultados efectivos, es decir, que a pesar de no existir un trabajo directo con los hombres, de tal modo que la pareja elija el método, piensan que el trabajo con las mujeres les ofrecerá a estas últimas argumentos de negociación y nuevos posicionamientos a la hora de discutir con sus compañeros acerca de cuántos hijos tener y en qué momento:

"O projeto não é só para trabalhar com mulher. O projeto está aberto para o casal. Nós já tivemos grupo aqui com homens, mas o homem não chega, quando chega, chega pouco. Mas o que a gente tem percebido é de que a gente trabalha com o homem por tabela, porque elas informam. (...) A gente percebe que elas conversam, elas trocam figurinha em casa, a gente pergunta isso a cada grupo. Então a gente começou a perceber que a gente atinge o companheiro por tabela." (**Wanda**, 46 años, asistente social)

"Agente fala muito nessa coisa de você chegar em casa, mostrar o folheto, passar, falar sobre cada método, o que acha.... Tem uma coisa.... você tem que falar. A gente tem mostrado a elas que a gente tem que exercitar isso, não ficar em cima da gente todas as decisões. (...) ...tem que estar junto." (**Josefina**, 43 años, nutricionista)

Reconociendo que los hombres llegan poco y que revertir esa situación está por fuera de su alcance profesional el trabajo grupal se orienta, a veces explícitamente otras implícitamente, a una llegada indirecta y a un fortalecimiento de la posición de las mujeres.

En cambio, **Gladys** (37 años, ginecóloga, casada, blanca, 3 hijos) considera que si los hombres efectivamente participarían se podría trabajar sobre los mitos y concepciones que ese hombre trae y que en muchos casos obstaculiza el proceso que comenzó a realizar la mujer. Por ejemplo, señala que el hombre actualmente se resiste menos a la utilización del preservativo pero en períodos cortos y transitorios. Compartiendo lo manifestado por Gladys, **Olga** piensa que la participación de los hombres tornaría más eficaz la tarea de anticoncepción ya que considera que muchos obstáculos surgen a partir de la participación de los hombres en las decisiones ya que los intereses de ellos muchas veces chocan con los de las mujeres:

"Sería mas eficaz, porque hay mujeres que vienen en búsqueda de un método que no se entere el esposo, porque ya no quieren tener más hijos, no quieren saber más nada y por ahí al marido no le interesa esa situación, ojo que te estoy hablando de un lugar donde la situación social, no solo económica, es de un nivel de escolaridad muy bajo." (**Olga**, 55 años, ginecóloga)

Como vimos, todos los profesionales sean argentinos o brasileros, entienden que la planificación es un asunto de la pareja, pero en la práctica se trabaja sólo con mujeres, reconociendo las dificultades que presentan los hombres para llegar a los consultorios de planificación o a los grupos de anticoncepción. **Josefina** con respecto a la participación de los hombres en los grupos, menciona un aspecto a tener en cuenta, la mirada:

"Às vezes eu tenho certa dificuldade porque tem certas coisas que eu não sei se a gente conseguiria estar tão a vontade num grupo com homens. Acho que o grupo só com mulheres deixa a gente bem tranqüila, bem a vontade de falar qualquer coisa sem se preocupar se tem alguém ali que pode estar vendo de outra forma, com outro olhar." (**Josefina**, 43 años, nutricionista)

Estas palabras remarcan la existencia de miradas distintas en el trabajo de grupo. Efectivamente, desde nuestra perspectiva pensamos que los hombres participantes pueden estar mirando y viviendo de otro modo la experiencia grupal. Como hemos señalado el género es una mira telescópica a través de la cual se aprehende y se ve el mundo. Hombres y mujeres viven bajo la misma cultura pero esta destina a cada género un papel diferente en las relaciones sociales, el género remite a los individuos a una categoría previamente constituida. Por ello, de hecho los hombres tienen otra mirada, sin embargo, el intercambio de experiencias puede crear condiciones para la búsqueda en la alteridad de vínculos fundamentales y necesarios a la vida social.

Más allá de la identificación de las interferencias que se producen entre hombres y mujeres a la hora de decidir tener o no hijos y cuantos tener, reafirmando con ello que la anticoncepción y la planificación familiar es un asunto de la pareja, es interesante rescatar la discusión del grupo de profesionales brasileiros acerca de la pertinencia de la participación de hombres en los grupos de anticoncepción. Creemos que en esta discusión una de las posiciones se plantea ver esta ausencia como una posibilidad de potenciar el rescate de las experiencias personales de las mujeres, como elementos necesarios para lograr que ellas se autoreconozcan como sujetos, se valoricen en sus responsabilidades "sociales" y tengan otra visión de su situación. En este sentido, la discusión sobre la pertinencia de constituir grupos mixtos de anticoncepción y la propuesta de que se constituyan grupos de mujeres y hombres por separado, puede ser vista como una propuesta enmarcada en prácticas feministas. Franchetto *et alii* (1981) rescatan que el feminismo como práctica e ideología de un universo individualista encontró la fuerza para hacer política en la relativización de las experiencias individuales. Al relativizarlas las coloca en su verdadero lugar al interior de lo social. De individuales, las experiencias de las mujeres pasan a ser experiencias que emergen de la trama de las relaciones sociales que, al ser reconocidas como tales, permiten a las mujeres una visión más global de su propia condición.

En esta perspectiva se enmarcan las reflexiones de **Marta** y de **Shirley** que coordinan uno de los grupos de anticoncepción:

"Eu acho que as mulheres têm que ter um espaço delas e acho que os homens têm que ter os espaços deles, e num outro momento eu juntaria sim. Mas não de cara. (...) Eu acho que elas precisam aprender o caminho de conversar entre si, elas não conversam e sofrem achando que são as únicas, que são incompetentes. Então eu acho que essa coisa de socializar um pouco até a miséria, eu acho que é bom." (**Marta**, 42 años, psicóloga)

"Eu acho que o grupo até pra ter a auto-estima da mulher pra trabalhar suas coisas tem que ter um espaço feminino. Agora, a contracepção não é só da mulher, então a gente tem que achar um meio termo que traga o homem, mas não só um, vários homens num desses encontros, pra ser uma coisa do casal. Ao mesmo tempo eu acho que o espaço da mulher garantido é uma coisa importante" (**Shirley**, 36 años, nutricionista)

Shirley plantea que en la reproducción participan hombres y mujeres y que la responsabilidad debe, por lo tanto, ser compartida. Con ello afirma que la ubicación diferencial de hombres y mujeres en la producción y la reproducción no tiene una explicación biológica. Y, al mismo tiempo, señala que todavía es necesario fortalecer la identidad femenina a partir de un reforzamiento de la auto-estima que les permita a las mujeres enfrentar su propia condición.

1.1.2- Reproducción: ¿asunto de mujeres?

Ante el planteamiento de los profesionales sobre la ausencia de los hombres en los servicios, como ante la discusión de la responsabilidad compartida por la pareja en las decisiones reproductivas, nos preguntamos si aún no se continúa considerando que la responsable por la reproducción son las mujeres.

En este sentido Karen Giffin señala que la reproducción, en sentido amplio³⁶, continua siendo asunto de mujer como resultado de una definición ideológica:

³⁶ Entendemos que *Giffin* habla de reproducción en sentido amplio, al referirse a la reproducción social de los seres humanos, proceso en cual intervienen hombres y mujeres de forma diferenciada a

"Embora a essência da definição do feminino, historicamente, é justamente a proeminência da reprodução, as sociedades modernas mantiveram esta definição ideológica ao mesmo tempo em que as condições materiais impulsionaram a mulher para a esfera da produção." (1991:196)

Giffin entiende que existe un hecho biológico universal: es la hembra, y no el macho, que da a luz. En este sentido, **Shirley** opina: "Eu acho que está dentro de essa perspectiva histórico-cultural, quer dizer, a reprodução está na mão da mulher e aí se investe nisso, cabe a ela, é ela que pode procriar. Enfim, aí é o corpo da mulher. Dizem que a maternidade é sempre uma certeza, a paternidade é social."

Mostrando como esa perspectiva histórico-cultural es sostenida por los discursos de los profesionales, **Juan** (50 años, toco-ginecólogo, casado, blanco, 4 hijos) comenta lo siguiente al respecto:

"Hay un profesor que trabaja en esta institución, en ginecología, que dice que (la reproducción) sólo es responsabilidad de la mujer, exclusivamente, porque dice que es la que se embaraza. En lo que él tiene razón es que para la gran parte de la humanidad es así, y el soporte de la anticoncepción recae sobre la mujer."

Este testimonio responsabiliza explícitamente a la mujer por la anticoncepción basado en el hecho biológico de la capacidad de dar a luz. En cambio, otros profesionales se cuestionan esa responsabilidad:

"É uma sociedade machista. Eu acho que passa pela coisa de que a concepção é uma coisa da mulher, é a mulher que tem que se cuidar. "Ela que se cuida", você nunca ouviu falar isso? É a história de "segura suas cabritas que meu bode está solto". Isso tem uma conotação extremamente ideológica. O homem é o macho, dono do poder, e o pênis dele foi feito para ser viril, ter sexualidade e a mulher tem que se controlar, se segurar, porque senão, dane-se ela. Tanto é que o aborto é uma coisa solitária, a ligadura é uma decisão dela." (**Wanda**, 46 años, asistente social)

partir de la construcción social sexuada de los espacios. Es importante señalar que Daniel Bertaux (1977) conceptualizando el proceso por el cual seres humanos son producidos como tal, lo llamó de 'producción antroponómica'.

La profesional recupera esa frase popular mostrando el sentido con que la sexualidad masculina está marcada. Es decir, la sexualidad masculina no tiene control, es activa, por lo tanto, que las mujeres se cuiden en la medida que las consecuencias del descontrol serán sufridas por las mujeres sea al asumir un embarazo o al hacer un aborto. En este sentido, **Juan** duda en sacar ésta responsabilidad de las mujeres porque no confía en los hombres ni en los métodos que puede usar el hombre:

"los otros métodos compartidos o que puede usar el hombre como el profiláctico, el coito interrumpido estadísticamente son malos métodos, yo tengo mis enormes dudas de sacarle esa enorme responsabilidad a la mujer y compartirla con el hombre porque va a aumentar la incidencia del embarazo, por falla estadística."

Al resaltar el hecho de que la mujer es quien da a luz, Giffin intenta mostrar que la mujer está sujeta a una doble contradicción reproductiva. La primera contradicción aparece en el ejercicio de la sexualidad heterosexual e interpersonal que manifiesta, en el mismo acto, una función de placer individual y una función de reproducción para ambos sexos biológicos. Las consecuencias de esta contradicción son totalmente diferenciadas para hombres y mujeres, a tal punto que ésta fue identificada como una contradicción únicamente femenina, aunque en el contexto actual exista una amplia difusión de los métodos anticonceptivos. Según Giffin, "Apesar da importância da sexualidade feminina como objeto da ciência, ao homem cabia o status de sujeito sexual na sociedade: do homem se esperava, desde cedo, o exercício da sexualidade ativa, em contraste com a manutenção da virgindade e a passividade sexual esperada da mulher. Desta ótica, a mulher acumula uma segunda contradição -dentro da contradição criada entre o papel feminino nas esferas de produção e reprodução, há esta contradição situada no interior da esfera reprodutiva." (1991:197)

Para Giffin, la ciencia continúa definiendo la reproducción como 'asunto de mujer' y garantizando que la contradicción entre la función placer y la función reproductiva sean el núcleo central de la condición femenina, ya que aunque, por ejemplo, se haya comprobado científicamente el papel biológico del hombre en la

reproducción y en la constitución genética de los hijos eso no amplió la paternidad social, por el contrario, los especialistas aumentaron las responsabilidades de la maternidad; de la misma manera los anticonceptivos son casi todos dirigidos al control de la fecundidad en el cuerpo femenino reforzando la poca presencia del hombre en la esfera de la reproducción.

Adilson vuelve a apelar a la naturaleza como fundamento del lugar de la mujer en la reproducción:

"Eu acho que a responsabilidade é bilateral. O que ocorre é que, como a mulher é o ninho, a mulher é que carrega o ninho. O homem chega, leva a comida e voa. A fêmea tem que ficar no ninho chocando o ovo e isso é desde o animal e isso é um problema social, é um problema de vida mesmo. Mas a responsabilidade tem que ser igual. E aí depende de cada um."

Como es observable en las argumentaciones de los profesionales hombres aparece una contradicción en su discurso. Porque reconocen que la pareja debe compartir las responsabilidades de la anticoncepción pero, al mismo tiempo, hay una fuerte justificación sobre la existencia de la responsabilidad de la mujer y hasta dudan en sacarle esa responsabilidad en una actitud protectora de los posibles abusos que ellos mismo pueden cometer.

De esa manera es posible entender porque los hombres no usan métodos:

"Eu acho que a mulher acaba sendo vítima da própria sociedade porque é muito mais fácil durante a cesariana ligar as trompas. E infelizmente, eu acho que é assim. O homem tende sempre a fugir da doença, de dor, de qualquer coisa. O homem é mais, não sei se é fraco o termo, mas ele se acomodou muito mais. A mulher, por ser mãe, ela tem um dom divino, que está no sangue dela, que está na natureza dela, que dá força a ela para encarar isso tudo. (...) A mulher aceita mais facilmente que o homem, a mulher tem culpa também. O homem dá uma de machão e acha que vai ficar 'brocha' porque vai fazer vasectomia, falta de informação, ignorância..." (Adilson, 45 años, gineco-obstetra)

"Porque el hombre es muy machista, ellos se creen que si no reproducen no son hombres. Hay hombres que se han negado que a su

mujer la operen de una mama o le saquen el pecho porque se creen que la van a mutilar y la mujer no sirve para nada, pero es la ignorancia, la falta de comunicación, la falta de... aprender, de preguntar cosas, de informarse porque lo que más falta es información otros no les importa pero otros se informan y saben, ..." (**Mercedes**, 59 años, enfermera)

Tanto **Adilson** como **Mercedes** consideran que entorno a la utilización de métodos por parte de los hombres existe una gran ignorancia. Además, alrededor de esa ignorancia se conjugan un conjunto imágenes que expresan la forma en que los hombres sienten y actúan en relación a los métodos. Adilson mencionan que los hombres se ven como más débiles y menos resistentes al dolor, por lo tanto huyen a situaciones que los aproxime a esas vivencias. El profesional representa a los hombres por referencia a las mujeres que son fuertes y resistentes por ser madres. **Mercedes**, por su parte, resalta que la fuerza con que viven los hombres la noción de ser hombre está vinculada a la capacidad de reproducirse lo que les impide pensar que de hecho tener o no hijos no los define como hombres. Ambos nos permiten observar la manera en que las representaciones sociales son sustrato de las prácticas aunque no seamos concientes de tal situación. Además, no podemos dejar de señalar que estas formas de pensar a hombres y mujeres y, por lo tanto, a los papeles asignados a ellos en la reproducción fueron contruidos a partir de colocar su fundamento en la naturaleza, es decir, se produce un inversión del fenómeno ya que si bien se parte de un hecho fisiológico como es la capacidad de dar a luz por las mujeres todas las valoraciones que rodean ese hecho son el resultado de la historia producida por hombres y mujeres.

El conjunto de reflexiones acerca de la concepción de la planificación familiar, sobre el papel de hombres y mujeres en la reproducción nos muestran la presencia de las representaciones de género en la forma de pensar de los profesionales, también pretendemos ver a través de la organización de la atención el modo en que se estructura las relaciones de género en lo institucional.

1.2- Organización de la atención de la anticoncepción:

Entendemos que la forma en que se organiza la atención está estrechamente vincula a las formas de pensar la anticoncepción y la salud de las mujeres como así también a las prácticas llevadas a cabo. Por ello, pensamos importante analizar como los profesionales de salud involucrados en las experiencias en estudio han organizado la atención de la anticoncepción.

Es importante señalar los rasgos generales y comunes que en Argentina adquieren los consultorios de anticoncepción, planificación familiar o paternidad responsable. Siguiendo a Checa, es posible observar que los consultorios "...comparten rasgos comunes en lo que se refiere a la captación, derivación de las pacientes o a las características de la población concurrente, su funcionamiento es débil y heterogéneo... (...) carecen de presupuesto propio, muchos profesionales trabajan *ad-honorem* y los días y horarios de atención son escasos." (1998:110). Para esta autora, la heterogeneidad es producida por los criterios, ideologías y opiniones individuales de los profesionales a cargo de los consultorios, los que al no existir una política que ofrezcan lineamientos normativos, se convierten en el sostén de la acción en la práctica.

En el caso particular del Hospital bajo estudio, si bien podemos observar que aparecen algunos de los rasgos generales antes mencionados, fue elegido porque, justamente, tiene otras particularidades importantes a la hora de analizar el espectro de la organización de las prácticas de anticoncepción en el país. Entre éstos rasgos particulares encontramos: una demanda muy importante, el establecimiento de días y horarios de atención específicos, disponibilidad de métodos anticonceptivos y, por último, que los profesionales que implementan estas acciones de anticoncepción son personal de planta permanente. A raíz de su institucionalización, es decir, de haber ganado un lugar relevante dentro del ámbito del hospital y de su población demandante, es que su organización sobresale por su permanencia.

En Brasil también se observa un panorama heterogéneo y débil en la implementación del PAISM. Podríamos afirmar que existen en ese marco dos

situaciones diferenciadas. Por un lado, la implementación de algunas acciones del PAISM, tales como la asistencia clínico-ginecológica, el control prenatal, asistencia al parto y al puerperio, que más allá de la eficacia con que son llevadas adelante, no están complementadas por las acciones de planificación familiar, esenciales para la integralidad del programa. Por otro lado, existen casos en los que se ha producido la implementación privilegiándose fuertemente las acciones de planificación familiar. Este es el caso del municipio de Rio de Janeiro como una experiencia en la cual las acciones de planificación familiar son prioritarias en el marco de tal programa. Las mismas cuentan con presupuesto propio, con profesionales entrenados especialmente para este programa y con una rutina de atención que articula consulta individual y práctica educativa.

Partiendo del supuesto de que la organización de la atención "habla y dice" sobre la manera de ver la anticoncepción y la salud de las mujeres veremos a continuación como cada una de las experiencias desarrolla su tarea desde la óptica de los profesionales entrevistados.

El Servicio de ginecología del Hospital Roque Saenz Peña cuenta con 10 sub-especialidades, siendo una de ellas la planificación familiar, y con una atención separada para mujeres adolescentes y adultas. Antes de avanzar en este análisis, es necesario aclarar que en Argentina existe una total separación entre los servicios de ginecología y de obstetricia ya que son dos especialidades médicas bien diferenciadas.

Con la especialización, asistimos a la fragmentación del paciente en órganos y sistemas. El especialista corre el riesgo de no tener una visión global del sujeto al cual atiende y de sus condiciones de vida. Ello implica que las mujeres en un servicio hiper-especializado no sean vista en su integralidad sino a través de las distintas patologías de su aparato reproductor o sean vistas en función de su proceso gestacional, perdiendo de vista a la mujer como un todo, es decir, no percibiendo la imbricación entre sexualidad, maternidad, placer, enfermedad, malestar, miedos y

fantasías. En definitiva, se reduce la visión de la salud como una situación corporal únicamente.

El grupo que trabaja en planificación familiar esta conformado: por la jefa de servicio, dos ginecólogas, la secretaria del servicio de ginecología, la mucama, y la enfermera.

Olga, la jefa del servicio, nos indica que el consultorio de planificación familiar también funciona en pediatría para llegar a las mujeres que luego del parto traen sus hijos a control y no retornar al servicio de ginecología para el control de su propia salud. Además, señala que el lugar asignado a trabajo social es la difusión del consultorio en otras áreas del hospital y ofreciendo información sobre los métodos anticonceptivos. También describe la tarea que ella desarrolla en el consultorio de adultas:

"yo colaboro en la parte de las fichas por primera vez. Primero porque son muy largas, le lleva mucho tiempo entonces yo le hago ahorrar tiempo en eso, porque hay que completar una ficha..." (**Olga**, 55 años, ginecóloga)

Mercedes e Irma nos indican que sus tareas están bien delimitadas dentro del grupo: Irma entrega las pastillas y Mercedes coloca los anticonceptivos inyectables. En este sentido, es interesante ver cómo Irma ve su función en el grupo:

"... después me dedico a la planificación familiar que es entregar los anticonceptivos, todo con órdenes de los médicos.... y se pone en la historia clínica y todo eso. (...) Se hacen reuniones y cada uno tiene sus tareas... digamos... mi compañera pone las inyecciones porque ella es enfermera y yo entrego las pastillas porque eso me está permitido y no poner inyecciones porque yo no tengo el título." (**Irma**, 61 años, mucama)

A través de la palabra de Irma podemos observar que el trabajo conjunto que desarrollan consiste en distintas tareas coordinadas que fueron asignadas a cada integrante en función de su formación. Las reuniones de grupo se realizan para resolver problemas de funcionamiento y para mejorar la atención.

En el consultorio de adolescencia se produce una situación especial ya que ginecóloga y trabajadora social comienzan juntas la consulta individual, veamos como lo explica la ginecóloga:

"Trabajamos en conjunto, lo que pasa en adolescencia es como si fuera un consultorio general de atención a adultas nada más que sólo atendemos adolescentes, donde se le da otro espacio al adolescente como para que pueda preguntar sus dudas y comentar algún inconveniente que haya tenido... (...) Después de esa charla no sólo pueden consultar acerca de un problema ginecológico..." (Gladys, 37 años, ginecóloga)

En una segunda parte la profesional hace referencia a cómo se desarrolla la entrevista una vez que ingresa la paciente al consultorio.

"Bueno, Elena pregunta algunos datos sociales (...) Todo esto yo lo escucho (...) Digamos que esto me sirve para encasillarla dentro de algunas patologías... (...) La consulta hecha con las dos enriquece mucho, a mí por lo menos me enriquece mucho." (Gladys, 37 años, ginecóloga)

Es interesante señalar algunas cuestiones al respecto: primero, la experiencia innovadora de compartir con una profesional de otra disciplina. Segundo, la ginecóloga señala que ambas al compartir el mismo espacio lo hacen desde miradas y escuchas distintas, que al complementarse enriquecen la acción profesional.

La entrevista en el consultorio de adultas, según Clara, consiste en aconsejar a las usuarias:

"Se aconseja, pero hay que tener en cuenta los parámetros médicos, los parámetros clínicos. (...) Nosotros lo que tratamos es de darle un panorama general, de todos los métodos anticonceptivos, hablándole de los pro y los contras de una manera bastante clara para que si puede ser la pareja, que entiendan ambos. Si tenemos tiempo, en cuanto a que no hay tanta urgencia, si la mujer viene a mitad de ciclo, tenemos tiempo, le damos opción que ella elija. Que se tome su tiempo, que lo mastique, que venga menstruando o que hablamos del método definitivo. Si estamos ahí, tratamos de sacar una conclusión, que primero pruebe un método y que después pruebe otro. Si no hay ningún parámetro médico que impida la utilización de un método anticonceptivo que ellos quisieran usar, la

elección es pertinente, se permite." (Clara, 39 años, ginecóloga, casada, blanca, 2 hijos)

La tarea de aconsejar a partir de parámetros clínicos tiene como intención ofrecer algunos elementos para que las usuarias elijan el método a utilizar. Sin embargo, la médica afirma que la mujer tiene posibilidades de elegir el método si llega en la mitad del ciclo menstrual ya que si está por menstruar es imperioso que la mujer elija el método en el transcurso de la consulta en la medida de lo posible. De esta manera, observamos que el espacio ofrecido para la elección es muy reducido. Al reducirse este espacio se pierde de vista que una elección supone un proceso en el cuál la usuaria comprenda y se apropie de la información transmitida, evalúe su situación familiar y de pareja y sobre todo evalúe si está preparada para asumir esa responsabilidad.

En este sentido, observamos que en ese momento de la consulta se entrecruzan dos situaciones. Por un lado, en el médico se juega con fuerza el mandato y su responsabilidad de salvar vidas tan útil en nuestra sociedad. En el caso de la anticoncepción el papel del médico se coloca como el responsable de evitar embarazos no planificados en una población con escasos recursos y donde la numerosa cantidad de hijos se cree resta posibilidades de "progreso" o afecta las condiciones de vida. Por otro lado, la decisión de controlar su fecundidad por parte de la mujer, según Giffin (1992), resulta de las estrategias de sobrevivencia desarrolladas por los sectores pobres a partir de las transformaciones socio-económicas producidas en nuestras sociedades, por lo tanto, este control es producto de una opción perversa, porque el libre derecho a decidir tener o no hijos no puede ser ejercido. El entrecruzamiento entre las expectativas del profesional y los condicionantes vividos por las mujeres complejiza la relación establecida en la consulta individual en la medida que este espacio no brinda muchas posibilidades de expresar las necesidades, sentimientos, las visiones y expectativas que se tienen frente a la anticoncepción.

En el Centro de Salud Píndaro de Carvalho la propuesta de trabajo en anticoncepción es llevada a cabo a través del proyecto "*Saúde e Prazer*". En este proyecto están involucrados varios profesionales que son parte de distintos servicios. Estos profesionales atienden en el ambulatorio y son coordinadores de los grupos que integran la práctica educativa.

Las acciones desarrolladas en el marco del proyecto están centradas en tres actividades: entrevista individual, trabajo grupal y consulta ginecológica. La entrevista corresponde al primer contacto con las usuarias y pretende crear un clima de intimidad que facilite delinear el perfil de las mismas y es realizada en el servicio de Trabajo Social. El trabajo grupal corresponde a un segundo momento y pretende alcanzar la construcción colectiva del conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos. La consulta ginecológica es realizada en tres momentos: primero, antes del inicio del grupo para hacer el exámen citopatológico, segundo, al finalizar el trabajo de grupo la usuaria discute con el médico la elección del método y, el tercero, en el acompañamiento médico periódico de las usuarias.

Marta y Shirley hacen referencia a que su trabajo se inscribe en una doble tarea en la consulta individual y en la práctica educativa. Además, indican que trabajan en equipo y cuál es la perspectiva que las orienta:

"Sempre trabalho em conjunto. Dependendo da proposta de cada grupo, quer dizer, eu atendo aqui no ambulatório ou então eu estou nos grupos aí o meu trabalho....(...) Aqui é uma equipe, e cada um vai utilizando seus cursos para aquilo que a gente está mais ou menos precisando." (**Marta**, 42 años, psicóloga)

"Eu faço consulta individual de nutrição e a partir, então da consulta de nutrição, a gente encaminha pros demais grupos. (...) Acho que a gente trabalha com a perspectiva da troca, então eu acho que a gente aprende a ter escuta pra começar a conhecer melhor quem é essa população que nos demanda." (**Shirley**, 36 años, nutricionista)

Esta profesional también hace referencia a que este trabajo está en una permanente búsqueda, siguiendo un ideal y que las dificultades pueden ser superadas porque el equipo está solidamente constituido:

"Eu acho que a gente faz bastante coisa porque tem uma equipe unida, capacitada, sensibilizada, integrada e a gente busca, tem um ideal. Quer dizer, é uma busca, a gente não se acomoda com as limitações. Agora certamente, estão sobrando demandas." (**Shirley**, 36 años, nutricionista)

Wanda, jefa del servicio de ginecología y pediatría, expresa su adhesión a la práctica colectiva o educativa porque proporciona a la población usuaria un nuevo lugar desde donde situarse en su propia vida como en la institución de salud:

"...eu acredito na prática coletiva, eu acho que se você dá à mulher a condição de refletir e pensar sobre a sua condição de vida e de saúde, ela consegue intervir nisso de forma diferente até na instituição de Saúde. Então eu acho que se você dá ouvido, dá escuta, na minha cabeça é isso, é dar escuta para os dois lados, dar escuta para a população e para o profissional e aí você consegue fazer uma harmonia, uma sintonia. Sintonia na prática para mim é isso, é você horizontalizar esse atendimento." (**Wanda**, 46 años, asistente social)

Es muy importante el planteo de **Wanda** ya que desde su lugar de jefa considera que es necesario que se tomen en cuenta las necesidades tanto de los profesionales como de las mujeres usuarias para que la relación profesionales-usuarias se transforme. También, entiende que el espacio que ofrece la práctica educativa le permite a las usuarias situarse de forma diferente ante las decisiones con respecto a su salud reproductiva y reconstruir su identidad.

De la misma manera, **Teodora** expresa que es necesario establecer con las mujeres que demandan por anticoncepción una relación diferente, es decir, más horizontal que posibilite trabajar temas muy controvertidos:

"A gente acha que é uma troca, então, a partir da experiência de vida delas que elas passam no decorrer de las reuniões elas já vão se abrindo mais, então você aprende muita coisa com elas.(...) você estabelece aquela ligação, ali no grupo, desde a primeira reunião, daquelas dinâmicas que

são feitas você cria um elo, então a gente cria essa parceria." (Teodora, 43 años, asistente social, casada, blanca, 2 hijos)

Un tema controvertido vinculado a la anticoncepción y que surge recurrentemente en esta area de trabajo es la sexualidad, las posibilidades de abordaje del tema están relacionadas con la relación que establecen profesionales y usuarias, al espacio físico como también a los dispositivos institucionales existentes.

1.2.1- Sexualidad: de eso no se habla

La propuesta del proyecto "Saúde e Prazer" no se queda en el mero hecho de la elección del método sino apunta al encuentro de la sexualidad, del placer, de la elección de una forma sobre como vivir y cuidar la propia salud. Si bien el tema de la sexualidad y el placer no son el objetivo del trabajo grupal son temas que se relacionan estrechamente con la anticoncepción y, por ello, permanentemente surgen y son abordados por las coordinadoras. Al respecto, las coordinadoras de uno de los grupos ponen en discusión el tema de las relaciones sexuales a partir del tema de compartir la decisión de la elección del método con el compañero. En la medida que las coordinadoras comienzan a indagar el tipo de comunicación existentes en la pareja como un tema importante a la hora de compartir la responsabilidad de elegir un método, las mujeres expresan que tienen vergüenza de hablar sobre "essas coisas" con los maridos. Al expresar estas vivencias las mujeres manifiestan las dificultades de hablar sobre su sexualidad y la de su pareja en la medida que fue y es percibido como algo sobre lo cual no debe hablarse. Esto llevó a las coordinadoras a trabajar la idea que de la misma manera que la anticoncepción tiene que ser compartida, la sexualidad puede ser vivida de a dos en la medida que se produzca un diálogo respecto a lo que se siente, a los malestares, a las dificultades, a lo que no les gusta y se exploren los cuerpos y sus sensaciones.

Los profesionales brasileiros, en definitiva, están trabajando sobre la planificación familiar mediante dos vías de acceso. Una tiene relación con la oferta de

las distintas opciones anticonceptivas acompañadas de la respectiva información y, derivado de ésta, una segunda vía que aborda el tema de la sexualidad, lo que permite un tratamiento más amplio y profundo sobre la anticoncepción. Estas dos vías hacen que la familia, como institución que estructura papeles, obligaciones y derechos de sus miembros, no sea el centro de los discursos sobre planificación familiar y si mujeres y hombres con su historia.

En la experiencia argentina, la sexualidad es un tema difícil de ser trabajado. Para la responsable del consultorio de adultas es un tema que surge porque:

"la mujer ya no se siente en cuanto a que actúa en forma pasiva, sino que se quiere poner más.... Muchas preguntan qué es el orgasmo, muchas se cuestionan porque no pueden tener orgasmos, hay muchas preguntas de esas. Yo creo que se da más porque en el consultorio de planificación la mujer es sana, entonces hay otras cuestiones que le interesan más." (Clara, 39 años, ginecóloga)

Sin embargo, hablar de sexualidad encuentra obstáculos fundamentalmente en el espacio físico precario que dificulta la tarea:

"Ahora a nosotros nos cuesta hablar mucho de sexualidad todavía. Y por ahí no tenemos parámetros como para hablarlo, entonces a veces es culpa nuestra que no le damos el pie que le tendríamos que dar para que ella hable, y sobre todo el lugar físico, lo vuelvo a recalcar porque en un lugar donde vos estés con un tema bastante jodido como es la sexualidad, con todas las vergüenzas que todavía las tenemos y vos sentís que hay gente pasando, que escuchan voces por todos lados, que abren la cortina en cualquier momento, y no te vas a poner a hablar de cualquier cosa." (Clara)

El tema de la sexualidad, como observamos, es considerado por la profesional como un aspecto importante que es llevado a la consulta por las mismas usuarias pero que encuentra dificultades para ser abordado no sólo por el tipo de preparación de los profesionales sino que principalmente por las condiciones edilicias. Estos elementos son los que explican para la mayoría de las profesionales argentinas la ausencia del abordaje de la sexualidad en esta experiencia de trabajo en planificación familiar.

Aunque algunas profesionales consideran que se deberían generar espacios que posibiliten una escucha diferente acerca de la sexualidad, esos "otros" espacios continúan siendo las consultas individuales ya que en realidad lo que se espera es que mejoren las condiciones edilicias y la cantidad de recursos humanos disponibles para la atención a la demanda. Ello permitiría una duración mayor de la consulta y una mayor privacidad gestándose así las condiciones necesarias para abordar el tema.

Como vemos la concepción de planificación familiar que sustentan los profesionales brasileiros abarca no sólo la tarea puntual de la entrega de métodos sino la reflexión acerca de la salud, del placer, de la sexualidad buscando reconstruir una identidad femenina a partir del intercambio de experiencias de vida, los saberes y conocimientos científicos. De esta manera, la reflexión nos lleva a pensar acerca de los espacios institucionales propuestos o posibles en ambas experiencias.

1.2.2- Espacios institucionales:

A través de las palabras de los profesionales brasileiras podemos recuperar para el análisis fundamentalmente dos elementos. El primero, la importancia del trabajo en el nivel individual y el grupal, que ofrece un espacio en el cuál las mujeres pueden realizar un proceso de elección, y segundo, la perspectiva de trabajo que orienta sus prácticas y la organización de la atención aparece con fuerza en los relatos percibiéndose que hay una intencionalidad dirigida a que las mujeres se apropien del conocimiento científico para que de esa manera asuman una posición activa entorno a su vida reproductiva. Alcanzar esa meta, para las profesionales brasileiras, implica modificar la relación profesional-usuaria, correrse del lugar del saber absoluto que otorga la sensación poder.

La observación participante realizada en los grupos de anticoncepción nos permitió ver que el intercambio de las experiencias personales de los profesionales con las experiencias de las mujeres usuarias recorre los encuentros y posibilita que esas

experiencias vivenciadas como individuales sean relativizadas y, por consiguiente, resignificadas.

La alternativa de establecer instancias grupales de encuentro ofrece posibilidades de situarse desde otros lugares tanto para los profesionales como para las usuarias. En el dispositivo tradicional de la práctica médica el ejercicio del poder tiene una única dirección, en cambio en los dispositivos alternativos tienen como potencial la distribución y ejercicio del poder entre los involucrados. En una sociedad con clivajes de género, clase y raza/etnia, las relaciones sociales están permeadas por el poder. A través de estos tres fenómenos se estructuran, organizan relaciones de poder y, además, se constituyen como ejes a lo largo de los cuales se distribuye-ejerce el poder. Por lo tanto, al reflexionar sobre la consulta individual en hospitales públicos podemos observar que este tipo de relaciones que estructuran relaciones de poder se presentan ya que nos encontramos con que profesionales y usuarias pertenecen a distintas clases, que el género regula tanto las relaciones hombre-mujer como las hombre-hombre y mujer-mujer y que las usuarias pertenecen a distintas razas. Los profesionales entrevistados son blancos, pertenecientes a una clase media profesional y mayoritariamente mujeres mientras que la población usuaria de los servicios en que ellos trabajan son mujeres, blancas, pardas y negras que pertenecen a distintas fracciones de la clase baja.

En la relación que se establece entre las mujeres, servicios de salud y profesionales se produce una interacción de representaciones construidas en la práctica social de los actores. En esta relación, por ejemplo, muchos profesionales dan por sabido lo que sienten las mujeres y actúan a partir de una definición *a priori* de cómo son las mujeres, y desde allí evalúan lo que es mejor para la salud de las usuarias. Las mujeres, por su parte, sienten temores y angustias que emergen del desconocimiento del propio cuerpo.

En el establecimiento de esta relación los profesionales son vistos como capaces de adivinar cosas acerca del cuerpo y sus vidas, en definitiva, son vistos como seres

portadores de un saber sobre el funcionamiento del cuerpo de ellas. Si este saber especializado es ejercido sin tomar en cuenta lo que las mujeres dicen y sienten, por lo tanto, sin reconocer las singularidades y particularidades se puede imponer ese saber al considerarlo el único y verdadero. A modo de ejemplo, sobre como los profesionales creyendo en que hacen lo mejor por la salud de las pacientes ejercen ese poder y como las mujeres se someten a esa situación, podemos mencionar el caso de mujeres-pobres, multíparas, a las que el médico les "sugiere" la ligadura de trompas en el momento del parto. En esa situación emocional muy particular, cuando para la mujer lo inmediato y el centro de su atención es el bebé, no aparecen muchas oportunidades ni el tiempo necesario para pensar o reflexionar sobre esa decisión. La ligadura de trompas, al ser un método irreversible, supone una nueva situación corporal y una decisión importante en la vida reproductiva de una mujer para la cual todavía no se sienta preparada pero presionada a acceder por circunstancias personales.

En la propuesta del PAISM las prácticas educativas deben permear toda la tarea asistencial porque "É através destas práticas educativas que as mulheres estarão habilitadas, por exemplo, para a escolha do método contraceptivo adequado, para a participação como agentes, da garantia de seus direitos. O resultado esperado deste processo é o deslocamento deste lugar de poder e este é um processo lento, de profunda mudança de comportamento: por parte das mulheres que constituem a demanda por serviços, bem como pelos profissionais de saúde que as atendem." (Costa, 1992:7). Es decir, que tanto en el trabajo grupal como en la consulta individual, se pueda establecer una relación horizontal, de mutuo respeto hacia los saberes que portan tanto las mujeres como los profesionales, en la cuál ambas partes se enriquezcan a partir del intercambio de esos saberes. Por otra parte, lo señalado por Costa recupera la idea central de que la desarticulación de ese espacio de poder es un proceso lento que sólo es posible cuando ambas partes modifican sus comportamientos. En este sentido, el desafío que se plantea **Wanda** al pensar, desde su lugar de jefa de los servicios, en

tomar en cuenta tanto las necesidades de los profesionales como las demandas de la población femenina, le permite establecer condiciones para transformar esa relación

La experiencia de trabajo de los profesionales del proyecto "Saúde e Prazer" como hemos observado es guiada por la "filosofía" del PAISM. Fundamentalmente, se visualiza que el trabajo en los grupos es un espacio en el que la población usuaria del centro de salud tiene la posibilidad de conocer, informarse, elegir y reconstruir su identidad y sus derechos. En esta experiencia también los profesionales buscan recuperar las vivencias femeninas en su diversidad e implementar la dimensión educativa, la más innovadora del PAISM, que permea la relación de los profesionales con las mujeres.

En la evaluación de la implementación de la práctica educativa realizada por el IBAM (1996) señalan que los profesionales no médicos son los que absorben más rápidamente la filosofía del PAISM en sus prácticas. La propuesta educativa, identificada generalmente como 'trabajo en grupo', encuentra niveles mayores de resistencia entre los médicos. Otro elemento destacado en ésta evaluación es la desvalorización de las prácticas educativas en el contexto del financiamiento del Sistema de Salud, ya que se paga por productividad pero existe una diferencia entre lo que pagan por atención individual y por práctica educativa.

Debemos señalar que aunque la práctica ejercida por los profesionales está en sintonía con los propósitos de la atención integral a la salud de la mujer, en ciertos casos existe un desconocimiento del Programa como una propuesta estructurada de atención a la población femenina.

A pesar de que en la práctica hay una coherencia expresada en la acción grupal y en la coordinación de los servicios, las actividades, etc., muchos de los protagonistas del Proyecto "Saúde e Prazer", desconocen partes esenciales del PAISM y hasta su mera existencia. Esto se transforma en una verdadera paradoja del Centro Píndaro de Carvalho, ya que este desconocimiento no impide la instrumentación eficaz de los preceptos y directrices del PAISM. Esta paradoja puede explicarse por un lado, porque

el feminismo brasileiro penetró en muchas mujeres que todavía no admiten ser feministas y, por otro lado, porque las entrevistadas en su trayectoria profesional han realizado aproximaciones a través de distintas experiencias vinculadas a la difusión del PAISM. Ello nos ayuda a comprender esta percepción más holística de la salud de la mujer.

A partir de la organización de los servicios hemos, por un lado, analizado la relación entre profesionales de la salud y las mujeres y, por otro, hemos podido ver como entienden la planificación familiar. La estructuración de la atención y las formas de entender la planificación familiar nos llevan a reflexionar acerca del modo en que los profesionales conciben la salud de la mujer y las imágenes que tienen de los hombres y las mujeres en la actualidad como concepciones más abarcadoras que están en la base de su trabajo profesional.

2- Cambios y permanencias:

La bibliografía sobre salud de la mujer trabajada en el presente trabajo ha mostrado que el surgimiento de una atención organizada de la salud de las mujeres estuvo motivada por el interés en la fuerza de trabajo por nacer y no en la mujer-persona. En virtud de esta forma parcializada de entender a las mujeres, reducidas a su capacidad reproductora, y, por ende, de su salud, consideramos relevante indagar de qué manera hoy los profesionales involucrados en la atención de la salud de las mujeres las piensan y cómo conciben su trabajo en ésta área. De esta manera, intentamos visualizar los cambios y las permanencias en las concepciones sobre la salud de las mujeres y la forma en que entienden las mujeres y los hombres los profesionales del área.

2.1- Salud y mujer: un casamiento invisible

Un elemento común que aparece en distintas entrevistadas argentinas es una noción de salud amplia en la cual la posibilidad de gozar de buena salud no depende solamente de lo orgánico, sino del equilibrio que se establezca entre lo biológico, lo psíquico y lo social:

"... yo creo que en un momento dado, salud era curar una enfermedad y punto. Después surgió lo de medicina preventiva, prevenir una enfermedad y hoy día yo creo que es darle calidad de vida a la paciente, principalmente en nuestro caso, a la mujer." (Olga, 55 años, ginecóloga)

"... yo creo que la salud la tenemos que ver de una forma global, no solamente cuidar la parte orgánica, porque creo que hay que cuidar todo. (...) Entonces, la salud de la mujer yo la veo bajo otros aspectos. Tanto la salud emocional, la salud física, la salud social, todo eso es la salud." (Clara, 39 años, ginecóloga)

"La salud de la mujer es como la del hombre, es el estado que puede lograr ella, que cubre todas sus áreas. Por eso cuando vienen las adolescentes les decimos (...) sino que hacen a la salud otra serie de cosas, que es el tener una buena relación con su pareja, una buena relación con su familia, a nivel de afectos que cubre tanto lo biológico, lo psicológico como lo social." (Elena, 45 años, trabajadora social, casada, blanca, 2 hijos)

Las respuestas están impregnadas por el concepto de salud difundido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual la salud es más que la ausencia de afecciones o enfermedades: es el completo bienestar físico, mental y social. Según este concepto, para el alcance de ese "completo bienestar" es condición necesaria una "total armonía" entre lo físico, lo mental y lo social. La amplitud de esta definición rescata el contenido positivo que no tenían las definiciones tradicionales de la salud que sólo la definían como ausencia de enfermedad. Además, la definición de la OMS, dirige la atención no sólo a los aspectos médicos de la atención de la salud sino que también al funcionamiento de la sociedad.

El modelo de atención de la salud, a pesar de esta definición, dirige todos sus esfuerzos a la cura de enfermedades o afecciones, por lo tanto la definición tradicional

de salud como ausencia de enfermedad aún rige la práctica médica y la formación en medicina a través de su corte netamente biologista. Las dimensiones subjetiva y social de la salud son secundarias y desvalorizadas, como así también las acciones preventivas, de promoción de la salud y las prácticas profesionales de otras disciplinas que trabajan en el campo de la salud que están subordinadas a la práctica médica hegemónica. Al respecto **Juan**, médico toco-ginecólogo, dice:

"...los hospitales nuestros ninguno está preparado, ni psicológicamente los profesionales que salen de nuestra universidad, es algo espantoso la formación que les estamos dando. Salen con una formación biologista, ven panzas, ven úteros, es así, y vos lo podés ver, hace sala un rato con nosotros y te das cuenta, y está todo armado para eso y es muy difícil romper con eso."

Lo expresado por **Juan** muestra la hegemonía del modelo anátomo-clínico, la manera como el modelo se reproduce en la formación médica y en la atención de la salud y como ello hace más dificultosa la introducción de transformaciones en el mismo.

Josefina considera que a la hora de pensar en la salud de las mujeres los profesionales se olvidan de muchos aspectos que condicionan el proceso salud/enfermedad:

"A gente, quando pensa em saúde da mulher, a gente esquece as condições de trabalho, de moradia, questões que envolvem a nossa sociedade..." (**Josefina**, 43 años, nutricionista)

Como es posible observar en las respuestas sobre qué es la salud de la mujer, de modo general, la mayoría responde sobre qué es salud. Salud, para los profesionales antes citados, es un estado alcanzable a través de la satisfacción de un conjunto de necesidades básicas que trascienden lo físico. Podemos pensar, en principio, que en esta respuesta existe una concepción de salud de la mujer que en parte es semejante a la definición de salud reproductiva difundida por la OMS. No obstante, la definición de salud de la OMS relaciona el bienestar físico, mental y social con todos los aspectos del sistema reproductivo. Esta relación está ausente en las

definiciones de los profesionales, lo que a nuestro entender dificulta la percepción de las particularidades de la salud de las mujeres.

Otros profesionales hacen referencia a otros aspectos que atañen a la salud como, por ejemplo, **Marta** expone una concepción amplia de la salud en la cual aparece la cuestión del deseo. Sus palabras nos permiten percibir que las personas abandonan sus deseos y proyectos. En este sentido, pensamos que en el caso de las mujeres los abandonan, muy frecuentemente, por su entrega y dedicación a los otros:

"É uma coisa tão ampla. É muito além de não sentir dor, que isso também se inclui. Eu acho que é o resgate do desejo, do prazer pela vida, da busca por opções, do tentar ir mais além do subverter a ordem. Eu acho que saúde é isso. É compromisso com o desejo. (...) As pessoas adoecem porque elas abandonam seus desejos, eu acho que elas adoecem disso." (**Marta**, 42 años, psicóloga)

Gladys, por su parte, aproximándose a la visión expuesta por **Marta**, responde que la realización personal es una condición necesaria para alcanzar un buen estado de salud:

"Salud de la mujer es..., lo cotidiano de todos los días, de cada rato, es decir, que no es tener que ir al médico, hacer su examen de prevención ginecológico, examen mamario, su anticoncepción, sino hace a lo que... a su trabajo diario, a la posibilidad de tiempo libre que tenga para descansar, para poder hacer las cosas que le interesan..."

Teodora responde desde una concepción de salud que privilegia la prevención de patologías pero, al mismo tiempo, hace referencia a la prevención porque en general la atención dada por las mujeres al cuidado de la salud se dirige a los otros miembros de la familia en detrimento del cuidado de la propia salud:

"Eu acho que a questão da prevenção é a questão que lembra saúde da mulher: prevenção, é você se cuidar, é fazer preventivo uma vez por ano, é fazer exame de mama, outros controles. Saúde da mulher lembra prevenção."

Hasta el momento observamos que, por un lado, para el conjunto de los profesionales, sean argentinos o brasileiros, la salud, al menos discursivamente, no

tiene sólo un basamento biológico. Por otro lado, la vinculación entre salud y mujeres aparece debilmente en los profesionales, por lo que la forma particular de gozar de salud, enfermar y morir de las mujeres no es problematizada por la mayoría de los profesionales. Como bien señala, Elsa Gómez (OPS, 1993), en materia de salud, las mujeres y los hombres difieren significativamente entre sí, elemento que, sin embargo, es frecuentemente ignorado. Nosotros agregaríamos que no sólo es un elemento ignorado sino invisible. Por un lado, en el imaginario social está presente la idea de que las mujeres resisten más el dolor y son más fuertes ante las adversidades y, por otro, que las mujeres son básicamente neuróticas, psicosomáticas y presentan afecciones que no son reales. Estas formas de pensar invisibilizan o minimizan las afecciones y enfermedades que padecen las mujeres siendo contraproducente para el establecimiento de estrategias preventivas en la medida que las principales causas de muerte en las mujeres son en su mayoría evitables.

En **Wanda** es posible visualizar una concepción de salud como derecho, en la cual se introducen elementos que hacen a la condiciones de salud de la mujer:

"Como um direito de cidadania, que ultrapassa as questões só de ter uma barriga, ou um problema ginecológico, mas de ter um direito que é uma coisa muito mais ampla que está relacionada à habitação, à moradia, à vida, à sexualidade (...) É um direito, é a oportunidade que ela tem de trocar com o semelhante o que é a vida, o dia-a-dia, ter acesso à informação, ter direito à decisão, direito de opção. A opção é dela. O serviço tem que oferecer, e a opção é dela. Então é o direito de conhecer e optar. Acho que saúde ultrapassa o que diz bem-estar físico e social, acho que é um bem-estar muito maior, acho que ultrapassa o bem-estar e é um direito e dever do Estado." (**Wanda**, 46 años, asistente social)

Esta forma de entender la salud de la mujer se fundamenta en la situación reproductiva de la mujer brasilera que venía siendo caracterizada por la esterilización en masa de una parte de la población femenina y por la falta de conocimiento y posibilidad de acceso a métodos anticonceptivos reversibles. Es decir, a partir de una lectura de la situación reproductiva de la mujer brasilera y, en particular, del estudio de

la demanda femenina al centro de salud, el equipo de profesionales definió trabajar tomando en cuenta las nociones de integralidad de la asistencia, libertad de elección, revalorización de la intimidad y del establecimiento de la relación entre acceso a los métodos y derechos de ciudadanía³⁷.

De modo diferente, el consultorio del planificación familiar en el servicio de ginecología del "Roque", fue creado en respuesta a la demanda de la población femenina adulta que concurría al Hospital. Para los profesionales que trabajan allí la planificación familiar es un abordaje particular como todos los demás existentes en el servicio, que está dividido en especialidades como patología mamaria, climaterio, etc. En cambio, en la propuesta del proyecto "Saúde e Prazer" el punto de partida ya contiene una mirada profunda sobre la salud de la población femenina.

En este sentido, **Shirley** es muy clara a la hora de manifestar qué concepción de salud sustenta su trabajo con las mujeres:

"A gente tenta trabalhar com a mulher por uma questão do ser integral, a questão da sexualidade, da sua autonomia, da sua auto-imagem, dela se ver enquanto uma pessoa que se vê valorizada, de compreender o seu corpo dentro de uma história de vida. A gente vem tentando trabalhar nessa linha em todos os grupos, inclusive nas consultas individuais."
(**Shirley**, 36 años, nutricionista)

En definitiva, podemos decir que la casi ausente problematización de la salud reproductiva en el caso de los profesionales argentinos se explica a partir de la perspectiva con la que trabajan en la que las especificidades de la salud de la mujer son invisibles.

Las mujeres tienen una relación constante y masiva con el sistema de salud como usuarias, trabajadoras, recurso *ad-hoc*, que a pesar de su aparente evidencia no es cuestionada. En este sentido, son significativos los aportes del llamado "nuevo feminismo" en la explicación de la ausencia en los discursos de cuestionamientos de los papeles desempeñados socialmente y la subordinación de las mujeres.

³⁷ Projeto "Saúde e Prazer": *Introdução*. VV.AA. CMS-"Píndaro de Carvalho Rodrigues". Rio de Janeiro, s/d.

Los movimientos feministas resurgidos hacia fines de los sesenta en los países centrales tuvieron un papel importante en el descubrimiento de la invisibilidad social de las mujeres: en el trabajo doméstico no valorizado, en los momentos históricos de lucha y transformación para citar algunos ejemplos. Reconocer y nombrar otorga existencia social porque la existencia, según Jelin (1996), es un requisito para la autovaloración y para la reivindicación. Esta visibilidad mostró dos aspectos, el primero, la trama social que sostiene y reproduce la sociedad en la cual se destaca el trabajo doméstico realizado por las amas de casa y, el segundo, se relaciona con la salida al mercado laboral y a otras formas de participación en espacios públicos en donde las mujeres sufren discriminaciones y viven situaciones desiguales a los hombres.

La visibilidad dada por el movimiento feminista de los países centrales a la condición de las mujeres tuvo un impacto diferenciado en los centros de formación universitaria como en las instituciones de América Latina. La acción pública de las mujeres en América Latina emerge en un contexto muy particular. En este sentido, Jelin (1997) señala: "En la segunda mitad de los setenta y primera mitad de los ochenta hay tres procesos históricos concomitantes, que convergen en la definición del contexto de la acción pública de las mujeres latinoamericanas: los procesos de democratización política y social; una creciente atención y movilización internacional referidas a la condición social de las mujeres (recordemos que 1975 fue el primer Año Internacional de la Mujer y el inicio de la década) y el cambio en el contexto económico mundial, con la crisis del Estado de bienestar, las políticas de ajuste y sus efectos en términos de desigualdad social (polarización en la distribución de ingresos, privilegios por un lado y mayor miseria y marginalidad por el otro -efectos de una crisis que afecta a ambos géneros, aunque de manera no equitativa-)." (1975:193)

Las dictaduras y las violaciones a los derechos humanos en América Latina coincidieron con el momento en que la atención internacional comenzó a volcarse hacia las mujeres. En 1975 con la Declaración del Año Internacional de la Mujer, el inicio de

la década, con denuncias, declaraciones y la creciente visibilidad del tema, surgen un conjunto de demandas sociales de las mujeres frente a los gobiernos que coinciden con los primeros encuentros entre militantes feministas de los países centrales y mujeres latinoamericanas.

En el caso de Brasil, el feminismo aparece a fines de los '60, en el contexto de la dictadura militar que comenzó en 1964, pero adquiere una gran fuerza a partir de 1975. Desde el punto de vista práctico, ese año fue muy importante porque detonó un movimiento de mujeres amplio y diverso en el país. Fueron lanzadas campañas específicas, se comienzan a publicar diarios feministas que desempeñaron un papel movilizador y organizador a pesar de su corta vida. Surge una literatura especializada sobre la cuestión femenina, una producción académica en algunas disciplinas de las Ciencias Humanas y, al mismo tiempo, se crean varias formas de organización dirigidas a la mujer.

La incorporación de la sexualidad y la reproducción en el temario feminista se realizó a final de los setenta ya que se produjo una descompresión política en el régimen autoritario y una ampliación de los espacios democráticos dentro de la oposición al régimen. Las feministas realizan una importante contribución para la expansión de la agenda de la lucha política por la democracia.

El debate sobre aborto, sexualidad, anticoncepción, que colocaba al cuerpo como tema de la política, se instala en la agenda del feminismo en los '80. En ese momento proliferan grupos feministas en torno a temas como violencia y salud.

Otro proceso importante vinculado al anterior es el de la Reforma Sanitaria que surge en la misma época. La Reforma Sanitaria es entendida como un proceso de transformación del sector salud y se desarrolló a través de un movimiento que aglutinó distintas fuerzas sociales y políticas. La realización de la VIII Conferencia Nacional de Salud en 1986 corresponde en el plano jurídico e institucional al momento de síntesis de la propuesta que dio como resultado el Sistema Único de Salud (SUS) a partir de una amplia reformulación del sector.

El movimiento de mujeres y la Reforma Sanitaria fueron parte de un proceso de movilización y efervescencia de la sociedad civil organizada a través de los movimientos sociales, que hicieron visible la relación de las mujeres con la salud.

En el caso argentino, en los años setenta y principios de los ochenta la realidad imponía un nuevo espacio de luchas: la dictadura y las violaciones a los derechos humanos. Por esos años los constantes enfrentamientos entre fuerzas políticas de izquierda y militares fue el centro de la atención social, así surgen un conjunto de organizaciones en defensa de los derechos humanos. Entre esas organizaciones adquieren notoriedad internacional las Madres de Plaza de Mayo. Según Jelin: "el compromiso de muchas no provenía de convencimientos ideológicos explícitos o de cálculos estratégicos en la lucha anti-dictatorial. No era una lógica política, sino una lógica del afecto, eran mujeres directamente afectadas -madres, abuelas, familiares de víctimas-, pidiendo y reclamando por sus parientes desaparecidos, torturados, muertos, encarcelados. La denominación de las organizaciones de mujeres alude a la primacía del vínculo familiar: madres, abuelas, viudas, comadres, familiares." (1997:192). Es decir, que en este accionar las mujeres se politizan a través de sus papeles tradicionales. Desde su lugar de madres y abuelas que perdieron seres queridos, se acercan a la arena política para luchar por los derechos humanos, pero no necesariamente como mujeres que luchan por sus derechos, y ello produce subjetivamente efectos distintos más allá de que las madres y las abuelas han hecho política desde esos papeles.

En los '90 el movimiento de mujeres que, tímidamente se presenta en la escena política, introduce en su agenda la discusión sobre la salud reproductiva como derecho humano. El aborto, la anticoncepción y la sexualidad son temas que permiten conocer la posición de la Iglesia católica y de las fuerzas políticas conservadoras, actualmente oficialistas. La estrecha relación entre la jerarquía católica y el poder político de turno son una alianza extremadamente eficaz que se opone a cualquier reconocimiento de los derechos reproductivos e implantación de programas de salud dirigidos a la mujer que

contemple la entrega de métodos. Según Gutierrez, "Dadas las condiciones desarrolladas y teniendo en consideración la estrecha relación Iglesia-Estado en la Argentina, conjuntamente con una acción política concertada entre intereses del partido gobernante y la Jerarquía Eclesiástica, no parece tarea sencilla reinstalar el debate sobre el aborto y los derechos sexuales y reproductivos desde las coordenadas del derecho de las mujeres para una libre decisión." (1998:90)

De esta manera, vemos que la acción de las mujeres en Argentina y Brasil tuvo ámbitos y tiempos diferentes de desarrollo, en el caso de Brasil fue muy importante el papel del movimiento de mujeres en las discusiones acerca de la salud como su incorporación en los movimientos sociales a principios de los '80 y en el caso de Argentina en la lucha por los derechos humanos que en esta década incluyen los derechos reproductivos y sexuales.

A pesar de que le llevó tiempo al movimiento feminista dar visibilidad en los países centrales como en América Latina al tema de la reproducción y la sexualidad, las discusiones y denuncias permitieron ampliar la visión de la salud de las mujeres, reducida a lo materno e incorporando un conjunto nuevo de aspectos hasta el momento ignorados. Sin embargo, la incorporación de otra visión de la salud de las mujeres es dificultosa en la medida que culturalmente es muy fuerte la imagen de la mujer-madre, como imagen sagrada. En nuestras sociedades de tradición judeo-cristiana, por ello, existe horror por las mujeres estériles como un gran tabú alrededor de la sexualidad. También un enraizamiento de prácticas e ideologías que obstaculizan cambios legales, propuestas de servicios de salud, consagración de derechos, etc.

La transformación del modelo hegemónico de atención de las mujeres reducido a lo materno, además, encuentra obstáculos en la medida que las políticas son gestadas en un Estado androcéntrico en el que el ejercicio discrecional del poder revitaliza un conjunto de estereotipos de lo masculino y lo femenino en la sociedad de forma dicotómica y antagónica cristalizando en definitiva la dimensión biológica (Pougy, 1996).

En este sentido, la manera en que se reproduce y cristaliza la dimensión biológica puede visualizarse en lo que señala **Juan** sobre la salud de la mujer:

"... creo que la salud de la mujer pasa a ser, quizás, más importante que la salud del hombre en cuanto a que generalmente hay un binomio relacionado con ella que es la posibilidad de engendrar, de tener un hijo y llevarlo en el vientre durante 9 meses, parirlo y después lactarlo. El binomio madre-hijo tiene una mayor simbiosis que la de padre-hijo." (**Juan**)

Juan en su respuesta atribuye más importancia a la salud de la mujer porque está relacionada al binomio madre-hijo, es "más importante" porque la mujer tiene la posibilidad de engendrar, gestar, parir y amamantar. Es decir, reduce la salud de las mujeres a aspectos biológicos relacionados a la reproducción, a su función reproductiva. El género, así como la clase y la raza condicionan la percepción del mundo y el pensamiento, es decir, que funciona como una mira telescópica a través de la cuál el mundo es aprendido por el sujeto.

Si de alguna manera podemos decir que los hombres parten de una óptica que se diferencia de la de las mujeres entrevistadas ya que fueron modelados por las tecnologías de género para tornarse hombres, no podemos, no obstante, olvidar que las identidades de género son forjadas en el interior de las relaciones sociales que incorporan y reproducen representaciones e ideologías. El género pone en relación y distribuye los individuos en categorías previamente constituidas y, además, constituye la representación de esa relación, por lo tanto, representamos en referencia a otro, un otro como opuesto, es decir no sólo los hombres ven como tales sino que hombres y mujeres reproducimos la asociación entre la función reproductiva de las mujeres y su salud. En otras palabras, las mujeres también comparten pueden esa imagen sacralizada de la mujer-madre, por lo tanto, de su salud. **Mercedes**, por ejemplo, le atribuye un valor especial a la salud de la mujer si es comparada con la del hombre:

"...es lo principal la salud de la mujer, la mujer en el mundo es lo primordial, lo primero, sino se acabaría la humanidad... **E**: Por

qué? por su capacidad de dar a luz? **M:** Y, por todo, la mujer rinde mucho más a veces en todo, en trabajo, en educación, en lo intelectual a veces la mujer sobresale más que el hombre, la mujer tiene más contacto en todo, el hombre no sabe estar enfermo, la mujer está y sabe estar enferma y sale adelante, el hombre es capaz de dejarse morir, es así, la mujer sabe sufrir más y sabe estar enferma y sabe... es más emprendedora yo creo, es más corajuda, tiene más iniciativa también..." (**Mercedes**, 59 años, enfermera)

Otro aspecto interesante de esta respuesta son las cualidades de la mujer que resalta Mercedes. Ella señala como cualidades saber estar enferma, resistir, tener iniciativa, todas estas cualidades para las cuales las mujeres hemos sido "dulcemente" entrenadas que no son parte de una esencia femenina sino que las mujeres somos socializadas, por lo tanto, modeladas en esa dirección. Ello implica que la ideología de género se apropia de las representaciones de género, es decir, se apropia de la forma en que hombres y mujeres sienten y piensan su experiencia cotidiana, naturalizando fenómenos que son propios de la cultura. Sino sería imposible entender por qué las mujeres que realizan trabajos que exigen una gran fuerza física se definen así mismas como menos fuertes que los hombres.

En el presente ítem hemos podido visualizar que entre las profesionales brasileras la concepción de salud de la mujer se encuentra vinculada al discurso feminista, siendo que este discurso está en la base de su propuesta de trabajo que asume el compromiso de trabajar para constituir mujeres autónomas capaces de elegir. Las profesionales argentinas conciben la salud de la mujer como un estado general de bienestar físico, mental y social, concepción que está relacionada con la difundida por la OMS sobre salud reproductiva, pero sin problematizar las especificidades de la salud de las mujeres.

Los cambios producidos por la urbanización y el industrialismo que generaron un nuevo ideal de familia, nuevas tecnologías al servicio de la prevención de embarazos y para combatir la esterilidad, como también el efecto de los medios de comunicación en la difusión de modelos de mujer y hombres no han sido aún

permeadas en dirección de la transformación de las relaciones y las representaciones de género. Aunque no desconocemos los pasos en dirección a otras formas de entender los papeles de hombres y mujeres en nuestras sociedades, creemos que mirando las macroinstituciones como el Estado y las políticas que de él se desprenden, percibimos grandes resistencias a esos cambios.

2.2- Auto-representaciones: ópticas diferenciadas

La identidad del sujeto es construída en y por la actividad de producir y reproducir la vida en un constante movimiento de subjetivación a través de la apropiación de los resultados de esta actividad y de la producción de objetivaciones a través de la actividad realizada. Al producir y reproducir la vida el sujeto, en definitiva, se produce a sí mismo (Almeida, 1996) en condiciones histórico-sociales particulares que dan el marco a las variaciones temporales que esa identidad tiene.

La ubicación de los individuos en determinadas actividades no es arbitraria, sino condicionada por la división sexual del trabajo que es constantemente desafiada por la acción del sujeto. En virtud de esa división las mujeres han sido preferencialmente asignadas a la esfera de la reproducción, en cuanto que los hombres han sido asignados a la esfera de la producción. Por lo tanto, siguiendo a Almeida (1996:294) podemos decir que la identidad del sujeto es producto de la confrontación y disputa de igualdades y diferencias. No obstante, las diferencias, que están en la base de la división sexual del trabajo son productoras de las desigualdades.

Hoy, según Carneiro (1994), la identidad femenina se encuentra en proyecto de construcción basado en el desmantelamiento de los modelos de la reina del hogar, del destino inexorable de la maternidad, de la restricción al espacio doméstico y en el rescate de las potencialidades adormecidas por la dominación masculina.

La identidad femenina históricamente se ha construído en torno a la maternidad, al lugar privilegiado en la esfera de la reproducción, de lo doméstico, del mundo

privado. Por su parte, la identidad masculina se ha construido entorno a la idea de fuerza física, de razón, a su lugar de proveedor del grupo familiar. En virtud de ello, es importante recuperar el modo como piensan los entrevistados.

Al leer las entrevistas aparecen dos definiciones claras acerca de las mujeres. Una es la expresada por los hombres entrevistados y otra es la de las mujeres.

Desde la óptica de los hombres Adilson considera que hombres y mujeres son diferentes por su genitalia. El hecho de tener diferentes sexo produciría sentimientos distintos. Además considera que esa diferencia biológica fue hecha para que hombres y mujeres se complementen y vivan juntos.

"Eu acho que não há diferença. Ser mulher e ser homem é a mesma coisa.... (...) Existem diferenças biológicas, mas é um ser humano. (...) Cada um tem suas limitações, dentro do que a natureza deu a eles. A mulher teve o dom da maternidade, que é um dos troços mais sublimes e que é a força maior que ela tem. Vindo daí, ela tem as conseqüências: os filhos são muito mais chegados à mãe do que ao pai, o apego, o sentimento que a mãe tem é diferente do sentimento do homem, (...) nunca um homem vai conseguir encarar a vida e ter os sentimentos e as emoções diferentes da mulher, porque é biológico. Eu acho que são iguais, do jeito que deus nos fez. (...) O aparelho reprodutor é que é diferente."
(Adilson, 45 años, gineco-obstetra)

Adilson como podemos observar acentúa la noción de diferencia biológica a partir del sexo pero, al mismo tiempo, piensa que somos iguales como seres humanos. Más allá de rescatar la humanidad que nos es propia tanto a mujeres como a hombres, coloca a las diferencias en el terreno de la naturaleza y a partir de allí argumenta que es el sustrato biológico de la maternidad lo que produce una diferencia enorme en la forma de sentir, de relacionarnos con los hijos y de encarar la vida.

Juan, por su parte, considera que para un hombre la primera imagen de mujer es la imagen de la madre, por lo que es muy difícil responder sobre qué es ser mujer distanciándose de la imagen de su madre.

"Lo que pasa que es muy difícil preguntarle a un hombre preguntarle ésto porque generalmente la primer imagen que tiene un

hombre es la de la madre, la imagen de que lo acunaba, de que lo tenía.
 (...) ... por supuesto que yo no voy a pensar que sólo es madre, sería una
 cosa espantosa." (Juan, 50 años, toco-ginecólogo)

Al mismo tiempo, que se horroriza por pensar a la mujer sólo como madre
 piensa que la maternidad es lo más importante para la mujer, él le atribuye un valor
 sublime de la misma manera que lo manifestó Adilson:

"... ¿hay algo más importante para la mujer que la maternidad? sí
 puede estar la profesión pero nunca vas a encontrar algo más importante
 que eso. Haber gestado, haber llevado un bebé en el vientre, darle de
 mamar yo creo que es una cosa inalienable a parte es una cosa que no se
 lo podemos sacar a la mujer eso lo lleva." (Juan, 50 años, toco-
 ginecólogo)

Llama la atención que ambos al ser interrogados con respecto a lo que piensan de
 las mujeres toquen el tema de la maternidad y de lo que sienten respecto a la
 maternidad. Ellos hacen referencia al valor de "haber gestado", "llevado en el vientre",
 "dar de mamar", "don de la maternidad", "es la mayor fuerza de una mujer",
 comentarios cargados de admiración por la maternidad que dejan en segundo plano a la
 mujer como persona. Podemos pensar que la reducción operada en la visión de las
 mujeres puede estar íntimamente relacionada a la especialidad médica en la cuál ambos
 profesionales han sido formados, la gineco-obstetricia. En ésta línea de interpretación
 nos apoyamos en Giberti (1992), que sostiene que el naturalismo que infiltra las
 prácticas obstétricas es un derivado de las ciencias biológicas y que el modelo de
 inteligibilidad tradicionalmente elegido es la naturaleza, colocando a la madre en
 posición de objeto natural, es decir, una mujer dedicada a procrear y criar. Para esta
 autora, "las ideologías funcionan con objetos ausentes que transforman en presentes:
 ausente "la mujer", aparece la madre en tanto objeto sustituto que opaca la posibilidad
 de pensar en mujer-persona, lo que aparece libidinizado es la función materna,
 privilegiándola por encima del ser." (1992:279)

De esta manera, lo que Adilson y Juan sienten es la expresión de que el ser
 mujer se identifica con el papel de madre. Expresando así un sentimiento compartido

por hombres y mujeres que responde a la manera de representar a las mujeres en nuestra sociedad.

Como dijimos anteriormente, las mujeres se piensan así mismas de modo diferente. Las profesionales entrevistadas van señalando distintos elementos que componen una caracterización de mujer:

1-mujer ama de casa y trabajadora

"eu acho que é você trabalhar, estar junto de seu parceiro, a frente da sua casa, é você participar da vida fora da sua casa, é você ter seu espaço (...) estar por dentro da situação que a gente está vivendo no país. (...) ...acho que é muito bom essa evolução dos tempos, não só você ficar pilotando fogão, geladeira e o tanque... (...) porque eu acho que de uns tempos pra cá a mulher passou a se preocupar mais com ela mesma." (Teodora, 43 años, asistente social)

"Ser mujer y hombre antes eran roles muy definidos, la mujer ama de casa y madre y el hombre saliendo a trabajar. Actualmente esos roles se fueron transformando ya que la mujer también sale a trabajar y el hombre también colabora en el hogar. Es como si se han igualado. La definición hombre-mujer se fue ampliando van más allá del sexo, de la genitalia. Hay más solidaridad." (Gladys, 37 años, ginecóloga)

2- la mujer se define por sus distintos papeles

"Em cada momento da vida você se agarra a alguma coisa para te responder a essa questão. Em um momento, o corpo, em um outro momento, os filhos, no outro momento, o casamento. São recursos para te responder o que é isso de ser mulher. E você vai se respondendo através dos papéis." (Marta, 42 años, psicóloga)

"Eu acho que a gente vive essa transição de ter que viver o papel de ser mãe, trabalhadora, profissional que quer crescer, estudar, que tem que dar conta de uma série de coisas da casa, da maternidade o que muitas vezes não é compartilhado igualmente." (Shirley, 36 años, nutricionista)

La óptica de las mujeres incorpora en su visión una imagen de mujer que asume múltiples papeles; una imagen que resalta la capacidad de superación, de conquista de nuevos espacios, etc.. Además, las profesionales nos muestran que la mujer es

pensada hoy a partir de un conjunto variado de papeles entre los que se incluye el de madre pero que no es el único, que hoy las mujeres hacen de todo un poco.

Creemos que esta imagen que tienen las mujeres de sí mismas es posible porque en la historia se produjeron cambios. Además, la experiencia cotidiana de éstas mujeres entrevistadas es la de ser mujeres, trabajadoras, madres, esposas, etc. Con ello, queremos manifestar que si bien han ocurrido cambios y que la imagen de estas mujeres por su experiencia permite recuperar una imagen particular no es posible generalizar ésta visión ya que ni todas las mujeres viven las mismas experiencias, como veremos en el próximo ítem, ni es posible pensar que las imágenes que tenemos de nosotros mismos son transparentes.

Consideramos importante resaltar un conjunto de procesos sociales como la urbanización, el avance tecnológico, las transformaciones en el modelo de familia, en el mundo del trabajo que enmarcaron la emergencia de la acción pública de las mujeres a través del movimiento feminista y del movimiento de mujeres como así también nuevas experiencias cotidianas para las mujeres. Es decir, en esas experiencias mujeres y hombres asumieran otros papeles y nuevas responsabilidades. Esto no nos debe hacer pensar que las identidades de género sean construidas a partir de nuevos referenciales ya que todavía operan con fuerza referenciales como la maternidad, la responsabilidad en la crianza de los hijos y de las tareas domésticas. Si bien es cierto que en la actualidad es cada vez más común que los hombres realicen tareas domésticas o cuiden los hijos, se piensa que en esas tareas colaboran con las mujeres que son, en definitiva, las responsables. De igual modo, se piensa que las mujeres que trabajan fuera de la casa lo hacen para ayudar al marido que no gana lo suficiente y no estaría cumpliendo con la responsabilidad de cubrir todas las necesidades de la familia.

Como una de las consecuencias de las transformaciones en curso nos parece importante rescatar la posibilidad de contar con mayores márgenes de libertad para el ejercicio de la sexualidad. La libertad en el ejercicio de la sexualidad sin riesgo de embarazo posibilitada por el desarrollo de los métodos anticonceptivos es uno de los

elementos que le permite a las mujeres superar la idea de la "biología como destino", en la medida que la mujer puede controlar su fecundidad tiene más posibilidades de decidir sobre su propia vida y no sentirse presionera de la naturaleza.

"A partir da revolução sexual feminina, dos anos 60, a mulher vem se colocando mais como sujeito, deixou de ser objeto, ela se coloca mais enquanto sujeito da ação e aí surge esse perigo mesmo. O homem não está habituado a lidar com esse contexto em que a mulher é sujeito. Foram várias coisas que foram acontecendo, como o movimento hippie, a revolução sexual, os movimentos feministas, e isso foi trazendo a mulher para uma condição de sujeito de uma ação na sociedade." (**Wanda**, 46 años, asistente social)

Las mujeres al asumir otra actitud frente a su propia vida cuestionan a los hombres situación que según Shirley los hace sentir amenazados:

"Ele está mais ameaçado e fragilizado. Não sei se é em todas as classes sociais, mas essa nova mulher ameaça. Até tira determinados papéis que têm que ser recolocados pra ambos. Agora, eu acho que, ao mesmo tempo, isso dá uma oportunidade pra o homem também colocar os seus sentimentos." (**Shirley**, 36 años, nutricionista)

Frente a esos cambios los hombres buscan reposicionarse. Es interesante observar que las profesionales consideran que esa nueva mujer es amenazante para el hombre aunque esa amenaza es beneficiosa en la medida que les exigiría a los hombres modificaciones en sus actitudes y en los modos de pensar.

En este punto vimos que hombres y mujeres piensan a las mujeres en forma diferente. Los hombres tienden a verlas como madres y las mujeres rescatan la diversidad de los papeles asumidos por ellas mismas. El nuevo posicionamiento de las mujeres no está exento de conflictos ya que para las propias mujeres significa ambivalencias y contradicciones internas, como el aumento de responsabilidades.

2.3- El reconocimiento de las diferencias:

La caracterización de la mujer realizada por los profesionales no homogeneiza a todas las mujeres ya que las diferencias dentro de la misma categoría de sexo son reconocidas al hablar sobre las mujeres usuarias. Fundamentalmente, las entrevistadas señalan que las diferencias son producto de la pertenencia a distintas clases o sectores sociales. Esta pertenencia implica diferencias en las expectativas de vida, en los proyectos, en la forma de situarse en el mundo.

Las profesionales brasileñas al referirse a las usuarias del Píndaro de Carvalho realizan una distinción entre las mujeres que llegan al grupo de anticoncepción y las mujeres que participan del grupo de madres de niños con riesgo nutricional o del grupo de gestantes, diferenciación basada en la actitud frente a sus vidas. Consideran que las mujeres que llegan al grupo de anticoncepción asumen una posición activa con respecto a su salud, son mujeres que buscan aprender y pretenden tener más autonomía.

"De todos os grupos eu acho é o grupo que se pergunta mais. O fato de vir aqui já para procurar um método e se colocar na posição de escolha, eu acho que já é se colocar em uma posição ativa, de sujeito, de sujeito da própria vida." (**Marta**, 42 años, psicóloga)

"Porque acho que a mulher que demanda o grupo de contracepção, são mulheres um pouco mais esclarecidas porque elas já têm um pouco mais de querer ter autonomia, ver a questão, ver a questão do corpo." (**Shirley**, 36 años, nutricionista)

"... são mulheres que eu acho que pelo menos estão buscando aprender alguma coisa elas se interessam, elas gostam depois que elas passam no grupo você vê que elas até mudam a maneira de ser, de falar, de ir aqui, quando elas falam de contracepção já sabem daquilo que estão falando." (**Teodora**, 43 años, asistente social)

Pero, según **Teodora** las mujeres del grupo de madres de niños con riesgo nutricional son diferentes porque están más ligadas a sus hijos, son mujeres amas de casa, sin una proyección por fuera de la maternidad y de las funciones de esposa:

"Mas a maioria eu acho é ligada aos filhos, a gente vê aqui nos grupos que elas são muito ligadas aos filhos e tem até uma certa

dificuldade em esse desligamento de colocar o filho numa creche, de deixar com alguém e deixa só por necessidade mesmo." (**Teodora**, 43 años, asistente social)

"Essas mulheres, pelo menos no que a gente observou aqui, elas não criaram projetos pessoais, nem profissionais. Então nós temos uma situação seríssima com um grupo de mães que não trabalham fora. Então elas ficaram muito prisioneiras da maternidade e das funções de esposa e dona de casa. Eu acho que isso de alguma forma fez com que elas tivessem uma experiência diferente..." (**Marta**, 42 años, psicóloga)

Las profesionales al referirse a las mujeres que llegan al servicio realizan un paralelo con su propio modo de vida:

"Não que elas sejam diferentes, elas têm os desejos iguais aos meus, mas eu acho que é a facilidade da vida, a condição de vida que muitas vezes impulsiona, reprime, leva não para aquilo que ela quer, mas para o que ela pode, para o que ela possa ter. Eu acho que é isso, é condição de vida. Quanto pior a condição de vida, menos acesso à informação, a viver mesmo a busca do prazer, a ampliar os seus projetos de vida." (**Wanda**, 46 años, asistente social)

"Estão em um outro tipo de relação sim. Não sei se eu saberia falar muito delas não, mas meu olhar... São mulheres que lutam pra conseguir um emprego, que nem sempre tem esse tipo de acesso, que quando têm filhos isso fica ainda muito difícil....Isso já me aponta uma grande diferença entre eu e elas.(...) Em geral, o homem está trabalhando e a mulher está cuidando da casa, do filho. Eu acho que é também as condições sócio-econômicas que demarcam, que apontam esse caminho. E pra gente mudar isso tem que mudar estas condições também." (**Josefina**, 43 años, nutricionista)

Josefina, como otras profesionales, entiende que las condiciones socio-económicas delimitan las expectativas de vida, los proyectos y, por ello, tienen una forma distinta de encarar la vida. Pero esas diferencias no sólo pueden verse desde el punto de vista de clase, porque se relacionan a su vez con la pertenencia a una generación o grupo étnico.

"Na verdade, o que tem acontecido no município é que o percentual de adolescentes grávidas é muito alto. Então tem muita adolescentes

engravitando e aí ela tem que estar, tem que ter esse acesso. Agora, na verdade eu não sei se esse tipo de trabalho atende aos adolescentes. Eu acho que... será que não tinha que ter um espaço para atender só a adolescentes com esse tipo de trabalho, entendeu? Ele é diferente, tem outras questões que eu acho são questões sobre sexualidade, na descoberta e na pergunta. Às vezes engravidam só na curiosidade e aí acaba engravidando." (Josefina, 43 años, nutricionista)

Argentinos y brasileiros coinciden en percibir a las adolescentes como un grupo que vive una etapa diferente y que muestra particularidades que merecen una atención distinta. En el caso del Hospital Roque Saenz Peña como hemos visto en puntos anteriores existe una atención en ginecología y en anticoncepción dirigida a las adolescentes.

Más allá de señalar a los condiciones socio-económicas como un límite Wanda entiende que las mujeres que llegan al servicio son producto de una historia en la que hay deseos reprimidos, miedos, fantasías que son parte del mundo en el cual viven, sin embargo, considera que ellas son capaces de reflexionar sobre sí mismas y abrir su horizonte y por ello piensa que son sumamente importante los grupos que el centro de salud ofrece.

"Ela está começando a conhecer mais ela, quando você conhece o seu corpo, você conhece a política do seu corpo, você tem o domínio da sua vida. Você passa a se conhecer, você passa a ter domínio daquele corpo, o que ele tem, o que ele oferece, o que ele quer e aí você passa a ter o domínio da vida, da sexualidade, o que eu quero ter, o que eu posso fazer. Eu acho que aí você abre um horizonte. Eu acho que a mulher da classe média não, ela já está inserida no trabalho, ela já está inserida em uma história, mas a mulher da favela vem do êxodo rural, às vezes chega aqui, se casa, tem filhos, mora num barraco, o marido é biscateiro. Então tem toda uma história constituída, mas de repressão, até de como é que ela veio para essa história. Ela desperta, mas ela precisa ter esses espaços de reflexão, de pensar, de discutir. Mas eu acho que ela é capaz e tem mulheres aqui extremamente esclarecidas, que eu acho que é um barato." (Wanda, 46 años, asistente social)

Consideramos pertinente lo señalado por Wanda ya que recupera la historia de las mujeres como un aspecto a tener en cuenta en el abordaje de la anticoncepción y de la sexualidad, reconoce las diferentes historias.

Un otro elemento reconocido como diferenciador son las posibilidades de acceso a servicios de atención de la salud y a los métodos. Para Giffin (1995), "Em um contexto caracterizado pelo agravamento da pobreza, o que aumentou a necessidade de diminuir o número de filhos, a decorrente dependência do setor privado para os meios de controle da fecundidade teve duas consequências principais: uma restrição quase que completa da oferta a basicamente dois métodos contraceptivos (a pílula e a esterilização) e uma separação entre práticas de controle da fecundidade e atenção à saúde, no caso das mulheres pobres." (1995:55)

Para la autora anteriormente citada, el control de la fecundidad fue alcanzado a través de un proceso que es conceptualizado como '*modernidad perversa*' en la medida que el control de la prole es producto de una opción perversa, porque el libre derecho de decidir tener o no hijos no puede ser ejercido. Esta perversidad se agudiza en la medida que existe una desigualdad en el acceso a la información, a los servicios de salud y al conjunto de métodos existentes, presente en el interior de la población femenina, que produce serios daños en la salud de las mujeres.

Maria Carranza (1994), señala que existen elementos positivos y negativos para la salud de la mujer por el ejercicio del control de la fecundidad: "Embora, em princípio, uma percentagem tão elevada de mulheres exercendo controle sobre sua reprodução representa um dado positivo, em virtude de sua repercussão favorável tanto na saúde quanto na educação, e em melhores possibilidades de inserção no mercado de trabalho, a forma em que este controle se produz constitui um fator de preocupação. A escassa variedade, bem como o tipo de métodos anticoncepcionais utilizados por uma ampla maioria de mulheres, deveria fazer-nos refletir sobre a gama de opções anticoncepcionais que está sendo oferecida, bem como sobre o nível de

conhecimento dos métodos contraceptivos por parte da população usuária." (1994:101)

Las profesionales entrevistadas de este modo operan desde una óptica de sujeto múltiple, en la cual se reconocen la heterogeneidad vivenciada por las mujeres a partir de su pertenencia a distintos sectores sociales, razas y franjas etáreas. Sin embargo, la direccionalidad de los trabajos apuntan tanto a resaltar las vivencias comunes de las mujeres a partir de la diversidad de experiencias que están en la base del intercambio de saberes, como a la construcción por medio de ese intercambio de un conocimiento sobre el propio cuerpo que contenga esa diversidad.

Capítulo V

Conclusiones

El conjunto de consideraciones levantadas en este trabajo nos permiten reconocer, en las experiencias estudiadas, una visión de la salud de la mujer que intenta superar la concepción reduccionista centrada en la función reproductiva de las mujeres. No obstante, debemos señalar, primero, que hay diferencias entre las dos experiencias en la forma de entender la salud de las mujeres y la anticoncepción y, segundo, que es, principalmente, a través de la mirada femenina que incluye las experiencias de las mujeres desde la diversidad de clase y generacional que se introducen quiebres en la forma de concebir la salud de la mujer.

Las profesionales involucradas en la atención de la anticoncepción, entendida como un aspecto de la salud de la mujer, coinciden en definir la salud como un estado alcanzable a través de la satisfacción de un conjunto de necesidades que van más allá de lo físico y material. Partiendo de esta concepción de salud las profesionales conciben la salud de la mujer de diversos modos: algunas profesionales brasileras entienden la salud de la mujer como un derecho de ciudadanía, como el derecho de conocer y optar, concibiendo a la mujer como un ser integral; otras entienden que salud es el rescate del deseo, del placer por la vida, de la búsqueda de opciones y de la realización personal; y algunas profesionales argentinas y brasileras entienden la salud como el bienestar bio-psico-social de la persona.

Creemos que las diferencias en las formas de concebir la salud de la mujer entre lo manifestado por argentinas y brasileras pueden ser analizadas desde el contexto mas general tal como fue desarrollado a lo largo de ésta disertación y, desde las particularidades de cada institución en la cual están contenidas las experiencias estudiadas.

La experiencia brasileira se presenta adoptando la propuesta y la filosofía del PAISM en donde las prácticas educativas se centran en el intercambio entre las experiencias y vivencias de las mujeres usuarias y de las profesionales, abriendo un espacio en el cual la maternidad deja de ser la referencia para la definición de la identidad femenina y donde se discute sobre sexualidad, placer y se reflexiona sobre el papel socialmente desempeñado por las mujeres. Este trabajo es llevado adelante por profesionales que cuentan con datos acerca de la situación reproductiva de las mujeres brasileiras y del perfil de la población femenina que llega a los grupos. La filosofía que el PAISM refleja muestra la influencia del feminismo y del movimiento de mujeres en las discusiones sobre salud que ha penetrado en muchas profesionales sin que ellas se definan como feministas.

La existencia del PAISM ha permitido el desarrollo de la experiencia en el "Píndaro de Carvalho". Además, las condiciones institucionales de este centro han favorecido este desarrollo en la medida que la estructuración de la atención por programas orienta las actividades, la dirección de la institución brinda apoyo al trabajo y la coordinadora de programas de la mujer, el niño, adolescente y adulto articula todas las acciones desde la filosofía del PAISM. Otro aspecto institucional que explica la viabilidad y el mantenimiento de los proyectos encarados por la coordinadora es el respaldo ofrecido por la Gerencia de Programas de la Mujer con sede en la Secretaria Municipal de Salud a través del suministro de recursos materiales, de la existencia del "Espaço Mulher" -un lugar para la formación y capacitación para profesionales de salud- y del fortalecimiento de las experiencias en la red municipal de salud.

En Argentina, en cambio, la experiencia del consultorio de planificación familiar del Hospital "Dr. Roque Saenz Peña" está inmersa en una realidad institucional en la que el modelo médico hegemónico es todavía muy fuerte y dentro de la cuál la planificación familiar es concebida como una especialización entre otras de atención a la demanda. La organización de la atención se caracteriza por la predominancia de las actividades realizadas por el médico apareciendo en forma secundaria las otras

disciplinas. Las tareas se limitan a brindar información sobre las ventajas y desventajas de la utilización de los distintos métodos y al ofrecimiento y entrega de los mismos.

Además de éstas diferencias vimos que entre los hombres y en algunas mujeres entrevistadas existe una hipervalorización de la salud de la mujer. Esta valoración es realizada en relación a la salud del hombre que sería de menor importancia y encuentra sus fundamentos en la capacidad reproductiva de las mujeres por un lado y en las virtudes atribuibles a la naturaleza femenina, por otro. Estas valoraciones nos permiten visualizar la presencia de la ideología de género en la apropiación de la representación en la medida que estos profesionales colocan en la naturaleza, en lo biológico, la explicación del fenómeno invirtiendo así un producto de las relaciones sociales.

En la mayoría de los profesionales, sin embargo, pudimos observar la introducción de una visión de la salud de la mujer que no responde a esta concepción tradicional. Puede pensarse que esto se debe, primero, al hecho de que todos los entrevistados desarrollan su práctica profesional en planificación familiar. Esta es un área de la salud de la mujer que se encuentra por fuera de la atención materna y que, precisamente, intenta controlar la fecundidad, espaciar y planificar los embarazos por lo que de ello puede desprenderse una visión de las mujeres que va más allá de su función reproductiva. Segundo, porque en su mayoría las entrevistadas son mujeres y han manifestado una forma de pensar a la mujer hoy distinta a la de los hombres. En esta visión se recuperan experiencias propias, de colegas, amigas, de sus madres o familiares mujeres, es decir, se recuperan las transformaciones sufridas en la vida de las mujeres en las últimas décadas en la medida que piensa que la mujer hoy es multifacética, una luchadora, una conquistadora de nuevos espacios y se atreve a enfrentar nuevas responsabilidades que se suman a la maternidad, las tareas del hogar. En cambio, en la percepción de los hombres acerca de las mujeres nos encontramos con imágenes que asocian mujer-madre. Esto quiere decir que la apropiación de la experiencia posibilita entender, sentir-pensar la vivencia para las mujeres desde otro

lugar (praxis). En definitiva, la apropiación realizada por las mujeres de sus experiencias y la penetración de las prácticas e ideales feministas ofrece un sustento a la práctica profesional que posibilita llevar adelante acciones con una visión diferente a la que permea comunmente la atención de la salud de las mujeres.

De nuestro estudio se desprende que los profesionales consideran que la decisión de cuantos hijos tener, cuando tenerlos y a través de qué métodos regular la fertilidad es un derecho de la pareja. Sin embargo, podemos observar que las profesionales brasileras hacen hincapié en la noción de *derecho* a decidir y optar en forma autónoma. En cambio, las profesionales argentinas hacen referencia a la anticoncepción como una *herramienta* al servicio de la pareja que le permite planificar la familia deseada.

Por encima de estas diferencias observamos que si bien en nuestros países las ideas anti-natalistas y pro-natalistas han sido introducidas en los ámbitos institucionales no encontramos que los profesionales adhieran abiertamente a una u otra.

Las prácticas profesionales observadas y recuperadas en los relatos de los protagonistas nos permiten levantar algunos nudos contradictorios. En el caso argentino, por ejemplo, los profesionales manifiestan que es importante que las usuarias se vayan a su casa con algún método, sea después de la consulta ginecológica o después del parto. A nuestro entender, ello supone pensar en el método como una solución alternativa para el mejoramiento de las condiciones de vida de esas mujeres y sus familias, y puede encuadrarse en la noción que presentamos en el capítulo II en la medida que considera la anticoncepción como herramienta del desarrollo y de combate a la pobreza.

Por su parte, en el caso brasiler, a pesar de que los grupos estén abiertos a las parejas es visible que el trabajo se dirige de forma privilegiada a las mujeres. A nuestro entender, el ideal de autonomía, del control sobre el propio cuerpo perseguido por las profesionales nos indica que están trabajando desde una racionalidad feminista que piensa fundamentalmente a las mujeres como sujetos políticos,

racionales, intentando el fortalecimiento de su identidad. El trabajo desde estas concepciones se desplaza por un filo problemático que si es llevado a su extremo termina perdiendo de vista la alteridad, en un mundo que es construido a partir de las relaciones entre hombres y mujeres.

De igual modo, es gracias a esas concepciones que también es posible explicar un matiz diferenciador entre la experiencia brasilera y argentina. La amplitud del abordaje brasilero de la anticoncepción al vincularlo con la sexualidad, el placer y la salud, permite direccionar esas prácticas para constituir mujeres autónomas capaces de elegir conforme a sus proyectos y deseos.

Estos matices se reflejan de igual manera en el modo de organizar la atención. Como hemos tratado en el capítulo III y IV la propuesta brasilera ofrece un proceso conformado por la consulta médica y el trabajo grupal, que pretende a partir del intercambio de saberes entre profesionales y usuarias construir conjuntamente el conocimiento sobre el propio cuerpo, los distintos métodos y su utilización. En el caso de argentina, la centralidad de la práctica médica en la lógica institucional opone resistencias a los intentos de crear espacios alternativos a ella. No obstante, el modo de organización de la atención no es sólo producto de las concepciones de los profesionales sino que también tanto la organización institucional como las hegemonías disciplinares operan como determinantes. Con esto queremos señalar que la propuesta brasilera, partiendo del hecho de que la jefatura del servicio es ocupada también por una profesional no médico, es sostenida en su mayoría por profesionales no médicos. En cambio la propuesta argentina está inserta en una estructura institucional hegemonizada por el saber médico, un servicio formador de médicos y especialistas, en la cual los aportes de otras disciplinas están subordinadas.

Tanto en Brasil como en Argentina la planificación familiar se ve reducida a uno de sus aspectos: la anticoncepción. Si bien es cierto que el trabajo grupal y la incorporación del tema de la sexualidad le dan a la experiencia brasilera un marco más amplio para el abordaje del tema, en ambos países están ausentes otros aspectos como

las nuevas tecnologías reproductivas, el tratamiento de los problemas de la esterilidad, la inclusión de los hombres, etc.

La estructuración de las relaciones de género ofrece limitaciones a los procesos transformadores en curso en las últimas décadas. Todavía el modelo médico hegemónico y la organización institucional reproducen la organización dominante de género, reflejada en la predominancia de los programas maternos, la escasa presencia de los hombres entre la población usuaria de los servicios de salud, etc. El peso de actores como la Iglesia, renuentes a introducir modificaciones a este cuadro, encuentra apoyos en un Estado de dos caras (Pena,1991) que en el caso brasileiro incorporó propuestas innovadoras y institucionalizó derechos a partir de la reforma de 1988 pero, al mismo tiempo, dejó actuar y de este modo fomentó, formas de control de la natalidad abusivas de esos derechos tanto al interior de sus propias instituciones como por medio de organismos como la BENFAM que tiene su propia política. En el caso argentino, ese Estado de dos caras es básicamente omiso porque no introduce, ni elabora acciones que contemplen la planificación familiar, pero, al mismo tiempo, permite la difusión velada en sus instituciones de métodos anticonceptivos que quedan bajo responsabilidad de los profesionales de cada unidad.

Con limitaciones, deficiencias y potencialidades, las dos experiencias que presentamos en este trabajo nos muestran que, sin embargo, hay espacio para pensar en prácticas alternativas que introduzcan cuestionamientos al modelo de atención tradicional y a sus bases de sustentación pretendiendo el reconocimiento en la práctica de los derechos de las mujeres y los derechos reproductivos.

Bibliografía

Aguilar, A. C. de: *Assistência Integral à Saúde da Mulher no distrito sanitário centro-sul: a ótica dos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz-ENSP, 1992.

Aller Atucha, L.M., Pailles, J. *La práctica del aborto en Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema*. Bs. As.: Marketing Social, septiembre de 1996. mimeo.

Almeida, S. S. de *Violência de Gênero: público x privado*. Tese de doutoramento. São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais PUC-SP, 1996.

Asociación Argentina de Planificación Familiar. *Revista Contribuciones*: Nº 36, año 10, octubre-noviembre 1987.

Nº 38, año 11, diciembre 1988.

Nº 42, año 14, noviembre 1991.

Nº 43, año,15, marzo de 1992.

Àvila, M.B. "Modernidade e Cidadania Reprodutiva", en *Revista Estudos Feministas* Vol. 1 nº2/1993. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, pp.382-393.

Barroso, Carmen "A mulher, o planejamento familiar e a administração municipal", en *Mulher e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Convênio IBAM/UNICEF, 1991.

Barroso,C., Bruschini,C. "Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil", en Labra, Ma. Eliana (Org.): *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

Berquó, Elza "Brasil, um caso Exemplar -anticoncepção e parto cirúrgicos- à espera de uma ação exemplar", en *Revista Estudos Feministas* Vol. 1 nº2/1993. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, pp.366-381.

..... "Demolindo muralhas em Pequim", en *Revista Novos Estudos CEBRAP* Nº 43. São Paulo: noviembre de 1995, pp. 3-6.

Bianco, M., Durand, T., Gutiérrez, M.A. y Zurutuza, C. *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*. Bs. As.: FEIM-FNUAP-CLADEM-Foro por los Derechos Reproductivos, 1998.

Birgin, Haydée "Derechos reproductivos: maternidad y ciudadanía", en Birgin, Haydée (comp.): *Acción Pública y Sociedad. Las mujeres en el cambio estructural*. Bs. As.: C.E.A.D.E.L./Feminaria Editora, 1995.

Carneiro, Sueli "Identidade Feminina", en Saffioti, H.I.B. & Muñoz-Vargas, M.: *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos/UNICEF/NIPAS, 1994.

Carranza, Maria "Saúde Reprodutiva da Mulher Brasileira", en Saffioti, H.I.B. & Muñoz-Vargas, M.: *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos/UNICEF/NIPAS, 1994.

Centro Municipal de Saúde- Píndaro de Carvalho Rodrigues- VI R.A. Gávea-RJ. Programa de Atención Integrada a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. VV.AA. Relatorio de Atividades, Rio de Janeiro, ano 1995.

Centro Municipal de Saúde- Píndaro de Carvalho Rodrigues- VI R.A. Gávea-RJ. VV.AA. "Projeto Saúde e Prazer". Rio de Janeiro, s/d, mimeo.

Checa, Susana "Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y la regulación de la fecundidad", en *2º Taller sobre Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Bs. As.: CEDES-CENEP-AEPA, 1996, mimeo.

Checa, Susana "La salud reproductiva en la perspectiva de los profesionales de la salud", en *Seminario Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Bs. As.: Foro por los Derechos Reproductivos, 1998.

Corrêa, S. *PAISM: uma história sem fim*. Recife: SOS-Corpo, 2ª ed. 1993.

Costa, Ana Maria *O PAISM: uma politica de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada.* /s.l./1992. mimeo

..... Saúde da Mulher: estórias e inquietações. /s.l./s.d.
mimeo.

Doyal, L. "Mujeres, medicina y control social", en *Cuadernos Médico Sociales* Nº18. Rosario: CESS, 1981, pp. 51-64.

Doray, B. "Da produção à subjetividade-referências para uma dialética das formas", en Silveira, P., Doray, B. (Org.): *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade.* São Paulo: Ed. Vértice/ Editora Revista dos Tribunais Ltda., 1989.

Durham, Eunice: "Família e reprodução humana", en *Perspectivas Antropológicas da Mulher* Nº 3. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

Espaço Mulher - Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher - 1ª ano de atividades, publicação da Secretaria Municipal de Saúde-Rio de Janeiro, Superintendência de Saúde Coletiva, Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde, Gerência de Programas de Saúde da Mulher.

Feijoó, M. del C. "La vida cotidiana de las mujeres madres en el marco de la crisis", en Fernandez A.M. (comp.) *Las mujeres en la Imaginación Colectiva. Una Historia de Discriminación y Resistencia.* Bs. As.: Paidós, 1992.

Fernández Poncela, A. "¿Tiene género la política social?", en Carlos M. Vilas (Org.) *Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y alternativas.* Caracas: UNAM/Nueva Sociedad, 1995.

FLACSO - *Mulheres Latino-americanas em dados.Brasil.* Instituto de la Mujer de España (Ministerio de Asuntos Sociales) 1993.

Fleury, Sônia *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

Foucault, Michel *Historia de la sexualidad, Vol.I.* Bs. As.: Siglo XXI, 1995.

Foucault, Michel "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en *Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Washington: OPS/OMS, 1978.

Franchetto, B., Cavalcanti, M. y Heilborn, M. "Antropologia e Feminismo", en *Perspectivas Antropológicas da Mulher* Nº 1. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

Giffin, Karen "Mulher e Saúde", en *Cadernos de Saúde Pública* Nº7 (2) abr/jun, Rio de Janeiro: ENSP, 1991, pp.190-200.

Giffin, K. "Nosso Corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social", en *Cadernos de Saúde Pública* Nº7 (2) abr/jun, Rio de Janeiro: ENSP, 1991, pp.190-200.

Giffin, K. "A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil", en Leal Maria do Carmo (Org.) *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

Giffin, K., Costa, S. "As práticas contraceptivas e o aborto provocado", en *Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil*. Projeto de estudos da Mulher, Family Health International/s.l./ 1995.

GIRE *Derechos reproductivos: salud pública, modernidad y ética*. México D.F.: GIRE, 1994.

Guattari, F. "El inconciente maquínico y la revolución molecular", en *Revolução Molecular: pulsões políticas do desejo*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981. (Traducción Carmen Venecia, mimeo)

Guattari, F., Rolnik, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 4ª ed. 1996.

Gutiérrez, M.A. "Parirás con dolor: aborto, derechos sexuales y reproductivos en la cosmovisión eclesiástica", en *Seminario Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Bs. As.: Foro por los Derechos Reproductivos, 1998.

IBAM Núcleo de Estudos Mulher e Políticas Públicas. *Mulher e Saúde: Práticas Educativas em 11 Municípios*. Rio de Janeiro: IBAM/Fundação MacArthur, 1996.

Jelin, Elizabeth "Mujeres, género y derechos humanos", en Jelin E. y Hershberg E. (coord.): *Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía y sociedad en América Latina*. Caracas: Ed. Nueva Sociedad; 1996.

Jelin, Elizabeth "Igualdad y Diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina", en *Agora* Nº 7, Bs. As., invierno de 1997, pp.189-214.

Lauretis, Teresa de "A tecnologia do gênero", en Buarque de Hollanda Heloísa (org.) *Tendências e Impasses. O feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994, pp. 208-242. (Originalmente intitulado "The Technology of gender", fue publicado en *Technologies of gender*, Indiana University Press, 1987)

Llovet, Juan José y **Ramos**, Silvina "La planificación familiar en Argentina: salud pública y derechos humanos", en *Cuadernos Médico Sociales* Nº 38. Rosario: CESS, 1986, pp. 25-39.

López, E. "La salud de las mujeres en la Argentina: precisiones, preguntas y problemas", en *2º Taller sobre Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Bs. As.: CEDES-CENEP-AEPA, 1996, mimeo.

Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programáticas*. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Brasília: Centro de Documentação, 1984. 27p.

Ministério da Saúde. *Assistência Integral à saúde da mulher. Bases para uma prática educativa*, Documento preliminar. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1983. 24p. mimeo.

Mundigo, Axel "Salud reproductiva: definiciones, datos y desafíos, exposición presentada", en el *1º Taller sobre Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Bs. As.: CEDES-CENEP, 1993, mimeo.

Nieremberg, O., Perrone, N. "La mujer y los sistemas de salud", en Birgin, Haydée (comp.): *Acción Pública y Sociedad. Las mujeres en el cambio estructural*. Bs. As.: C.E.A.D.E.L./Feminaria Editora, 1995, pp.178-224.

Njaine Borges, Sherrine "Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres", en *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7(2):284-289, abr/jun, 1991.

Novick, Susana "Mujer y Políticas Sociales. Políticas estatales referidas a la reproducción en la Argentina", trabajo presentado en el *1º Taller sobre Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Bs. As.: CEDES-CENEP, 1993, mimeo.

Offe, Claus & Lenhardt, Gero "Teoria do Estado e Política Social", en Offe Claus: *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984, pp.10-53.

Organização das Nações Unidas - IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim-1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

Organización Panamericana de la Salud: *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica No. 541. Washington, 1993.

Pautassi, L. "¿Primero...las damas? La situación de la mujer frente a la propuesta del ingreso ciudadano", en Rubén Lo Vuolo (Org.) *Contra la exclusión: La propuesta del ingreso ciudadano*. Bs. As.: Miño y Dávila Ed.-Ciepp, 1995.

Pena, Ma. Valéria J. "Política e População: dados sobre um Estado de duas caras", en *Physis* Vol.1,nº1, 1991, pp97-116.

Pereira de Sá, C. "Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria", en Mary Jane Spink (Org.) *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1995, pp.19-45.

Pougy, Lília Guimarães "Mulher, Estudante e Profissional: estudo de dos programas de atenção à saúde da mulher". Relatório final apresentado al CNPq en fevereiro de 1996. Rio de Janeiro: GECM/ESS/UFRJ, 1996.

Pougy, Lília Guimarães: "Direitos reprodutivos e Relações de Gênero", Projeto de Pesquisa, Janeiro de 1996. Rio de Janeiro, GECEM/ESS/UFRJ, 1996.

Ramos, Silvina "La salud reproductiva en la Argentina: dimensiones epidemiológicas y socio-demográficas", en *Seminario Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Bs.As., Foro por los Derechos Reproductivos, 1998.

Ribeiro, Mariska "Direitos Reprodutivos e Políticas Descartáveis", en *Revista Estudos Feministas*, Vol. I nº2/1993. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, pp.400-407.

Saffioti, H.I.B. *O Poder do Macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

..... "Movimentos sociais: face feminina", en Carvalho, Nanci V. de (Org.) *A condição feminina*. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda./Ed. Vértice, 1988.

..... "Novas perspectivas metodológicas de investigação das relações de gênero", en Moraes Silva, M.A.(org.) *Mulher em seis tempos*. Araraquara: Fac. de Ciências e Letras- UNESP, 1991, p.141-176.

..... "Rearticulando Gênero e Classe Social", en A. de Oliveira Costa y C. Bruschini (org.): *Uma Questão de Gênero*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos/São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1992.

..... "Posfácio: Conceituando o Gênero", en Saffioti, H.I.B. & Muñoz-Vargas, M.: *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos/UNICEF/NIPAS, 1994.

..... "Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade", en *Lutas Sociais* nº 2. São Paulo: 1º semestre de1997.

..... "O estatuto teórico da violência de gênero", en José V. Tavares dos Santos (org.) *Violências na Era da Globalização*. s/l, Ed. Hucitec,1998.

Saffioti, H.I.B., Almeida, S. S. de *Epistemologia, Estado e Políticas Públicas dirigidas à Mulher*. Caxambu: 1992, mimeo. [Comun. apres. ao GT Relações Sociais de Gênero, 16º Encontro Anual da ANPOCS]

Saffioti, H.I.B., Almeida, S. S. de *Violência de Gênero. Poder e Impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

Sawaia, Bader B. "Representação e ideologia -o encontro desfeticizador", em Mary Jane Spink (Org.) *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1995, pp.73-84.

Scott, Joan "Gênero: uma categoria útil de análise histórica", em *Educação e Sociedade*, Porto Alegre, 16 (2):05-22, jul./dez. 1990.

Scott, Joan "Deconstruir igualdad-versus-diferencia: usos de la teoría posestructuralista para el feminismo", em *Revista Feminaria* año VII, nº 13. Bs. As.: noviembre de 1994.

Spink, Mary J. "A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero", em Mary Jane Spink (Org.) *A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar*. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

Stolcke, V., Azeredo, S. (Coord.): *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: PRODIR-Fundação Carlos Chagas, 1991.

Vaitsman, Jeni "Contracepção. Valores de gênero e visão de futuro entre mulheres de baixa renda no Rio de Janeiro". Caxambú: 1995.[Comun. apres. ao GT: Relações Sociais de Gênero, 19º Encontro Anual da ANPOCS]

Xavier, D., Avila, M.B., Correa, S. "Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral", em Labra, Ma. Eliana (Org.): *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

Yazbek, Maria Carmelita *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 2º ed. 1996.