

**Maestría en
Estudios Sociales y Culturales
Universidad Nacional de La Pampa**

TESIS de MAESTRIA
**Salud sexual: análisis de las representaciones y
subjetividad en mujeres rurales del Oeste
de la provincia de La Pampa**

Autora: Lic. Elena Giacomino

Directora de Tesis: Mtra. Maria H. Di Liscia

INDICE

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1. Problema y Propósito.....	5
2. Posición Teórico Epistemológica.....	9
3. Estado de la Cuestión.....	15
4. Las Mujeres Rurales Pampeanas.....	24
5. Objetivos General y Específicos.....	31

CAPITULO II: ESTRATEGIA METODOLOGICA

1. Consideraciones Generales.....	33
2. Universos Poblacionales y Determinación Muestral.....	38

CAPITULO III: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS EMERGENTES

1. Aportes diferenciados de metodologías cuantitativas y cualitativas.....	44
2. Mujeres, proveedores de salud, e identidad de tal.....	48
2.1. Nuestras mujeres..., ¿qué mujeres?	48
2.2. ...y los proveedores de salud ¿quiénes son?	57
3. Asignación générica del concepto de “cuidado”.....	63
3.1. Andariveles de la construcción del concepto.....	63
3.2. Consideraciones acerca del mandato de “no enfermar”.....	65
3.3. Vinculación paciente / proveedores de salud y su impacto en el “cuidado”... ..	71
4 Construcción simbólica del cuerpo.....	83
4.1. Cuestiones a las que refiere “lo corporal”.....	83
4.2. Comportamientos sexuales y escenarios donde se construye su sexualidad	95
5. Relación entre identidad femenina y salud sexual.....	110
5.1. Conceptualización de “salud sexual”	110
5.2. Identidad femenina y salud sexual.....	115
5.3. Consecuencias del modelo de salud en la atención de la “salud sexual”	118

CAPITULO IV: CONCLUSIONES.....	133
BIBLIOGRAFIA.....	140
APENDICE.....	146
Variables	
Interrogantes que orientaron la discusión de los grupos focales / entrevistas	
Instrumento Aplicado con las mujeres rurales	
Instrumento Aplicado con los Proveedores de Salud	
Cuadros con resultados emergentes de metodología cuantitativa	

CAPITULO I: INTRODUCCION



1. PROBLEMA Y PROPÓSITO

En la provincia de La Pampa, el Estado Provincial posee leyes que abordan la prestación, prevención y atención de la salud sexual¹. Y ellas se traducen en programas de amplia cobertura que operan con acciones a nivel local (exámen clínico ginecológico, obtención de muestras de citología y pastillas anticonceptivas); regional (suministro y colocación de DIU) y central –Santa Rosa– (prevé desde el año 2003 la ligadura de trompas). Sin embargo, en las mujeres rurales –pobres adicionalmente–, la efectividad de las acciones es casi nula. Sin dudas, ello está condicionado por cuestiones estructurales (nivel educacional, bajos ingresos, distancia y acceso a los servicios, desconocimiento en el tema), pero también impactan fuertemente, cuestiones de orden sociocultural. Concretamente, si bien los servicios de salud pública se han incrementado en número y hay evidentes esfuerzos por mejorarlos, su uso sigue siendo limitado, debido principalmente, a barreras estructurales de género, etnicidad y clase.

La presente investigación/acción, de características cuali-cuantitativas, intenta ampliar la información sobre las dificultades para acudir a la consulta -práctica adecuada- sobre su sexualidad. Se partió del supuesto de que la falta de atención de su salud sexual siempre tiene motivos (conscientes o inconscientes); que estos motivos son compartidos por su grupo social y que experiencias significativas de su sexualidad son determinantes en ellos. Responde también a la necesidad de compartir tanto los puntos de partida como algunas conclusiones que surgen en torno a esta problemática (excesivamente reiterada en el discurso pero escasamente solucionada en el terreno de la práctica social.)

Se busca comprender los diferentes saberes que comparten las mujeres sobre estas prácticas a partir de la narración de sus experiencias. Interesa

explorar la parte de la subjetividad que conforman los sistemas de sentido y significación que intervienen en la construcción de los sujetos sociales en este contexto espacial específico. Adicionalmente, indagar sobre las representaciones de los encuentros médico/a/paciente, donde se involucran las experiencias previas, los saberes de las mujeres que concurren a consulta y van conformando nuevas experiencias en una interacción que implica determinadas prácticas pero también una relación diferenciada de poder y un acercamiento al cuerpo diferente al que se tiene fuera de los espacios médicos.

La perspectiva elegida para desarrollar la propuesta busca producir un empoderamiento² de las mujeres a través de un trato que las dignifique como personas, como sujetos de derecho, con confianza en su palabra verdadera, respetando sus decisiones, deconstruyendo la vulnerabilidad socialmente aprendida. En la convicción de que la sensibilidad, compromiso y conocimiento profesional dentro del sector salud es condición indispensable para una efectiva contribución al abatimiento de lo que se constituye en un nuevo aspecto de la violencia de género. Y desde el universo efectores de salud, potenciar las prácticas de atención primaria, luchando contra la esencia de la lógica hegemónica.

En síntesis: la intención fue realizar una investigación/acción que permita conocer el grado de exclusión que sufre la mujer de áreas rurales de las pautas mínimas exigidas para el control de su salud sexual y que además aumente su grado de protección.

Se estudian las relaciones entre géneros y salud considerando tres dimensiones:

- ✓ La construcción subjetiva de la identidad femenina

¹ Leyes Provinciales Nº 1363 (1991) y 2079 (2003).

² Traducción del término "empowerment", ya clásico en la literatura feminista, cuyo significado refiere a dar poder a las mujeres.

- ✓ Las relaciones de poder que se expresan entre: varones/mujeres y mujeres /efectores de salud (considerando sexo del mismo)
- ✓ Las asimetrías jerárquicas en ambas duplas

A partir de estas, se intenta proponer algunas dimensiones analíticas para estudiar la forma en que la construcción de las identidades, las desigualdades y las relaciones de género pueden poner en riesgo el bienestar de las mujeres en ámbitos rurales.

A medida que se avanza en las entrevistas se identifican varios mecanismos a través de los cuales la asignación social y la construcción subjetiva de la identidad femenina podían afectar su salud:

- I. la asignación genérica del concepto de cuidado
- II. La construcción simbólica del cuerpo
- III. La relación entre la identidad femenina y salud sexual

Y este orden se respeta en el análisis e interpretación de los emergentes. En el *Capítulo III.3. ("La asignación genérica del concepto de cuidado")* se señalan:

- ◆ Andariveles de la construcción del concepto
- ◆ Consideraciones acerca del mandato de "no enfermar"
- ◆ La vinculación paciente / efectores de salud (incluyendo curanderos) y su impacto en el "cuidado"

En el *Capítulo III.4. ("La construcción simbólica del cuerpo")* se analizan:

- ◆ A que cuestiones refiere "lo corporal"
- ◆ Sus comportamientos sexuales en particular y los escenarios donde se construye su sexualidad en general

Y en el *Capítulo III.5. ("La relación entre identidad femenina y salud sexual")* se transita:

- ◆ La conceptualización de "salud sexual"

- ◆ Manera en que la atraviesa la identidad femenina
- ◆ Consecuencias del modelo de salud existente (hegemónico) en la atención de la salud sexual

2. POSICIÓN TEÓRICO EPISTEMOLÓGICA

Desde mi integración a la actividad científico profesional, hace de ello 30 años, he trabajado en proyectos de desarrollo, en el ámbito del “Desarrollo humano y social”. Las esferas de acción desde donde he operado son: el ámbito gubernamental y una Organización No Gubernamental. En los dos niveles, la población objetivo de las acciones está constituida por sectores vulnerables: personas con discapacidad, anciano/as, menores con causa judicial, población con NBI, adicto/as, sidótico/as, familias en riesgo (que casi siempre son pobres).

Una década atrás, comencé a transitar la búsqueda de marcos teóricos de referencia y un conjunto de herramientas que resultaran válidas para incluir en estos proyectos la “perspectiva de género”, como una manera de apuntar a que todos los programas sean sensibles a las diferentes realidades de mujeres y hombres. Movilizada por esta trayectoria, cursé el post grado en “Igualdad de oportunidades” y hoy estoy culminando la “Maestría en Estudios Sociales y Culturales”.

Sé que para que un proyecto de desarrollo sea sustentable y efectivo exige planificarlo, ejecutarlo y monitorearlo considerando esta variable. Y tengo la impresión, que a pesar de la intencionalidad actual enunciada en lineamientos de políticas públicas y los pronunciamientos de políticos en favor de la equidad de géneros, la práctica institucional encuentra numerosos obstáculos que impiden su concreción.

Entre los más importantes señalaría:

- ❖ Poca conciencia sobre la problemática de las relaciones de género y su repercusión en la vida de mujeres y hombres.

- ❖ Escasa claridad acerca de metodologías e instrumentos para realizar procesos de sensibilización y capacitación que permitan la integración de la dimensión en los diferentes procesos institucionales programáticos.

- ❖ Y fundamentalmente la negación (como parte de un proceso inconsciente) a incluir dimensiones de análisis que producirían transformaciones en dichas relaciones, y por lo tanto, cuestionarían y replantarían relaciones de poder.

Este proceso y la búsqueda de respuestas, determina sin dudas, el tema de la presente tesis. Poder cumplimentar el objetivo propuesto supone comprender los roles de mujeres y hombres en el hogar y en la comunidad; el análisis de las necesidades e intereses que de allí surgen y las explicitaciones de los diferentes poderes que se ponen en juego.

Tal como lo acabo de describir, también la variable “clase” atravesó mi trayectoria laboral desde sus inicios. Conceptualizar acerca de las situaciones de vulnerabilidad que viven hoy las mujeres que participan de esta investigación, responde a la necesidad y al interés en compartir los puntos de partida y algunas especificaciones acerca de “la pobreza”, problemática *–al igual que género–* excesivamente reiterada en el discurso pero escasamente solucionada en el terreno de la práctica social.

Sin duda existe una voluntad del Estado y una preocupación bastante generalizada por los problemas que genera la presencia de sectores pobres en el contexto de la sociedad. Pero, a pesar de esa voluntad, continúa existiendo hoy un abismo entre lo político y lo socio-cultural. Brecha que habría que intentar reducir desde lo social hacia lo político considerando las variadas y múltiples iniciativas que pueden instrumentar los actores sociales concretos que viven las situaciones de vulnerabilidad (y no desde el Estado a los sectores sociales en tanto beneficiarios de políticas).

Los desajustes parecieran perfilarse desde el mismo momento del diagnóstico de base (que a posterior se puede confirmar o rechazar pero que resulta determinante al concretar el proceso de evaluación). Tengo la convicción que no tiene sentido separar el proceso de conocimiento del proceso de actuación y que el aspecto más sensible de la intervención social se juega en el momento del diagnóstico. De él no solo surgen los enunciados que nos van a servir de referente en nuestro análisis de la realidad, sino que esta realidad es construida en buena parte desde éste.

Sin asumir el subjetivismo extremo que parece rodear semejante caracterización de la ciencia, sí creo que al menos en la intervención social la «resolución» de una situación depende del ideologema desde el que se ha construido previamente ésta en el proceso de conocimiento. Quienes transitan laboralmente por el escenario de la pobreza en el campo de la salud, de la educación y de la promoción comunitaria parecen haber estado, mayoritariamente, formados en el paradigma de la carencia. Desde ese modelo, se investigan las circunstancias desfavorables de los sujetos y limitaciones personales, familiares y sociales, en búsqueda de las causas del desajuste. La estrategia suele llevar al enjuiciamiento de carácter negativo de personas y sectores sociales, sin poder atender sus posibilidades de recuperación.

La pobreza (según el concepto que ha sustentado la mayor parte de los trabajos sobre el tema realizados en las dos últimas décadas) es entendida como “carencia” (BURKE, 1984; CASTEL, 2000; CORAGGIO, 1999; FORRESTER, 1997; SCIALPI, 1997) y refiere a un estado de deterioro, a una situación de menoscabo que indica tanto una ausencia de elementos esenciales para la subsistencia y el desarrollo personal como una insuficiencia de las herramientas necesarias para abandonar aquella posición. En los diferentes conceptos aparece la idea de dificultad y de ausencia.

En este sentido puede hablarse de una concepción absoluta de la pobreza que considera pobres a aquellas personas o familias que no pueden cubrir las

necesidades establecidas como mínimas. Son pobres aquellos individuos o familias cuyos recursos son tan escasos que se ven excluidos de las pautas de consumo y actividades que integran el nivel de vida aceptable en la sociedad a la que pertenecen.

Pero los miembros que integran este universo de "pobrezas" reconocen diferentes orígenes, son efectivamente el resultado de una variedad de situaciones previas, no se participa de la misma historia y por tanto serán diversas las modalidades de enfrentarse a la condición que los une.

El tema de la pobreza tiene una variedad de enfoques en cuanto a su definición. Es decir que es lo que se considera pobre dentro una cultura y cuales son sus notaciones particulares. Derivado de ello una gran diversidad de técnicas de medición, lógicamente relacionadas con aquella definición.

Entre los diversos enfoques vigentes en nuestra cultura, existen posturas que sostienen que la pobreza es una condición permanente de la sociedad, frente a la cual solo cabe la asistencia para mitigarla. La sociedad siempre seguirá desarrollándose con esta estructura desigual. Otros afirman que es una falla de un sector de la sociedad, un problema ajeno que debe tratar de paliarse desde una actitud ética. Una tercera postura ve la pobreza como un problema en el que estamos todos involucrados, un desajuste del sistema que se manifiesta por la incorrecta inserción de un sector en el conjunto de la sociedad. Esta situación de desajuste se manifiesta en distintos aspectos.

La distinción y relación mutua entre estadística social y pautas culturales es un hallazgo derivado del concepto de cultura. Es cada día mas notorio que las estadísticas acerca de la pobreza no son sino uno de los tipos de datos primarios necesarios para describir e interpretar el fenómeno. Los indicadores, por si solos, nada nos dicen sobre la estructura o el proceso de un sistema cultural. En la medida en que los datos censales tienen validez, nos proporcionan el perfil estadístico de una realidad demográfica, perfil que puede constituirse en un

fenómeno superficial bajo el cual subyace una vasta gama de proyectos culturales de vida.

Un caso paradigmático es la pauta demográfica “crecimiento de jefatura femenina”. Esta expresión puede reflejar el caso de una mujer soltera que ha tenido hijos con varias parejas pero nunca ha convivido con ninguna y sus hijos no están reconocidos; puede estar asociado a un esquema familiar tradicional donde se acaba de producir una separación; ser representativo de una variedad de sistemas en los que las múltiples uniones de hecho hacen que los hombres contraigan obligaciones pautadas con las mujeres y los niños; describir una situación elegida o impuesta y hasta representar el crecimiento jerárquico de la mujer en estructuras de poder.

Así pues, el hallazgo inicial de la EPH³ no tiene en si mismo una significación cultural definida e investigaciones posteriores pueden mostrar que posee muchos significados diversos. Para ello es necesario profundizar en sus “*estructuras del sentir*” y sus “*estructuras de la experiencia*” (WILLIAMS, 1980). Esta investigación pretende centrar la atención en los códigos interpretativos como expresión de una dimensión simbólica a la vez que normativa.

Con respecto a la variable étnica, alude a la cultura y es un término sobre el que hay variadas contribuciones. El colectivo étnico *-en este caso, las mujeres rurales mayoritariamente de descendencia ranquel-* comparte costumbres, lenguaje e instituciones con la población de otro origen.

No es fácil realizar especificaciones de lo que en conjunto se denominó “enfoque paradigmático convergente”. Clase social, género y etnia remiten a una tríada interpretativa que se ha generalizado los últimos años, donde cada uno contribuye a aportar visiones complementarias a los marcos teóricos propios.

³ Encuesta Permanente de Hogares

Vivimos en una sociedad jurídicamente democrática y aparentemente igualitaria (sin discriminaciones de género, raza o clase), pero todos/as hemos interiorizado el mandato por el cual nos sometemos a las normas regidas por los valores de la cultura occidental. El sistema eurocéntrico de dominación, bajo el cual el Norte se relaciona con el Sur sintetiza las tres categorías jerárquicas. Nadie mejor que las mujeres que participan de esta investigación para representar lo que esta triple desigualdad significa.

La esencia dominadora del poder, exige una reflexión que deconstruya los opuestos binarios locales (masculino/femenino, pobre/rico, urbano/rural, descendiente indígena/ descendiente inmigrante, médico/a/paciente) y la interiorización que de ellos hemos hecho en nuestra subjetividad, reproduciendo espacios de sumisión y dominación. Cabe quizás, acordar con Foucault (1987) cuando afirma que no es más en los sistemas dominadores donde debemos buscar y combatir las tácticas de dominación, sino en nuestra cotidianidad: el entorno inmediato, la familia, el trabajo, la escuela, la posta, el hospital....

En otras palabras, esta tesis se centra en las categorías de análisis del género en el marco local. La interacción de esta perspectiva con la clase social y la etnia se considera dentro de esta construcción simbólica, como ejes acumulativos de un orden social jerárquico que implican desigualdades (en oportunidades, recursos, poder, propiedad, crédito, etc.).

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La lectura del material bibliográfico relacionado sugiere bases de categorías de análisis alimentadas con la búsqueda de desarrollos teóricos pertinentes. En el caso de los relatos reiterados de acciones y estrategias comunitarias para vigilar las prácticas sexuales de las mujeres, la teoría de Foucault (1983) acerca de la biopolítica y la vigilancia como técnica fundamental de poder en la era moderna sigue siendo de suma utilidad para el análisis. Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. La historia de las limitaciones que se operaron en el campo de la sexualidad (la permitida y la prohibida, la normal y la anormal, la femenina y la masculina, la de los adultos y la de los niños), mediante toda una producción de saber y de discursos sobre el sexo tuvieron una serie de efectos: una pedagogía de la sexualidad adicionalmente medicalizada. Esta personalización, medicalización y significancia del sexo, es en los términos de Foucault, el despliegue de la sexualidad. Llama *“dispositivo de sexualidad”*, a toda una tecnología de la carne y del cuerpo mediante la introspección, la culpa, la autovigilancia y la divulgación no sólo de las prácticas sexuales sino de los deseos, las sensaciones y los pensamientos. La aceptación del concepto del pecado descansa en la existencia de un individuo consciente cuyo libre albedrío le permite escoger entre el bien y el mal. El cuerpo de la mujer fue analizado. El cuerpo de la mujer fue llevado hacia los discursos analíticos de la medicina; y a través de éstos discursos médicos, ambos, la identidad personal de la mujer y el futuro de la salud de la población están vinculados en un espacio común de conocimiento, de poder y de la materialidad del cuerpo. *“La medicina define una manera de vivir, un modo de relación meditada con uno mismo, con el propio cuerpo....”*-(FOUCAULT, 1987: 95).

El cuerpo habla de las problemáticas del individuo frente a lo colectivo: es un modo de aprehensión del mundo. El control por parte del sistema del cuerpo femenino permite la existencia del patriarcado, aunque existe en estas últimas décadas un proceso de resistencia y redefinición de la sexualidad femenina. La sexualidad, resulta así, un recurso para simbolizar significados de diferentes relaciones sociales más amplias que los comportamientos sexuales mismos. En consecuencia, los patrones sexuales funcionan como instrumentos sociales que simbolizan y vehiculizan significados de relaciones sexuales que trascienden el acto sexual. Las decisiones sexuales adquieren sentidos y significado en un contexto histórico. Son las sociedades las que le otorgan poder a los cuerpos femeninos en las edades reproductivas, y la sexualidad sirve de medio para controlar dicho poder, reglamentando el acceso a dichos cuerpos. Estos son las ideas centrales de *“El varón en las relaciones de género: reflexiones para la intervención en sexualidad y reproducción”* (VILLA, 1998) y por ellas nos resulta valioso. El autor se planteó dos propósitos. El primero fue introducir la articulación entre los campos de estudio de los procesos de salud reproductiva y sexualidad (SRS) y los de género para el abordaje de las problemáticas de las masculinidades; y el segundo brindar algunos elementos para pensar la inclusión de la presencia de varones en las poblaciones destinatarias de programas de intervención en SRS.

Dos grandes líneas de investigación social recuperan estas discusiones incorporando los desarrollos teóricos de los estudios de género para explicar los procesos de SRS como el resultado de una construcción relacional de las identidades de género.

Los planteos teóricos de Mabel Burin atraviesan la presente propuesta transversalmente, aún a pesar del tiempo transcurrido desde la publicación de algunos de ellos. *“Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental”* (BURIN, 1987) recupera la oscilación entre el modelo mujer=esposa=madre promovido por el poder dominante de esa época (años de

dictadura) hasta el surgimiento de grupos de mujeres que procuran encontrar “nuevos ordenamientos” en la dinámica del pensar, particularmente respecto de esas falsas implicancias (la mujer debe tener hijos; le corresponde cuidar al marido y atender el hogar). Lo novedoso fue considerar un área específica dentro del campo de la salud mental: el de la especificidad de las mujeres. En el se *reformulan sentidos*, con hombres, tradiciones, historias y mitos alrededor de “lo femenino”. Sus postulados se retoman en la presente investigación, fundamentalmente considerando la propuesta metodológica que implicó grupos de mujeres, donde el “nosotras” surgió una y otra vez haciendo referencia a aspectos de su salud y donde lo “no dicho” (dolor, bronca depresión y desamparo) se recupera una y otra vez.

De *“Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad”* (BURIN, 1998) se recupera su conceptualización de “subjetividad”. En esta obra se habla de subjetividad como el proceso en el que vamos constituyéndonos como sujetos, donde se entrecruzan sobredeterminaciones tales como género, raza, religión, clase social, preferencia sexual, etc. y que se construye en un contexto sociocultural caracterizado por su modo de producción, articulado con dispositivos institucionales a los que puede estudiarse en su legalidad específica y con un universo simbólico. La relación con el otro es inherente a ese proceso y su alteridad (su modo de ser distinto) nos constituye como diferente. Con él estamos en diálogo, aunque no necesariamente en forma verbal. Para Burín pensar en términos de diferencia, alude a una lógica binaria o dicotómica y propone por tanto desplazamientos: del análisis de la diferencia al de la diversidad. En su línea argumentativa se sostiene que cuando pensamos en la diferencia, ello está operando desde la lógica binaria: uno y otro, yo- no yo, lo que no es uno es lo otro. La diversidad en cambio, es construida teniendo como base una lógica complejizada. Pretender reducir lo múltiple y variado a una diferencia, otorgaría la ventaja de encontrar alguna afinidad con lo uno en lo diferente pero se corre el riesgo de “reducir términos complejos a premisas simples”. En cambio

el encuentro con lo diverso “produciría un tipo de tensión vitalizante, productora de nuevos sentidos”.

En “*Subjetividades femeninas vulnerables*” (BURIN, 2000) retoma aquella pregunta de “¿qué es ser mujer?”, y su respuesta casi obligada en el contexto de la cultura patriarcal: “ser mujer es ser madre” parecería requerir nuevos cuestionamientos, junto con el actual debate modernidad-postmodernidad acerca de la subjetividad femenina. Semejante posicionamiento en el género parece haber contribuido a obturar las problemáticas acerca de la condición femenina y se vuelven a abrir los interrogantes.

Desde la perspectiva antropológica se priorizan los aportes de Marta Lamas. -“*En la identidad de los sujetos se articulan subjetividad y cultura (...) En la construcción de la identidad participan elementos del ámbito psíquico y del ámbito social, que tienen un peso específico y diferente en ese proceso (clase social, etnia, edad)*”- (LAMAS, 1994). De “*Cuerpo e Identidad*” (LAMAS, 1995), resultan valiosas sus explicaciones sobre cómo se desarrollan los procesos culturales mediante los cuales las personas se constituyen en hombres y mujeres dentro de un esquema que postula la complementariedad de los sexos y la normatividad de la heterosexualidad. Ella analiza el vínculo entre cuerpo e identidad señalando que tratar a las personas dependiendo de su sexo niega procesos identificatorios básicos del sujeto, ya que desconoce y no comprende cómo se establece culturalmente la identidad de género y cómo se estructura psíquicamente la identidad sexual. Dos ámbitos con su propio estatuto que requieren ser explicitados. En “*Antropología Feminista y la Categoría de Género*” (LAMAS, 1996) da cuenta de cómo el uso de la categoría de género modificó sustancialmente la investigación y reflexión antropológicas. Revisa la transición del estudio y la comparación de lo femenino y lo masculino en culturas dadas, para pasar al planteamiento de que lo femenino o lo masculino se sitúan en el registro de lo simbólico.

En la búsqueda de los orígenes del surgimiento de la categoría de género, se analizan los trabajos de Money y Stoller (STOLLER, 1968) que permitieron el desmantelamiento del pensamiento biologicista respecto de la identidad sexual para concluir con una revisión de la obra de Ortner y Whitehead que incursiona en un amplio espectro de prácticas y creencias sexuales.

El ensayo de Ortner y Whitehead (ORTNER, 1996) plantea un enfoque que propone conceptualizar el género, la sexualidad y la reproducción como "símbolos", a los que una sociedad determinada asigna significados particulares que requieren de un análisis e interpretación simbólicos. Esta mirada permitiría, según las autoras, *"sacar a la luz la diversidad de los significados atribuidos a los sexos y a la sexualidad en diferentes culturas al mismo tiempo, así como las semejanzas interculturales"*. Permitiría, también, llamar la atención sobre los factores sociales y culturales que inciden de manera más inmediata en la cultura de género. Se revisan las metodologías pertinentes para este enfoque, se repasan los tipos de diferencias y similitudes interculturales en las ideas sobre el género; por último se revisan las dimensiones sociales y culturales que *"parecen ejercer mayor influencia en la configuración de las ideas culturales acerca del género y la sexualidad"*.

Muy pocos estudios han problematizado hasta años recientes el tipo y grado de medicalización de la sexualidad, lo que dificulta la discusión sobre la eficacia simbólica que poseen las concepciones y teorías sobre salud-enfermedad que guían las prácticas sexuales y reproductivas. Por ello se rescataron las conclusiones del Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) del Departamento de Antropología de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Porto Alegre (VILLA, 1998), que viene estudiando desde los años `80 la problemática de la masculinidad. Recientemente exploró las representaciones sociales relativas a la esfera de la reproducción y la sexualidad en mujeres y varones de sectores populares pobres, discutiendo la importancia que adquieren los modelos socioculturales del cuerpo en la construcción de los

recursos cognitivos para explicar la reproducción biológica y las prácticas de regulación de la fecundidad, así como los valores que adquiere la reproducción y la sexualidad en la construcción de las identidades de género. Algunos de los principales hallazgos que discute dicho estudio son que:

- en las relaciones de género aún cuando serían las mujeres las que tendrían la decisión última sobre tener o no tener un hijo el rol del varón es esencial, ya que las decisiones femeninas se apoyan en sus expectativas subjetivas en relación a la actitud masculina para "reconocer" o no el hijo como propio. Es decir, que las mujeres decidirían sobre los embarazos según la percepción que tienen ellas sobre las posibles respuestas de los varones con respecto a la aceptación o no de los mismos. Asimismo los embarazos adquirirían sentido como una estrategia femenina para involucrar al varón en la conformación de una familia;
- las representaciones subjetivas de los cuerpos femenino y masculino están constituidas por sistemas simbólicos que no siempre aplican los principios biomédicos. Los períodos fértil y menstrual se superponen uno con otro, tanto para los varones como para las mujeres. Estas creencias tendrían un efecto directo en las opciones y la efectividad de los métodos anticonceptivos. En los varones, ello reforzaría la evitación de relaciones sexuales durante el período menstrual y sus cercanías. Las prácticas abortivas no se guían por los eventos biológicos y son consideradas como un recurso anticonceptivo.
- Existirían una definición y reconocimiento sociales de los embarazos según las representaciones subjetivas de los cuerpos y los significados que adquiere para los varones el hecho de "embarazar a las mujeres". Este hecho se constituiría en signo de virilidad para sí mismo, para el grupo de pares y para formar parte de un ámbito doméstico, como indicador de adultez masculina.

Un aporte valioso fue el estudio realizado por investigadoras pampeanas "*Mujeres populares, el mandato de cuidar y curar*" (PRECE Y OTRAS, 1996) sobre la percepción corporal en mujeres de sectores populares. Sus análisis

indican que *-“No solo siente que su cuerpo debe “soportar” el peso de la cotidianidad, sino cree además que en cierta forma debe ser olvidado, negado en función de todas las tareas de organización y reproducción”-* El cuerpo pareciera estar pensado en este ámbito, mas como una fuente de vergüenza que de bienestar. Con la maternidad se revaloriza este cuerpo y analógicamente, cuando la edad fértil pasa, es algo “que soportar estoicamente”. El vínculo materno hace su aparición, y ellas, inconscientemente, se hacen cargo del mandato. *-“Si prestamos atención al discurso femenino popular, veremos que se caracteriza por la referencia permanente a los hijos y a la maternidad. Sin dudas, tal como lo entendió Foucault, en el proceso que consiste en asignar una significación al cuerpo, se retiene sólo lo que está en concordancia con las expectativas y preconcepciones de la comunidad de pertenencia”-* Concluyen - *“La mujer es ante todo la que atrae sexualmente y la que nutre, proporciona bienestar y placer a los demás. Esa construcción de identidad cuestiona la posibilidad de cuidar de su propio bienestar...”-*

Se recupera de *“Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas”* (GONZALEZ, 2000) y sus varios autores, la postura ideológica a aplicar en el trabajo de campo. Creer firmemente en el poder del conocimiento como herramienta de trabajo, en la enorme validez que tiene el conocimiento que poseen las mujeres sobre su salud y en el poder que nos da el saber para tomar mejores decisiones. Y adicionalmente tener la convicción que los ambientes políticos, demográficos, económicos, sociales, culturales y de género del lugar donde vivimos afectan los procesos de salud y enfermedad. Se postula la importancia de partir de la realidad y el diario vivir de cada una. La experiencia y los testimonios de las participantes fueron la base de los grupos focales. Abordar creencias, tradiciones y prácticas culturales nos ayuda a entender por qué existen comportamientos y creencias que nos exponen a enfermedades y discapacidades al igual que nos protegen de las mismas. La cultura y las tradiciones influyen en la manera en la que enfrentamos la salud y las enfermedades, la prevención de enfermedades, la

promoción de salud, el uso de servicios de salud y la búsqueda de cuidados de salud y ayuda médica. Es en nuestras raíces culturales que encontramos otras alternativas para el cuidado de la salud que aprendimos en nuestras comunidades y en nuestras familias a través de nuestros antecesores, abuelas, ancianos y médicos tradicionales.

Reiteradamente esta obra menciona la subordinación social y técnica de las mujeres frente al poder médico, que las ha colocado históricamente como “pacientes” *-¿en relación con la pasividad que espera de ellas?-*; como portadoras de saberes equivocados y como responsables de su propia enfermedad. *- “...todas las mujeres, de una forma u otra, ya sea por nuestra capacidad reproductiva o nuestra condición de género, hemos sufrido de la discriminación y del trato abusivo y paternalista de la industria médica.”- (GONZALEZ, 2000:45).* Analiza de qué manera, la medicina como institución, se ha convertido en un instrumento de control social que afecta la vida de las mujeres. Se exige una vida “medicalizada”: se espera que acudamos al médico cuando comenzamos nuestra vida sexual, para decidir sobre métodos anticonceptivos; cuando estamos embarazadas, para controlar el proceso; cuando llega el momento del parto, para contar con la tecnología necesaria “por si acaso”; cuando llegamos a la menopausia, para “sustituir” las hormonas que ya no tenemos. El criterio médico es considerado sagrado. No se cuestiona, no se duda, no se le exige, *-“todo esto sienta las bases y las condiciones para que la relación médico-paciente sea paternalista y en muchos casos abusivos; para que este ejercicio de poder se preste una vez mas a la práctica de la medicina abusiva para las mujeres, y que por ser una medicina masculina y poderosa, va acompañada de un trato sexista que nunca ha tomado en cuenta las particularidades de nuestro género, ni para el diseño de las políticas públicas de salud”- (GONZALEZ, 2000:45).*

Finalmente, es necesario marcar el impacto que ejerció el aporte de la serie “*Mujer Salud*” (2002/2004) y que se evidencia en autores concretos en el próximo apartado.

4. LAS MUJERES RURALES PAMPEANAS

El éxodo de los núcleos más pequeños (que genera el envejecimiento progresivo de la población), ligado al aumento en la esperanza de vida y la alta tasa de mortalidad han caracterizado, al menos en los últimos años, el proceso de despoblación de nuestro medio rural. A través de los últimos dos censos (años '91 y 2001) la realidad en el medio seleccionado para la presente investigación se traduce de la siguiente manera

Variación Intercensal

	Población Censo 91	Población Censo 01
Centros poblacionales⁴		
Algarrobo del Aguila	258	641
Santa Isabel	1267	2493
La Humada	300	954
Puelén	492	836
25 de Mayo	4373	6962
La Reforma	194	194
Limay Mahuida	46	281
Total Centros poblacionales	6930	12.361
Población rural por Departamento		
Chalileo	2093	616
Chical Có	1212	1128
Limay Mahuida	586	472
Puelén	1538	1493
Total Población rural	5.429	3.709

Como se puede observar, la población rural propiamente dicha disminuye en la totalidad de los casos. Y las cifras se invierten en los nucleamientos poblacionales.

Paralelamente a la disminución de la población, van desapareciendo servicios: hay pocos niños y no se pueden mantener las escuelas; hay pocos

⁴ El INDEC considera población rural a centros de hasta 2000 habitantes

adultos y se ve dificultada la persistencia de la educación permanente de adultos; hay pocos habitantes y se disminuyen los recursos sanitarios y los servicios sociales.

Los efectos negativos de esta ausencia de servicios repercute y es asumida, las más de las veces, por las mujeres. Todo esto conlleva no sólo una carga importante de trabajo, sino una dedicación absoluta y abnegada en la que no caben horarios, vacaciones, permisos, días festivos, y tampoco el espacio y las condiciones para la atención de su salud –y mucho menos de su salud sexual-.

Clase social, etnia y género, constituyen tres enfoques paradigmáticos convergentes. La interacción del género con la clase social y la etnia obliga a considerarlos como categorías de análisis. El género interactúa con la clase social entendida como estructura desigual y jerárquica. El término 'etnia' hace alusión a cultura. Así, un grupo étnico determinado comparte normalmente costumbres, lenguaje e instituciones. Las marcas étnicas han sido tratadas desde un enfoque de exclusión-inclusión, si bien en la presente investigación no fueron indagadas específicamente (pero tampoco surgieron o pudieron ser observadas a lo largo del contacto con las mujeres entrevistadas o con el personal para médico).

En este contexto, sabemos que se abordarán en su conjunto. Dentro de este escenario los emergentes aportarán al estudio de las conexiones de los tres planos. Así, género, etnia y clase se constituyen como categorías acumulativas dentro de un orden social jerárquico que implica desigualdades (en oportunidades, recursos, poder, propiedad o cualquier otra desventaja estructurada).

El área de análisis de esta investigación es el oeste pampeano. Una vasta zona poco poblada, desértica, de suelos poco fértiles con vegetación xerófica y una desertificación variable. Estas personas viven sobre una superficie de

104.091 Km², y la incidencia de Necesidades Básicas Insatisfechas es mucho mayor que el promedio provincial. Los campos son grandes extensiones con difícil intercomunicación. Hay algunos pequeños conglomerados con servicios comunes (generalmente escuela, policía y algunas viviendas). La gran mayoría de esta población rural, ocupa sectores de pocos cientos de hectáreas, en un área donde la unidad económica es de cinco mil hectáreas.



Una vista del paisaje natural

Posee dos actividades importantes: la ganadería caprina (unas 60.000 cabezas con majadas de 150-180 animales) y las artesanías tradicionales fabricadas por unos 280 artesana/os aplicando técnicas transmitidas de generación en generación. En general, son grupos de convivencia numerosos, donde las uniones se producen a temprana edad y la natalidad es elevada.

La red vial, está conformada por tres rutas pavimentadas: Provincial N° 10 , Nac. N° 151 y Provincial N°20. El resto son caminos vecinales y picadas de tránsito dificultoso. Las temperaturas de verano, superan los 35°C. Los inviernos son crudos, con temperaturas que fácilmente llegan a los -10°C.

Cuenta esta gran área, con siete nucleamientos: Santa Isabel y Algarrobo del Aguila (Dpto. Chalileo); La Humada (Dpto. Chical Co); Puelén y 25 de Mayo (Dpto. Puelen); Limay Mahuída y La Reforma (Dpto. Limay Mahuída).

Datos de Población

Localidad	Población	Mujeres	Pob. NBI
Algarrobo del Aguila	641	280	33,7 %
Santa Isabel	2493	1191	21,6 %
La Humada	954	433	41,6 %
Puelén	836	381	40,2 %
25 de Mayo	6962	3413	14,6 %
La Reforma	194	92	22,2 %
Limay Mahuida	281	120	37,4 %
Total localidades	12.361	5.910	
Promedio provincial			10,2

En la estructura social del área, los hombres se dedican al cuidado de sus animales menores, y unos pocos, además fabrican piezas artesanales de cuero, asta o madera. Las mujeres asumen todo lo vinculado con la vida doméstica, crianza de los hijos, laboreo de la huerta, comparten con el hombre el cuidado de las majadas y la producción de artesanías. Sin embargo, estas mujeres, sometidas a este exceso de trabajo, son consideradas oficialmente y estadísticamente inactivas y en situación de improductividad. Es lo que se ha dado en llamar "la sobrecarga invisible de la mujer".

Población rural por Departamento

Departamento	Población	Mujeres	Densidad (incluyendo localidades)
Chalileo	616	253	0,3
Chical Có	1128	481	0,2
Limay Mahuida	472	208	0,0
Puelén	1493	651	0,6
Total departamentos	3.709	1.593	
Promedio Provincial (hab./km ²)			2,1

En la actualidad, ellas protagonizan una ruptura y una huida del entorno mediante la consecución de una relación laboral que muchas veces les lleva a cambiar de residencia (de la zona rural propiamente dicha al nucleamiento) y otra

a asumir los riesgos de los continuos desplazamientos entre uno y otro. Como se puede observar en el cuadro anterior, estadísticamente queda graficado en la incidencia de las mujeres en el total de población (siempre considerablemente menor al 50%).

Las precarias condiciones de vida de la población rural de estos cuatro departamentos, ha llevado sistemáticamente a los gobiernos provinciales, a desarrollar una serie de programas y proyectos para proveer servicios sociales y mejoras productivas y contemplan la población del oeste .

En este marco, se registran algunas situaciones a considerar:

- ✓ La creación/existencia de servicios de atención sanitaria:

Zona Sanitaria	Localidad	Nivel de complejidad
III	Puelen	No posee
III	25 de Mayo	IV
III	La Reforma	I
III	Limay Mahuida	I
IV	Santa. Isabel	III
IV	La Humada	III
IV	Algarrobo del Aguila	No posee

- ✓ La sanción en 1991, de la Ley 1.363, creando "en el ámbito de la Subsecretaría de Salud Pública el Programa Provincial de Procreación Responsable, a través del cual se brindará a toda la población que lo requiera, información, orientación y prestaciones de servicios que aseguren el derecho humano de decidir libre y responsablemente sobre sus pautas reproductivas". El programa se opera "en los Centros Asistenciales de mayor complejidad, a través de los servicios de tocoginecología y obstetricia y en las unidades del primer nivel de atención de salud".
- ✓ La sanción de la ley N° 2.079, a fines del año 2003, sobre el ejercicio de las actividades de la salud. Derogación decreto – ley N° 504/69 y modificación de diversas normas vigentes (legalización de la contracepción quirúrgica).

Sin embargo, la declinación de las consultas tocoginecológicas y el aumento de la maternidad adolescente, hablan de una prestación de servicios de muy baja efectividad. Para intervincular estos dos grandes ejes, en la zona geográfica de intervención, se recurrió a los datos que proporcionan los servicios de salud provinciales.

- ✓ Si se analizan los datos de Consulta en el área de Tocoginecología, se observa que las mismas decrecen desde 1998⁵.

Cantidad de consultas	año 98	99	2001	2002	2004
Zonas sanitarias III y IV	10697	10140	8373	8108	7945

- ✓ Maternidad adolescente: En los cuatro departamentos, es alto el porcentaje de maternidad adolescente⁶. Como se muestra en el siguiente cuadro, todas las localidades ubicadas en nuestra muestra de estudio, se encuentran (excepto 25 de Mayo) muy por encima del promedio provincial, destacándose el caso de Algarrobo del Aguila. Los porcentajes se dan a pesar de la existencia de servicios de salud en el área y de la Ley de Procreación Responsable.

Año 2004	
Localizacion	%
25 de Mayo	17,7
Algarrobo del Aguila	66,7
Santa Isabel	32
La Humada	35,7
Puelén	21,1
Limay Mahuida	S/d
Promedio Provincial	17,1

Es necesario señalar el hecho de que esta población rural en su enorme mayoría, carece de obras sociales o seguros de salud, por lo que la atención desde el sector público, es su única alternativa. Y en los casos en que poseen

⁵ Estadísticas Vitales y Hospitalarias - Subsecretaría de Salud de la Provincia de La Pampa -

⁶ Estadísticas Vitales y Hospitalarias - Subsecretaría de Salud de la Provincia de La Pampa -

obra social, al no haber prestadores privados en el área, se recurre forzosamente al servicio público, el que factura la prestación a la obra social.

En síntesis: si bien las mujeres están hoy en el mundo atravesando cambios en los modelos tradicionales, existen elementos que condicionan las posibilidades de desarrollo, la forma, calidad de vida y la salud de las mujeres que viven en estas zonas. Ellas, -insertas de por sí en una sociedad donde existen parámetros de inequidad entre varones y mujeres- poco conocen de sus derechos, aceptan los valores de sumisión y resignación en las que han sido formadas y tienen muy pocas posibilidades de intervenir en espacios decisionales.

En estas comunidades es claro el modelo vigente: el discurso de “lo femenino” revela pautas culturales que moldean a la mujer para desempeñar determinados roles y funciones y entre ellos la primacía la tiene el de esposa y madre. Existen elementos descriptivos y prescriptivos que revelan las formas de pensar sobre la mujer con contenidos ideológicos que legitiman la relación de dominación de lo masculino sobre lo femenino. De esta manera, el discurso masculino prescribe para la mujer la obediencia, el miedo, la debilidad física y de carácter y todas las facetas del comportamiento sexual se enmarcan en este paradigma, siendo el sexo el modo como el varón impone su identidad social.

El acceso por parte de ellas a los servicios de salud, concretamente la realización de sus controles ginecológicos, está condicionado por las distancias entre las áreas rurales y los centros sanitarios, la falta de recursos económicos y un bajo nivel de instrucción, pero fundamentalmente atravesado por este paradigma que les impide no sólo imponer sus decisiones sino hasta pensar en sí mismas. Si bien los servicios existen, las acciones no se llevan a cabo. La rutina y la resignación caracterizan su cotidianeidad. Sus posibilidades de reflexionar sobre el tema y de llevarlo al tapete de la discusión social y política, son prácticamente inexistentes.

5. OBJETIVOS

GENERALES

Analizar e interpretar las representaciones sociales sobre el cuerpo y la salud sexual de mujeres rurales pampeanas.

Identificar y explicar los mecanismos que inciden en las prácticas de atención y control de la salud sexual de mujeres rurales pampeanas.

ESPECÍFICOS

- ✓ Relevar las representaciones sociales que sostienen las prácticas cotidianas de mujeres rurales en la atención de su salud sexual
- ✓ Explorar cómo atraviesa la perspectiva género los procesos del circuito salud/enfermedad, a través de la mirada de los efectores de salud.
- ✓ Analizar las contribuciones que aportan las metodologías cuantitativas y cualitativas para el estudio de la salud sexual de las mujeres rurales.

CAPITULO II:

ESTRATEGIA

METODOLOGICA



1. CONSIDERACIONES GENERALES

El planteo metodológico se desarrolla desde un enfoque integrador de las perspectivas cuali/cuantitativas. Se articulan datos estadísticos con aportes de tipo cualitativo. Dicha aproximación se basa en una concepción superadora de las antinomias que presentan ambos paradigmas metodológicos. En efecto, para llegar a una visión integradora del objeto de estudio, es importante realizar una triangulación de métodos que coadyuva a neutralizar las carencias de cada uno y maximiza sus ventajas. Se entiende que ambos métodos no son rivales, sino complementarios “la efectividad de ambos se basa en la premisa de que las debilidades de cada método individual van a ser compensadas por las fortalezas contrabalanceadoras del otro ” (JICK, 1979:72).

¿Porque una Investigación-acción?. La terminología (LEWIN, 1946) describe –desde sus inicios- una forma de investigación que puede ligar el enfoque experimental de la ciencia social con programas de acción social. Lewis argumentaba que se podía lograr con esa estrategia y en forma simultánea avances teóricos y cambios sociales. En ella, el quehacer científico consiste no solo en la comprensión de los aspectos de la realidad existente, sino también en la identificación de las fuerzas sociales y las relaciones que están detrás de la experiencia humana.

Resulta un método de investigación y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico que combina dos procesos: conocer y actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Además de integrar teoría y praxis, posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora. Se constituye en

un aporte al problema de cómo el saber puede proporcionar poder a los que carecen de él sin injertar durante el proceso nuevas relaciones de sojuzgamiento.

Podría agregar, una investigación-acción porque metodológicamente, los pasos seguidos se corresponden a la -“observación participante, la descripción, la inferencia y la interpretación (...) y porque se trabaja básicamente sobre las interpretaciones de la gente, su autoimagen, sus angustias, deseos y valores, sus modos de mirar y comprender”- (VIZER, 2003: 281).

Pero debo decir, fundamentalmente una Investigación Acción, porque desde que comencé a gestar esta tesis la concientización fue idea central y meta: un proceso de autorreflexión sobre sí mismas, los demás y la situación. El conocimiento práctico no fue el objetivo, sino el comienzo (MOSER, 1978). El “descubrimiento” se transforma en la base del proceso de concientización (en el sentido de hacer que alguien se “de cuenta de”). En otras palabras, mi objetivo de estudio no fue solo conocer, sino conocer para transformar.

En la investigación-acción, sus dos componentes se combinan en proporciones variables. a) La investigación consiste en un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad con una expresa finalidad práctica. b) La acción no sólo es la finalidad última de la investigación, sino que ella misma representa una fuente de conocimiento, al tiempo que la propia realización del estudio es en sí una forma de intervención. En el proceso estamos involucradas no sólo las investigadoras profesionales, sino la comunidad destinataria del proyecto, que son considerados sujetos activos que contribuyen a conocer y transformar su propia realidad.

La finalidad de la investigación-acción es siempre generar un conocimiento liberador a partir del propio conocimiento popular, que va explicitándose en el proceso de investigación y que los investigadores simplemente facilitan aportando herramientas metodológicas y como consecuencia de ese conocimiento se genera

un proceso de empoderamiento que da lugar al inicio de una estrategia de acción para el cambio.



Integrantes grupo 25 de Mayo discutiendo

Desde una concepción estricta y pura, se me podrá cuestionar tal vez, que la reflexión sobre la naturaleza de la acción y sus consecuencias no culmine transformando el núcleo de conocimientos que modifiquen acciones futuras. O al menos, que estas no resulten monitoreadas. En otras palabras, que metodológicamente no cumpla estrictamente con el paso “Diseño y aplicación de una Propuesta de Cambio”. No obstante, numerosos ejemplos dan cuenta de ello. Citaré solo uno, expresado por una mujer que no pudo verbalizar ningún comentario a lo largo del todo el grupo focal y que sin embargo, a la salida, me esperó y apenas musitando expresó:

-“Muchas gracias señora!!!! tendría que venir mas seguido..., acá hacen falta muchas charlas como esta!!!!”-

Por otro lado, la experiencia personal transitada por mi (como investigadora) me hace persistir en el intento. Adoptar este enfoque implica, un reposicionamiento epistemológico y político. Porque exigió que toda la estrategia parta de la realidad concreta y porque no me ubiqué como mera observadora, sino desde una doble posición de observadora-actora. Acá todo/as fuimos sujetos y objetos de

investigación, lo cual implicó que la verdad científica se fue logrando en la acción participativa. Los emergentes teóricos son el resultado del aporte de todo/as (mujeres involucradas, efectores de salud, expertas) convalidados por los métodos científicos.

En los recorridos que adoptaron los diferentes grupos focales, hubo momentos en que fui coordinadora (la “agregada” al grupo) y otros donde me confundí en una producción analógica con la propia estructura grupal: me / nos identificamos en códigos verbales, de acción, sublimaciones y hasta en las estrategias interpretativas de los fenómenos. Esta diferente implicación personal queda manifestada en la redacción del presente informe (los tiempo verbales oscilan entre “ellas” y “nosotras”) y a los efectos de la investigación me parece positivo priorizar la perspectiva vivencial en desmedro de la gramatical.

Se intenta una mirada desde la epistemología feminista. ¿por qué?. Porque se necesita una defensa y programa positivo alternativo ante discusiones tradicionales tanto del objetivismo como del relativismo (las mujeres como “sabedoras” no tienen un lugar en ninguno). Ambos tienden a silenciar a las mujeres al negarse a reconocer las relaciones de poder con dominación masculina. Concretamente algunas interpretaciones que tienen por intención certificar evidencias (considerando opiniones de mujeres) culminan en efectos contradictorios: descalificándolas (en expresiones tales como -“en la opinión de `ella”-).

Y entonces ¿quiénes somos nosotras?. Las mujeres no somos homogéneas. Y a veces las diferencias implican una relación de dominación. Necesitamos teorías del conocimiento que reconozcan estas diferencias y nos permitan disminuir las relaciones jerárquicas entre “nosotras”. Para ello se consideraron perspectivas básicas de la “Teoría del punto de vista feminista” (HARDING, 2001).

-“Las vidas de las mujeres, al igual que las de los hombres, están estructuradas por relaciones sociales que manifiestan la experiencia de la dominación de clase y género. La capacidad de ir mas allá de la superficie de las apariencias para revelar las relaciones sociales reales pero ocultas requiere una actividad tanto teórica como política”- (HARTSOCK, 1987: 72).

2. UNIVERSOS POBLACIONALES Y DETERMINACIÓN MUESTRAL

Se trabajó con dos tipos de universo:

- a) Mujeres rurales
- b) Proveedores de salud del nivel local (médica/os, enfermero/as y agentes sanitario/as)

Los *datos cuantitativos*, provienen de aplicar una encuesta Ad-hoc (Figura en Apéndice) en dos versiones (destinada cada una a un universo) pero que atraviesan los mismos ejes.

Estos datos permiten caracterizar a una población mediante variables, entendidas éstas como conceptos operacionalizados. Los supuestos de este análisis se basan en la representatividad estadística y en la posibilidad de generalizar a partir de una muestra sobre las características de una población dada.

El *análisis cualitativo*, se basa en información emergente de entrevistas y grupos focales, donde la definición de la situación por el actor social y el significado que este da a su conducta son claves para interpretar los hechos. El análisis contempla la totalidad de la configuración en que se sitúa el actor. Se basa en un método comparativo que va enfrentando casos similares entre sí pero variados en sus características principales, tratando de formular interpretaciones que incluyan conceptos teóricos que surgen del mismo análisis. Desde esta perspectiva se adhiere al planteo de Irene Vasilachis, cuando señala que *“el método para conocer el mundo de la vida no puede ser la observación exterior de los fenómenos, sino la comprensión de las estructuras significativas del mundo de*

la vida por medio de la participación en ellas, a fin de recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas”-. El mencionado paradigma, --“está centrado en el sujeto cognoscente y es, justamente, respecto de ese sujeto, para determinar a/s teorías/s o paradigma/s que presupone, que se deberá establecer: 1) cuál es su cosmovisión filosófica y la vinculación de ésta con sus presupuestos teóricos; 2) que método/s, forma/s y/o estrategias de acceso a la realidad propone; 3) que concepto adopta y/o elabora de acuerdo con la/s teoría/s que crea y/o supone; 4) cuál es su contexto histórico-social; 5) cuál es su forma de compromiso existencial y 6) que elección ha realizado respecto de los fenómenos sociales que analiza y que, habitualmente, están en el núcleo de la teoría que presupone o crea.”- (VASILACHIS DE GALDINO, 2000:219).

Obviamente, atravesar la investigación de esta problemática exige no solo describir cuantitativamente, sino interpretar y explicar la realidad que se analiza. En esta convicción se sustenta la aplicación de ambos métodos. Pues, bien sabemos los que transitamos este área, la dificultad en acrecentar y mejorar la correcta utilización de los sistemas de información y monitoreo, y su uso efectivo en la toma de decisiones, sin descuidar por ello, una perspectiva analítica y crítica que contemple: género, etnia, clase social y cultura imperante.

La localización operó en localidades del oeste pampeano, de carácter rural, con mayor incidencia de Necesidades Básicas Insatisfechas: Algarrobo del Aguila, Santa Isabel, La Humada, Puelén, 25 de Mayo y La Reforma

La muestra cuantitativa estuvo constituida de la siguiente manera:

Universo	Persp. Cuantitativa
	Encuestas
Mujeres de entre 30 y 55 años	300
Proveedores de salud	26

Una vez determinada la cantidad total de mujeres a las que se debería encuestar para que la misma fuera confiable (300) se distribuyó ese total en forma proporcional a las mujeres con condición de NBI de cada departamento. A los efectos de operativizar la muestra al interior de los cuatro departamentos señalados se han investigado los últimos instrumentos y/o datos disponibles. El Censo 1991 había quedado desactualizado; sin embargo los datos del Censo 2001 no estaban totalmente procesados (al menos en lo que respecta al indicador operacional de pobreza “Necesidades Básicas Insatisfechas” al momento del presente –junio 2003-), motivo por el cual se optó por seleccionar la presencia del indicador NBI en mujeres de 30 a 55 años del Censo 91 y proyectarlo a los datos generales de población, sexo femenino del Censo 2001.

Descripción		Chalileo	Chicalcó	Puelén	Limay Mahuída
Censo 1991	Población total	2.093	1212	6811	586
	Mujeres	958	584	3246	248
	Cant mujeres 30 a 55 años	288	161	916	77
	Cantidad mujeres 30 a 55 años con NBI	76	109	184	39
	% mujeres 30 a 55 años con NBI sobre total mujeres	7,9	18,7	5,7	15,7
Censo 2001	Población total	2512	1591	7756	472
	Mujeres	1193	708	3785	208
Proyección	Proyección mujeres 30 a 55 años con NBI	95	133	216	33
Muestra	% que representan del total	19,9	27,9	45,3	6,9
	Cant de mujeres a incluir por departamento	60	84	136	20
	Total	300			

Para determinar la muestra de los proveedores de salud se contemplaron realidades locales (cantidad de actores existentes). Se tomó contacto con la mayor cantidad posible de ello/as. En otras palabras, la muestra fue casi idéntica

al universo, o al menos está representando como mínimo un 90% del total existente.

La muestra cualitativa estuvo constituida de la siguiente manera:

Universo	Persp. Cualitativa
	Entr. / grupos focales
Mujeres de entre 30 y 55 años	60
Proveedores de salud	11

Es necesario aclarar que los 11 proveedores de salud a los que se hace referencia, como asimismo las 60 mujeres constituyen parte del conjunto de la muestra cuantitativa. Y lo que es mucho mas significativo, que la relación varón/mujer en la muestra de los proveedores de salud es la siguiente:

Perfil	Médico/as	Para	Total
Sexo		Médico/as	
Mujer	7	14	21
Varón	-	5	5
Total	7	19	26

Esto habla de un universo similar (recuérdese que se entrevistó aproximadamente al 90% de los existentes).

La estrategia de difusión estuvo a cargo de las Comisiones de Fomento locales. Se usaron afiches (en lugares como postas y municipio) y mensajes radiales, avisando de la probable visita.

A los efectos de concretar las reuniones, se confeccionó un listado de organismos públicos y privados existentes, realizando invitaciones personalizadas a los representantes de los mismos, para, a través de ellos llegar a las mujeres con recordatorio del día, lugar y hora de la reunión.

Los grupos focales y entrevistas con las mujeres y proveedores de salud fueron grabadas y posteriormente transcritas en su totalidad. Las versiones textuales fueron a su vez codificadas siguiendo un esquema básico de clasificación de la información que se estructuró a partir de dos ejes fundamentales: actores y áreas temáticas.

CAPITULO III:

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS EMERGENTES



1. APORTES DIFERENCIADOS DE METODOLOGIAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS

A lo largo del presente capítulo se recuperan alternativamente lecturas de una y otra perspectiva. Al concluir el análisis se espera dejar en claro la necesidad de colaboración de los dos enfoques. Se trata de buscar coincidencias o desacuerdos en aquellos puntos compatibles. Hubo otros que no lo permitieron, tal es el caso de cuestiones directamente relacionadas a la sexualidad (no pudieron explorarse desde la estrategia de encuesta).

En toda la investigación los dos tipos de métodos se potencian mutuamente para brindar percepciones que ninguno de los dos podría conseguir por separado. Sin duda las explicaciones son realizadas con mayor eficacia desde el modo cualitativo; la valoración de impacto se realizó con mayor precisión mediante la tabulación de las encuestas; la explicación causal se obtuvo de mejor manera a través del empleo conjunto y en algunos casos fue necesario triangular⁷ la “verdad” subyacente entre ambos para evaluar coincidencias/disonancias y concluir en la interpretación adecuada.

En esta tesis, la triangulación de la metodología cuantitativa y cualitativa se constituyó en un plan de acción que permitió deconstruir aseveraciones que aparecían en las encuestas como la asunción de un mandato sociocultural. El carácter complementario quedó de esa manera de manifiesto: cada método

⁷ Por triangulación se entiende la combinación de metodologías para el estudio de un mismo fenómeno

proveyó información que no sólo es diferente a la provista por el otro, sino que además fue esencial para interpretar la otra.

Aquellos indicadores simples (que surgen como resultado de preguntas de las encuestas) fueron transformados en complejos sobre la base de esta respuesta inicial, que se complejizó, precisamente, a partir de exponer el indicador obtenido en primera instancia a una serie de interrogantes provenientes de indicios captados en la entrevistas y/o grupos focales. Un caso típico lo constituye el 78% que opina que recibe “mucho apoyo” por parte de su familia en el cuidado de su propia salud o el 96,7% que responde que el trato recibido por parte de los proveedores de salud es “bueno”. Significó la integración de otro tipo de información que posibilitó otorgar singularidad a la realidad que se fue construyendo. Esta línea de análisis permite alertar acerca de los cursos de acción equívocos que se pueden adoptar a partir de la utilización lineal de ciertos resultados.

En la misma línea de análisis se interpretan palabras de algunas de ellas:

Nely, 42 años, 25 de Mayo (en relación a la postergación de la atención de su propia salud)
-“no es una imposición de los hombres o de los hijos, somos nosotras las que hacemos así....”-

El texto enmascara lo que realmente quiere decir, posicionando cuestiones significativas, pero la verdadera intención es escondida y quizás la contraria. El discurso no es transparente: aparecen muchos filtros, fundamentalmente desde lo ideológico; quedan de manifiesto las “elecciones inconscientes” y por lo tanto no es la manifestación de un sentido único, sino un espacio de entrecruzamientos y luchas ideológicas. Aparece lo no acertivo. Tiene que ver con lo no dicho explícitamente, con el preconstructo, remite a lo que cada uno sabe y a lo que cada uno puede ver o oír.

Algunas entrevistas y anotaciones informales, la observación espontánea en salas de espera en ocasiones de estar esperando ser atendida por los

proveedores de salud y sobre todo la relación "investigadora-investigada" que se generó, habilitó nuevas preguntas que no estaban pensadas en los "Interrogantes que orientaron la discusión de los grupos focales/entrevistas" y culminaron abriendo otros campos de conocimiento.

La práctica de una estrategia reflexiva de carácter grupal, como medio para visualizar la realidad "desde adentro" posibilitó líneas de acción potenciales futuras ligadas a las necesidades de la población "beneficiaria" y no ya como sujetos o actoras. Por otro lado, proponerme, inicialmente, que el objeto de esta investigación "no fuera sólo conocer, sino conocer para transformar" generó algunas de las interpretaciones en torno de la dimensión afectiva y personal que se estableció con las investigadas.



Grupo operando

A lo largo de todo el proceso se resalta la perspectiva cualitativa. El hecho no lleva de manera implícita infravalorar la cuantitativa. La concepción ideológica/metodológica que sustenta la aplicación de ambas, tiene que ver mas bien con ampliar los márgenes de la comprensión científica que con cerrarlos. La causa, en todo caso, se relaciona al área de investigación, donde la lógica de la metodología cualitativa adquiere su máximo poder explicativo e interpretativo.

Interesa la búsqueda de un sujeto singular y la comprensión del sentido que la/os actore/as dan a sus acciones. Los conceptos "cuidado", "cuerpo" y "salud sexual" comienzan a combinarse con otros como "representaciones", "construcción", "identidad femenina", "subjetividad". Los aspectos singulares, vivenciales, intersubjetivos, sus propias historias, importan tanto como los estructurales.

La adopción del enfoque cualitativo permite penetrar en el análisis de la percepción de sus goces y sus frustraciones en las condiciones materiales y psicosociales de la sexualidad y así, comprender las motivaciones y estilos con las que las enfrentan estas condiciones y, muy especialmente, la adecuación y reacomodación que realizan para cumplimentar las pautas exigidas por criterios médicos para abordar su salud sexual.

El presente informe de tesis está caracterizado por las explicaciones de "lo que sucede" a partir de analizar la situación y sus actoras, relacionándolo con su contexto. A las protagonistas no se las describe determinadas por leyes causales, sino más bien "iluminadas" por los elementos de la situación socio cultural. En consecuencia, las explicaciones son más bien una comprensión de la realidad y por lo tanto el resultado constituye más una interpretación que una explicación.

La interpretación de lo que ocurre resulta una transacción de las interpretaciones de las protagonistas. Se busca alcanzar una mirada consensuada de las subjetividades colectivas; se valora la subjetividad y como esta se expresa en el lenguaje de ellas. En todo el proceso, se adoptó el criterio de considerar las respuestas de acuerdo al valor que las/os entrevistadas/os les dieron, tomando en cuenta los cambios y valoraciones que expresaron como tales, tanto en el campo del discurso y el mundo simbólico, como en el de las actuaciones y el mundo real cotidiano.

2.MUJERES, PROVEEDORES DE SALUD

E IDENTIDAD “DE TAL”

2.1. NUESTRAS MUJERES..... ¿QUÉ MUJERES?

En relación a la variable independiente “nivel educativo alcanzado” la población de referencia estuvo constituida mayoritariamente por mujeres con bajo niveles de logro: un 44,4% cumplimentó solamente en forma parcial el primario (sin haberlo concluido). A partir de allí, las posibilidades educacionales disminuyen abruptamente: sólo un 25,6% comienza el nivel secundario pero deserta del mismo y solamente el 13,3% terminan estudios secundarios o lo superan.

Los porcentajes nominados se refieren al promedio general. Si se los considera por grupos etáreos, se evidencia la prevalencia de este fenómeno en las mujeres mayores, tendiendo a disminuir en las más jóvenes. Ellas, están en mejores condiciones que sus madres y abuelas de alcanzar mejores niveles educativos, debido a una Política Educativa Provincial que facilita el acceso a todos a la educación básica y estatal a través de diferentes estrategias que contemplan población rural: escuelas de jornada completa; escuelas albergue y escuelas hogares.

De acuerdo a su estado civil, el universo estuvo representado en un 47,3% por casadas; 12% solteras; 27,7% viven en pareja; 4,7% son separadas y un 8,3% de viudas. Esta última cifra, por supuesto crecía a medida que aumentaba su

edad, pero lo llamativo fue que casi alcanzaba el promedio entre los 41-50 años (6,4%) lo que se asocia a una baja expectativa de vida en los varones de la zona.

En relación a la cantidad de hijos, se observa que: 9,3% no tienen (se corresponde con las más jóvenes); el 37% tienen 1/2; 32,3% tienen 3/4 y un 21,3% 5 y más.

En la introducción se hizo referencia a la población objetivo como –“*mujeres rurales, pobres adicionalmente*”-. ¿Qué se entiende por mujeres pobres?

La pobreza es un fenómeno con dificultades en su definición y delimitación. Hablar de “pobreza”, es hacer referencia, desde sus inicios, a juicios de valor sobre los niveles mínimos de bienestar al que deseamos acceder. Estas subjetividades, remiten a contenidos que todos creemos conocer (¿quién no sabe lo que quiere decir pobre?), pero que exigen múltiples definiciones al respecto.

Los encuentros con las mujeres nos impusieron reflexionar en torno a esta pobreza, desde el punto de vista de una manifestación cultural. Los hombres y mujeres construyen sus realidades mediatizándolas por creencias, los símbolos, la observación, el lenguaje, en otras palabras “su subjetividad”. La personalidad de cada individuo es modelada en gran parte por los contenidos culturales del contexto en el cual le toca desenvolverse. Sus conductas, sus respuestas, sus deseos y limitaciones están condicionados en vasta medida por su relación con otros individuos.

Las ciencias sociales, a través de la historia, han enfrentado grandes retos para comprender y explicar los hechos, fenómenos, procesos y acciones de la sociedad. Esto ha implicado permanencias y cambios en la manera de abordar los objetos sociales de estudio, a través de construcciones epistémicas, teóricas y metodológicas diversas. Los marcos conceptuales se conforman a partir de lentes culturales y posicionamientos sociales que delimitan los elementos rescatados de

la realidad, pero que además se aprehenden en recortes teórico metodológicos específicos.

Al respecto, se adhiere a Jean Franco (1992), en relación a la posición de América Latina en el mapa gnoscológico de la crítica cultural: los efectos y peligros de la dominación teórica ejercida desde centros de poder económico y cultural desde las cuales se asume la necesidad de teorizar sobre “otros” a los que se proyecta como incapaces de producir sus propios parámetros de conocimiento. La idea fuerza en cambio, es que captar la motivación de la cotidianidad de estas mujeres implica entender sus especificidades.

En este caso “las pobres” no son construidas desde la perspectiva estadística. En esta población no se aplica la Encuesta Permanente de Hogares (único instrumento que determina ingresos mínimos) y el único indicador disponible fue el de Necesidades Básicas Insatisfechas. Considerando este índice se delimitó el área de aplicación. No obstante, cuando se expresa –“*mujeres rurales, pobres adicionalmente*”- se está haciendo referencia a “otras formas” de pobreza:

- Pobreza de contexto: la falta de confort del medio relativa a muchos aspectos agudiza las desventajas generales. Una comunidad valorada, con algún grado de enraizamiento, linderos y conexión con la vida diaria, con identidad⁸, es importante en la vida de las personas. “Esta pobreza” incluye no poder “elegir” el/la profesional con quien atenderse, pues en la mayoría de los centros poblacionales existe solamente uno (excepto 25 de Mayo y Santa Isabel donde hay dos).

(Dominga 55 años, aparentaba 70. Santa Isabel) Se le murió un hijo, el menor cuando tenía 13 años: tuvo un accidente y vivió dos horas:

⁸ -“Por identidad se entiende una construcción simbólica que se hace en relación a un referente. [-]Al decir que es una construcción simbólica estoy afirmando que es un producto de la historia de los hombres. Esto me permite indagar acerca de los artífices de esta construcción; los diferentes grupos sociales que la sostienen, los intereses que oculta, las relaciones sociales que prescribe”- (ORTIZ, 1996:78)

-“si lo hubiesen podido atender enseguida hubiera vivido.... pero no hicimos tiempo suficiente para llegar al Centro de Salud. El iba en moto y lo llevo por delante un auto. ¡la única moto y el único auto que andaban por el pueblo ese día!, pero vivir aquí es así..., si hubiésemos vivido en otro lado se hubiese salvado, porque llegó al centro de salud, pero la ambulancia no alcanzó a llegar a tiempo a Victorica, murió en el camino....”-

Mirta 52 años, Algarrobo del Aguila

-“acá la gente con recursos consulta en el Molas⁹, o si tiene obra social a los especialistas particulares”-

Cristina 42 años, 25 de Mayo

-“El oeste está solo para las elecciones”-

- Pobreza de tiempo: en este contexto, tener que asumir sus exigencias cotidianas, consume más energía y demanda mayor tiempo. Indudablemente una sola mujer en cada hogar no lo puede asumir. Cuentan a favor con integrantes familiares que se hacen cargo de sus hijos. La vida de estas mujeres se desarrolla mediante hábitos que se repiten diariamente: atender su casa, parir, cuidar la salud de sus chicos (lo que implica llevarlos al médico y esperar largas horas), estirar los pocos recursos económicos con los que cuentan y hacerse cargo de la educación y formación de sus hijos. También “se supone” que se deberán hacer cargo del cuidado de sus padres, suegros y de las chivas (“que es una tarea femenina”).

Lili 42 años, Algarrobo del Aguila

-“...dependo casi en todo de mi suegra..., si ella quiere que yo me haga atender me cuida los chicos..., si no la conenzo no....”-

Marcelina 46 años, La Reforma

-“Los problemas de la casa los tiene que arreglar una, si tenés problemas con los chicos la culpa es tuya, como si los hijos fueran de una nomás.... Yo tengo una hija que se quedó embarazada a los 15 años y según el padre,, la culpa es mía....”-

Ramona 46 años, 25 de Mayo

-“No tengo vehículo, tengo que venir a dedo”-

⁹ Se refiere al Hospital “Dr. Lucio Molas”, de Santa Rosa

- Pobreza de trabajo: Todas quieren trabajar. Y pareciera que no sólo quieren salir al espacio comunal a desarrollar estrategias de supervivencia para producir los recursos que no tienen. En sus relatos, ellas se manifiestan sobre la importancia del trabajo fuera del hogar. He podido observar, los cambios respecto a los mandatos sociales y familiares, de lo que se espera que haga, piense, diga y elija una “buena mujer”: debe ser ante todo una buena madre y por supuesto, en estos tiempos de crisis, debe trabajar, progresar y ser una buena compañera. La maternidad otorga significado a su existencia y contribuye a su identidad de género (es el eje organizador de sus vidas) y las actividades laborales extradomésticas son valoradas contribuyendo también a la constitución de su identidad (no solamente tienen significado económico). Esta tendencia a la participación laboral y la realización maternal, determinan buena parte de sus identificaciones, conflictos, ideales y temores. El ideal de la maternidad ha dado paso al de la mujer trabajadora y ambos coexisten. Sin embargo, arrastran una formación pobre y el medio no las ayuda. Las opciones de trabajo son muy limitadas y las retribuciones escasas. Algunas, directamente desisten de hacerlo.

Yessica 39 años, La Reforma

-“algo que ayuda a estar sana es tener una actividad fuera de la casa, independizarse un poco”-

Yessica 36 años, Enfermera Algarrobo del Aguila:

-“hay casos de chicas de por ejemplo 28 años y que no tienen mas de tercer grado..., no es que tengan perspectivas de decir.. termino la Egb y me voy a ir a estudiar a la facultad..., terminan 7 grado y a cuidar chivas... que hacen... entonces dicen como mujer que hago.. veo si puedo conseguir un enfermero.. un policía o alguien de vialidad.. que son las instituciones mas representativas del pueblo.. y la vida se les termino a los 14 años.. y ahora ya esta ..el resto es esperar a morir nada mas..”-

Juana 33 años, Puelén (en relación a la evolución de la mujer)

-“También ahora nos animamos a pegarles una patada y afuera..., eso si tenemos la suerte de que hayamos conseguido alguna changuita cuando nos vinimos al pueblo. Por eso todas queremos trabajar..., te da mas libertad....”-

- Pobreza de vínculos sociales: Sus activos sociales (vínculos con otras personas que reflejan relaciones de intercambio y reciprocidad) están limitados a su vecindario y su familia. Y a lo sumo, le posibilitan la información para acceder a algún servicio que se esté brindando en el municipio o favores como el cuidado de los hijos cuando ella accede a la atención de su salud. Algunas, directamente carecen de este tipo de redes de contención

Clides 53 años, Santa Isabel

"Me casé obligada, no porque quisiera. Me crié con unos tíos. El fue a hablar con mis tíos y ellos aceptaron, pero a mí no me gustaba. Lo rechazaba, pero me esperaba y me seguía. Mis tíos me obligaron a irme con él. Cuando me casé, me castigó siempre...Hay que sufrir y aprender a vivir."

Dominga, 55 años, Santa Isabel

Siguiendo el relato de la muerte de su hijo y de su hija (de 16 años) que por la misma época se embarazó siendo soltera. Hace referencia a su dolor y a esa nieta:

"Yo viví gracias a ella... Mi hija luego se casó y tuvo mas hijos... Pero es el día de hoy que mi nieta me sigue llamando mamá"

E: ¿?

"Y no se..., será porque durante los dos primeros años vivieron en casa y yo era la que hacía todo por ella: la cambiaba, la hacía dormir, le preparaba la comida, la bañaba..., es que mi hija era muy jóven...."

Leonor 55 años, 25 de Mayo

"Es difícil pedir el turno. Tengo que venir temprano, con los chicos antes de la escuela, o los tengo que dejar con mi hermana y si no hay más turnos tengo que volver al otro día"

- Privación general del vecindario: Los vientos permanentes, bajo régimen de lluvias anual, sumado a inexistencia de sistemas de riego y en muchos casos luz, frustran la histórica preocupación de las mujeres por sus casas y sus plantas. A eso se le suma las grandes distancias que los separan de ciudades relativamente importantes (General Acha y/o Santa Rosa). Estos factores impactan en la percepción subjetiva de la pobreza. No existen sentimientos de orgullo y pertenencia al lugar. Son espacios específicos cargados, las más de

las veces, de valores y significados negativos. Estas comunidades llegan por momentos a constituir una identidad, pero nunca un lugar, “su lugar”¹⁰

Ñata 48 años, Santa Isabel

-“hay curanderos que vienen de otras provincias a atender, dan turnos y se han puesto muy profesionales..., esto es tan feo y chico, que ni curanderos tenemos”-

Rafaela 52 años, Santa Isabel

-“para mí nos mandan lo peor, cuando tenía que ser al revés porque estamos lejos y es importante que el médico esté bien preparado”-

Zulema 53 años, Santa Isabel

-“El camión móvil llega hasta Victorica..., acá nunca.”-

Clides 53 años, Santa Isabel

-“La ambulancia va los miércoles”-

Este tipo de pobreza es un fenómeno heterogéneo, complejo, multifacético, vivido de manera diferente por las personas afectadas; distinta tanto analizada desde fuera del sistema que vista por ellas mismas. Significa mucho más que bajos ingresos o acreditar un indicador de NBI.

Estas mujeres son criadas en la dependencia y para la dependencia. La dependencia es considerada por ellas un estado natural de la mujer. Ellas solamente administran los “dineros de la carencia”¹¹, y ellos generan pocas satisfacciones aunque demanden mucha responsabilidad.

En muchos casos expresan un ambiente y forma de vida que oscilan entre lo rural y lo urbano, aunque lo urbano puede estar representado por poblaciones de 641 Habitantes.

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“...huy!!!!!! acá se vive (Algarrobo del Aguila) en el campo uno solo espera que pasen los días...”-

¹⁰ Nogué (1989) Rescata la idea de lugar asociada a la de comunidad y a la de identidad, En su perspectiva, la concepción relaciona a individuos particulares con las comunidades de referencia.

¹¹ Refiriéndome a los “dineros chicos” de los que habla Clara CORIA (1986) –“los que tienen un límite predecible y un destino asignado. Es el dinero de la comida, de la ropa de los chicos”-

En este sentido, la expresión de Rosita, refleja el proceso de transición a la forma de vida urbana. Esta es la situación de un alto porcentaje de las mujeres entrevistadas. Muchos de los habitantes de estos parajes son migrantes y una parte importante de ellos ha llegado de áreas rurales. La experiencia rural y urbana en la vida de Rosita ilustra una mezcla de los dos estilos de vida que acompañan sus vivencias.



Fiestas patronales de Santa Isabel



Toda la investigación esta atravesada por “el quiebre” que representa la variable “edad”. Las mayores, han desarrollado su vida bajo la impronta de la simbolización mujer = madre. Esta simbolización, característica del ideal femenino, les da significado y sentido a su vida. Cuando cesan de parir –por

cuestiones biológicas- ya son abuelas y en este paradigma les corresponde cuidar a sus nieto/as, para que sus hijas “tocadas por la modernidad” puedan incluirse en el nuevo paradigma (el de la mujer trabajadora). Adicionalmente, cargan con la problemática del embarazo de sus hijas adolescentes (de fuerte incidencia en la zona). El padre delega en la madre este “asunto de mujeres”. Son sus madres quienes suelen expresarse en una situación sin salida. Ellas no pueden elegir. Tienen que volver a la crianza cuando ya no pensaban, no pueden negarse.

No obstante esta descripción, están comenzando a sufrir las consecuencias del mundo globalizado (de diferente manera según la etapa etárea que estén atravesando). En su discurso¹², las mayores proyectan estar perdiendo “la cultura del diálogo” y hasta “la del silencio” en manos de la producción del lenguaje, de las imágenes y de la histeria de la información. Se vivencia su consecuente vaciamiento del sentido.

Entrevista (Esperanza 53 años) Puelén

-“Hace unos meses nos vinimos al pueblo.... En algunas cosas estamos mejor..., otras las extraño, me gustaba mas antes... Acá vivimos mi marido y yo en una casa y mi hija, el marido y sus dos hijos en otra. Mi yerno sigue trabajando en el campo y no está mas que uno o dos fines de semana al mes, mi hija consiguió un plan de jefas y esta muy contenta ¡ella quería tanto trabajar!. La mayoría de los días mi hija y los chicos comen acá y se van a la casa solo a dormir... La verdad es que todo ha cambiado mucho..... Ahora mi marido (que de por si hablaba poco) casi no me habla porque esta todo el día frente al televisor..., cuando mis nietos vienen de la escuela yo les tengo el almuerzo preparado y trato de que charlemos sobre como les fue en el colegio..., y esas cosas vio? pero ellos también quieren mirar esos dibujitos que pasan por el tele. Ahora hace una semana que se rompió la antena y no se puede mirar... Todo es mejor!!. Ayer nomás les estuve contando como yo aprendí a manejar el dinero porque no fui a la escuela..., ¡y ellos se interesaban y preguntaban...! ¿eso enseña más que esos dibujitos no?

¹² entendiendo por el mismo una -“una producción lingüística, en cuyo transcurso, determinados enunciados tomados del código de la lengua, son asumidos por un locutor, en circunstancias temporales y espaciales precisas. (...) Con “discurso” se hace referencia también a un enunciado, desde el punto de vista del mecanismo discursivo que lo provoca y que articula lo lingüístico, lo social y lo histórico.”- (CIRIZA 1992)

Sus relatos son de esta índole: mencionan las razones por las que resulta perjudicial vivir en un medio rural pero privilegian lo vivencial/emocional que el modelo posibilita. En el caso de las más jóvenes, y tal como emergen de las palabras de Rosita de la página anterior, el análisis se invierte.

2.2. ...Y LOS EFECTORES DE SALUD ¿QUIÉNES SON?

Las “formas de pobreza” descritas, son compartidas, generalmente, por los efectores de salud. Las consideraciones que desde hace mucho tiempo ha tenido la salud de las mujeres estuvieron privilegiando sus funciones reproductivas, sus funciones productivas en el sector salud y las que realiza como agente social y comunitario. Este doble sentido de la contribución de la salud de la mujer al desarrollo es el que se vierte en la dicotomía implícita en el papel de la mujer como “usuaria” y como “proveedora” de los servicios de salud. Se realiza a continuación una pequeña caracterización de los mismos, que contribuya a interpretar algunas consideraciones que surgirán a posteriori.



Agente sanitario en medición de presión arterial de manera grupal

Lo/as agentes sanitario/as, son en general, hombres y mujeres nacido/as y criado/as en la zona de referencia; comparten con la población objetivo sus patrones culturales y han sido capacitado/as para la tarea.

La/os médica/os, en cambio, insertos en estos lugares tan alejados e inhóspitos, la mayor de las veces no son originarios del lugar y cumple con alguna de dos condiciones:

- Ser recién recibidos; estar “pagando su derecho de piso” y disponer por lo tanto de muy poca experiencia
- ser profesionales que han sido designados en tal lugar “como castigo”. Se tomó contacto con un profesional de 58 años (se negó a ser entrevistado), que fue funcionario político provincial con nivel de Ministro y que está transitando este espacio con resentimiento, agresión y mucha bronca que indefectiblemente vuelca hacia sus pacientes.

Todas las médicas entrevistadas fueron mujeres. *-¿Es que quizás son ellas consideradas como menos capacitadas para aspirar otra sede o más castigadas que los varones?-. Para todas, la ubicación constituye una transición a una comunidad con mayor nivel de deseabilidad y la mayoría –si bien no se registró el dato- entran en la categoría de “mujeres solas”.*

Las enfermeras (también mujeres) pueden cumplir con la caracterización de unos u otros.

Los efectores de salud, en general, juzgan la cotidianeidad de sus pacientes, desde las pautas determinadas por la cultura occidental. Al estilo de la hipótesis básica del “orientalismo” de Said, (1990) construyen la imagen de esas mujeres negando el lugar que ellas ocupan en el origen y constitución de sus propias historias. Se actúa bajo la lógica del pensamiento identitario y las hacen coincidir exactamente con las representaciones que tienen de ellas. Es significativo la elaboración que se proyecta desde y sobre ellas, en relación con la creación de ese Tercer Espacio del que habla Homi Bhabha (2003) para referirse

al lugar contradictorio y ambivalente desde el que se enuncia, se discrimina y se interpreta un campo cultural.

Juan Agente Sanitario 32 años, La Reforma. Ante la pregunta ¿cómo son las mujeres de aquí?

-“No hay claridad de roles, ni de límites, eso debe venir del hacinamiento, las criaron como hijas, como mujer, como nietas. Hay promiscuidad. ¿? Y...sí.... Que se acuestan con sus propias hijas”-

Enfermera 40 años, Santa Isabel

-“le hice hacer el pap a algunas mujeres conjuntamente con la doctora y había mujeres que tenían casi 50 años y nunca se habían hecho un pap y las que recién empezaban tampoco..., venían a retirar la pastilla y no sabían absolutamente nada..., esto (anticonceptivo) es para no tener chicos es lo único que sabían... les interesa solamente no quedar embarazadas..., la mamografías..., el pap eso no les interesa. Nosotros planteamos a las que toman pastillas que tienen que hacer un descanso. Hay mujeres que hace 6 o 7 años que las toman y nunca hicieron un descanso..., hay mujeres ahora que tienen problemas hormonales por ese motivo..., están en tratamiento”-

Juan 32 años, Agente sanitario La Reforma

-“a mi me parece que las mujeres tienen información, algunas no se hacen las cosas porque no quieren, otras de dejadas, a las que retiran anticonceptivos se le exige si o si el PAP... Bueno..., ahora hace más de un año que no tenemos espéculos, estamos organizando una rifa de una canasta familiar para comprar los descartables, porque nadie quiere gastar en eso..., está muy mal acostumbrada la gente en esta provincia, siempre se le ha dado todo y cuando se les exige algo se enojan”-

Así, los efectores constituyen la historia deseable “del Otro” como una consecuencia de su propia historia. Se las ve como requiriendo la acción civilizadora por parte de quienes son portadores de una cultura superior para salir de su primitivismo o atraso. Ellos son quienes pueden definir sus destinos posibles. Son como dos sociedades: una que posee la verdad y otra que no la tiene. Esta concepción los habilita para “poder” estructurar la vida colectiva de estas mujeres.

Doctora 47 años, Santa Isabel

-"Cuando recién llegué estaba 45 minutos para poner un espejo, no podían relajarse. Presentaban temor a que genere dolor, como una respuesta exagerada a la aproximación a la zona genital. Ahora 'las fui acostumbrando'"-.

El objeto de conocimiento es elaborado desde una determinada posición de discurso: la "vanguardia" ideológica, donde la misma ubicación jerárquica del emisor parece eximirlo de la necesidad de legitimar el lugar desde donde se habla. Al establecer una clara distinción entre un "nosotros" y "ellas" se proyecta una distancia cultural que define al interior de cada una de esas configuraciones, espacios cualitativamente diferentes. El argumento es humanitario: "Ellos", las razas superiores tienen un deber hacia aquellos que todavía no han emprendido el camino de la prevención y/o atención de su salud.

Enfermera 40 años, Santa Isabel

-"No les importa tener cualquier cantidad de hijos, porque total de alguna manera se van a arreglar... y se arreglan, pidiendo limosna oficialmente"-.

Médica 45 años, Santa Isabel

-"Tienen una conformación ideológica y religiosa muy particular, como si prevaleciera un primitivismo en las relaciones y bastante represión..., ahí se ve la dificultad para poner el espejo"-.

No obstante, si se cambia el escenario de análisis y nos metemos en la piel de los efectores de salud se encuentra explicación a su sentir. La experiencia vivida de esto/as profesionales esta marcada por dificultades y sufrimientos; por la confrontación con el estado físico y moral de las pacientes; con la marginalidad de su status; con su demanda y con la exposición repetida a la muerte y el duelo; a las reacciones vivenciales entre colegas (y las reacciones dolorosas que de ahí resultan) y el temor ante el compromiso profesional sobre la vida personal y familiar.

En Santa Rosa, y a posteriori de las entrevistas, se toma contacto con un médico que había trabajado durante 6 años como referente de la zona (reiteradamente recordado por ellas). El reflexiona que descubrir los miedos de

los enfermos muchas veces lo llevó a sentir miedo también; que se angustió con determinadas respuestas; que se dió cuenta que preguntar más allá de lo establecido como necesario, lo ponía en evidencia de la escasa preparación que tenía para contener a lo/as pacientes y sus familias (de ahí quizás, la omisión de profundizar).

Cabe preguntarse entonces. ¿Qué estrategias pueden articular los proveedores de salud para “hacerse cargo”, en medios tan desfavorecidos, de problemáticas para las cuales *-las más de las veces-* no tienen respuesta?. Sin duda la dimensión de la experiencia vivida, de lo sentido por ello/as en el contacto con las pacientes es una situación nueva. Aparece en esta investigación, como estructurando sus limitaciones para establecer un vínculo y determinando las posiciones adoptadas frente a las obligaciones del rol, al igual que las relaciones establecidas con el resto de los efectores y con la comunidad en general.

Nini 30 años, Santa Isabel

- “las 2 doctoras de acá dejan mucho que desear..., y para colmo están peleadas entre ellas, así que no se hablan. Ahora una pasó una carpeta y la otra está furiosa, pero los que pagamos el pato somos los pacientes”-

Francisca 48 años, Santa Isabel

-“además cada vez que mete la pata, se entera todo el pueblo”-

Enfermera 40 años, Santa Isabel

-”muchas no vienen porque no le gusta la Dra..., yo misma si tuviera un problema de salud, no le tengo confianza a la Dra. Será porque antes vivía al lado de mi casa, y la verdad dejaba mucho que desear” -

Esta tonalidad negativa estaría generando las disfunciones finales emergentes que atentan contra las mismas personas. Al no participar de las mismas creencias, compartir similares valores y asignar a su existencia objetivos parecidos se genera la desconfianza entre un grupo y otro y las acciones de unos se constituyen en amenazadoras para los otros.

Algunas afirmaciones obligan a pensar en la extensión que puede hacerse del actual análisis. Y por sobre todo la necesidad de recuperar esa *-“carga emocional lo suficientemente importante que transforma a los “otros” en significativos. Y esto afecta a los significados que las personas han construido en su interior y al compromiso con estos significados”-* (HANNERZ, 1996).

3. ASIGNACIÓN GENÉRICA DEL CONCEPTO DE “CUIDADO”

3.1. ANDARIVELES DE LA CONSTRUCCION DEL CONCEPTO

La enfermedad y la salud son conceptos multifacéticos. Cada sociedad construye los propios y en él se articulan visiones sociales e individuales, transformándolos en conceptos evolutivos y dinámicos. En la totalidad de las culturas, etnias, grupos étnicos y sexos, salud es un estado al que todos queremos acceder. Contrariamente, enfermedad se asocia con miedos, infelicidad, dolor, desgracia, depresión.

En nuestra población objetivo, “estar sano” referencia, mayoritariamente, a una integralidad psicosocial y no solo biológica. En las representaciones¹³ de las personas con quienes conversamos es frecuente encontrar que la experiencia de la salud incluya aspectos distintos a la cuestión orgánica y su explicación se da más sobre los estados de ánimo, el comportamiento y la relación con los demás. El concepto arrastra un conjunto de significados que incluyen no sólo no estar enfermo, sino la capacidad de poder trabajar, de poder comer, de estar contento y tener buen humor.

Paola 49 años, Puelén
-“tener salud es...bienestar.... no tener dolencias. La persona sana tiene ganas de trabajar, salir, la persona enferma no...”-;

Clorinda 52 años, Santa Isabel

¹³ Con relación al concepto de “representación” se lo entiende, como JODELET, 1989, no como copia fiel de la realidad que se refleja en la conciencia, sino como una forma de conocimiento socialmente elaborada y parcializada, que tiene una visión práctica y común a un conjunto social. Es considerada, así mismo, como una actividad mental por la que un individuo o un grupo reconstruye lo real a lo que se confrontó y le atribuye una significación específica.

-“estar sano es también que estés bien con tu familia..., no sólo lo físico”-

Juana 33 años, Puelén

-“es sentirse bien con una misma, quererse, cuidarse, estar bien”-;

Como contrapartida, las representaciones de la enfermedad, tampoco constituyen un dominio autónomo, independiente de la vida social y cultural del grupo. Aspectos como el dinero, la realización personal, la ansiedad y la tristeza inciden fuertemente en él .

Yessica 39 años, La Reforma

-“no sólo el cuerpo, también la cabeza, porque para mi la mayoría de las enfermedades pasan por ahí”-

Totona 49 años, Santa Isabel

-“A veces una enfermedad te trae problemas psicológicos..., uno se enferma y listo... uno se ve limitado”-;

Coca 55 años, Algarrobo del Aguila

-“en la salud es muy importante la alimentación” “si uno se alimenta como debe, se enferma menos”-

Benedictina 53 años, Puelén

-“hacerse los controles, caminar, comer sano. Pero lo económico pesa mucho, comer bien es mucho más caro, cuando en una casa hay poca plata y son muchos es más barato hacer un guiso y sabes dónde termina el colesterol”-

Juana 33 años, Puelén

-“...la independencia económica te ayudaría también a tener mejor salud”-.

Mucho se ha escrito sobre la mayor demanda de atención de salud de parte de las mujeres en comparación con los hombres; que son más proclives a aceptar una enfermedad; que es menor en ellas la estimación sobre su propia salud. No obstante, nada de eso se encuentra aquí.

Cuando se explora la autopercepción de su salud desde la perspectiva objetiva (ante la pregunta ¿cómo cree que es su salud? de la encuesta) un 68,9% contesta “buena” o “excelente”. Pero la experiencia subjetiva de la enfermedad es

parte de un proceso complejo que incluye la interacción entre esa persona y su mundo socio-cultural. En función de ello interesa conocer sobre qué cuestiones se sustenta este porcentaje. Ellas dicen:

Rosa 38 años, Algarrobo del Aguila
-“tenemos menos tiempo de enfermarnos.., primero tenemos que atender a todos..”-

Nora 51 años, Santa Isabel
-“si o si ..estemos engripadas o enfermas tenemos que hacerlo...(trabajo de la casa) porque si no somos nosotras nuestra casa no va para adelante”-

Las apreciaciones no evidencian mas que la asunción de un mandato sociocultural. Las mujeres rurales de nuestro contexto, solo piensan en la atención de su propia salud como una forma de "cuidarse para seguir cuidando a otros". El mandato de “estar sanas” es fuerte y la demanda se genera desde diversos lugares:

Ñata 48 años, Santa Isabel
-“hay que hacer un esfuerzo.. (aún estando enfermas)...siempre veo que tengo mis obligaciones de siempre”-

Almita 43 años, La Reforma
-“lo que pasa es que vos podés estar dos o tres días en cama pero cuando te levantás... todo, todo tenés que hacer...nadie hizo nada en ese tiempo.... entonces es preferible no quedarte en cama... y si no después te dicen ‘estuviste tres días haciendo maña’...así que ahora dale. ”-

3.2. “CONSIDERACIONES ACERCA DEL MANDATO DE “NO ENFERMAR”

La “escucha” de las mujeres acerca de su “no enfermar” manifiestan fenómenos simbólicos e imaginarios que exigen explicarlos en el contexto de los Estudios de Género:

1)El concepto de ser humano como proyección del modelo masculino

Clorinda 52 años, Santa Isabel

-“muchas veces pensamos que lo que nos pasa no es importante. No voy a la salita, porque van a decir que voy a perder el tiempo”.

Ofelia 55 años, Puelén

-“Peor sería para él que yo me enfermara, porque quedaría solo y quién le haría las cosas. A mí no me gusta que él haga nada de la casa”-.

2) La simbolización de la mujer como sujeto desjerarquizado del hombre

Nely 42 años, 25 de Mayo

-“ Primero los hijos, el marido y después una.-”

Clorinda 52 años, Santa Isabel

-“a veces una está tan ocupada que no, no tiene tiempo ni de enfermarse, o si se enferma no consulta, toma lo que le parece, un sertal , un migral, lo que sea”-

3) La asociación mujer = naturaleza.

Maria 49 años, Algarrobo del Aguila

-“yo consulto poco, trato de que se me pase solo, me tomo algún te”-

Maria 42 años, Puelén

-“a mi cuando me duele algo voy a lo de mi vecina, que es una farmacia ambulante, y seguro que algo me da”-

Al mismo tiempo, ellas se hacen cargo del fuerte énfasis en la imagen de la mujer como el pilar de la familia y del hogar, así como en sus funciones de enfermera y maestra de los niños y de apoyo para el esposo-proveedor. El supuesto valor de la función reproductiva refuerza el desarrollo del mito de la madre como una mujer abnegada y generosa, para quien la maternidad es un instinto y no una elección personal. El vínculo materno hace su aparición, “como un fenómeno cultural e histórico del género” (CUCCHIARI, 1995), y ellas, se hacen cargo del mandato: su discurso referencia permanente a los hijos y a la maternidad.

Pirucha 36 años, Puelén

-“con los chicos es más fácil, a ellos hay que llevarlos porque son más importantes, una es grande, pero los chicos no”-.

Filo 48 años, Puelén

-“Tiene que estar bien una para atender a los chicos. La propia salud a veces queda para lo último..., con los chicos es distinto, una se asusta más y sale corriendo”-

Natividad 33 años, Puelén
-“ellos parecen más débiles”-

Cristina 36 años, Puelén
-“si levantan fiebre, ya sé que hacer, pero igual los hago ver por las dudas, me quedo más tranquila”-

La mujer como esposa y madre es el punto de partida y de llegada al que aspiran: ser hija, esposa, madre, abuela, son etapas en el ciclo de su vida que conducen a su destino (el “eterno femenino”). Este modo de concebir “su sentido” y como consecuencia su salud, las deja indefectiblemente ligadas a las vicisitudes de su aparato reproductor, referida a las problemáticas específicamente femeninas de embarazo, parto, puerperio y climaterio. Adicionalmente, la construcción de la identidad femenina en torno a la maternidad presiona hacia la procreación numerosa, sin considerar normas de salud mínimas deseables y mas allá también de los deseos personales.

Toti 39 años, La Reforma
-“por la familia uno tiende a estar sano, yo tengo 39 años (parecía de 60) y no sé lo que es estar enferma, fui al hospital a tener mis hijos nomás, o sea 9 veces”-

Ofelia 55 años, Puelén
-“en mi caso me enfermo menos que mi familia.., no puedo.. si me duele la cabeza y mi marido viene del trabajo, tiene que tener la comida hecha, la casa limpia.., no importa si me duele algo o no... ”-

El tiempo del cuidado y del apoyo afectivo, si bien conlleva sacrificio, representa el amor del ser para otros, y produce satisfacción personal. Sin embargo, la asignación cultural a la capacidad femenina “del cuidado” a otros tiene consecuencias para la percepción de los signos y síntomas de padecimientos, para los requerimientos de atención, para la adopción del rol de enfermo y en conclusión para su bienestar. Las valoración jerárquica que se hace de los

diferentes miembros del hogar las posiciona en último lugar. La asignación de tiempo y recursos para la atención de su salud nunca existe. Estas limitaciones, comunes a las mujeres, son acrecentadas en este ámbito por cuestiones estructurales:

Francisca 48 años, Santa Isabel

-“No podemos conseguir turno. La gente del pueblo ya está haciendo cola. Tenemos que madrugar mucho para conseguir turno. Y si nó, al otro día volver, pero ya no vengo. Si no me duele tanto no vengo...”-

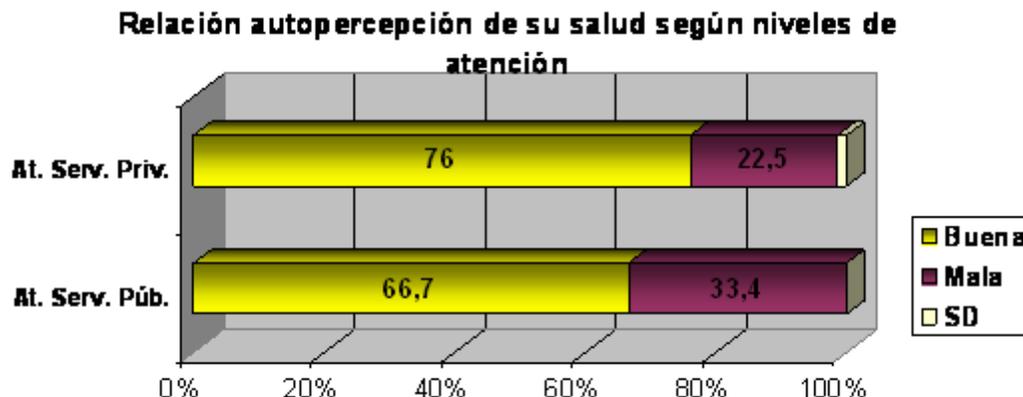
Zulema 53 años, Santa Isabel

-“el problema es que te tardan un montón los turnos...Y... vengo caminando”-

Esta población rural en su enorme mayoría (67,3%), carece de obras sociales o seguros de salud, por lo que la atención desde el sector público, es su única alternativa de protección al respecto. El 32,6% restante esta representado mayoritariamente por esposas de policías, maestros y/o agentes sanitarios y tienen la obra social provincial (SEMPRE). Esta situación, también esta atravesada por la variable “nivel educativo”; se acrecienta la desprotección en los niveles de formación mas bajos.

N.Educativo	Obra Social			Total
	Si	No	s/d	
Analfabeta	2 (2%)	21 (10,5%)		23
Primaria	57 (58,2%)	142 (70,6%)	1	200
Secundaria	29 (29,6%)	33 (16,4%)		62
Universitaria	8 (8,2%)	4 (2%)		12
S/D	2 (2%)	1(0,5%)		3
Total	98	201	1	300

Y aún en los casos en que poseen obra social, al no haber prestadores privados en el área, un 38,8% recurre forzosamente al servicio público, el que factura la prestación a la obra social. El resto, lo hace con los servicios privados, para lo cual se ven obligados a viajar importantes distancias para ello. En estos índices, resulta significativa la asociación entre “atención privada” con “mejor salud” y “atención pública” con “peor nivel de salud”.



Es importante rescatar aquí reflexiones coincidentes de los grupos focales, que clarifican aún mucho mas el gráfico anterior. En el imaginario colectivo atenderse en forma privada es sinónimo de calidad y eficiencia

Ñata 48 Santa Isabel (En referencia al sistema provincial de salud).
-“Te dan un turno y tenés que arreglártelas como puedas...”-

Ethel 49 Santa Isabel
” -“hacerse controles periódicos es muy importante, yo me hago todos los años Pap y mamografía, agradezco a Dios tener el SEMPRE, así puedo ir a Santa Rosa”-

Rosita 30 Algarrobo del Aguila
-“el que tiene SEMPRE es mejor”-.

Coca 55 Algarrobo del Aguila
-“Tengo un problema de artritis y me atendía en el Hospital. Me dí cuenta porque me dolían los huesos. Pero los remedios que me dieron no me hacían nada. Tuve que ir a una clínica privada en Neuquén. Tuve que ir hasta allá, pagar la consulta. Me dieron un tratamiento, ahora ando bien.”-

Estas representaciones no coinciden con las que emergen de la opinión de los proveedores de salud. En ellos el porcentaje acerca de la buena/excelente salud de las mujeres desciende a 46,2%. Y las diferencias entre lo que opinan unos y otras son muy significativas:

Categorías	Salud					Total
	Excelente	Buena	Regular	Mala	N/C	
Mujeres	11,6%	57,3%	28,3%	2,3%	0,3%	99,8
Proveedores	0%	46,2%	38,5%	15,4%	0%	100

Quizás la interpretación sea que *“la concepción del tiempo en la pobreza está centrada en el presente y en la urgencia. Esta noción temporal difiere, sin duda, de la de los servicios de salud: un tiempo centrado en el futuro y en ciertas prácticas de cuidado y prevención...”* (PRECE Y OTRAS, 1996:67). En este contexto, para los proveedores de salud, “el cuidado” es simplemente lo que ellas no hacen –a veces- por desidia:

Enfermera 38 años, 25 de Mayo

“no hacen prevención...no tienen conocimiento de lo que son las enfermedades..., y tampoco preguntan. Con respecto a ese tipo de educación es bastante, bastante poco lo que hacemos.. más que nada hacemos asistencialismo ..no atención primaria. Sólo una o dos personas te pueden llegar a preguntar algo... porque ‘me pasó esto’ pero no es por prevención..”

Enfermera 38 años, 25 de Mayo

“para ellas significa perder un día.. no solamente con el tema del pap.. también con la salud en general.. la salud bucal. Silo que quieren es eso una solución pero ya..ya”

Juan 32 años, Agente sanitario La Reforma

“creo que la mayoría no tiene tiempo para ellas.. digamos es una de las cosas....vos le decís de hacerse un pap, una mamografía.. y te dicen bueno pero ahora ya. Y no..., hay que sacar turno en General Acha..., viajar.. y entonces te dicen ‘no así no.... porque el marido, porque los chicos..., porque las cabras..., porque las chivas...”

3.3. VINCULACIÓN PACIENTE / PROVEEDORES DE SALUD Y SU IMPACTO EN EL “CUIDADO”

Por su incidencia en el “cuidado” se indaga sobre la relación médica/o-paciente –y *por defecto demás proveedores*- Al respecto, desde la perspectiva cuantitativa se plantea un interrogante básico ¿cómo es tratado por el médico, enfermera y/o agente sanitario? Ellas dicen “bien” o “excelente” en el 96,7% de los casos. En este interrogante hay cierto nivel de coincidencia entre ambas poblaciones. A los proveedores de salud la pregunta se le reformula en ¿Cómo es la relación con sus pacientes?, y ellos dijeron “buena” en el 92,3% de los casos.



Proveedores de salud de Santa Isabel

Este aparente alto indicador de conformidad en la relación se investiga en entrevistas/grupos focales. Es necesario aclarar que este ítem referencia específicamente a médico/as; no incluye otros proveedores. La intención es profundizar acerca de aquel vínculo especial y directo, basado en la confianza de uno y la vocación del otro. Es decir, explorar si la medicina como disciplina de conjunto le responde a la gente que tiene problemas en la vida.

Las representaciones de las mujeres sobre sus médico/as se estructuran (más allá de la diversidad de impresiones subjetivas y particulares) alrededor de

un núcleo compuesto por dos tipos de ejes: intelectuales y de relación. Escenarios que por otro lado determinan las configuraciones que definen su rol (curar) y su historia (estudió y sabe mucho -casi todo-).

Desde la perspectiva psicológica, la relación médico/a-paciente consiste básicamente en un encuentro, entre un sujeto que demanda y otro que encarna un supuesto saber que posibilitaría al sujeto salir de una situación de padecimiento. Hay diferentes niveles de demandas: una que es consciente y otra que no lo es, ni para la paciente ni para el/la médico/a. A partir de esta última es que se establece la relación. La demanda consciente es el pedido de asistencia que el/la paciente refiere a su cuerpo como organismo: *“vine porque me duele mucho”*. La inconsciente se descubre si “el encuentro” se produce. Tiene que ver con el campo de la subjetividad: con sus afectos, sus gustos, sus deseos y sus angustias; desborda la escucha científica y no tiene explicación biológica; descansa más en la capacidad afectiva que en los aspectos técnicos y académicos. Es la predisposición de lo/as profesionales para escucharlas, informarlas y tranquilizarlas. Se trata de otra escucha y de otro saber, desde donde se puede captar esta dimensión.

Algunas de ellas hacen referencia a ese lugar especial que llega a ocupar un/a médico/a, que lo/a hace irremplazable y que funciona de alguna manera como parte del propio tratamiento que el/la profesional prescribe:

Mary 31 años, 25 de Mayo

-“Mi médica es mi psicólogo. Ella es MARAVILLOSA.”-

Lili 42 años, La Reforma

-“aquí la doctora hace de psicóloga”-

Dominga entrevista 55 años, Santa Isabel

-“Yo me acuerdo que el Doctor Torres, el que teníamos, antes me hacía de psicólogo, yo he sabido llorar y llorar horas a la par de él y él me hacía de psicólogo”-

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila (atención particular en Santa Rosa, profesional "elegido")

-“yo con mi ginecólogo parece más mi psicólogo y hasta mi psiquiatra, la confianza va en todo”-

Toti 39 años, La Reforma

-“Me desahogo con la doctora. Le puedo contar a ella cosas que a mi marido no se las puedo contar porque no entiende”-

Almita 43 años, La Reforma

-“podemos hablar lo que sea ..por ahí vamos sólo para una consulta de algo..pero si queremos podemos hablar.. o preguntar lo que sea”-

Y también en las expresiones de algunas profesionales:

Doctora 28 años, La Reforma

-“Aca la gente viene a hablar, de última consulta por el síntoma.....”-

No obstante, las consideraciones de una cultura (ideales, valores, fines, objetivos, normas éticas, estéticas) no emergen en forma directa en la superficie de la conducta. Por el contrario, en general muestran un vínculo complejo e indirecto con el lenguaje. En otras palabras, la dimensión moral e identitaria juega un papel central en las representaciones y posturas concernientes a la salud, tanto en unos como en otros: lo que para las mujeres es una virtud es visto por ellos como un pecado. Por eso, en algunos proveedores existen expresiones similares, que sin embargo, denotan mensajes opuestos:

Enfermera 45 años, La Humada

-“Creo que ven en el médico un psicólogo porque no tienen contención social”-

Como las vinculaciones tienen que ver con cada profesional y con cada beneficiaria de los servicios, no debe resultar llamativo que todas las apreciaciones anteriores estén haciendo referencia a tres profesionales (dos médicas actuales y uno que ya no está).

Cabría preguntarnos entonces, ¿cuántos de ello/as son los que escuchan? Y ¿cuánto "escuchan"? Pues, como contrapartida, existen una gran mayoría de consideraciones negativas, que hacen referencia a la falta de confianza; a

profesionales que no se pueden poner en su lugar, sentir con su piel, ver con sus ojos; a la actitud de ser tratado como una cosa; a médico/as que se relacionan con sus cuerpos y no con sus personas; que sustentan el MMH¹⁴. En otras palabras, a pacientes que salen de la consulta sin haber resuelto los problemas que los llevaron a consultar.

Maria 49 años, Algarrobo del Aguila

-“a veces me molesta el poco interés que me presta el médico”-

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“la gente va porque no le queda otra, pero no creo que le tenga confianza”-

Tomasa 48 años, Santa Isabel

-“a mi me gustaba el Dr. Torres, pero lo trasladaron, tenemos una mala suerte!”-

Pirucha 36 años, Puelén

-“hacés una consulta y no te hacen una revisión, y con mirar a alguien sólo no podes saber si esta bien, por ej. Yo te miro a vos y no se si no tenés algo”-

Mirian 40 años, Santa Isabel

- “yo fui a Santa Rosa y me preguntaron si eran animales las doctoras de acá”-

Con estas expresiones se hace referencia al resto de lo/as profesionales. En el nivel discursivo es claro el choque de saberes entre las representaciones que sustentan los proveedores y las que sustentan las pacientes. Al primar la visión científicista y biologista se descalifica y desvaloriza a la paciente en términos sociales y esta misma descalificación resulta devuelta en acusaciones

¹⁴ -“Cuando hablo del MMH (modelo médico hegemónico) lo hago referido a las principales características: biologismo, asociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica.”- (MENENDEZ, 1978:11-53)

contra ellos. Como es de esperar, ella/os tampoco pueden “atender” la demanda latente¹⁵.

Doctora 29 años, Puelén

-“las consultas que recibimos son por problemas de salud, casi nunca hablan de cosas personales, la mayoría son más bien reservadas”-

Lo que los proveedores entienden y perciben como enfermedad en cuanto a sus conocimientos y prácticas, no es más que una representación posible entre muchas otras, pero que se ha convertido en la única posible. Sus intervenciones se fundamentan e inspiran en un discurso que tiende a hacer ver a la práctica médica como un paradigma insuperable, autosuficiente y completamente neutro en la atención de la salud y que, consecuentemente, desacredita otras representaciones o las transformarlas en dimensiones accesorias.

Por otro lado, de los tres niveles (médico/as, enfermero/as y agentes sanitarios) la información parece “filtrarse” generando situaciones dolorosas donde se ventilan, no sólo problemas médicos sino fundamentalmente una identidad social, ya que *-“la experiencia vivida en las situaciones extremas permite evidenciar el fenómeno identitario, a menudo enmascarado por el cumplimiento de las rutinas en el contexto de la vida cotidiana”-*. (GOFFMAN, 1991).

Filo 48 años, Puelén

-“a mi lo que me molesta es que esté la enfermera, que es re-chusma... si es una metida y encima la Dra. en vez de ponerla en su lugar, le da alas. Yo se lo dije a la Dra. pero no me da bolilla”-

Ofelia 34 años, La Reforma

-“El problema es que en estos pueblos tan chicos no existe el secreto profesional..., entonces vos tenés algo y se entera todo el pueblo....”-

Rafaela 52 años, Santa Isabel

-“es feo enterarte que en el Hospital hablan de fulana, a mi no me gusta”-

Aunque los efectores de salud estén convencidos de lo contrario:

Juan 32 años, La Reforma

¹⁵ Entendiendo por latente, no aquello que esta oculto en las profundidades sino lo que late-ahí-todo-el-tiempo, en los múltiples intersticios del encuentro, tal como lo refiere FERNÁNDEZ: 2007.

-“ellos tienen una tranquilidad cuando vienen porque saben que se los va a tratar profesionalmente y que todo va a ser confidencial”-

La calidad de la atención en los consultorios es puesta en duda por las mujeres cuando se considera la variable “tiempo de espera”. En las respuestas emergentes de la metodología cuantitativa el 46,9% de las usuarias lo señala como el factor que más influye para no regresar a consulta. Las críticas se centran en las largas esperas que deben hacer para ser atendidas, así como en la insuficiencia de turnos diarios, lo que implica hacer colas desde horas muy tempranas de la mañana para poder acceder al servicio. Ese tiempo es percibido como un tiempo “robado”¹⁶ pero del que nadie se beneficia: un tiempo vacío y angustioso que genera solamente su propio cansancio.

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“Te dan un turno y tenés que arreglártelas como puedas....”- (En referencia al sistema provincial de salud).

Eulagia 49 años, La Reforma

-“Para el colmo, no nos reservan los turnos que nos corresponden....”-

Natividad 33 años, Puelén

-“Y siempre hay que esperar muchísimo.....”-

Eulagia 49 años, La Reforma

-“Muchas veces, para cuando te sale el turno ya se te fue el malestar.. Si a el (agente sanitario) le parece que por tu cara estás muy mal, entonces el turno sale enseguida...”-

Nely 42 años, 25 de Mayo

-“El mal humor de algunos médicos es por lo que a veces no me decido a ir...Encima siempre tenés que esperar mucho....”-

Coca 55 años, Algarrobo del Aguila

-“A la salita viene una vez por semana un médico, pero hace un mes que no viene ninguno, no se por qué y yo hace un mes que vengo a perder el tiempo”-

¹⁶ En la lógica capitalista, al igual que el dinero, el tiempo puede ser mercantilizado y reinvertido (y por lo tanto robado).

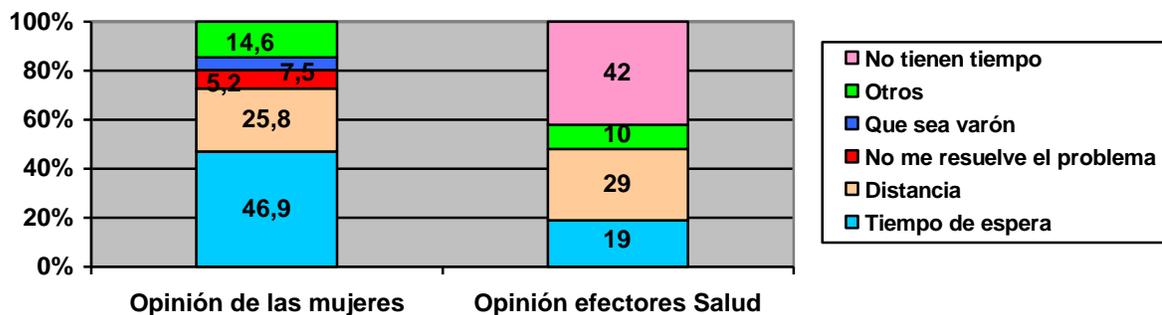
Eulagia 49 años, La Reforma

-“lo difícil son los turnos..., conseguir un turno...y para algunas cosas las tenemos que hacer en Acha o Santa Rosa... y parece cerca pero no está cerca...”-

Como toda relación interpersonal de ayuda tiene características motivacionales y actitudinales, -de dependencia, necesidad, ayuda, de confianza-. Por ello tiende a configurarse según dichos modelos relacionales; el efector ofrece servicios o prestaciones de un bien como la salud que, al ser social y público adquiere el carácter de hecho social. Desde este punto de vista está delimitada por las expectativas que la sociedad tiene. De uno y otro se esperan una serie de comportamientos, de derechos y deberes. De las mujeres se espera que se preocupen por su propia salud y actúen en consecuencia; que cumplan con las normas de prevención y atención.

Intentamos desde la encuesta investigar las razones por las cuales esto no se concreta. Sus respuestas se grafican de la siguiente manera:

Razones por las que no asisten a consulta



Como se puede observar ambos segmentos “deposita” en “el otro” la causa de la falta de atención. Las mujeres dicen no asistir fundamentalmente porque las “hacen esperar mucho”, lo que se viene a sumar a la problemática –por todos conocida- representada por la distancia/traslado/movilidad. Los proveedores en cambio, expresan que es prioritariamente porque ellas no tienen tiempo (42%). Lo

llamativo resulta el 19% de los proveedores, que sabiendo el impacto del “tiempo de espera” no genera acciones para subsanarlo.

Ante esta realidad aparecen “lo/as curandero/as”. A ella/os supuestamente nadie va. Tal es así que cuando se pregunta ¿Recurre a servicios alternativos para la atención de su salud, como por ejemplo curandero, huesero, partero u otros? la gran mayoría dice que no (93,3%)¹⁷. Entre los proveedores de salud el índice se modifica considerablemente: el 50% de ellos dicen “sí”. Numerosos testimonios dan cuenta de ello:

Doctora 45 años, 25 de Mayo
-*“todos.. todos van al curandero”*-

Ofelia 34 años, La Reforma
- *“para mi habría que hacer algo, porque acá hay mucho curanderismo”*-

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila
-*“dentro del pueblo, está muy metido el tema del curanderismo, muy arraigado”*-

Coca 55 años, Algarrobo del Aguila
-*“Nadie va, pero cuando vienen los curanderos está lleno.... Por ejemplo es muy común que uno vaya al curandero por la pata de cabra. La pata de cabra es una mancha en la espalda. Hay una nenita que nació con una mancha en la colita y le dijeron que era un mal que le habían hecho, pero para mi son todas mentiras, eso era un lunar....”*-

Sin dudas, el constituir un escenario “no permitido” por la norma oficial la acción se coloca en “los otros”. No obstante, hay que admitir que la medicina alternativa tiene un espacio importante entre ellos y lo/as curandero/as, son respetado/as y tienen una amplia llegada en esta población. Ellos no sustentan un tipo de prácticas fuera de los circuitos oficiales. Mas aún, como sostienen otras investigaciones (PRECE y col., 1996), pareciera que existe una suerte de establecimiento de cuadros “para la medicina” y otros para ellos (aún reconocidos por las médicas):

Doctora 45 años, Santa Isabel

¹⁷ Las que optaron por el “sí”, emergen fundamentalmente de la franja etárea de 51-55 años y del menor nivel educacional.

-“lo que nosotros hemos trabajado estos años ha entrado y los consultan un poco menos”- “encima a veces ha acertado: una vez fue a verlo un paciente con cólicos y le dijo que tenía que venir al centro de salud porque tenía que operarse ..llegó acá y ahí nomás lo trasladamos urgente para la operación”-

Doctora 47 años, Santa Isabel

-“pero nosotros tenemos buena relación con el curandero local..., la gente va y a veces el le dice no, esto no es para mi y nos lo deriva a nosotros.. ”-

Las mujeres en cambio, les reconocen determinados tipo de conocimientos, fundamentalmente relacionados a los deseos y necesidades de las personas. Cabría pensar que cuando no se produce aquel vínculo especial y directo entre la paciente y el/la médico/a, basado en la confianza de uno y la vocación del otro (demanda inconciente) se recurre a ellos. Y si lo que cura, en gran medida, es el vínculo, la cura igual aparece.

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“No, yo a eso no voy. No creo. Pero existen y curan si uno tiene fé, igual que con los médicos”-

Clorinda 52 años, Santa Isabel

-“yo voy, pero no al curandero, al parasicólogo. Para mi es todo psíquico, pura sugestión”-

Almita 43 años, La Reforma

“ellos curan otras cosas, el sol, el susto , la ojeadura”

Irma 55 (Entrevista) Algarrobo del Aguila

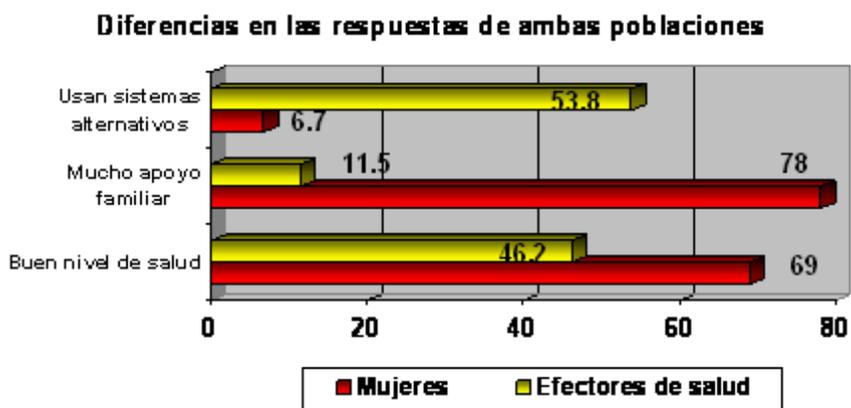
“que te dicen las cosas si, ahora si te curan no sé”

Las representaciones de las mujeres parecieran revelar ejes de relación según categorías de proveedor de salud:

- ✓ el “cuidado” de su integridad está a cargo específicamente de lo/as médico/as (intervenciones, cirugías)
- ✓ la atención del cuerpo y a los malestares físicos puede asignársele a cualquier rol (incluyendo familiares y vecinos que “aconsejan”)
- ✓ Cuestiones del orden psicosomático las abordan los curanderos

A continuación se recuperan las diferencias que plantea la encuesta entre las opiniones de las propias mujeres y las de los efectores de salud en relación a los temas recientemente planteados (autopercepción de la salud, apoyo familiar recibido en la atención de su salud y uso de sistemas alternativos, curanderos fundamentalmente) y que se inscriben en el análisis realizado.

La percepción del mundo social por parte de ambos grupos, es decir la representación que hacen de ese mundo, fundamenta las opiniones. Esta percepción es objeto permanente de luchas simbólicas donde esta implícita una visión de la sociedad. En estas luchas se pone en juego el capital simbólico que no es otra cosa que su capital económico y cultural legitimado, reconocido socialmente como producto de luchas anteriores (BOURDIEU, 1985).



El Estado es el principal legitimador de los poderes sociales. A través de sus instituciones actúa mediante la política pública. Y esta asume diferentes características según el modelo de Estado en el que se inscribe. Esta política pública, pareciera materializarse en instituciones en cuyo interior se desenvuelven diferentes fuerzas que generan como producto el predominio de la lógica hegemónica. En este proceso la institución y sus actores:

1. elaboran “diagnósticos negativos” acerca de determinados comportamientos

2. “definen” a las mujeres que sustentan estos comportamientos con “categorías negativas”

3. Proponen “tratamientos adecuados” para ellas.

De este proceso resulta un accionar que no responde a las necesidades de las mujeres ni a sus problemáticas sino a la interpretación hegemónica de los mismos. Esta interpretación esta determinada por la percepción plasmada en el discurso oficial del cual las instituciones y sus proveedores resultan ser sus portavoces. Así concluye en una lógica contra las propias beneficiarias.

Elas constituyen un grupo de pacientes muy poco exigentes e informadas, no disponen de internet ni de prensa especializada; no pueden reclamar otras formas de atención; carecen de los elementos mínimos para destituir una medicina basada en criterios paternalistas y jerárquicos y la figura del médico les genera una imagen de «potestad». Clase social y género interactúan generando múltiples escenarios jerárquicos de relaciones (nada cambia se trate de médicos o médicas; de médico/as o proveedores de salud). Las diversas acciones institucionales con consecuencias negativas directas sobre ellas (maltrato por parte de los efectores, falta de atención médica, etc) generan por su parte varias formas de respuesta pero prevalece la aceptación pasiva. Ellas son “pacientes”, *-¿por la “pasividad” que se espera de ellas o por la “paciencia” que se les pide?-* no ciudadanas. Es impensable la confrontación para hacer valer su punto de vista o reclamar lo que debiera ser un derecho (Derecho a la Provisión de Información Adecuada¹⁸), pero no se percibe como tal. Garantizar sus derechos implicaría sacarlas de su condición de sumisión, “bajo” la atención de un/a médico/a o del sistema sanitario y dotarlas de plenas protecciones legales.

¹⁸ Para efectos del “consentimiento informado” las mujeres deben entender completamente las intervenciones propuestas, las repercusiones del rechazo de esa intervención y las diferentes formas de manejar esa situación para poder ejercer su derecho de una elección razonable. Las mujeres dependen con frecuencia de los proveedores, a menudo se sienten obligadas a aceptar lo que se les propone, particularmente cuando quienes tienen el poder que confieren los conocimientos les dicen que es por su propio bien.

En síntesis: el “cuidado” se estructura de varias maneras: a través del contexto concreto descrito en el que se sitúan ellas y sus familias; a través de la comunicación que se establece entre ellas y los proveedores de salud; a través de los marcos de aprehensión que proporciona el bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionadas con las posiciones y pertenencias sociales específicas.

4. CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA DEL CUERPO

4.1. CUESTIONES A LAS QUE REFIERE “LO CORPORAL”

La concepción de la que se parte es considerar el espacio corporal de la mujer como la suma de su historia personal y social (Burín, 1998). El cuerpo tiene la connotación de “lugar” donde se manifiesta la identidad de género: los valores culturales y las relaciones sociales moldean la manera en que se percibe el cuerpo, se etiquetan y categorizan los síntomas corporales e interpretan las tensiones en el contexto de la vida. En el cuerpo, se circunscriben los deseos, anhelos, malestares y también se expresan las normas y estereotipos que estructuran la identidad y socialización (PRECE y col., 1996; LAMAS, 1994; AISENSEN, 1981). En esta investigación, transitar la construcción simbólica del cuerpo implica reiterar los condicionamientos que atraviesan la elaboración de “cuidado”.

El espacio corporal resulta una verdadera construcción sociocultural en torno a la condición y posición social del sexo (mujer en este caso). La noción o imagen consciente o inconsciente del propio cuerpo -el esquema corporal-, es parte de la identidad personal, y condiciona nuestro contacto con el mundo. Esta noción de cuerpo exige relacionarla con las construcciones sociales colectivas que la sostienen: creencias, imágenes y actitudes de carácter simbólico, que condicionan la particular manera de percibirse a si mismo. El padecimiento tiene significado/s y develar cual/es es/son eso/s significado/s es entender algo acerca del mismo, acerca del cuidado y acerca de la vida misma. Toda la bibliografía

consultada coincide en señalar el cuerpo como algo realmente importante para el “si mismo” de las mujeres (Irigaray, 1982; Fernández, 1982; Horney, 1978; Burín y colaboradoras, 1987).

Las mujeres entrevistadas perciben su cuerpo como un espacio de esfuerzo y sufrimiento, que necesariamente se halla expuesto a la mirada y al contacto. Las relaciones de poder que se expresan en las vinculaciones hombres/mujeres constituye la “gran categoría” que incide sobre él. La falta de poder les imposibilita actuar o dejar de hacerlo y tomar decisiones al respecto.

Leonor 55 años, 25 de Mayo

" Ahora tengo un problema de columna, voy a ver si mi marido me deja y no me lleva al corral a trabajar."

En este contexto sociocultural más que en otros, las mujeres están signadas por una valoración cultural que dictamina que “lo bueno” para ellas es la aptitud reproductora. Una función social, esencial para sus vidas, es aquella ligada a la procreación. Función por la cual, ellas tienen un lugar en esa comunidad. Aquí se sigue sustentando una organización de la sociedad que reserva a la mujer el ámbito privado-doméstico, le asigna el desempeño de roles rígidos y una carga de tareas desigual, cuya función esencial y casi excluyente es la reproductiva. En otras palabras, las reduce a vientres portadores. La maternidad, aún en el grupo más joven, es un factor que otorga sentido a su vida ya sea como origen de satisfacción emocional, de prestigio o de poder. El cuerpo aparece fragmentado: es un “envase” para contener el embarazo.

Rosa 42 años, Santa Isabel (Opinión del esposo en relación al control ginecológico)

-"Dice: '¿para qué vas a ir si no tenés nada?'. Entiende si estoy embarazada"

Estela 54 años, Santa Isabel

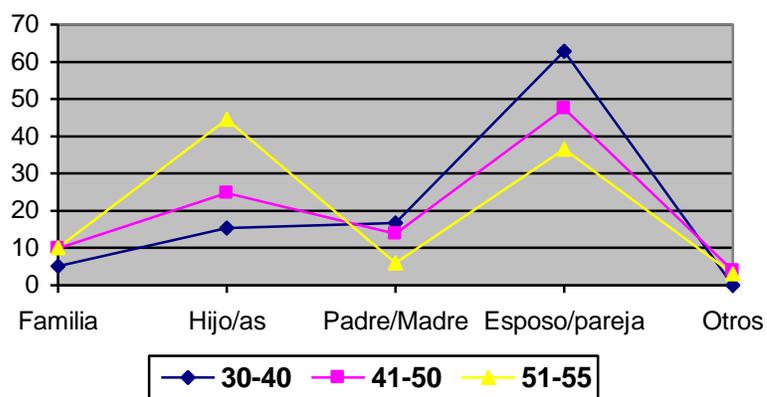
-"Yo fui a Centro Sanitario cuando tuve a los chicos y nunca más.... Una se entrega por los dolores de parto"-.

Ercilia 36 años, 25 de Mayo (en relación a los controles del embarazo)

-"Yo me iba caminando a los controles... ¿? ...y... 2 leguas"-

No obstante, al triangular la información de las representaciones simbólicas de la salud en el escenario de la vida familiar con los emergentes de la perspectiva cuantitativa, se hallan diferencias significativas.

Personas de las que recibe apoyo en la atención de su salud



En la “muy buena salud” que mayoritariamente dicen tener, un 78% manifiesta “tener mucho apoyo de su grupo familiar”. Un 15,3% poco y solamente un 6,7% siente no tener apoyo. En las etapas de mayor edad, se sienten apoyadas mayoritariamente por sus hijo/as y cuando se es más joven, por su pareja/esposo.

Su cultura les impone una serie de representaciones simbólicas donde sobresale la de reproductora de la especie. Ellas actúan de acuerdo con un esquema que les permite cumplir esa función. Se trata de un modelo aprendido que se organiza en relación a su posición dentro de la comunidad: *“...son las sociedades las que le otorgan poder a los cuerpos femeninos en las edades reproductivas, y la sexualidad sirve de medio para controlar dicho poder, reglamentando el acceso a dichos cuerpos”*- (VILLA:1998).

En torno a este precepto ellas organizan sus idealizaciones. La construcción de su identidad pasa, fundamentalmente, por su maternidad. La concepción de “lo femenino” como un “ser para otros” implica que el cuerpo de la mujer también sea un “cuerpo para otros”. Tienen la recompensa del legítimo orgullo de “dar” un hijo saludable a su marido. La evidencia se produce en la manera de presentarse: dicen su nombre y edad (así se le solicita) y ellas, casi indefectiblemente, agregan cantidad de hijos. Sin dudas, es eso lo que mayor incidencia tiene en la determinación de su subjetividad. Se trata de una de las pocas sensaciones de poder y gratificación psicológica. Es lo que les produce mayor placer. Para estas mujeres, su única propiedad privada son los hijos, - *“bajo la convicción social de que, en tanto que producía sujetos, la mujer se producía a si misma, creando con la maternidad la base de su subjetividad”* (BURIN Y Col. 1987:78).

Antes y a posteriori de la maternidad les toca: atender su trabajo, su casa, las necesidades, educación y formación de sus hijos, pareja, suegra/os, madres y padres..., y encima las chivas. Eso hace que lleguen al promedio de sus vidas cansadas, agobiadas, con su cuerpo destruido.

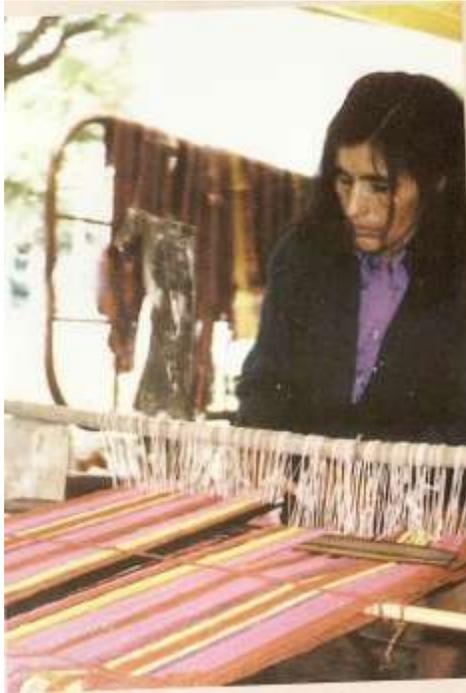
Toti 36 años, Santa Isabel

-“Tengo un tratamiento de por vida, llega un momento que una no piensa en los chicos ni en nada, quiere que el médico le saque el dolor.”-

Zunilda 46 años, La Reforma

-“Hace cinco años que no voy a la ginecóloga. Ahora tengo un problema de columna y no puedo trabajar, voy a quedar inútil.”-

Y los cuerpos no mienten. Sus dentaduras son lamentables. Son cuerpos maltratados, injuriados, despreciados, sometidos. Sus cuerpos están unidos a sus tiempos (al cruce entre el tiempo cronológico *-cuantitativo-* y el tiempo vivencial *-cualitativo y signifiicante-*). Será por eso que todas aparentan mas edad de la que tienen.



Artesana de Algarrobo del Aguila – 42 años

El tiempo ya les ha pasado a los 30/40 años; han envejecido cuando para algunos autores ha llegado la etapa de *-“...la mujer esta más libre de lo que estuvo anteriormente de las exigencias de roles y lugares sociales para ella, cuando se vuelve disponible el tiempo y la oportunidad para la exploración de si misma y de su relación con un mundo cambiante...”*¹⁹ (BURIN Y Col. 1987:90). Ellas en ese preciso momento comienzan a “cuidar” de sus nietos y de los progenitores/suegros que están al final del camino.

Entrevista (Irma 55 años) Algarrobo del Aguila

-“Yo veo por la familia de mi hija como han cambiado las cosas ahora... Ellos vienen a comer aquí a mediodía porque el marido trabaja y ella también.

Está tan contenta!!!!!! gracias a Dios cuando nos vinimos al pueblo, hace 5 meses consiguió un plan de “jefas”. Entonces yo les hago la comida y los espero a ellos y a los chicos que vienen de la escuela..., pero claro! Con ese trabajo ahora ella muchas veces viene muy nerviosa y los grita durante la comida...y encima se pelea con mi

¹⁹ Hace referencia a la etapa de la menopausia.

yerno.... Antes las mujeres no permitíamos que pasara eso! Nosotros estábamos para calmar los nervios de nuestros maridos y darles tranquilidad a nuestros chicos..... Yo me hago cargo de todo, es lo que corresponde no?. De la casa, de mi marido porque el pobre es un poco depresivo..., de mi hija porque ella es un poco nerviosa y de mis nietos....”-



En una clase de telar del Taller de Artesanías de Santa Isabel

Especialistas en desarrollo rural (PEREZ, 2001) y las nuevas concepciones que emergen del escenario (GIARRACA: 2001) refieren a dos temas sobre la dinámica actual del mundo rural: los cambios en las formas del trabajo y la aparición de movimientos sociales (muchos constituidos por mujeres). Esa realidad, de activa participación comunitaria no fue común en nuestro recorte social. Sin embargo, quizás inscrita en ese contexto, nuestra observación e interpretación pareció mostrar la oscilación que va desde un modelo mujer=esposa=madre promovido por las mayores (aproximadamente 40/45 y mas) hasta otro paradigma, sostenido por las mas jóvenes, que procura encontrar nuevos ordenamientos en la dinámica del sentir *-y del pensar?-*, particularmente acerca de los mandatos aludidos (la mujer debe tener hijos y por eso le corresponde atender las tareas domésticas y servir al marido).

Aún en ellas, el desafío debe atravesar los juicios de valor negativo, que refuerzan el modelo anterior sostenido por los proveedores de salud. Tal como lo grafican las siguientes expresiones de una de ellas (mujer y joven). Ello refuerza la concepción que género y clase social interactúan, influyendo en la conducta, tanto de las personas como de las instituciones destinadas a atender la salud de la población:

Enfermera 36 años, Algarrobo del Aguila
-“las chicas ahora son muy irresponsables, algunas se quedan embarazadas cada dos años, y todos son distintos padres y las pobres abuelas terminan haciéndose cargo, porque ellas no quieren perderse nada, siguen saliendo de noche, noviendo, todo”-

Los síntomas y signos muchas veces se les escapan a las mismas pacientes, acostumbradas a no darles lugar a sus propias necesidades. No es fácil que ellas hablen de su cansancio. Es “como que no está bien decirlo”. Pareciera que no tienen permiso para quejarse. El agotamiento es algo del cual no tienen derecho a hablar. Se vive como algo íntimo. En su socialización son moldeadas en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, desvalorización, dependencia, complacencia, atención y cuidado de otros pero no de sí misma, obstaculización del desarrollo propio, de la toma de contacto con sus propias necesidades, como así mismo el entrenamiento en no expresar malestar. Y ellas se hacen cargo del mandato.

Esperábamos encontrar manifestaciones y/o referencias a cuadros psicossomáticos (GIBERTI. 1989) pero no fue así. Pareciera ser que este malestar tampoco emerge bajo esta forma. Al menos con los datos con que se cuenta no pudo ser comprobada la hipótesis básica que establece una suerte de relación entre este tipo de sintomatología y la ausencia de palabra socialmente reconocida. Estos cuadros psicossomáticos serían el emergente de la represión de lo imaginario y capacidad de simbolización; la dificultad en la expresión de necesidades y excesiva adaptación a las exigencias del modelo.

De la misma manera como ellas lo viven, intentan transmitir estas pautas a sus hijas: no reclamar, no pedir, no exigir, aguantar, esperar, junto con el aprendizaje de la vergüenza y la obediencia. Sin embargo en las nuevas generaciones pareciera bastante difícil de lograr:

Enfermera 36 años, Algarrobo del Aguila

-“antes era todo no no no, ahora parece todo si si si, toman, fuman, tiene relaciones..., yo tengo adolescentes y tengo terror”-

Enfermera 45 años, La Humada (en referencia a la sexualidad)

-“ahora se habla en todos lados y las chicas no tienen miedo de preguntar..., ni de hacer”-

El discurso es muy restrictivo: no se acepta la sexualidad de las hijas. Contrariamente con lo que sucede en las clases medias, donde por lo general cuando la madre se da cuenta que la hija empieza a tener relaciones, la instruye, la lleva al ginecólogo y la ayuda a cuidarse. Aquí la forma de evitar el embarazo es poniéndoles mayores límites, prohibiéndoles salir, vigilándolas. Las mismas madres muchas veces no tienen incorporada la anticoncepción, no pueden asumirla entonces en la hija. Y en las condiciones en que se debe producir la relación sexual de las jóvenes, a escondidas y con poca formación no queda otra alternativa: se embarazan (se comprueba estadísticamente con los altos índices de embarazo adolescente).

Yesica 39 años, La Reforma

- “me parece que lo que más ha cambiado son las chicas..., ahora tienen doce y ya salen y andan con uno y con otro. Se les van de las manos a los padres. Las chicas están terribles..., peor que los chicos”-

Mirta 32 años, Algarrobo del Aguila

-“yo tengo varones y le advierto que estén atentos, las chinitas están terribles y ellos parecen mas lentos. En nuestra época uno cuidaba la reputación, ahora no les importa nada..., con cada novio tienen un hijo y empiezan cada vez más temprano..., encima ni siquiera los cuidan, se lo dejan a la abuela y se van a vagar por ahí, hasta que otro les llena la panza de huesos..., o de música, como decía mi madre”-

Como casi una constante en esta investigación, existen expresiones que evidencian modificaciones en relación al cuerpo entre diferentes niveles etéreos.

Para las mayores es sinónimo de sufrimiento, en todo caso se asocia a morbilidad, aunque en realidad hasta las preocupaciones biológicas se llegan a postergar por las de su familia. En las más jóvenes -algunas- el propio cuerpo se comienza a aprehender como una dimensión de la vida corporal, ligada por momentos al placer y con interés por comenzar a realizar una lectura de sus propias sensaciones a la luz de las ciencias psicológicas (resulta determinante saber que la autora de esta tesis es psicóloga).

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“como acá no hay nadie con quién hablar, yo opté por mirar un programa Cosmos, a la noche por cable dónde habla una sexóloga”-

Ellas no pueden separar sexualidad de concepción. La cuestión no pasa por tener o no la información básica. Aún en los casos que disponen de ella, esta tamizada por cuestiones psicosociales. Y estas cuestiones obstaculizan el uso de la información; es mas, muchas veces entran en conflicto con la información cognitiva y no dejan que la pauta se cumpla. Será por eso que ante el análisis del tema aparecen escenas que tienen que ver con otras lógicas. Al respecto se pueden realizar varias consideraciones:

1. Las representaciones asociadas a la anticoncepción señalan una asociación directa con ellas: la contracepción es asunto de la mujer. Los hombres no están implicados en su identidad

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“los hombres en general no se cuidan.. ellos tienen una relación y no sé, se creen superman...vos te tenés que cuidar...”-

Mirta 32 años, Algarrobo del Aguila

- “el mío al principio no quería, pero yo me puse firme y le dije si no usás no pasa nada, entonces se lo pone, primero protestaba, ahora ni chista”-

2. En el plano médico, se concibe fundamentalmente una sola forma de contracepción: “la pastilla”. Siempre disponen de la píldoras anticonceptivas en las Postas Sanitarias y tienen “permiso” de sus parejas para tomarlas (sigue necesitando del hombre para cuidarse: es técnicamente y culturalmente

necesario que “él apruebe” las pastillas que ella consigue). Y ellos “aprueban” este método.

3. Del preservativo no se habla. En el imaginario popular de este contexto, esta práctica de prevención queda interceptada por el paradigma de la fidelidad. Si la propuesta emerge de ellas, puede suponer implícitamente que su compañero no es el único con quien mantiene relaciones. Proponerlo es caer bajo sospecha, generar acusaciones de infidelidad y/o reproches de todo tipo. Caso contrario implica suponer que pareja le es infiel y si bien los varones en esta cultura mantienen prácticas extraconyugales con ciertas frecuencia y con alto nivel de legitimidad, ellas no disponen del “permiso” necesario para cuestionar esa norma. En otras palabras: el uso del preservativo adquiere un conjunto de significaciones sociales imaginarias referidas al conflicto fidelidad/infidelidad que hace difícil su uso.

Si la coordinadora instala el tema aparece “el rechazo de los hombres” y también ciertas creencias patriarcales instaladas por las cuales ellas también lo rechazan. El rechazo a usar preservativo, en todos los casos, exige que se recurra a las falsas creencias en función de preservar la relación con su parejas. Solamente existen algunas pocas excepciones entre las más jóvenes.

Lili 42 años, Algarrobo del Aguila

-“Mi marido no quiere saber nada, dice que no es lo mismo, que no goza, que no es necesario si el está sano y yo me cuido con pastillas. (...) Hablo de esto con la doctora. Me dice que traiga a mi marido, pero no quiere ir. Por los días de descanso, ellos tiene que usar preservativo. A veces lo usan... con pocas ganas, a veces no. Tengo dos chicos ya que vienen por no usar preservativo. Es difícil hacerle entender”-.

Rafaela 52 años, Santa Isabel

“a algunos hombres el preservativo les da alergia y puede darle picazón a la mujer también”

Elsa 49 años, 25 de Mayo

-“mi marido lo odia, dice que no se siente lo mismo, no lo quiere usar..., los hombres piensan que somos nosotras las que tenemos que

cuidarnos, ellos solo la pasan bien..., y tienen razón después los hijos los tenemos que criar nosotras”-

Nini 30 años, Santa Isabel

-“el mío no tiene problema, los dos tenemos claro que no queremos más chicos”-

Son ellos solamente los que determinan formas, momentos y mecanismos no solo de la relación sexual en sí misma, sino de toda la sexualidad. El cuerpo no sólo queda expropiado y preso de embarazos no deseados, sino también de enfermedades sexuales. La gran mayoría de estas mujeres están imposibilitadas de negociar el sexo seguro sin temor a sufrir represalias.

Nini 30 años, Santa Isabel (En relación al uso del preservativo)

-“una cosa es tener marido..., porque vos lo conocés..., convive con vos..., pero si es tu novio...vos que sabes que hace...?, entonces ahí le podés decir que se cuide que use profiláctico”-

4. Si se imagina otro modo, refiere a “una intervención”. La ligadura de trompas no pone en peligro su subjetividad y su identidad tal como sucede en las clases medias donde, según bibliografía consultada (GONZALEZ MONTES, 1995; ORTNER, 1996), la fantasía pasa por que una mujer operada sentirá perjudicada su vida sexual. Aquí simplemente es “estar segura que ya nunca mas”. En esto también, a veces chocan con la oposición de sus esposos. Los mandatos sociales y culturales prescriben “dar hijos a las mujeres” para ser considerados “más” hombres y ello a veces entra en contradicción con los deseos explícitos de manejar en pareja el tema de la fertilidad.

Nincué 55 años, Algarrobo del Aguila

-“Tuve doce partos, en la última cesárea me hice ligar las trompas. Mi marido me preguntó por qué no quería tener más hijos, pensaba que quería engañarlo.”-

Doctora 45 años, Santa Isabel

-“Relacionan la consulta con la posibilidad de ligarse las trompas, mujeres jóvenes con 8, 10 hijos, por el peso que representa la crianza de los hijos, saben que depende de ellas.”-

5. El aborto se presiente por momentos como otro método de contracepción. Fue muy significativa la experiencia transitada por uno de los grupos focales cuando se las invitó a presentarse: la primera y segunda dijeron nombre y edad; la tercera sumó cantidad de hijos; la cuarta a eso agregó -“un aborto”-; a posteriori todas se presentan con cantidad de hijos y cantidad de abortos. Cuantitativamente son significativas las cifras: más de la mitad del grupo tiene al menos uno y del resto, una gran proporción, más de dos. Por supuesto, hay mucho miedo. Ellas nunca manifiestan que se trata de un aborto provocado, tienen conciencia de que no hay que hablar. Y sus simbolizaciones no se asocian con angustia. Parecen no sostener una relación con el feto; de allí que la interrupción del embarazo no constituya un conflicto y mucho menos un duelo. Y tampoco pareciera subyacer un juicio moral individual (coincidentalmente con la tesis de VILLA:1998).



Alumna del Taller de artesanías de Santa Isabel

No hay emergentes en relación a los modelos de cuerpo que proyectan los medios de comunicación social (ideales y estilizados). Eso no les preocupa, aunque sea muy común el sobrepeso. Existen grandes diferencias en la

concepción de cuerpo con los sectores urbanos. Aquí el cuerpo no se produce: no se puede actuar sobre él en cuanto a la silueta (por razones económicas: es difícil hacer la dieta necesaria para ser delgado); en cuanto a la salud ni aún en la contracepción.

En síntesis, el cuerpo no es manejable; queda expropiado, preso de embarazos no deseados, expuesto a infecciones. Se podría decir que hay un cierto fatalismo respecto de él. En todo caso el cuerpo es destino:

Francisca 48 años, Santa Isabel

-“Para el colmo cuando te derivan hay que hacer un viaje de todo un día y la mayoría de las veces llega la fecha y no tenemos plata....., yo hace un año y medio más o menos que tengo un bulto en un pecho y me tengo que hacer una mamografía..., pero bueno, algún día me la haré”-

Silvia 44 años, 25 de Mayo

-“Uno piensa ¿para que voy a ir al médico? Si a mi no me va a tocar....”-

Cristina 42 años, 25 de Mayo

-“Si vas al ginecólogo seguido, seguro que te va a encontrar algo malo, es por eso que yo no voy, y bueno, de algo hay que morir en esta vida”-

Y también es destino la sexualidad: hay relaciones sexuales y hay hijos.

Leonor 55 años, 25 de Mayo

-“A la mujer se le hace difícil decir no, porque convive con él y es el padre de sus hijos”-

Ginecóloga 42 años, 25 de Mayo

-“No tienen posibilidades de abordar su sexualidad de manera clara. Se quedan embarazadas por tener relaciones, sin saber de métodos anticonceptivos.”-

4.2. COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y ESCENARIOS DONDE SE CONSTRUYE SU SEXUALIDAD

¿Qué expresan de su sexualidad²⁰? Con palabras dicen poco. Son las miradas, el tono de la voz, la expresión corporal, la gestualidad, el tacto, los que nos hacen saber que tienen dificultades en la exploración de las percepciones subjetivas del propio cuerpo. Por otra parte, tenemos la convicción que la investigación de cuestiones relacionadas con la sexualidad implica un análisis de género como estrategia fundamental, ya que es mediante los significados y prácticas sexuales que las premisas atribuidas a la femineidad y masculinidad son establecidas y difundidas, pero también cuestionadas, en una interminable relación de poder entre definiciones dominantes y subyugadas. Las premisas de género y de sexualidad se encuentran intrincadamente ligadas en virtud de que nuestras sociedades han construido identidades con base en las diferencias biológicas, combinadas con significaciones y prescripciones sociales y culturales. *-“Hay que estudiar la doble moral de la gente, cuáles son sus prácticas y cuál es su discurso público”-* (BARRANCOS, 2003). Por razones obvias no se exploró esta variable desde la perspectiva cuantitativa.

La sexualidad puede ser puesta en discurso cuando es ajena, sobre todo cuando se refieren a la de los jóvenes

Paola 49 años, Puelén

-“la sexualidad cambió mucho, ahora las chicas no esperan, hacen lo que quieren”-

Clorinda 52 años, Santa Isabel

-“la verdad que me parece que cambió mucho, ahora se habla más”-

Benedictina 53 años, Puelén

-“además ahora te hablan en la escuela, en mis tiempos, había chicas que se enteraban cuando las compañeras se manchaban el guardapolvo”-

Nora 51 años, Santa Isabel

²⁰ Se considera la sexualidad como un recurso para simbolizar significados de diferentes relaciones sociales mas amplias que los comportamientos sexuales mismos. Se analizan sus patrones sexuales como instrumentos sociales que simbolizan y vehiculizan significados de relaciones sexuales que trascienden el acto sexual.

-“Antes nos cuidaban (las madres) pero no sabíamos de qué. No nos sabían explicar por qué. Lo trataban de una manera que no se sabía qué querían decir. Era medio misterioso.”-

Rosa 38 años, Algarrobo del Aguila

-“si pero ahora se pasan para el otro lado, te lo digo porque yo tengo 38 años y soy abuela y mi hija se quedó embarazada a los 16 y es una nena”-

Irma 55 años, Algarrobo del aguila

-“es que antes no le hablaban a una, era un tabú, ni te animabas a preguntar, capaz que te revoleaban de una trompada”-

Silvia 44 años, 25 de Mayo

-“encima te hacen cada pregunta, que no sabes que contestar, a mi me ponen en cada aprieto”-

María 49 años, Algarrobo del Aguila

-“es que a uno le faltan palabras, cuando uno era chico lo de la sexualidad no se hablaba, era prohibido, mirá si les íbamos a preguntar algo de eso a nuestros viejos”-

Lacan, En el seminario de la "Lógica del fantasma", analiza que ofrecerse al amor para la mujer, es hacer apariencia de objeto que el partenaire le demanda. Hacer apariencia, es jugar a serlo; tentando desde ese lugar, es que ella goza, en posición femenina. Esta posición femenina en tanto objeto causa de deseo, y su propio goce en donde puede quedar encerrada en una suerte de posición masoquista. Tendrá que atravesar esta situación de vacío, directamente relacionada con este goce, para acceder a otro goce: goce suplementario. Dice - *"Ella ni goza por contrato, ni apunta al goce del Otro, y si bien hace semblante de objeto, no es allí donde goza. Se ofrece, da a ver, pone en juego la mirada, en tanto lo que da a ver es siempre lo que no hay, es por eso que 'ella deviene lo que ella crea', hace de su vacío un objeto conveniente para él, también para ella..."-*. Y agrega: *-“Que en ocasiones la mujer sea objeto del hombre, no significa para nada, que sea de su gusto serlo. Si soporta ofrecerse de este modo al deseo de un hombre, quien apuntará en su cuerpo a un objeto, seno, voz, mirada u otro objeto, tal vez puede ella acceder a un goce propio, que excede al goce fálico...”-*.

La realidad observada se inscribe en el análisis lacaniano, pero resulta ampliamente superadora.

En relación a su sexualidad, dicen los efectores de salud:

Enfermera 36 años, Algarrobo del Aguila
"Difícilmente han sabido muy bien lo que hacen. La mayoría lo viven como una función más del cuerpo"-

Doctora, 47 años, Santa Isabel
"Comienzan su vida sexual generalmente a los 12 o 13 años, y son sexualmente activas por mucho tiempo, más de 60..."-

Doctora 28 años, La Reforma
"Lo viven con mucho pesar, no son protagonistas. No es fácil que se impliquen en su sexualidad. Los hijos vienen y vienen."-

Como se observa, las expresiones hacen referencia a cuestiones diversas, pero el común denominador es que la sexualidad es un aspecto con el que las mujeres "cargan" pero nunca disfrutan.

Doctora 45 años, Santa Isabel
"Se detecta mucho abuso, haber sido abusadas en la infancia"-

Las violaciones, es un tema que no se trató en los grupos focales ante la posibilidad que promoviera emociones difíciles de contener. No obstante, emerge en la opinión de los proveedores de salud. Se infiere que el medio puede estar relativamente integrado a la "cultura de la violación" (PALMA, 1991). La autora sostiene que esta práctica se constituye en el instrumento de perpetuación y legitimación de la superioridad masculina. El pene es la primer arma de terror y sometimiento del mundo femenino y de su misma valoración.

Es difícil que hablen de algunos aspectos como el placer. Existen obstáculos culturales para expresar cuestiones de este tipo y aún para registrar su propio cuerpo como generador de placer. El lenguaje gestual suplanta al verbal: con gestos, risitas, morisquetas manifiestan lo que con palabras no pueden decir. Cuando el tema del placer es puesto en discurso, (casi siempre por parte de la coordinadora) muchas cuestionan ¿qué placer? ¿Cómo es?.

Toti 39 años, La Reforma

"A veces una mantiene relaciones con el marido por un compromiso"-.

Leonor 55 años, 25 de Mayo

"a mí no me gusta tener relaciones sexuales, pero lo hago para satisfacerle a él"-.

Es común considerar las relaciones sexuales como un deber marital al que ellas deben acceder más allá de su deseo. Son educadas para pensar "en el deseo ajeno"; para aprender a descifrar los deseos de los otros y tratar de satisfacerlos; sienten que no tienen justificación para decir "no"; creen que sus maridos están ejerciendo un derecho: están desautorizadas por una ideología de supremacía. La importancia de concretar y mantener una relación conyugal relega los deseos a un segundo plano, atribuyendo mayor importancia a complacer sexualmente a su pareja. El comportamiento sexual es el único medio que les permite adquirir y mantener relaciones familiares, que por otro lado, constituyen el único recurso al que acceden. Tienen poca práctica en descubrir sus propios deseos y si los descubren tienen dificultades para legitimarlos. Coincidentemente con algunas tesis²¹, (BURIN, 1987:76) terminan deseando aquello que los otros quieren que hagan a costa del propio cuerpo.

Rafaela 52 años, Santa Isabel

"Yo nunca fui una mujer de esas a la que le gustó..... y muchos menos ahora...., pero aunque no tenga ganas igual digo que sí, pero soy buena...eh!, porque soy fiel!!!"-

Tanto hombres como mujeres son socializados en el convencimiento de que los varones tienen derecho a tener sexo con sus esposas sin importar lo que ellas deseen. Ellas solamente se "dejan", y cuidadito con extralimitarse con los cuidados "demasiado femeninos". Es señal de que está viendo a otro.

Mary 31 años, 25 de Mayo

"Mi marido no me deja salir de la casa cuando me baño, dice que voy a salir a buscar hombres"-

²¹ *"En cuanto a las mujeres, el goce en la sexualidad, queda adscripto al goce en la maternidad"-*

En nuestros sectores rurales una mujer no puede, -las más de las veces- rehusarse a tener sexo con su esposo, aún cuando este puede haber sido infiel y existan las posibilidades de contagio.

Entrevista Rafaela 52 años, Santa Isabel

-“Es que yo no puedo tener ninguna enfermedad..., porque vio las enfermedades de ‘allá’, muchas, la mayoría, (yo sé porque leo mucho) vienen de tener relaciones en esos días y yo nunca ‘hice uso’ durante esos días.....”-

Las representaciones sociales y el papel de las creencias en relación al contagio quedan de manifiesto en Rafaela. Ello muestra el endeble nivel de la información, cuando esta queda tamizada por la implicación emocional en su selección y retención. En esta cultura, donde “cuando se cobra la mensualidad” es muy común asistir a los abundantes Cabarets de la zona, donde la fantasía de “saber” lo que hacen sus maridos es casi una certeza, dificultó abordar estos temas, en razón de la ansiedad suscitada y de los valores allí comprometidos. Así, la cuestión de la enfermedades sexuales y su transmisión resulta sostenerse también en creencias sin bases médicas.

Las normas sobre el comportamiento sexual femenino son muy estrictas. El reconocimiento de ser sujetos de sexualidad varió entre las mujeres entrevistadas. En general, la mayoría dan por hecho que los varones son sujetos de sexualidad, casi de una manera "natural". En cambio, las mujeres no. El deseo posee género y es masculino.

Yessica 39 años, La Reforma

-“Se le puede decir que no, pero de ahí que lo entiendan...es difícil. Dice: ‘¿por qué no querés? debés tener otro...’”

Leonor 55 años, 25 de Mayo

-“Hay maridos a los que no se les puede decir que no, es difícil que respete. Piensa que has sido infiel. Es como si una está para satisfacerlo a él”-

Benedictina 53 años, Puelén

-“Yo fui muy maltratada, por celos...ellos creen que esa es la manera... Cambiar eso depende de ellos”-

Paola 49 años, Puelén

- "A veces no entiende, no escucha. Una siente cansancio de la casa, los chicos, todo, llega la noche y a veces no tengo ganas. Dice: 'ya no me querés' o 'tenés otro' "-.

Ellos, tienen "necesidades", urgencias, que hay que satisfacer porque de alguna manera necesitan desahogarse. Si no es con la esposa, es con otra. La sexualidad masculina es simbolizada como una necesidad biológica que debe canalizarse cuando se presenta. Sus pautas permiten que los hombres tengan relaciones sexuales sin romper regla alguna (en los cabarets donde concurren a sabiendas de sus esposas). Sus cuerpos están a disposición de quien, se supone, tiene derechos adquiridos en el matrimonio y validados por consenso social.

Ramona 55 años, Santa Isabel

- "Quedé embarazada cuando mi última hija tenía 16 años. Quedé en el periodo de descanso de las pastillas. Tuve problemas y perdí al bebé. Quedé muy temerosa de otro embarazo y no quería tener relaciones. Lo rechazaba a mi marido. No quería. Le dije que se fuera a buscar a otra porque yo no quería. Que se buscara a otra para tener relaciones, que yo lo iba a entender."-

Pareciera ser que no hay encuentro ni complementariedad posible, que "no hay relación sexual" poniendo de manifiesto la heterogeneidad radical entre el goce de ella y el de él. Sus intercambios sexuales, casi siempre implican valores diferentes (placer por obligación).

Elsa 49 años, 25 de Mayo

- "Si todo el día él te dice cosas, te agrade, llega la noche y no querés nada porque se te viene todo a la cabeza".-

Ofelia 55 años, Puelén

- "A veces una no tiene buen trato de él. Yo me levanto le hago mate. El se levanta mal y no te contesta. le pregunto qué te pasa, 'a vos qué te importa' me contesta..., después me cuesta mas..., hacer uso..."-

Leonor 55 años, 25 de Mayo

- "una necesita más afecto, mimos, besos..., y también necesita tranquilidad de no quedarse embarazada, yo recién ahora que ya no tengo menstruación tengo tranquilidad"-

Coca 55 años, Algarrobo del Aguila

- "las mujeres somos diferentes de los hombres en cuanto al sexo"-

Mirian 40 años, Santa Isabel

-“no los puedes acariciar que ya se creen que querés todo, y a veces solo querés un poco de cariño”-

Estas creencias que justifican necesidades diferentes implican también una moral diferente para cada uno. Ellas, no pueden tener una mirada libre de los prejuicios moralistas de su sociedad. Allí la noción de decencia llega a ser la categoría principal mediante la cual se mide su comportamiento sexual y ese concepto se relaciona directamente con la discreción y la monogamia de por vida. El goce sexual resulta así casi obsceno, aún dentro del matrimonio; algo que debe ser ocultado, “con discreción”, con “pudor”, ellas “deben guardar su lugar”.

Ofelia 34 años, La Reforma

-“a mi me pasa que cuando tengo ganas no me animo a decírselo, porque tengo miedo que piense que tengo otro. ¿? Porque como antes nunca tenía ganas”-

Zunilda 46 años, La Reforma (sigue diálogo)

-“Eso también es difícil..., (expresar deseo sexual) también dice que es porque ando buscando algo...otro hombre”-

Nini 30 años, Santa Isabel

-“Es difícil decir que una tiene ganas cuando él no nos busca...da vergüenza”-

Ernestina 43 años, La Reforma (expresar deseo sexual)

-“El piensa que uno lo puede estar engañando, que una va a salir a buscar hombres.”-

En el desarrollo de un grupo focal se transitó por una experiencia muy significativa: una muchacha bastante joven, sabiendo que la coordinadora era psicóloga solicitó ayuda. Ella iba por el segundo matrimonio, tenía dos hijos y desconocía lo que era un orgasmo. Explicaba que su segundo marido “era muy considerado” pero igual “no le gustaba”. Había acudido al médico y este textualmente le había dicho *-“y si no te gusta para que te volviste a casar?!”-*

El análisis de esta respuesta permite observar que junto a conocimientos científicos, se deslizan ideas, pautas y creencias. Las mujeres son duramente

juzgadas y su accionar cuestionado en relación a sus conductas cotidianas. Si bien el discurso científico dice ofrecer información y esclarecimiento respecto a la sexualidad, todo el poder del conocimiento científico, como saber instituido, junto con la ideología que subyace, queda anclado al modelo patriarcal y sostenido por los profesionales que lo sustentan. Estas construcciones ideológicas que median la relación proveedor de salud/pacientes operan como mecanismos de exclusión que obstaculizan que los profesionales escuchen las demandas de las mujeres.

También resultaron paradigmáticas las expresiones del resto de las mujeres en un intento por contenerla y con cierta bronca contra el profesional que no la había sabido entender. Ellas decían cosas por el estilo de *“-bueno, no te preocupes, eso no es lo mas importante, lo importante es que ahora vos tenés una linda familia....”*-. O sea, las otras mujeres confirmando una vez mas que el goce en la sexualidad queda adscripto al goce en la maternidad.

Me preguntaba, ¿qué se es, en este medio, sin un hombre?; ¿qué se es, con una identidad que no incluye a la pareja?. Es como si la condición de “sola” o “separada” pusiera más en evidencia que quien atraviesa esta crisis no sólo debe elaborar la pérdida de un rol, sino también la de una estructura -la matrimonial- que hasta ese momento la contenía y determinaba. Perder esa estructura las expone a quedar encerradas en una identidad signada por la carencia.

Sin dudas, el medio sociocultural no legitima el goce femenino. ¿De qué experiencias de goce se pueden adueñar? Siguen siendo los hombres (desde su perspectiva masculina) quienes le dicen que “es lo que esta bien” y “lo que esta mal”. Decisiones sexuales y como estas en el contexto socio-histórico adquieren sentidos y significados para las mujeres

Clorinda 52 años, Santa Isabel
“-con mi marido no se puede hablar”-

Luisa 38 años, Puelén
“-a mi me parece que ellos, los hombres mucho no nos entienden, ellos tienen como la idea fija”-

Juana 33 años, Puelén

“si a nosotras nos importa más estar bien en la pareja, a ellos lo único que les importa es el placer”

Mary 31 años, 25 de Mayo

-“una es más exigente, yo tengo que estar segura que los chicos no estén despiertos, que nadie escuche nada”-

Pirucha 36 años, Puelén

-“a ellos no les importa nada, ni si te estas cuidando, ni si tenes ganas , ni como la pasas, solo quedar ellos satisfechos..., son muy egoístas”-

El abuso en las parejas se nutre en este contexto que, al naturalizarlo, la mujer desestime su propia percepción del sometimiento. La relación entre abusador y abusado encuentra un tercero que sostiene la acción: el contexto social. Así, la relación se convierte en autopetruante; los esposos se ven inducidos a reproducir el modelo de comportamiento prescripto para cada uno de ellos según su género. Una las personas en la relación se considera a sí misma con más experiencia, más autoridad moral, más poder, más capacidad para tomar decisiones, más habilidad para manejar el dinero y ganarlo para el sostén familiar; y la otra persona se considera a sí misma una buena compañera experta en las tareas de asistir y cuidar y con menos habilidades para tomar decisiones en los asuntos fuera del hogar, mientras que el imaginario social aprueba tal modelo como esperable en un matrimonio funcional.

Desde otra perspectiva, aparece la sexualidad y los cuerpos como el territorio por excelencia de la transacción y la negociación de los intereses compartidos y opuestos de hombres y mujeres. Ellas dicen en relación a demandas sexuales de sus parejas:

Luisa 42 años, Santa Isabel

-“muchas veces se hace para conformarlos”-

(Sigue el diálogo) Ramona 55 años, Santa Isabel

- “sí, pero ojo, porque los hombres si una les muestra que no tiene ganas piensan que tiene otro”-

Clorinda 52 años, Santa Isabel

-“algunas mujeres fingen..., se mandan la parte como si disfrutaran así los dejan contentos”-

Mirian 40 años, Santa Isabel

-“yo trato de hacer cosas, levanto la mesa, lavo los platos, esperando que cuando me acueste ya esté dormido”-

Nely 42 años, 25 de Mayo

-“a mi me pasa que muchas veces aflojo, así puedo dormirme más temprano, porque si no pierdo tiempo”-

Mary 31 años, 25 de Mayo

-“yo traigo al nene y lo meto en la cama”-

Ethel 49 años, Santa Isabel

-“yo trato de acostarme mas tarde, me pongo a hacer cosas, total el mío por suerte se duerme rápido”-

Es importante reflexionar en torno al significado simbólico de la procreación-maternidad. ¿Cuál es la relación con la feminidad y el deseo?. ¿Quiénes son y como se han construido estas mujeres que han hecho de la maternidad su destino?. Lo contestan así:

Entrevista Rafaela 52 años, Santa Isabel

-“Yo le digo a mi hermana, que enviudó hace un tiempo (tiene 46 años) y anda de novio ¿para que te querés buscar un hombre ahora, si estás bien... (se refiere a lo económico) , y ya tenés hijos....., ahora mejor estar sola!!!!!!!!”-

El contexto relacional y cultural favorecen el abuso en las parejas. El par contrapuesto violencia/sometimiento emerge como una modalidad de relación. Ninguna de ellas se reconoce violada dentro del matrimonio. Aunque las más de las veces no tienen mas opción ni elección. no es una violación, al menos no se expresa de esta manera, pero no es una relación consensuada.

Las doctoras dicen en relación a la violencia sexual

Doctora 29 años Puelén

-“No se plantean siquiera la existencia de una violación marital. Los hombres tampoco consideran la existencia de violaciones dentro del matrimonio; está instalado, naturalizado como parte de un vínculo de pareja.”-

Ginecóloga, 42 años, 25 de Mayo

"La sexualidad muchas veces va acompañada de violencia, de promiscuidad."

Doctora, 45 años, Santa Isabel

"Para la mujer forma parte de los deberes. La mujer está para tener chicos, a veces paralelamente a los hijos de su hija mayor"

Cabría preguntarse ¿someterse a la sexualidad violenta y cruel de un orden patriarcal para el cual los placeres son de los varones y los deberes de las mujeres no implica una violación? Y consecuentemente ¿la condición de mujer violada puede dar paso a desear la condición de madre?. E interpretar en este escenario las representaciones simbólicas de sus abortos (ausencia de angustia, duelo, conflicto y juicio moral).

El tema del placer puede ser sostenido solamente por las más jóvenes. Se observan grandes diferencias, por ejemplo, entre las de 25 y las de 35/40 años. Las más jóvenes están entrando en otro terreno, que es el terreno de la iniciativa discursiva. Ellas empiezan a superar los tabúes de poder mostrar iniciativas. Parecen estar introyectando otra simbolización de la sexualidad femenina. La sexualidad es algo que se puede poner en discurso. Hay consenso social en ello. Al menos en lo manifiesto aunque eso no signifique inexistencia de conflicto (por más que a veces ellos se oculten detrás de lo manifiesto). Ellas presentan las marcas de los cambios conductuales ocurridos en las últimas décadas respecto a la posición y condición de la mujer y a la resignificación de los roles de género.

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

"Acá no esta bien vista por la sociedad la liberación, el que uno haga lo que tiene ganas. Por cualquier cosas sos una atorranta, sos esto, sos aquello..."

Almita 43 años, La Reforma

"A veces tenemos soltura para hablar de estos temas entre mujeres, pero con los médicos no"

Toti 39 años, La Reforma

"yo hablo con mi amigas de sexo, medio en broma , medio en serio"

Cristina 36 años, Puelén

-“yo a mi hijo le hablo de sexualidad, le digo que no tiene que dejarse tocar, que sus partes privadas son solo de él y que si alguien quiere tocarlo me lo tiene que contar”-

Se “convierte” la experiencia que conduce a una nueva visión. Las necesidades de la colectividad que la integra hacen de ella un instrumento que producirá sus efectos al convertir los marcos habituales de representación de la realidad y al cambiar el contenido de sus experiencias y sus percepciones. De esta forma el cambio cultural esta incidiendo sobre sus modelos de pensamiento y de conducta. Eso esta cambiando su relación con el cuerpo y las categorías a través de las cuales lo analizan. La sexualidad distante es sustituida por un enfoque vivencial y los mensajes eminentemente mórbidos se sustituyen por experiencias placenteras y participativas. Se comienza a comprender la sexualidad y comprender algo nuevo es hacerlo propio.



Grupo produciendo gráficos sobre el tema

En este contexto aparece muy frecuentemente la imposibilidad de charlar y reflexionar sobre el tema. No son muchas las alternativas que el medio le ofrece: psicóloga/o no hay (y muchas claman por una/o) y la gran mayoría reclama

espacios como el que generó el encuentro, donde poder intercambiar libremente y entre mujeres ideas alrededor de la sexualidad:

Elsa 49 años, 25 de Mayo

-“sobre ese tema necesitamos un especialista, alguien que venga..., con los médicos de acá no se puede hablar”-

Ñata 48 años, Santa Isabel

-“con mi hermana y mi cuñada nos pasamos paveando sobre el tema, pero en serio nunca hablamos, es algo privado”-

Tomasa 48 años, Santa Isabel

-“con los médicos que tenemos acá no podemos plantear un tema y solucionarlo”-

Pues lo que saben y “lo que se enseña” tiene que ver estrictamente con lo biológico:

Rosa 38 años, Algarrobo del Aguila

-“si a mí en la escuela me dieron educación sexual, además la profesora de biología nos enseñó a hacer el autoexamen mamario, eso si era un poco incómodo porque los varones estaban adelante”-

De estos cambios, también son conscientes las no tan jóvenes. Fue reiterada su referencia a ellos:

Coca 55 años, Algarrobo del Aguila

-“si que han cambiado las cosas en los últimos tiempos, nosotras éramos unas santas..., o unas tontas”-

Toton 49 años, Santa Isabel

-“a mi me parece que ahora es mejor, se habla más, se pueden preguntar las dudas, en mis tiempos, nada de nada, ahora mis hijas nada que ver, me andan persiguiendo para enseñarme”-

Coca 55 años, Algarrobo del Aguila

-“para mi la sexualidad ahora es como un deporte, un rato y a otra cosa”-

Y coinciden las jóvenes:

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“las mujeres de antes se casaban con el primer hombre que conocían y a veces eran unas desgraciadas toda la vida”-

En síntesis: Con palabras y las más de las veces con otro tipo de expresiones, manifiestan de su cuerpo y su sexualidad un saber diferente al saber científico:

- ✓ cuestiones culturales le impiden un registro adecuado de su propio cuerpo y del placer
- ✓ Imposibilidad de “ponerle palabras” a las experiencias emocionales/vivenciales relacionadas con el placer/displacer en particular y con su cuerpo en especial
- ✓ La lógica de este conocimiento es diferente (lo vivencian ellas, no lo dice la teoría)

Si la sexualidad de la mujer se organiza como sexualidad para el otro, no hay derecho al propio cuidado, no hay derecho al propio placer. La sexualidad queda asimilada a la reproducción, aniquilando la cuestión del placer.

5. RELACIÓN ENTRE IDENTIDAD FEMENINA Y SALUD SEXUAL

5.1. CONCEPTUALIZACION DE “SALUD SEXUAL”

Desde una perspectiva integral la salud sexual incluye: la prevención y el tratamiento de la salud ginecológica y mamaria (considerando aspectos que van desde las enfermedades de transmisión sexual a la menopausia) y la prevención, promoción y tratamiento de aspectos sexuales y reproductivos (donde se promueva por ejemplo, el estudio del rol de los varones como campo de interés).

Los objetivos a lograr en salud femenina deberían ser entonces:

1. la regulación segura y participativa de la fecundidad
2. prevención y tratamiento de la patología mamaria y ginecológica
3. reducción de la incidencia de patologías asociadas, tales como osteoporosis, artritis, etc.
4. reducción de enfermedades evitables en general
5. Intervenciones efectivas en aspectos atravesados por el orden cultural/emocional (miedo, vergüenza, sufrimientos, etc)

La provincia de La Pampa, dispone de la Ley N° 1363 (del año 1991) y la N° 2079 (año 2003) que abordan la prestación, prevención y atención de la salud sexual. No obstante, las acciones que ellas originan se inscriben en los aspectos reproductivos. En otras palabras, las pautas mínimas exigidas por criterios médicos se reducen a: revisión ginecológica, colposcopia y papanicolaou anual; mamografía según criterio médico y atención médica ante síntomas no habituales (ardor; picazón; sangrado

y/dolor durante o posterior a las relaciones sexuales). Adicionalmente se brinda, a demanda, información relativa.

Esta descripción tiene alta concordancia con el Estado Nacional. En nuestro país existen fuertes políticas públicas que aseguran la salud sexual solamente en los aspectos reproductivos (gestación, parto, puerperio). Este modo de concebir la salud nos deja –a las mujeres- indisolublemente ligadas a las vicisitudes del aparato reproductor, referidas a las problemáticas específicamente femeninas de embarazo, parto, puerperio y climaterio. Del resto, goce en las relaciones sexuales, control de enfermedades de transmisión sexual, salud sexual en general, poco se habla...

Sin embargo, los comportamientos relacionados con la atención a la salud sexual deben ser explicados en el contexto de las relaciones de pareja y con el medio sociocultural que confiere sentidos a dichas relaciones, donde el control que los varones tienen sobre la sexualidad de las mujeres obstaculiza su concreción. Este es el contexto en el que se produce el exámen ginecológico..., cuando se produce...

Tomasa 48 años, Santa Isabel

-"El marido de mi prima se pone celoso si el médico es hombre"-;

Leonor 55 años, 25 de Mayo

-"Yo sé por mi hijo que no le gusta que mi nuera vaya al doctor"-;

Ercilia 36 años, 25 de Mayo

-"Yo tengo una amiga que el marido la acompañó al ginecólogo y le pegó una piña cuando la revisó. Le pegó al médico"-;

Zulema 53 años, Santa Isabel

-"A mí las pocas veces que voy ahora que ya no me embarazo..., no me acompaña..., bueno, la verdad, nunca me acompañó"-

Maria 49 años, Algarrobo del Aguila

-"mi marido quiere que sea un especialista varón, los dos le tenemos más confianza a los varones"-

Cuando en la encuesta se las interroga sobre el sexo preferente del médico se obtiene la siguiente tabla:

Edad	Pref. hombres	Pref. mujeres	Es indistinto	S/D
30 / 40	7,5 %	28,8 %	58,8 %	5,0 %
41 / 50	6,4 %	40,9 %	47,3 %	5,5 %
51 / 55	5,5 %	29,1 %	64,5 %	0,9 %

Se puede observar que solamente un 6,3% de la muestra los prefieren varones; un 33,3% las prefieren mujeres y mayoritariamente (56,7%) les es indistinto y que esta realidad no resulta impactada por la variable generacional (en diferentes edades opinan de manera similar).

Sin embargo resultan significativas las explicaciones emergentes de metodologías cualitativas, a través de las cuales se indagó sobre estas preferencias. Ellas casi no pudieron encontrar las razones por las cuales elegían mujeres o les era indiferente.

Zunilda 46 años, La Reforma

-“Para mi siendo profesional es igual un hombre que una mujer.”-

Juana 33 años, Puelén

-“no hay problema con que sean varones....le preguntamos de todo”-

Clides 53 años, Santa Isabel

-“cuando recién empezás capaz que sí... que sea mujer es mejor...pero ahora es lo mismo...”-

Esperanza 53 años, Puelén

-“cuando sos muy jovencita...te da vergüenza..porque vos recién empezas”-

Motivos que resultaban muy claros en casos de elección por los varones y que se asociaban a la autoridad masculina:

Marcelina 46 años, La Reforma

-“Yo lo prefiero varón..., me da más seguridad...”-

Enriqueta 37 años, La Reforma

-“los médicos varones son más cuidadosos, más cariñosos, te escuchan más”-

Marcelina 46 años, La Reforma

-“si hay un problema y hay que operar es mucho mejor que sea hombre”-

Eulagia 49 años, La Reforma

-“A mí me da más seguridad el médico varón, me revisa mejor, me pregunta más cosas.” -

Nora 51 años, Santa Isabel

-“si es varón mejor, las mujeres, son mas chusmas..., a veces vos vas, es algo privado, te escuchan las enfermeras, y ellas no tienen por qué enterarse de lo que a uno le pasa. Los doctores son más discretos, no van a andar contando lo que ven, en cambio las mujeres.....”

Nincué 55 años, Algarrobo del Aguila

-“en cuanto a si es hombre o mujer yo prefiero un hombre, me siento más segura”-

Rafaela 52 años, Santa Isabel

-“los médicos hombres te tienen más paciencia, te sentís más cuidada, tal vez porque ellos no saben que sentís cuando te haces una revisión o en un parto. En cambio las mujeres Dras. te dicen ‘...pero no mañerees, si no es para tanto yo también tuve hijos...’, mi vecina siempre me decía, ‘haceme caso cuando puedas consultá con un varón’ y la verdad que tenía razón, te escucha más, te tiene más paciencia, no sé..., es otro trato”-

No nos sorprendió el hallazgo. En todas las situaciones, nos estamos refiriendo a un Yo que trata de reducir tensiones impuestas por las demandas del Ello y las exigencias del Superyo, que están en parte determinados por una realidad sociocultural y por las representaciones que esa cultura ofrece a las mujeres. El paradigma patriarcal se impone y asocia a ellos características propias del modelo.

Se pudieron establecer determinados vínculos entre conducta sexual deseable (referida a fidelidad femenina) y atención adecuada de salud sexual. Las relaciones afectivas conyugales “positivas” y duraderas generan riesgos para su salud: aceptación pasiva de las demandas sexuales, ausencia de medidas preventivas contra las enfermedades de transmisión sexual y la exposición a riesgos derivados del desconocimiento de la conducta sexual de la pareja.

Enfermera 36 años, Algarrobo del Aguila

-“Tampoco hay conciencia de prevención. A veces se cuidan con preservativos y a veces con nada, los hombres las obligan a tener relaciones sin preservativos. Pueden tener un sida y además un embarazo, pero no hay clara conciencia.”-

La creencia de una necesidad sexual irrefrenable en los varones, como constitutiva de la identidad masculina (a la que se hizo referencia en el ítem anterior), que requiere ser satisfecha en cualquier circunstancia y de manera continua, y adicionalmente la valoración de las proezas sexuales de las que son capaces las perjudica aún mas.

Ginecóloga 42 años, 25 de Mayo.

Tenés que ver cómo los prejuicios les bloquean la posibilidad de otro tipo de juego sexual alternativo a las relaciones sexuales. Entonces, si sos amplia y te ponés a hablar con la mujer con respeto, surgen temas. Yo les pregunto ¿tenés placer cuando tenés relaciones?, dice: 'a veces', o 'nunca', o 'qué quiere que tenga si...'. Empezás a indagar un poco y aparecen los otros factores: los abusos, los manoseos en la niñez, tristeza en mujeres jóvenes, el abuso sexual infantil, la soledad que demuestran."

En este contexto, la vinculación con la pareja nunca resulta un escenario contenedor, ni aún en ocasiones de estar cumpliendo con la norma patriarcal por excelencia (parir). Las mujeres siguen cargando, con la responsabilidad de sostener emocionalmente a todos los que la rodean (no de ser sostenida). Y ese es un peso grande. El examen ginecológico es una experiencia que estas mujeres viven solas y que en su mayoría desean vivirla así:

Ofelia 34 años, La Reforma

"Yo prefiero estar sola, estás más tranquila"

Silvia 43 años, 25 de Mayo

"Tengo que estar grave para que él me acompañe"

Natividad 33 años, Puelén

"Yo prefiero que no vaya. No me gusta, ni en los partos... me pone nerviosa"-;

Por ello, cuando caracterizamos tales procesos se hace problemático *-sino imposible-* abstraer supuestas necesidades individuales de salud de las mujeres, de aquel contexto de relaciones y del proceso de toma de decisiones conjuntas. Queda claramente graficado en las fantasías de Nincué:

Nincué 55 años, Algarrobo del Aguila

"Sería bueno dar una charla para ellos. Porque ignoran muchas cosas... pero no creo que vendrían...no van a venir"

5.2. IDENTIDAD FEMENINA Y SALUD SEXUAL:

Mostrar el cuerpo a otros (aún considerando que sea su pareja o familiar cercano) no es una experiencia que se viva sin sentimientos de vergüenza, al menos en nuestra sociedad y mucho más en un medio rural. Estos sentimientos se relacionan con los procesos de socialización que van configurando la formación de las identidades de género. El cuerpo censurado y controlado en la mayoría de los espacios de la vida cotidiana es una vivencia que repercute en las dificultades para acudir a la consulta médica para la atención de la salud sexual.

Nincué 55 años, Algarrobo del Aguila
-“Los médicos no saben lo que una siente....”-

(Sigue el diálogo) Maria 49 años, Algarrobo del Aguila
-“Algunos médicos sí, porque te dicen respirá, aflojate porque estas nerviosa. Otros no te dicen nada, no se dan cuenta de cómo está una”-

Paola 49 años, Puelén
-“yo preferiría que no me conozca, así no me da vergüenza... pero acá nos conocemos todos....”-

Otro organizador subjetivo del problema es el miedo a “tener algo”:

Estela 54 años, Santa Isabel
-“yo no consulto porque tengo miedo de lo que pueda llegar a decir el médico, a enfrentar los resultados”-

Silvia 44 años, 25 de Mayo
-“yo nunca me lo hice, porque tengo miedo que me duela”-

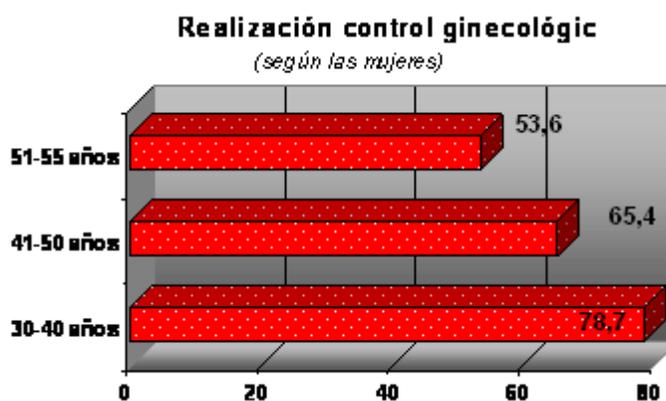
Pirucha 36 años, Puelén
-“Tengo miedo a lo que me pueda encontrar, a lo que me va a salir.....”-

A partir de triangular los emergentes grupales con la información de los cuestionarios y las entrevistas realizadas, se creyó fundamental poder reconstruir y comprender la relación entre las experiencias que tienen las mujeres sobre la revisión ginecológica, colposcopia y el papanicolaou. Del análisis cuantitativo y reconstrucción de las narrativas de las entrevistadas y los efectores de salud se desprenden relaciones entre ellos y experiencias vinculadas con la sexualidad y la reproducción de las

mujeres, principalmente con la representación social que se tiene sobre su cuerpo y la identidad de mujeres y madres.

Las diferencias entre lo que creen y expresan las mujeres acerca de su salud sexual y lo que sobre el mismo tópico creen los efectores de salud son cada vez mayores y en ambos casos los resultados son preocupantes. Ellas dicen realizarse los controles ginecológicos al menos una vez al año en el 64,6% de los casos. El índice decae a medida que avanza la edad. En otras palabras, cuando más necesario sería cumplir pautas de prevención por la mayor incidencia de la problemática es cuando menos lo concretan (¿será porque como ya no retiran “la píldora” el sistema no se lo exige?).

Como se ha ido demostrando a lo largo de todo este estudio, donde más impactan los rasgos que contienen las instituciones de salud es en las más maduras. Por su actitud obediente y dócil, las pacientes "mayores" suelen someterse a las reglas impuestas por cada institución o por los profesionales de turno, deteriorando la relación paciente-institución y provocando ausencia de cumplimiento de las normas mínimas de prevención exigidas.



Según la opinión de los proveedores de salud, la problemática es mucho más seria. Mayoritariamente opinan que solamente entre el 10 y 30% de las mujeres cumplimentan ese requisito.

En relación al Examen de papanicolaou ocurre algo similar: en la encuesta el 94% dicen saber que es. Pero los emergentes de los grupos focales rescatan estas respuestas:

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“Es un estudio que sirve para prevenir el cáncer... No!!! Para saber si una está sana”.

Toti 39 años, La Reforma

-“Para saber si se puede tener otro hijo, o no”-.

Maria 49 años, Algarrobo del Aguila

-“Para prevenir enfermedades”-.

Las mujeres señalan el miedo al resultado y la vergüenza como principales obstáculos a vencer para acudir a la prueba, no son estos los únicos factores, van unidos a diferentes problemas, que varían principalmente dependiendo de la etapa de la trayectoria de vida de las mujeres y el apoyo de redes familiares o vecinales en los cambios de rutina que implica el ir al hospital. No obstante, hay otra vía posible. Algunas activan la represión. Dicho en otras palabras: bloquean “su sentir”. Expresan no sentir nada. Son un objeto sin sentimientos que se han hecho cargo del mandato y así lo viven....

Rafaela 52 años, Santa Isabel

-“yo no siento nada, ni miedo, ni vergüenza, nada...”-.

Totona 49 años, Santa Isabel

-“.....sentir? No.... Es una cuestión de una. Es algo que yo siento que tengo que hacer...”-.

Nincué 55 años, Algarrobo del Aguila

-“a mi me pone mal..., pero me lo hago igual, sé que me lo tengo que hacer..... mi hermana se murió por no hacérselo”-.

5.3. CONSECUENCIAS DEL MODELO DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE LA “SALUD SEXUAL”

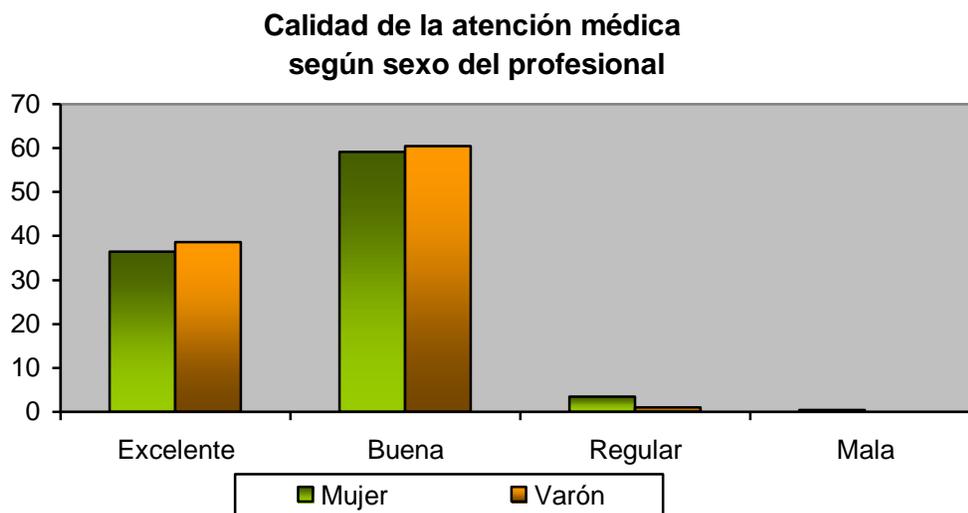
El escenario “instituciones y proveedores de salud” amerita las consideraciones siguientes por la multiplicidad de rasgos que estas organizaciones y sus actores contienen que dificultan relaciones de equidad con las usuarias de los servicios. En el análisis y sistematización de esta experiencia se considera la reproducción o transformación de las relaciones sociales como un escenario estratégico al campo simbólico. Por tal motivo, el análisis de la lucha simbólica que subyace a la interacción entre las instituciones y los sujetos resulta un instrumento útil.

Lo que una sociedad considera una salud sexual “saludable” forma parte de una concepción más amplia en la que están implícitos los criterios de salud y enfermedad. Estos criterios, a su vez, responden a políticas sociosanitarias que muy frecuentemente no son explícitas pero que están presentes en la relación proveedores de salud/usuarias. Y esas prácticas afectan tanto a quienes las sufren como a quienes las producen, pues si bien lo valorativo no siempre se manifiesta, estructura la coherencia interna de cada modo de vida. ¿Qué escuchan los proveedores de salud del saber de las mujeres?. Poco. Porque en este paradigma, el saber de las mujeres poco vale o sirve.

En referencia al tema específico “relación médica/o-paciente” -y por defecto demás proveedores de salud- la encuesta planteaba un interrogante básico ¿cómo es tratado por el médico, enfermera o agente sanitario? (el encuestador precisaba en función de cada realidad). Era nuestra intención investigar acerca de aquel vínculo especial y directo, basado en la confianza de uno y la vocación del otro. Es decir, explorar si la medicina como disciplina de conjunto le responde a la gente y sus problemáticas de vida.

Y la respuesta es clara: en un 96,7% respondieron “buena” o “excelente”. Así lo creen. Es necesario comenzar a trabajar desde sus expectativas y sus derechos para poder interpretar esas respuestas. Aún al atravesar los datos obtenidos según sexo del proveedor no se recuperan cuestiones significativas, si bien salen mas favorecidos los

proveedores varones (entre los que brindan calidad de atención excelente o buena sobresalen los varones; cuando la atención es regular sobresalen las mujeres)



Cómo no mencionar la subordinación social y técnica de las mujeres frente al poder médico, que las ha colocado históricamente como “pacientes” *-en relación con la pasividad que se espera de ellas-*, como portadoras de saberes equivocados y como responsables de su propia enfermedad. En el caso de los relatos reiterados de acciones y estrategias comunitarias para vigilar las prácticas sexuales de las mujeres, la teoría de Foucault acerca de la biopolítica y la vigilancia como técnica fundamental de poder fue de suma utilidad. Desde el nivel simbólico, la atención de la salud resulta ser *–“como estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad”-* (FOUCAULT, 1982:141)

La mirada de los proveedores de salud no es neutral. Está atravesada por los roles de género y por sus convicciones y valoraciones sobre el tema. Y estas convicciones condicionan *–de manera inconsciente-* sus intervenciones.

Esteban Agente sanitario 38 años, Algarrobo del Aguila (En referencia al no cumplimiento de las pautas mínimas exigidas por criterios médicos)

-“ a mi me parece que las mujeres tienen información, algunas no se hacen las cosas porque no quieren, otras de dejadas, no sienten la necesidad de atender la salud sexual... nosotros por ejemplo, planteamos a las que toman pastillas que tienen que hacer un descanso..., hay mujeres que hace 6 o 7 años que las toman y nunca hicieron un descanso. Hay mujeres ahora que tienen problemas hormonales por ese motivo.... Algunas se han muerto en el campo solas por no haberse atendido.”-

Lo que seleccionan y jerarquizan de lo que escuchan, y la interpretación que a ello le dan está determinado por esta ideología que se proyecta, reproduciendo en los consultorios el modelo que estas mujeres viven en la cotidianidad a nivel familiar. Parecieran existir dos lógicas: la hegemónica y la popular y una que predomina sobre la otra, materializándose en prácticas sociosanitarias sustentadas por determinadas representaciones donde se trata de imponer la propia visión del mundo. El Estado, principal legitimador de los intereses de las clases hegemónicas, confiere a sus representaciones el carácter de verdad absoluta, desestimando y descalificando otras percepciones que expliquen de manera diferente el espacio social.

Juan Antonio 30 años, Agente sanitario La Reforma

-“yo considero que no hay carencia de información, todos ven TV y ahí explican todo..., algunas vienen a hacerse el Pap..., aunque ahora no se están haciendo PAP no hay espéculos, tienen que traer uno descartable, creo que valen \$2, pero para eso no hay plata, para puchos, si”-

En la constitución de las identidades sociales existe una vertiente (prioritaria en el caso que nos ocupa) conformada por la mirada que los sectores dominantes tienen de los dominados. Esta “mirada del otro” (confluencia de experiencias y prejuicios), es necesario considerarla porque ella los define, los identifica, le asigna un lugar en el sistema social, los ubica en la estructura social. Dicen los efectores de salud:

Doctora 47 años, Santa Isabel

-“Conocen la existencia del PAP, pero no tienen muy en cuenta su importancia. Ha habido mucho cáncer de mama, de útero. Hace muchos años que venimos trabajando. Cambiar conductas cuesta”-

Enfermera 45 años, La Humada

-“yo una de las cosas que primero preguntaba cuando se venían a atender acá, a retirar las pastillas era el tema de la prevención si se habían hecho el

papanicolaou y todos esos chiches y ninguna..., ninguna se lo había hecho..”-

Enfermera 38 años, 25 de Mayo

“cuando hablamos del PAP y esas cosas ellas nos dicen para qué me lo voy a hacer ahora si toda la vida no me lo hice..., nosotros les explicamos que es una forma de prevenir, si vos tenés algo y lo agarramos en este momento..., tenés muchas posibilidades de zafar”-

Tanto el accionar institucional, como las prácticas populares de respuesta están fundadas en categorías de percepción y acción que devienen de lógicas diferenciadas; de luchas simbólicas por la definición de las problemáticas y de los sujetos que las atraviesan. Un mismo hecho es situado y analizado dentro de dos marcos de referencia, a su vez articulados a una percepción ideológica. *“Los sectores dominantes intentan conferir un sentido único al signo, pues la univocidad aseguraría, en el nivel simbólico, la naturalización de su hegemonía, eternizándola y colocándola fuera del proceso social de producción signica. Los grupos sociales ubicados en el otro polo social adoptan diversas formas de lucha simbólica que suponen siempre distintos grados de creatividad por parte de un sujeto activo, y no un mero objeto de manipulación social. Así por ejemplo, los sectores populares, pueden responder al discurso dominante a partir de actitudes de incorporación parcial, tergiversación, negociación o resistencia; pero en todos los casos es posible hablar de una recepción mediatizada a través de códigos culturales parcialmente distintos. De este modo, en la dialéctica de la lucha cultural, las manifestaciones simbólicas de los sectores hegemónicos son decodificadas y recodificadas a través de discursos que expresan otras voces”-* (CIRIZA, 1992: 72).

Las siguientes son algunas justificaciones que dan las mismas usuarias ante el incumplimiento de realización de colposcopia o papanicolau:

Luisa 42 años, Santa Isabel

“-Yo no me lo hago porque tengo miedo que me duela, dicen que si tenés confianza y te relajás no duele pero yo a la Dra no le tengo confianza”-

Rosita 30 años, Algarrobo del Aguila

-“dicen que no te duele, pero para eso tenés que estar relajada y como vas a estar relajada si la enfermera te mira como diciendo ‘a ver como la tiene esta?’”-

Enriqueta 37 años, La Reforma

-“Mi marido no entiende. Me dice: ‘ todos los años? Estás loca ! ¿Para qué, si no te pasa nada?’ Pero tampoco va a la consulta, yo le he dicho vamos, pero no.”-

Mary 31 años, 25 de Mayo

-“acá a veces estás con las piernas abiertas y pasa uno y otro, parece que estas en exposición”-

Estela 54 años, Santa Isabel

-“yo no me hago ninguna revisión, me da vergüenza, tendría que haber un sector especial, que se dedique al tema...”-

Clorinda 52 años, Santa Isabel

-“Fui al médico por los embarazos y los partos. Nunca sentí nada. Nunca me lo hice, si sintiera algo, un dolor ahí iría, pero me siento bien”-

El concepto de realidad psíquica postulado por Freud remite a la existencia de tres instancias del aparato psíquico (consciente, pre-consciente e inconsciente). Desde esta perspectiva se puede saber una cosa por “un lado”, pero no saberlo “por el otro”. Los sujetos se manejan por verdades que desbordan el campo de los conocimientos adquiridos. Cuando una persona dispone de información pero la misma queda presa de la disponibilidad de acción es que se está rigiendo por lógicas desconocidas para terceros, pero que se corresponden a “su verdad”. En una entrevista en profundidad con Esperanza (55 años Puelén), relató que ella no se hacía el PAP por algo que le había pasado a su madre (81 años). Resulta que a ella se lo habían tenido que realizar temiendo algo grave *-“sangraba abundantemente”-* y a partir de allí se le había desencadenado una *-“locura sexual”-*. Ella decía:

-“Usted no se imagina, ahora hay que llevarle hombres para que se calme..., ¡y hombres jóvenes!!!!. Por eso, esas partes es mejor no tocarlas!!!!!!”-

Ellas “saben” cosas en sentido cognitivo (lo/as proveedores les explican, hay folletos y afiches en los Centros de Salud, etc). Pero algo hay (desde la perspectiva emocional) que hace que no las puedan vincular con los problemas en particular. Por

eso, quizás, la solución de este problema no exija mas información sino resignificar la que en algún lado está. Y los mensajes verbales de los efectores de salud en general, parecieran reforzar este fenómeno: se dirigen a sujetos racionales. Mas aún, cuando los postulados se cumplen tienen que ver con otros escenarios y no es precisamente porque la concientización esté lograda:

Cristina 36 años, Puelén

-“yo me reviso con la Dra. de acá, porque te lo exigen para darte los anticonceptivos. ¿? ...no mucho no se, pero si no, no nos dan las pastillas...”-

Luisa 38 años, Puelén

-“Yo voy por las pastillas”-

Zulema 53 años, Santa Isabel

-“yo una vez que me lo hice, fui a la ginecóloga de Santa Rosa, te sentís más segura con un especialista”-

El sistema público de atención y prevención de la salud al que ellas acceden pareciera no estar dirigido a ver la persona sino su enfermedad; a leer en los cuerpos no una biografía sino una patología, en la que la subjetividad del paciente desaparece detrás de la objetividad de los síntomas que no remiten a este ambiente, a esta manera de vivir, a estas costumbres, sino a un cuadro clínico, en el que no hay una reflexión sobre la vida en general, sino sólo una reflexión sobre la enfermedad como entidad clínica que quizás tiene un diagnóstico y un pronóstico pero nunca un sentido, los “sentidos” que ellas mismas le otorgan:

Cristina 36 años, Puelén

-“Ella no se dejaba revisar en el embarazo. Cuando sos joven te da vergüenza, después no”-

Enriqueta 37 años, La Reforma

-“una está mucho más cómoda con alguien que no conoce tanto”-

(Sigue el dialogo) Eulagia 49 años, La Reforma

-“lo conocido no es tan bueno en ese sentido, no gusta , da miedo a que cuenten, a que anden hablando de uno..., además acá tiene la costumbre de entrar”- (en referencia al agente sanitario)

Francisca 48 años, Santa Isabel

-“lo peor son las enfermeras, que después andan hablando, los médicos no pueden”-

Tomasa 48 años, Santa Isabel

-“si y un trato distinto, a mi personalmente me molesta que esté la enfermera”-

(Sigue el dialogo) Nini 30 años, Santa Isabel

-“yo me pregunto para que está, para mi que es para mirarla a una, son super chusmas ”-

Maria 49 años, Algarrobo del Aguila

-“yo no me lo hago porque tengo miedo al resultado, a tener algo malo”-

Las palabras y el tono que utiliza el personal de salud para referirse al procedimiento o a sus observaciones, forman parte de las experiencias vividas de las mujeres que son consideradas para volver o no al mismo lugar en momentos posteriores y aún para considerar con mayor o menor dificultad el volver a realizarla de manera oportuna.

Luisa 42 años, Santa Isabel

-“a mi me molesta la falta de privacidad, parece que la enfermera se para a mirarte y debe comparar las partes de todas”-

(Sigue el diálogo) Miriam 40 años, Santa Isabel

-“seguro que después andan diciendo por ahí, mira la mmmm de fulana es así y la de la otra es asá”-

El saber médico sobre la salud sexual de las mujeres es expresado por los proveedores de salud que transitan por la medicina oficial. Varones en algunos casos. Y en otros, mujeres que desde una perspectiva patriarcal reiteran el análisis de los varones. Ella/os “interpretan” el cuerpo femenino, desde una concepción de “normalidad o anormalidad” proponiéndoles como única alternativa, la medicalización del mismo. Como consecuencia, aparece con frecuencia, una actitud sancionadora.

Esteban 38 años, Agente sanitario Algarrobo del Aguila

-“el caso de los embarazos si pueden vienen en el 5 o 6 mes... y las atendés una vez y después hasta el momento del parto no vienen”-

Enfermera 40 años, Santa Isabel

-“.....vienen a buscar las pastillas y aprovechamos..., le controlamos la presión, el peso... y las retamos un poco si es necesario ¿? Y..., porque no vienen nunca”-

Infantilizan a la mujer, al considerar que no puede tomar decisiones por sí misma. Para el modelo médico que tienen internalizado es un atentado -a su real saber y entender- que la mujer se haga algo en el cuerpo con lo que ellos no acuerdan (pero tampoco pueden evitar). Les molesta, por ejemplo, el tema de los embarazos reiterados (generalmente se refieren al tema con muy malos ojos tal como ya fue descrito).

En relación a los abortos, la actitud se profundiza. En general, es un tema que los proveedores no pueden poner en discurso (ni aún considerando la alta incidencia regional como se describe en las páginas 85/86). Cuando la investigadora interroga explícitamente sobre el tema aparecen respuesta del tipo de:

Dra 47 años, Santa Isabel
-“si hay..., muchísimos, ¿? No les genera conflicto..., no sé como ni donde se los hacen. Nosotros no nos enteramos”-

El aborto cuestiona el “instinto maternal” y moviliza la concepción ideológica sobre la maternidad, la sexualidad y la moral femenina. *-“El aborto cuestiona de manera contradictoria, el mandato social de la maternidad y moviliza, en el personal médico, concepciones ideológicas y acciones tendientes a preservar las relaciones genéricas de subordinación”-* (SZASZ, 1995:24). Ello/as, “alarmada/os e impresionada/os” por las graves consecuencias que pueden acarrear sobre la salud de la mujer lo primero que hacen es condenar y no comprender, *-“...junto a la naturalización de los comportamientos reproductivos de los pobres, a los que se asocia con un estado “casi animal”, los prejuicios sociales hacen que se adopte una actitud que contribuye a la reproducción de las condiciones que favorecen que estos sectores sigan recurriendo a fuentes no especializadas para obtener información anticonceptiva. De ellos se deriva la gran frecuencia con que se recurre al aborto como método de regulación de la fecundidad”-* (GONZALEZ, 1995:182)

Junto al temor está también lo prohibido, lo culpabilizador, más aún cuando la mujer debe recurrir a sus servicios, donde se la define y valoriza por su capacidad reproductiva. Desde el punto de vista de la masculinidad hegemónica de las Doctoras²², las que se producen los abortos se asimilan a lo no femenino y quizás por ello la no aceptación. Existen excepciones, pero son las menos:

Médica 28 años, La Reforma

-“Trato de reconocer y aceptar su esquema de prejuicios y a partir de ahí establecer una relación de confianza”-

Médica 45 años, 25 de Mayo

-“Frente a la vergüenza por la revisión, les digo que lo que uno está mirando no es ni remotamente lo que miraría el marido o el novio. Está dentro de un marco que es de salud. Les muestro las láminas del consultorio. Me tomo tiempo, de acuerdo a cada paciente”-

El resto parecieran estar entrenados en un modelo de ciencia que enfatiza la objetividad entre el sujeto que conoce y el que es conocido. Este modelo tiende a dirigir autoritariamente la interacción con las usuarias que intentan relacionar síntomas con vivencias personales y relaciones. Subyacentemente creen que la finalidad última de las mujeres es la reproducción y que su tarea debe permitirles estar mejor preparadas para ello. Las consecuencias de este accionar incluyen desde la interpretación errónea de sus síntomas...

Enfermera 45 años, La Humada

-“las pacientes no tienen problema en preguntar cuando no entienden..., con nosotras no tienen vergüenza”-

Enfermera 38 años, 25 de Mayo

-“a veces nos consultan a nosotras, para ver que opinamos..., vio una tiene tantos años viendo cosas y de tanto ver se aprende. Las mayores a veces son un poco más tímidas y después nos agarran solas y nos preguntan lo que no se animaron a hablar con la Dra..., pero no sobre cosas personales”

...hasta la negación para atenderse por parte de ellas:

Ramona 46 años, 25 de Mayo

²² El concepto de “Masculinidad hegemónica” (CONNELL, 1997) hace referencia a la masculinidad que ocupa la posición hegemónica en un modelo dado de relaciones de género, clases y etnias.

- “yo tengo 46 años y a los 44 me lo hice por primera vez..., no me quedó otra...”-

Luisa 42 años, Santa Isabel

-“yo en mi caso no me lo hago porque no confío en la médica”-



Agente sanitario en situación de práctica

Estos profesionales y sus instituciones están atravesados por la configuración de género: ambos son patriarcales. Lo/as profesionales actúan, en la mayoría de los casos, con un estilo masculino. Es decir que sus prácticas (y las de sus organizaciones) son acciones estructuradas en relación al escenario reproductivo. Y esta estructuración genérica de la práctica no tiene que ver con la reproducción biológica. La relación con el escenario reproductivo es social (se sigue reproduciendo la relación jerárquica hombre/mujer).

Este paradigma, sustentado por la gran mayoría de los proveedores de salud entrevistados, anclado en la maternidad ideal y centrado en aspectos médicos, deja también por fuera otras cuestiones socioculturales de alta incidencia en este contexto: la maternidad adolescente es un ejemplo de ello. Son estos casos, donde se materializa la mayor vulnerabilidad, justamente los que merecen la mayor sanción por parte de los proveedores de salud.

Juan 32 años, Agente sanitario años, La Reforma

-“si pero también es culpa de los padres que se lo permiten, yo si mi hija se queda embarazada se le termina la farra”-

El sistema sociosanitario llega a culpar a la gente pobre por sufrir los efectos de la pobreza. Pero paradójicamente cuando las mujeres deciden no volver al servicio se interpreta como una falta de “responsabilidad y conciencia” de su propia salud o la de sus hijos. Los derechos de las usuarias resultan vulnerados porque muchas decisiones son tomadas por los propio/as proveedores. Dicen ‘ésta es una mujer con tres hijos, le ponemos un DIU²³, ésta es una mujer joven, no necesita ningún anticonceptivo’. O sea, toman la decisión, cuando debiera pertenecerle a la mujer. Y por supuesto esto, de diferentes maneras, siempre impacta en las mujeres:

Nincué 55 años, Algarrobo del Aguila (muy despacio, casi imposible de escuchar)

-“Los únicos que me merecen confianza para seguir sus consejos son otros pacientes oncológicos que conocí cuando me hice el tratamiento..., ellos ya habían pasado por esto antes que yo.....”-

¿Cuáles son los derechos de las mujeres sobre la salud sexual en el contexto de las relaciones de género que las subordinan en el presente paradigma? La mejora de la salud de la mujer exige la aplicación de ciertos derechos que han sido enunciados en pactos internacionales y regionales de derechos humanos y en diversas constituciones provinciales:

- ◆ Derecho a la atención de la salud: los gobiernos deben garantizar las necesidades de salud de la mujer, en relación a diferentes áreas: salud reproductiva; derecho a beneficios de adelantos científicos; etc.
- ◆ Derecho a la privacidad: Establecido por la Convención Americana sobre Derechos Humanos: *-“todos tienen derecho a que se respete su honor y se reconozca su dignidad”-*. En la prestación de los servicios de salud tienen lugar graves abusos de la dignidad y autonomía de la mujer, en parte por imposición o por aplicación errónea del “consentimiento informado”.
- ◆ Derecho a la Provisión de información adecuada

²³ En referencia al dispositivo intra uterino

Pero a ellas, aunque sepan de su existencia, les es imposible ejercerlos:

Lili 42 años, Algarrobo del Aguila

- *“yo la última vez que me lo hice, fué acá hace 4 años, cuando nació el nene y cerró bien la puerta y no me dio vergüenza”-*

Tomasa 48 años, Santa Isabel

- *“para los estudios de Pap vos vas y no tenés privacidad, cualquiera pasa sin golpear”-*

Los derechos sexuales abarcan derechos humanos básicos porque incluyen: respeto por la persona humana; el derecho al más elevado nivel de salud sexual; el derecho a la información necesaria y a los servicios de salud con total respeto y confidencialidad; el derecho a tomar decisiones concernientes a la sexualidad libre de discriminación, coerción y violencia. Estos abusos a la autonomía de la mujer se dan en parte por imposición o por aplicación errónea del “consentimiento informado”. Independencia es la disponibilidad de recursos económicos propios y autonomía es la posibilidad de utilizar esos recursos, de tomar decisiones con criterio propio, evaluando las diferentes alternativas. Por el derecho a la Provisión de Información Adecuada las mujeres deben entender completamente las intervenciones propuestas, las repercusiones del rechazo de esa intervención y las diferentes formas de manejar esa situación para poder ejercer su derecho de una elección razonable.

Ethel 49 años, Santa Isabel

- *“Yo si acá viniera un especialista me lo haría, pero como no viene y no tengo plata para ir a Santa Rosa no me lo hago”-*

Ernestina 43 años, La Reforma

- *“a mi me parece que es algo que tiene que hacerlo un especialista”-*

Eulagia 49 años, La Reforma

- *“también importa que los doctores que atienden sepan lo que hacen, estén preparados...no tener stress”-*

Toti 36 años, Santa Isabel

- *“a mi me parece que es cosa de especialistas, tendrían que mandar un ginecólogo”-*

Tomasa 48 años, Santa Isabel

- *“Creo que si el médico pregunta, puede deducir el por qué de esa dolencia”-*

Luisa 42 años, Santa Isabel

-“A veces cuesta hablar con el doctor, porque una no lo conoce...no hay confianza... o le dice algo que no se entiende bien...según el doctor...”-

Dependen con frecuencia de los proveedores y están casi obligadas a aceptar lo que se les propone, particularmente cuando quienes tienen el poder que confieren los conocimientos les dicen que es por su propio bien. Las mujeres quedan de esa manera, no situadas como sujetos de ese derecho, sino como objetos de los planes/programas sanitarios.

Marcelina 46 años, La Reforma

-“Una tiene vergüenza, pero cuando estás tan mal se deja tocar lo que sea con tal que se pase el dolor”-

Clides 53 años, Santa Isabel (Refiriéndose a las médicas de Santa Isabel)

-“acá no se puede, te dicen ‘para que te vas a hacer un análisis, si estás bien’”-

Tomasa 48 años, Santa Isabel

-“Antes había un doctor. Una vez que ella vino al hospital tuvimos más confianza. Daba un poco de vergüenza con el doctor... a lo mejor no nos preguntaba, no nos explicaba.”-

Se sigue refiriendo a la salud como un campo de poder, de regulación y de disciplinamientos. De por sí "ser paciente" (el lenguaje no es inocente) implica siempre ser "pasiva/o" o "ajena/o" a sí misma/o. Cuando a uno lo ponen en el lugar de paciente están creando una relación asimétrica. ¿Qué es ser paciente? Estar supeditado al otro, casi como que se llega a obturar la palabra y el sentir de la persona. Implícitamente se les exige ser obedientes y dóciles y someterse a las reglas impuestas por cada institución o por los médicos de turno: la relación usuaria-institución-proveedor toma visos autoritarios. Son formas de violencia invisible ejercida sobre las mujeres.

Tomasa 48 años, Santa Isabel

-“acá no se puede, te dicen ‘para que te vas a hacer un análisis, si estás bien’. Yo cuando puedo voy a Santa Rosa por un chequeo, acá no puedes ir por un control porque te corren”-

Mirta 32 años, Algarrobo del Aguila

-“...una vez se confundieron con mis análisis y me mandaron los resultados de un hombre... menos mal que solo era el colesterol alto.. como ya nos ha pasado ahora tenemos la duda.., si serán nuestros los resultados...”-

En este contexto, con una situación socioeconómica desventajosa, hablar de que ellas no debieran dejarse avasallar; que debieran exigir; pelear; ser ciudadanas antes que pacientes es una utopía. En este marco ser protagonistas de los procesos de salud-enfermedad tanto individuales como de su colectividad es casi un imposible. A estas mujeres no les queda otra alternativa que seguir inclinándose ante el discurso autoritario del poder médico que no las interpreta, las despoja y las perjudica. A tal punto se concreta la fórmula general de dominación, que aún a las pocas que deciden hacerse el PAP no le llegan los resultados²⁴. Constituye una queja reiterada:

Elsa 49 años, 25 de Mayo

-“yo me hice uno y nunca tuve los resultados”-

Silvia 43 años, 25 de Mayo

-“acá no hay que esperar que te atiendan, pero los análisis demoran meses”-

Nely 42 años, 25 de Mayo (sigue el dialogo)

-“si y muchas veces no te enteras nunca del resultado, le preguntas a la enfermera y te dice, si hubiera dado mal avisan, así que debe estar bien”-

Silvia 43 años, 25 de Mayo (sigue el dialogo)

-“pero capaz que se perdió en el camino, si no tenes nunca un resultado no te da ganas de hacerte ningún estudio”-

Leonor 55 años, 25 de Mayo (sigue el dialogo)

-“Yo tuve suerte entonces, me lo hice en agosto y me lo dieron en diciembre”-

Filo 48 años, Puelén

-“te haces los análisis y si tenes algo grave te morís nomás”-

Miriam 40 años, Santa Isabel

- “acá los análisis nunca te dan nada, siempre está todo bien...yo me hice un Pap y nunca recibí los resultados”-

Coca 55 años, Algarrobo del Aguila

²⁴ Es necesario aclarar que a nivel local se realizan las extracciones que, a posteriori, son enviadas al Laboratorio Central del Hospital “Dr. Lucio Molas”, en Santa Rosa, Capital de la provincia, donde se procesan las muestras y elaboran los resultados.

-“a mi lo que me acobardó es que después de pasar por todo no te dan los resultados, así que ahora no me lo hago más... Te dicen si no viene, es porque dió bien, pero vos que sabes si no es porque se perdió en el camino”

Iris 52 años, 25 de Mayo

-“cinco meses me tardó a mí el resultado..”-

Rafaela 52 años, Santa Isabel

-“una de las cosas importantes que habría que hacer es que no solo te den turnos mas rápido, sino que no tarden tanto los resultados...como me tardaron a mi”-

Compartir el campo simbólico de la salud implica el uso colaborativo de formas de mediación para crear, obtener y comunicar sentido. La visión cultural de la salud, ofrece al médico en particular y proveedor de salud en general, las categorías que en la práctica le permiten construir metas saludables e instrumentos estructurados para alcanzarlas. Creemos que solamente con establecer una positiva relación con las pacientes se logra parte del impacto buscado. El lenguaje es la forma de mediación universal humana

Pocha 53 años, La Reforma

-“Antes iba cuando estaba embarazada (53 años, 11 hijos). El PAP me lo empecé hacer hace dos años, porque la doctora me dijo. Antes, no. Ahora voy una vez por año. No porque me pase nada, me gusta hablar con ella.”-

En salud, garantizar los derechos de los sujetos implica sacarlos de su condición de "padecientes" y dotarlas de plenas protecciones legales. Exige la posibilidad de empoderar a las mujeres a través de un trato que las dignifique como personas, como sujetos de derecho, con confianza en su palabra verdadera, respetando sus decisiones, deconstruyendo la vulnerabilidad socialmente aprendida. Las medidas asistencialistas, cargadas de lástima, prejuicios morales y autoritarismo institucional, en nada contribuyen a erradicar la violencia de género. La sensibilidad, compromiso y conocimiento profesional dentro del sector salud es condición indispensable para una efectiva contribución al abatimiento de lo que se constituye en un nuevo aspecto de la violencia de género.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES



“Las enfermedades ocurren no en el cuerpo sino en la vida, en un contexto de experiencia vital y en un mundo social”.

B. Good

La salud sexual de las mujeres de este contexto, está inevitablemente involucrada con fuertes estructuras sociales. Para comprender sus prácticas debemos remitirnos permanentemente mas allá del “si mismas”. Género, etnia y clase social interactúan, influyendo en la conducta, tanto de ellas como de las instituciones destinadas a atender su salud. No obstante, debo reconocer que, en tanto investigadora, pero fundamentalmente mujer, también estuve/oy influenciada por un sinnúmero de preconceptos que fueron tomando forma en las entrevistas y finalmente resquebrajados en la medida que las palabras de las mujeres eran resignificadas en el proceso de análisis.

La investigación está atravesada por múltiples relaciones jerárquicas:

1. Desde el género:
 - varón / mujer
 - proveedores de salud / pacientes
 - Instituciones de salud / beneficiarias
2. Estas categorías se entrecruzan entre ellas y adicionalmente están atravesadas por clase
 - Mujeres que viven en el campo / en centro poblacional
 - Mujeres con obra social / sin obra social.
 - La sumatoria de ellas (las mujeres que viven en el campo y no tienen obra social están ubicadas en el nivel mas desjerarquizado de clase).
3. El análisis según etnia se complejizó y su discriminación quizás, no quedo claramente visibilizada. Los universos poblacionales estudiados (proveedores de salud y pacientes) presentan grandes afinidades lingüísticas, religiosas y

culturales. En relación a los rasgos fisonómicos, en cambio, existen ciertas diferencias, pues los grupos originarios tienen supremacía de descendencia indígena (ranquel). Sin embargo, no se evidencian diferencias en las simbolizaciones generales de una/os y otra/os. No obstante, soy consciente que mi trayectoria profesional/laboral (brevemente delineada en el apartado 2.) fue determinante para posibilitarme “ver” con mayor precisión cuestiones relacionadas al género y a la clase que a la etnia.

Las creencias, mitos y experiencias de afirmación de las identidades femenina y masculina en el terreno de la sexualidad son diferentes y se reafirman mutuamente: reiteran una relación de asimetría que reproduce relacionalmente los estereotipos de género y los comportamientos de riesgo que emergen de ellos. Aquí está mucho más enraizada la moral católica, con caracterizaciones bien patriarcales. Entonces, las mujeres trabajan mucho más, luchan mucho más, pero están mucho más sometidas, y además, sufren más las violencias sexuales y domésticas.

El hallazgo más impactante que surge de esta investigación está referido a la ruptura o quiebre del mandato del sacrificio materno en las más jóvenes (menos de 30/35 años aproximadamente). El mismo se expresa con crudeza a veces, reconociendo que la formación de pareja constituye una de las pocas estrategias legítimas para la salida del hogar de origen. Es importante su valoración al acceso al mundo del trabajo conjuntamente con la desvalorización del “cuidado de los niños”. Lamentablemente las demandas de mano de obra están representadas por el cuidado de otros niños o los “planes de empleo”. El trabajo extradoméstico se proyecta como enriqueciendo su subjetividad y apoya la decisión sobre el sentido de la vida. En las entrevistas aparece la identidad de la mujer caracterizada como madre, esposa y también como trabajadora. De esta manera, la identidad femenina se forma con base en la multiplicidad de experiencias de la práctica cotidiana; conjuntamente los viejos modelos ideológicos y los que se están transformando bajo el peso de la realidad. El modelo cultural tradicional, donde la maternidad es el eje de la identidad femenina se enfrenta a la búsqueda laboral femenina.

La utilización y la experiencia del tiempo es una categoría que impacta en las mujeres rurales. Es en la compleja red de relaciones, de usos y de simbolizaciones del tiempo-espacio de la domesticidad donde se discierne un lugar social que se define por la doble pertenencia articulada de género y clase (mujer pobre). El ordenamiento cotidiano de este tiempo-espacio traduce parte de su identidad psicosocial y define las distancias y fronteras del lugar y el momento del trabajo, que no deja resto para el del saber, del poder y del placer.

Aunque ahora participan más en la vida pública y les interesa *-y muchas de ellas lo logran-* insertarse en el mundo laboral, algunas situaciones relacionadas a las subjetividades masculina y femenina no han cambiado. En general, la familia no tiene un reparto de roles más democrático. La mayoría de las mujeres gana “un poco” de dinero, pero no tiene autonomía económica. Los hombres no asumen la crianza cotidiana de los hijos, y las mujeres *-aún las jóvenes que sustentan el “paradigma de la modernidad”-*, no se animan a decirles que no a sus parejas cuando no están de acuerdo.

La prevención y asistencia de su salud sexual esta condicionada por:

- ◆ Los mensajes contradictorios que reciben acerca de lo que se espera de ellas;
- ◆ el esfuerzo de conciliación entre las necesidades del mundo familiar, las del laboral y las propias;
- ◆ el ser víctima de malos tratos diversos, sin registrarlos muchas veces como tales
- ◆ la dificultad para relacionar sus malestares con las condiciones concretas que los producen;
- ◆ el tironeo entre la necesidad de autonomía, por un lado, y de dependencia de una figura fuerte, por otro;
- ◆ el condicionamiento que le impide cuestionar algunos “deber ser” de las mujeres;
- ◆ las presiones y mandatos para que cumpla con lo prescrito y la marginación como castigo si no lo hace;

- ◆ la falta de cotejo de su propia experiencia con otras mujeres.

El escenario “instituciones/proveedores de salud” amerita consideraciones al respecto. Abordar la salud sexual implicó mostrar la complejidad que encierra la relación médica/o/paciente. Quien consulta en realidad no es solamente la paciente (aunque solamente ella demande la asistencia) sino también su grupo familiar, vecinos y red institucional (escuela, iglesias, etc). Quién recepciona esta demanda no es solamente el equipo de salud. Esta implicado el proyecto institucional y la política en la que este se inscribe. La dimensión socio cultural e histórica impacta en la concepción que otorga contenido a la idea de salud sexual. Y como el abordaje hallado en esta investigación, no compromete con su saber, su hacer y sus afectos esta construcción, resulta ineficaz.

Estas organizaciones y sus actores contienen rasgos que acrecientan la inequidad. El modelo médico que emerge de este contexto sostiene un discurso que vincula consulta con enfermedad, por lo tanto privilegia la atención asistencial a la promocional; lo sustantivo es lo tecnológico en desmedro de lo vincular; las pacientes son representadas como carecientes de todo saber con respecto a sus patologías -y por lo tanto- con respecto a si mismas. El resultado es una relación asimétrica, que no las beneficia en el desarrollo de su capacidad de autonomía ni en el conocimiento de su propio cuerpo.

El personal asignado en estas zonas geográficas no responde a la capacidad para el desempeño de determinada función, sino a cuestiones meramente circunstanciales. Existe una lógica de asignación de recursos humanos según la cual a las instituciones asentadas en estas ubicaciones, se asigna profesionales con inadecuada formación integral o recién recibidos. Por otro lado, estos visualizan su permanencia como una estrategia para conseguir otro mejor destino a posteriori, o solamente como un medio para conseguir un salario. Su desempeño se caracteriza en un “desconocer” o “ignorar” intencionalmente la realidad de las mujeres con las que trabajan. No existe reflexión sobre el quehacer profesional, concretando una práctica

pragmática que no incorpora la reflexión teórica como aspecto indispensable para la acción.

El énfasis en los estudios complementarios de difícil acceso, provoca una actitud de resignación; brinda un mensaje autoritario, desde una posición de poder, que supone la aceptación pasiva y acrítica de las indicaciones por parte de las mujeres. La prevención se basa en el miedo y la culpa y la propuesta asistencial mayoritariamente es medicamentosa. Mas aún, en muchas ocasiones se transforma el diagnóstico médico en diagnóstico moral, estableciendo juicio sobre ellas. Así, se reitera la materialización del poder global que existe en la sociedad, produciendo y reproduciendo las relaciones estructurales de dominación.

Existen una suerte de líneas epistemológicas en las que se basa el conocimiento del médico/a:

- ◆ En relación a las pacientes: Cuando no por deficiencia en la formación o desinterés, por una intencionalidad ideológica implícita, una “desvalorización del lugar del otro”, de su realidad cultural, de su vida cotidiana.
- ◆ En relación a los “paramédicos”: Por parte de lo/as profesionales el saber de enfermera/os y/o agentes sanitarios queda legitimado como conocimiento auxiliar. El conocimiento auxiliar está simbolizado por el del orden social (no puede opinar sobre cirugía pero si sobre métodos anticonceptivos, alcoholismo o violencia). Están “autorizados” a hacerlo en cuestiones socioculturales y familiares. En estas situaciones se invierten los criterios (muchas veces los profesionales llegan a solicitar la opinión de ellos). Así son quienes definen situaciones vinculares para las que lo/as profesionales no tienen respuesta que concluyen legitimando el campo biológico sobre el emocional.

La información se ofrece como una verdad “incuestionable” construida desde la ciencia. Así “opera” como bloqueante de “otros sentires” que desde su subjetividad y desde su experiencia concreta, las mujeres necesitarían plantear. De esta manera, este

saber, no tiene el efecto de apertura y/o socialización de conocimientos, tampoco respeta las diferentes experiencias y necesidades, lo que se traduciría en un espacio de crecimiento. Solo ofrece un modelo al que todas tienen la obligación de adecuarse y que constituye un nuevo sometimiento.

En este sentido, estas instituciones actúan en la lógica hegemónica, entendida como categorías de percepción y acción que plasman las representaciones de las clases hegemónicas. El no reconocer como legítimo el capital cultural de los sectores populares confiere muy poco poder simbólico para enfrentar ese mismo poder. La sexualidad femenina resulta así, estar dominada por el saber hegemónico, médico y masculino.

Esta organización del campo de la salud (coincidentemente con investigaciones previas (MENENDEZ: 1978) da lugar a procesos variados, transacciones en el conocimiento y en las prácticas, relaciones de conflicto y complementación entre los profesionales y/o paramédicos, etc. Existe una gran cantidad de itinerarios curativos implementados que dejan por fuera al equipo de salud (atinente a juicios de pertinencia acerca de cuando recurrir a las distintas opciones médicas, manera de acceder a ellas y cuando obedecer sus procripciones). En función de ello acepta o rechaza, cumple o no cumple, formula hipótesis, las pone a prueba y fundamentalmente decide (aunque el profesional y su equipo no se enteren).

Clase y género actúan como determinantes en la atención del proceso salud/enfermedad constituyendo un mapa de vulnerabilidades diferenciales entre la población. Una efectiva política socio-sanitaria obligaría a interrogarse sobre estos temas: la sexualidad, pero también las condiciones socio-económicas; el placer pero también la política, la economía; las tensiones entre lo público y lo privado; el cuerpo, la atención de su propia salud, los vínculos, los deseos, la accesibilidad a los servicios sanitarios, las decisiones respecto a la maternidad, las situaciones de violencia, los derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

AISENSEN, A.: *"Cuerpo y persona"*. México, FCE. 1981

AMUCHÁSTEGUI, A: *"La construcción híbrida de la sexualidad en México"*, en *Virginidad e iniciación sexual en México, Experiencias y significados*, México, EDAMEX, Population Council, 2001

BARRANCOS, V.: *"La sexualidad con ojos claros..."* En: *Revista Mujer Salud* 4/2003

BASAGLIA, F.: *"La salud de los trabajadores. Aportes para una política en salud"*. Editorial Nueva Imagen. México. 1978.

BERGER, P y LUCKMANN, T: *"La construcción social de la realidad"* Amorrortu Editores. 1971. Buenos Aires.

BHABHA, H: *"El lugar de la cultura"* Editorial Manantial. Colección Reflexiones. Buenos Aires. 2003

BOURDIEU, P.: *"Espacio Social y Génesis de las clases"*. *Revista Espacios* N° 2. FFyL. UBA. Agosto 1985

BURIN M. Y Col: *"Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental"*, Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1987

----- *"El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada"* Paidós, Buenos Aires, 1990.

----- *"Construcción de la subjetividad masculina"* en: *"Varones. Género y subjetividad masculina"*. Paidos. Buenos Aires. 2000.

----- *"Género femenino y psicoanálisis. El techo de cristal"*. *Revista Claves* Nro. 17-18 . Catálogos. Argentina. 2000.

BURIN, M. / BARCA, V.: *"Subjetividades femeninas vulnerables"* en *"Psicoanálisis y Género. Debates en el Foro"* Meler, Irene/Tajer, Débora (comp)- Lugar Editorial- Bs. As. 2000

BURIN, M./ MELER, I.: *"Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad"*- Paidós- Bs.As. 1998

BURKE, P: *"El descubrimiento de la cultura popular"*. En Rafael Samuel (ed.) *Historia Popular y Teoría Socialista*. Barcelona. Crítica. 1984

CASTEL, R: *"Las trampas de la exclusión"*, CEIL . Gráfica Integral Bs. As. 2000

CASTRO, R: "La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza", México, CRIM, UNAM. 2000.

CIRIZA, A. y otros: "El discurso pedagógico". RRNTC. San José (Costa Rica). 1992.

CONNELL, R. "La Organización Social de la masculinidad" en "Masculinidad, Poder y Crisis" de Isis Internacional / FLACSO Ediciones de las mujeres N° 24. Chile, 1997.

CORAGGIO, J L: "Economía Popular Urbana: Una nueva perspectiva para el desarrollo local". Programa de Desarrollo Local, Cartilla N°1. Instituto del Conurbano. San Miguel. Buenos Aires. 1999.

CORIA, C.: "El sexo oculto del dinero". Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires. 1996

CUCCHIARI, S: "La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la jerarquía de género". En LAMAS, M. (compiladora): "El género: la construcción cultural de la diferencia sexual" Universidad Nacional Autónoma de México. 1995.

DUCROT, O: "El decir y lo dicho". Barcelona. Paidós, 1984

FERNANDEZ, A. M.: "La mujer de la ilusión: mitos sociales de la identidad sexual" Publicación interna Centro Estudios de la Mujer 1982

----- "Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades". Bs. As. Biblos. 2007

FORRESTER, V: "El Horror Económico" Fondo Cultura Económica Buenos Aires, 1997.

FOUCAULT, M: "La arqueología del saber". México. Siglo XXI, 1970

----- "Historia de la Sexualidad I, La voluntad de saber". Siglo XXI España Editores. 1983

----- "Historia de la sexualidad 3, La inquietud de sí". Siglo XXI España Editores. 1987

----- "Microfísica del poder". Las ediciones de La Piqueta, Madrid, 1979

----- "Vigilar y Castigar". Siglo XXI Editores. España 1982

FRANCO, J. y col.: "On edge: The crisis of Contemporary Latin American Culture". Ed. Minneapolis: Minnesota UP. 1992.

FREUD, SIGMUND: "La sexualidad femenina", Amorrortu Ediciones, Tomo XXI, Buenos Aires / Madrid. 1931.

GARCÍA, M.: *“Políticas económicas y modelos de salud”* en: *“Nuestros Cuerpos, nuestras vidas: Propuesta para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos”* .- Foro por los derechos reproductivos- Consejo Nacional de la Mujer. Argentina. O726. 1990

GEERTZ, C: *“La Interpretación de las Culturas”*. Gedisa. Barcelona. 1973 (1990).

----- American Scholar, vol. 49, N° 2, 1980.

GIARRACA, N (Comp.): *“¿Una nueva ruralidad en América Latina?”* Colección Grupos de Trabajo CLACSO. Buenos Aires. Argentina. 2001.

GIBERTI, E: *“La mujer y la violencia invisible”*. En *“Mujer, Enfermedad y Violencia en Medicina. Su relación con los cuadros psicossomáticos”* de GIBERTI, E y FERNÁNDEZ, A. (compiladoras) Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1992.

GOFFMAN, E.: *“Les cadres de l’ experience”*. Paris Editions de Minuit. 1991.

GOGNA, M., RAMOS S., ROMERO M.: *“La Salud Reproductiva en la Argentina: Dimensiones epidemiológicas y socio-demográficas”* en: *“Nuestros Cuerpos, nuestras vidas: Propuesta para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos”* .- Foro por los derechos reproductivos- Consejo Nacional de la Mujer. Argentina.O726. 1990.

GONZALEZ, A: *“Crimen y Castigo: el aborto en la Argentina”*. En GONZALEZ MONTES, Soledad (comp.): *“Las mujeres y la salud”*. El Colegio de México. 1995.

GONZALEZ, N.: *“Nuestros cuerpos, nuestras vidas Propuesta para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos .- Foro por los derechos reproductivos-”*. Siete Cuentos Editorial. Nueva York. 2000

GONZALEZ MONTES, S. (comp.): *“Las mujeres y la salud”*. El Colegio de México. 1995.

HANNERZ, U.: *“Conexiones Transnacionales. Cultura, gente, lugares”*. Fronesis Cátedra Universitat de Valencia. 1996.

HARDING, S.: *“El feminismo, la ciencia y las críticas anti-iluministas”*. En *“Nuevas direcciones”*, de NAVARRO M. y STIMPSON C. (compiladoras). Fondo de Cultura Económica. 2001

HARTSOCK, N: *“Rethinking Modernism: Minority vs. Majority Theories, en Cultural Critique 7. 1987*

HORNEY, K: *“Psicología femenina”*. Alianza Editorial. Madrid. 1978

IRIGARAY, L.: *“Ese sexo que no es uno”* Ed. Saltés. Madrid 1982

JAMESON, F.; ZIZEK S: *“Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo”*. Paidós – Bs As. 1996

JICK, T. D.: *“Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action”*. Administrative Science Quarterly. Johnson Graduate School of Management; Cornell University. USA 1979.

JODELET, D. (Dir.): *“Les représentations sociales”*. Paris. PVF 1989

KERBRAT-ORECCHIONI, C: *“La enunciación. De la subjetividad en el lenguaje”*. Buenos Aires. Edicial, 1993

LAMAS, M.: (compiladora): *“El género: la construcción cultural de la diferencia sexual”*. Universidad Nacional Autónoma de México. 1995

-----*“Cuerpo: Diferencia Social y Género”*. En *“Debate Feminista”* 1994

----- *“Cuerpo e Identidad”*, en: *“Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino”*, Arango, León & Viveros compiladoras; Tercer Mundo Editores/Ediciones UNIANDES, Bogotá, 1995.

-----*“Antropología Feminista y la Categoría de Género”*; en: *“Género: la construcción cultural de la diferencia sexual”*, Marta Lamas comp.- Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, México D.F., 1996

LANGER, M: *“Maternidad y sexo”*. Paidós. Buenos Aires 1980

LEWIN, K.: *“Acción research and minority problems”*. Journal of Social Issues, 2. 1946.

MAALOUF, A: *“Identidades asesinas”*. Alianza Editorial. Madrid. 2004

MENENDEZ, E. L.: *“El modelo médico y la salud de los trabajadores”*, en BASAGLIA F.: *“La salud de los trabajadores. Aportes para una política en salud”* Editorial Nueva Imagen. México. 1978

MONTES DE OCA, Z: *“Mujeres en los 90. Legislación y Políticas Públicas”*. Edición Centro Municipal de la Mujer de Vicente López . Buenos Aires. 1995.

MOSER, H: *“La investigación-acción como nuevo paradigma en las Ciencias Sociales”*. En : *Crítica y Política en Ciencias Sociales*, Vol 1, Bogotá, 1978

MUJER Y SALUD. Nota técnica N° 2. Leyes de salud reproductiva. ¿Por qué y para qué? Abril 2001. Consejo Nacional de la Mujer. Argentina.

MUJER Y SALUD. Nota técnica Nº 3 . Adolescentes: salud sexual y reproductiva. Un abordaje de sus derechos. Sept. 2001 . Consejo Nacional de la Mujer. Argentina.

NOGUE, J: *“Espacio, lugar, región: hacia una nueva perspectiva geográfica regional”*. Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles, ISSN 0212-9426, Nº. 9, 1989.

ORTIZ, R: *“Otro Territorio”*. Bs As. Paidós 1996

ORTNER, S.; WHITEHEAD, H.: *“Indagaciones acerca de los Significados Sexuales”*; en: *“Género: la construcción cultural de la diferencia sexual”*, Marta Lamas compiladora; Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, México D.F., 1996

PALMA M: *“Malinche, el malinchismo o el lado femenino de la sociedad mestiza”* en *“Género, Clase y Raza en America Latina. Algunas aportaciones”* de Lola G. Luna (comp.) Edición del Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad. Universidad de Barcelona. 1991.

PEREZ, E.: *“Hacia una nueva visión de lo rural”*. En GIARRACA, N (Comp.): *“¿Una nueva ruralidad en América Latina?”* Colección Grupos de Trabajo CLACSO. Buenos Aires. Argentina. 2001.

PRECE, G., DI LISCIA, M. Y PIÑERO, L.: *“Mujeres populares, el mandato de cuidar y curar”*. Editorial Biblos. Argentina. 1996.

RED NACIONAL POR LA SALUD DE LA MUJER . Documento. *“Mujer, salud reproductiva y sexualidad”* 1994. Consejo Nacional de la Mujer. Argentina.C.3

RIVAS, M.: "La entrevista a profundidad: Un abordaje en el campo de la sexualidad", en *“Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad”*. I. Szasz y S. Lerner. México, El Colegio de México. 1996.

RODRÍGUEZ, M. : *“La situación legal de los derechos reproductivos y sexuales en Argentina”*. En: *“Nuestros Cuerpos, nuestras vidas: Propuesta para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos”* .- Foro por los derechos reproductivos- Consejo Nacional de la Mujer. Argentina. O726.

ROSALDO, R: *“Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social”*. Grijalbo, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. España. 1991

SAID, E: *“Orientalismo”* Libertarias Prodhufi España - 1990

SCIALPI D.: *“Pobreza y empobrecimiento en la Argentina los últimos 20 años”* – (abril de 1997). Cátedra de Políticas Públicas UBA

SCOTT, J. W: *"El género: una categoría útil para el análisis histórico"*, en Amelang, James S. y Nash, Mary, eds., *"Historia y Género: las Mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea"*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim, 1990.

STEEDMAN, C: *"La reproducción y su rechazo"*, en SCOTT, J. y OTROS: *"De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales"*. Centro editor de América Latina. Buenos Aires. 1993.

STOLLER, R: *"Sex and Gender: On the Development of masculinity and femininity"*. Science House. New York City. 1968.

SZASZ, I: *"La condición social de la mujer y la salud"*. En GONZALEZ MONTES, Soledad (comp.): *"Las mujeres y la salud"*. El Colegio de México. 1995.

URDANG, S: *"La desigualdad de género es fatal"*. Revista Mujer Salud 1/2001

VASILACHIS DE GIALDINO, I.: *"Una propuesta epistemológica y metodológica para el estudio de los pobres"*. CEIL. Gráfica Integral Bs. As. 2000

VIZER, E.: *"La trama (in)visible de la vida social. Comunicación, sentido y realidad"*. La Crujía Ediciones. Buenos Aires. 2003

VILLA, A. M.: *"El varón en las relaciones de género: reflexiones para la intervención en sexualidad y reproducción"*, en *"Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad"*. Trabajos del 3º Taller de Investigaciones Sociales en salud Reproductiva y Sexualidad. Bs As AEPA - CEDES 1998

----- *"Salud, Sexualidad Y Reproducción: Haciendo Visibles a los Varones en las relaciones de Género"*. Revista "Sexualidade, gênero e sociedade", N° 7 Programa de Estudos e pesquisas em sexualidade, gênero e sociedade - IMS/UERJ, Río de Janeiro, Abril de 1998.

WILLIAMS, R: *"Sociología de la Cultura"* Ediciones Paidós. Valencia 1983

----- *"Marxismo y Literatura"* Ediciones Península. Barcelona. 1980

ZOLLA, C. Y MELLANO, V: *"La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano"*, en GONZALEZ MONTES, Soledad (comp.): *"Las mujeres y la salud"*. El Colegio de México. 1995.

APENDICE



VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

Variables Independientes

- Edad
- Estado Civil
- Grupo de Convivencia
- Nivel Educativo
- Cantidad de hijos

Variables dependientes

- Niveles de Atención
- Autopercepción de la Salud
- Representaciones Simbólicas
- Representaciones Sociales en torno a la Salud Sexual
- Proveedores de Salud: Imágenes y vinculación

VARIABLES DEL ESTUDIO CUALITATIVO:

Mujeres Rurales

Variables Independientes

- Sexo: Mujer
- Edad: 30 a 55 años
- Domicilio: Zona urbana o rural de: Algarrobo del Aguila; La Humada; Santa Isabel, Puelén y La Reforma

Variables Dependientes

- Simbolizaciones asociadas a “salud” y a “enfermedad”.
- Espacio que ocupa la salud propia en el escenario de la salud familiar
- Proveedores de Salud: Imágenes y vinculación

- La relación establecida con el proveedor de salud ¿responde al modelo hegemónico o no tiene una relación de poder jerárquica?
- Características del sistema de salud que impactan positivamente en la decisión de asistencia.
- Cuestiones que intervienen en la decisión de asistir o no a la consulta: Tiempo de espera, Sexo/edad del proveedor, empatía, dedicación, miedos/vergüenza, nivel de resolución del problema, otros.
 - Representaciones sociales en torno al/los proveedores de salud
 - Niveles de diálogo y entendimiento en relación a médicos, enfermeros, curanderos, hueseros etc.
 - Posición del efector de salud en relación a sus usos y costumbres (sustos, miedos, vergüenza) ¿Qué hace con ellos?
 - Simbolizaciones asociadas a “salud sexual”
 - Opinión de sus maridos en la atención de su salud en general y de la sexual en particular
 - Autopercepción de la Salud
 - Patrones sexuales: caracterización
 - Representaciones Sociales en torno a la Salud Sexual: ¿es sentida como un eje donde su propio rol es protagónico o contrariamente, como algo “que le tocó”?

Proveedores de Salud

Variables Independientes

- Sexo
- Edad
- Profesión (condición: Médico/as, enfermero/as, agentes sanitario/as)

Variables Dependientes

- Cual es la referencia en relación a la población objetivo?: respeto, menosprecio, prepotencia, autoritarismo, otras?
- Consideraciones especiales frente a la perspectiva género

- La relación establecida con la población objetivo (mujeres pobres rurales):
¿responde al modelo hegemónico o no tiene una relación de poder jerárquica?
 - ¿Se interesa por sus usos y costumbres? (sustos, miedos, vergüenza)
- ¿Qué hace con ellos?
- Representaciones sociales en torno a las mujeres rurales pobres
 - Niveles de diálogo y entendimiento con ellas.
 - Opinión de las simbolizaciones que las mujeres tienen asociadas a “salud sexual”
 - Opinión de sus patrones sexuales
 - Las mujeres rurales ¿creen que su salud sexual es algo azaroso o contrariamente, algo donde sus conductas son determinantes?

INTERROGANTES QUE ORIENTARON LA DISCUSIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES/ ENTREVISTAS

En el grupo focal con las mujeres se trabajó primero los temas que tienen que ver con lo/as médicos y el sistema de salud: tipos de relación establecida, esperas y demás. En el segundo momento se abordaron los puntos que exigen mayor compromiso emocional, para culminar con sus patrones sexuales. Las preguntas alrededor de las cuales giró la discusión fueron:

1. ¿qué es estar enfermo y estar sano? *Identificando si aparecía solo lo biológico o también lo psicológico y social*
2. ¿Tienen “tiempo” para poder enfermarse? ...Y “derecho” a hacerlo?. ¿Uds. creen que las mujeres tienen una edad para enfermarse?
3. ¿Cómo ven a/la médico/a y/o enfermero/as y/o agentes sanitarios? ¿Cómo se sienten en las consultas? ¿lo/as creen bien preparado/as?. ¿Les sirven a veces de consejero/as? ¿Siguen al pie de la letra sus indicaciones?. ¿Son claros cuando se las dan? Si tienen dudas en relación a lo que el/las les dice ¿se animan a pedir explicaciones y/o cuestionar?
4. ¿Se sienten cómodas en la salita?. ¿Les gusta ir?. De lo contrario....¿por que no les gusta ir?. ¿Tienen que esperar mucho? ¿Tienen miedo que el Dr/a. “se enoje”? ¿Los tratamientos del Dr/a la dejan satisfecha? ¿Les da miedo ir al médico?. ¿Les da vergüenza por algunas cuestiones relacionadas a lo sexual?

5. Además de la gente de salud ¿se atienden con otra gente? Como por ejemplo curandero/as, hueseros, etc. ¿Porqué recurren a ello/as? ¿Y ante qué síntomas? Cuando van al/la médico/a ¿le cuentan que van al curandero? Y el/las ¿que opinan de eso?. ¿Las retan por eso? ¿O cree que esta bien?
6. ¿Los maridos apoyan sus consultas sexuales? ¿O se ponen celosos del médico?. ¿Ellos participan activamente de su salud sexual? ¿Van con Uds. a consulta? ¿A Uds. les gustaría que fueran?
7. La sexualidad ha sufrido a lo largo del tiempo muchos cambios: diferentes maneras de vivirla y expresarla. Antes, por ejemplo, daba mucha vergüenza hablar de estos temas, ahora la televisión habla permanentemente de cuestiones sexuales. ¿Cuáles cree Ud. que son los cambios mas llamativos?. ¿Cómo creen que es el sexo ahora?
8. ¿Creen que en este proceso de cambios ha sufrido modificaciones el rol de la mujer? Por ejemplo, ¿siempre tienen que decir que “tienen ganas” aunque no sea así? Cuando no tienen ganas, ¿lo dicen abiertamente o tienen que poner un pretexto?. ¿Pueden exigirle a sus maridos que usen profiláctico, aún cuando se prevé que fue infiel?. ¿Creen que es necesario?
9. ¿Frente a que situaciones concretas consulta a alguien? Por ejemplo por el flujo vaginal, ¿consulta? ¿Por que otras cosas.....?
10. ¿Con que asocian la sexualidad? *Dejar la pregunta abierta y ver si salen cosas asociadas al deber, al placer, al amor, etc*

Las preguntas sugeridas para orientar la discusión con los proveedores de salud son:

1. ¿Cómo describirían a este tipo de mujeres? *Rurales y pobres*
2. Las pacientes, ¿suelen hacer preguntas cuando no entienden los diagnósticos y/o indicaciones? En general ¿preguntan mucho?

3. ¿Recibe por parte de las pacientes pedidos de consejo por cuestiones personales?
¿Como actúa frente a ello?
4. ¿Nota que las pacientes tienen miedo, vergüenza o resistencia a plantear temas relacionados con su sexualidad?
5. ¿Qué nivel de información tienen las mujeres sobre prevención de la salud sexual?
6. ¿Cuáles son los patrones sexuales de estas mujeres? Considerar: iniciación sexual (edad y forma). ¿Tienen sexo por placer o por obligación?, ¿consultan sobre esto?, ¿hasta que edad son sexualmente activas?, ¿plantean en consulta situaciones de violaciones maritales?
7. ¿Recuerda alguna situación o anécdota relacionada con estos temas?

Instrumento Aplicado a las mujeres

Instructivo

- La encuesta se aplicó a todas las mujeres convocadas y participantes de los grupos focales. En “*IDENTIFICACION* (.....)”, se deberá colocar el nombre y la inicial del apellido de la persona entrevistada. Esta acción se realiza a los efectos de la triangulación con la información emergente de los grupos focales.
- Cuando no correspondiera la pregunta (por ejemplo interrogantes en relación al marido en caso de mujeres que se han identificado como solteras), se colocará **n/c** (no corresponde).
- Cuando la encuesta dice “...*el proveedor de salud*”, se deberá sustituir por la expresión que viene usando la persona encuestada, ya sea médico, doctor, enfermera, etc.
- En la pregunta 7 b) se deberá cumplimentar un solo casillero. En caso de querer contestar ambas, se investigará donde lo hace mas frecuentemente.
- En la pregunta 8 b) se cumplimentará con “*por parte de quien*”- si ha optado por la respuesta “*mucho*”- o “*poco*”-.
- La pregunta 9 d) se realizará solamente en el caso que en las dos alternativas anteriores se haya referido a alguna categoría de la medicina científica (médico, hospital, centro de salud, etc)
- En la pregunta 10 a), se deberá cambiar la expresión “*-Cómo es tratado por ese médico?*”- por el perfil del proveedor de salud que la entrevistada este usando, por ejemplo enfermero. Idem pregunta 10 c), f), g) y h)
- En las preguntas 10 g) y 10 h) se deberán señalar A LO SUMO dos opciones. En el casillero correspondiente se colocará en numero 1 o 2 en su defecto. (colocar los numeros de acuerdo a la prioridad por ella establecida).
- En la pregunta 10 i), deberá pasar a la opción “*como?*”- solamente si respondió “si”.
- En la pregunta 11c) se aclarará en instancias de capacitación alternativas de explicación

ENCUESTA N° :.....

GENERALIDADES

1) IDENTIFICACION (.....)

Localidad o zona (datos a identificar).....

Departamento.....

2) GRUPO DE CONVIVENCIA

¿Cuántas personas viven en su casa? (Incluyendo a la entrevistada.)

Cantidad de mujeres cuya edad oscila entre los 30 y 55 años

3) EDAD.....

4) CANTIDAD HIJOS:.....

5) ESTADO CIVIL

Casada

Soltera

Unida

Separada

Viuda

6) NIVEL EDUCACIONAL: ¿Qué nivel educativo alcanzó?

P.I.

S.I.

U.I.

P.C.

S.C.

U.C.

SALUD

7) NIVELES DE ATENCIÓN

a) Tiene Obra social? Si No

b) Cuando recurre a alguna institución médica ¿Dónde lo hace? Señalar una sola opción

Servicio Privado Salud Pública

8) AUTOPERCEPCION DE LA SALUD

a) Cómo cree que es su salud?

Excelente

Buena

Regular

Mala

b) Tiene apoyo en la atención de su salud en particular por parte de su familia? Señalar una sola opción

Mucho

Poco

Nada

Por parte de quien?.....

9) REPRESENTACIONES SOCIALES

a) Que personas le generan confianza como para seguir sus consejos en cuestiones de salud? *Priorizar una sola opción*

Pareja/esposo Familia Vecinas Otras.....

b) Cuando tiene problemas de salud ¿A quién recurre?.....

c) Cuáles son los síntomas mas comunes por los que recurre a él/la?.....

d) Recurre a servicios alternativos para la atención de su salud, como por ejemplo curandero, huesero, partero u algún otro?
 ¿Cuáles/quién?..... Si No

e) Cuáles son los síntomas mas comunes por los que recurre a él/la?.....

f) Además de los remedios tradicionales, usa alguna otra cosa para atender su salud? Por ejemplo tisanas, tes, ungentos, etc.

¿Cuál/es?..... Si No

10) PROVEEDORES DE SALUD SEXUAL: IMÁGENES Y VINCULACION:

a) Cual es el sexo del médico (o proveedor de salud) que atiende sus cuestiones sexuales?:
 Varón Mujer

b) Como es tratado por ese médico (o proveedor de salud)?. De manera:
 Excelente Buena Regular Mala

c) Como es ese médico (o proveedor de salud)? Defínalo con una sola palabra que no sea bueno ni malo

d) Su marido (o pareja) piensa de el lo mismo que Ud.?

Si No → Defina con una palabra que no sea bueno ni malo lo que el piensa.....

e) La opinión de su marido en relación a este tema, influye en lo que Ud. hace? Si No

f) Prefiere que su médico sea
 Hombre Mujer Es indistinto

g) En relación al médico y/o enfermero: Cuales de los siguientes aspectos influyen mas para que Ud. no tenga ganas de asistir:

- Siempre tiene que esperar mucho
- Que sea varón
- Mal trato
- El siempre esta apurado
- Es demasiado viejo/jóven

- Sus tratamientos son dolorosos
- No me resuelve el problema
- Sus tratamientos no me curan
- Sus explicaciones no me convencen
- Otros

h) En relación al médico y/o enfermero: Cuales de los siguientes aspectos influyen mas para que Ud. tenga ganas de asistir:

- Me atiende rapidamente
- Que sea mujer
- Me atiende muy bien
- Me dedica mucho tiempo
- El/los saben.....

- Sus tratamientos no son dolorosos
- Siempre me resuelve el problema
- Sus tratamientos me curan
- Me genera confianza
- Otros

i) El efector de salud ¿se interesa por sus usos y costumbres? (sustos, miedos, vergüenza) Si No
 Como?.....

II) SALUD SEXUAL

a) Se hace controles ginecológicos sin estar embarazada ni presentar ningún tipo de problemas? Si No

b) Cada cuanto tiempo aproximadamente?
 Cada 6 / 8 meses Una vez al año Cada 2/3 años

c) Sabe lo que es el Papanicolau? Si No *En casos de respuestas negativas explicar brevemente*

Instrumento Aplicado a los proveedores de salud

Instructivo

- La encuesta se aplicará a todos los efectores de salud: médicos, enfermeros y agentes sanitarios de la zona.
- “Perfil” refiere a la formación/función del entrevistado: médico/a, enfermero/a, agente sanitario, etc.
- Cuando no correspondiera la pregunta , se colocará **n/c** (no corresponde).
- En la pregunta 6 b) se cumplimentará con *“por parte de quien”*- si ha optado por la respuesta *“mucho”*- o *“poco”*-.
- En la pregunta 7 b) y 7 c) se cambiará “Ud”. por “enfermero/a” o “médico/a” según correspondiere; es decir considerando las alternativas posibles a nivel local.
- La pregunta 7 d) se realizará solamente en el caso que en las dos alternativas anteriores se haya referido a alguna categoría de la medicina científica (médico, hospital, centro de salud, etc)
- En las preguntas 8f) y 8g) se deberán señalar A LO SUMO dos opciones. En el casillero correspondiente se colocará en numero 1 o 2 en su defecto. (colocar los números de acuerdo a la prioridad por ello/as establecida).
- En la pregunta 8 h), deberá pasar a la opción *“como?”*- solamente si respondió “sí”.

ENCUESTA N° :.....

GENERALIDADES

1) **IDENTIFICACION** (.....)

2) Perfil.....

3)Departamento.....

4)Sexo: Mujer Varón

5)Edad:.....

SALUD

6) PERCEPCION DE LA SALUD DE LAS MUJERES RURALES

a) Cómo cree que es el cumplimiento de las pautas mínimas exigidas en relación a su salud, por parte de las mujeres rurales pobres?

Excelente Bueno Regular Malo

b)Tienen apoyo en la atención de su salud en particular por parte de su familia? *Señalar una sola opción*

Mucho Poco Nada

Por parte de quien?.....

7) REPRESENTACIONES SOCIALES

a)A quienes consideran al momento de pedir consejos en cuestiones de salud? *Priorizar una sola opción*

Pareja/esposo Familia/ Vecinas Médico/personal de salud Otras.....

b) Cuando tienen problemas de salud ¿recurren a Ud.? Si No

A quién?.....

c) Cuáles son los síntomas mas comunes por los que recurren al Ud.?.....

d) Recurren a servicios alternativos para la atención de su salud, como por ejemplo curandero, huesero, partero u algún otro?

¿Cuáles/quién?..... Si No

e) Cuáles son los síntomas mas comunes por los que recurren a él/la?.....

f) Además de los remedios tradicionales, usan alguna otra cosa para atender su salud? Por ej. yuyos, tes, unguentos, etc. Si No
 ¿Cuál/es?.....

8) PROVEEDORES DE SALUD: IMÁGENES Y VINCULACION:

a) Como cree que es la relación que Ud. establece con ellas?
 Excelente Buena Regular Mala

b) Como cree que ellas lo definirían a Ud con una sola palabra que no sea bueno ni malo

c) Cree que sus maridos (o parejas) piensan de Ud. lo mismo que ellas?
 Si No → Defina con una palabra que no sea bueno ni malo lo que cree que ellos piensan

d) La opinión de sus maridos en relación a este tema, influye en lo que ellas hacen? Si No

e) Ellas prefieren que su médico sea
 Hombre Mujer Desconoce Es indistinto

f) Cuáles de los siguientes aspectos, cree, influyen para que ellas no asistan a la consulta:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Siempre tienen que esperar mucho | <input type="checkbox"/> Los tratamientos son dolorosos |
| <input type="checkbox"/> Que yo sea varón | <input type="checkbox"/> Los tratamientos son caros |
| <input type="checkbox"/> No tienen tiempo | <input type="checkbox"/> Soy demasiado joven/viejo |
| <input type="checkbox"/> Tienen cuestiones mas urgentes | <input type="checkbox"/> Otros |

g) Cuáles de los siguientes aspectos, cree, influyen para que ellas asistan a consulta:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Que las atienda rapidamente | <input type="checkbox"/> Que mis tratamientos no son dolorosos |
| <input type="checkbox"/> Que yo sea mujer | <input type="checkbox"/> Que siempre les resuelvo el problema |
| <input type="checkbox"/> Que la atiendo muy bien | <input type="checkbox"/> Que mis tratamientos la curan |
| <input type="checkbox"/> Que le dedico mucho tiempo | <input type="checkbox"/> Le genero confianza |
| <input type="checkbox"/> El trato que le dispense..... | <input type="checkbox"/> Otros |

h) Ud. considera sus usos y costumbres en el abordaje? (sustos, miedos, vergüenza) Si No
Que hace con eso?.....
.....

9) SALUD SEXUAL

a) Estimativamente, que porcentaje de estas mujeres, se hacen los controles ginecológicos sin estar embarazadas ni presentar ningún tipo de problemas?

10 al 30% 30 al 50% 50 al 80% 80 al 100%

b) Cada cuanto tiempo aproximadamente?

Una vez al año Cada 2/3 años Mas de 3 años Imposible calcular

c) Estimativamente, que porcentaje saben de la importancia del Papanicolau? *Aunque desconozcan su nombre*

10 al 30% 30 al 50% 50 al 80% 80 al 100%

**CUADROS CON
RESULTADOS EMERGENTES
DE
METODOLOGIA CUANTITATIVA**

1. UNIVERSO: Mujeres Rurales

Nivel Educativo alcanzado según grupos etáreos

Edad	Analfabeta	Primaria		Secundaria		Universitaria		S/D s/d	Total
		Incom.	Com.	Incom.	Com.	Incom.	Com.		
30-40	2	16	29	17	10	1	5		80
41-50	6	44	34	10	12	1	2	1	110
51-55	15	50	27	7	6	2	1	2	110
Total	23	110	90	34	28	4	8	3	300

Edad	Analfabeta	Primaria		Secundaria		Universitaria		S/D s/d	Total
		Incom.	Com.	Incom.	Com.	Incom.	Com.		
30-40	2.5%	20.0%	36.3%	21.3%	12.5%	1.3%	6.3%	0.0%	100%
41-50	5.5%	40.0%	30.9%	9.1%	10.9%	0.9%	1.8%	0.9%	100%
51-55	13.6%	45.5%	24.5%	6.4%	5.5%	1.8%	0.9%	1.8%	100%
Total	7.7%	36.7%	30.0%	11.3%	9.3%	1.3%	2.7%	1.0%	100%

Estado Civil según grupos etáreos

Edad	Casada	Soltera	Unida	Separada	Viuda	Total
30-40	36	10	28	5	1	80
41-50	46	14	37	6	7	110
51-55	60	12	18	3	17	110
Total	142	36	83	14	25	300

Edad	Casada	Soltera	Unida	Separada	Viuda	Total
30-40	45.0%	12.5%	35.0%	6.3%	1.3%	100%
41-50	41.8%	12.7%	33.6%	5.5%	6.4%	100%
51-55	54.5%	10.9%	16.4%	2.7%	15.5%	100%
Total	47.3%	12.0%	27.7%	4.7%	8.3%	100%

Cantidad de hijos según Nivel Educativo Alcanzado

N.Educativo	Ninguno	1 a 2	3 a 4	5 y más	Total
Analfabeta	-	9	4	10	23
Primaria	21	64	66	49	200
Secundaria	4	34	19	5	62
Universitaria	3	3	6		12
S/D		1	2		3
Total	28	111	97	64	300

N.Educativo	Ninguno	1 a 2	3 a 4	5 y más	Total
Analfabeta	0.0%	39.1%	17.4%	43.5%	100%
Primaria	10.5%	32.0%	33.0%	24.5%	100%
Secundaria	6.5%	54.8%	30.6%	8.1%	100%
Universitaria	25.0%	25.0%	50.0%	0.0%	100%
S/D	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	100%
Total	9.3%	37.0%	32.3%	21.3%	100%

Obra Social según Nivel Educativo Alcanzado

N.Educativo	Obra Social				S/D s/d	Total
	Si		No			
	Pub	Priv	Pub	Priv		
Analfabeta	2		20	1	-	23
Primaria	27	30	134	8	1	200
Secundaria	8	21	31	2		62
Universitaria	1	7	4			12
S/D		2	1			3
Total	38	60	190	11	1	300

N.Educativo	Obra Social				S/D s/d	Total
	Si		No			
	Pub	Priv	Pub	Priv		
Analfabeta	8.7%	0.0%	87.0%	4.3%	0.0%	100%
Primaria	13.5%	15.0%	67.0%	4.0%	0.5%	100%
Secundaria	12.9%	33.9%	50.0%	3.2%	0.0%	100%
Universitaria	8.3%	58.3%	33.3%	0.0%	0.0%	100%
S/D	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100%
Total	12.7%	20.0%	63.3%	3.7%	0.3%	100%

Cómo cree que es su salud según Institución médica a la que recurre

Institución	Excelente	Buena	Regular	Mala	S/D	Total
Pública	20	132	69	7	-	228
Privada	15	39	16	-	1	71
S/D		1				1
Total	35	172	85	7	1	300
%	11,6	57,3	28,3	2,3	0,3	99,8

Recibe apoyo de su familia

Edad	Mucho	Poco	Nada	Total
30-40	69	9	2	80
41-50	80	21	9	110
51-55	85	16	9	110
Total	234	46	20	300

Edad	Mucho	Poco	Nada	Total
30-40	86.3%	11.3%	2.5%	100%
41-50	72.7%	19.1%	8.2%	100%
51-55	77.3%	14.5%	8.2%	100%
Total	78.0%	15.3%	6.7%	100%

De quien recibe apoyo según grupos étnicos

Edad	Familia	Hnas-Cuñadas	Hijos-Hijas	Padre-Madre	Pareja-Esposo	Otros	S/D	Total
30-40	-	4	12	13	49	-	-	78
41-50	2	8	25	14	48	-	4	101
51-55	5	5	45	6	37	2	1	101
Total	7	17	82	33	134	2	5	280

Edad	Familia	Hnas-Cuñadas	Hijos-Hijas	Padre-Madre	Pareja-Esposo	Otros	S/D	Total
30-40	0.0%	5.1%	15.4%	16.7%	62.8%	0.0%	0.0%	100%
41-50	2.0%	7.9%	24.8%	13.9%	47.5%	0.0%	4.0%	100%
51-55	5.0%	5.0%	44.6%	5.9%	36.6%	2.0%	1.0%	100%
Total	2.5%	6.1%	29.3%	11.8%	47.9%	0.7%	1.8%	100%

Quienes le generan confianza en cuestiones de Salud según grupos étnicos

Edad	Familia	Pareja-Esposo	Vecinas	Médico	Amigas	Otros	S/D	Total
30-40	32	36	1	3	7	1		80
41-50	46	38	4	6	12	3	1	110
51-55	67	26	5	6	3	2	1	110
Total	145	100	10	15	22	6	2	300

Edad	Familia	Pareja-Esposo	Vecinas	Médico	Amigas	Otros	S/D	Total
30-40	40.0%	45.0%	1.3%	3.8%	8.8%	1.3%	0.0%	100%
41-50	41.8%	34.5%	3.6%	5.5%	10.9%	2.7%	0.9%	100%
51-55	60.9%	23.6%	4.5%	5.5%	2.7%	1.8%	0.9%	100%
Total	48.3%	33.3%	3.3%	5.0%	7.3%	2.0%	0.7%	100%

Quienes le generan confianza en cuestiones de salud según nivel educativo alcanzado

N.Educativo	Familia	Pareja-Esposo	Vecinas	Médico	Amigas	Otros	S/D	Total
Analfabeta	16	2	1	2	1	-	1	23
Primaria	97	64	8	10	16	4	1	200
Secundaria	24	27	1	3	5	2	-	62
Universitaria	7	5	-	-	-	-	-	12
S/D	1	2						3
Total	145	100	10	15	22	6	2	300

N.Educativo	Familia	Pareja-Esposo	Vecinas	Médico	Amigas	Otros	S/D	Total
Analfabeta	69.6%	8.7%	4.3%	8.7%	4.3%	0.0%	4.3%	100%
Primaria	48.5%	32.0%	4.0%	5.0%	8.0%	2.0%	0.5%	100%
Secundaria	38.7%	43.5%	1.6%	4.8%	8.1%	3.2%	0.0%	100%
Universitaria	58.3%	41.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
S/D	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Total	48.3%	33.3%	3.3%	5.0%	7.3%	2.0%	0.7%	100%

Ante problemas de Salud a quien recurre según grupos etáreos

Edad	C. de Salud	Enfermera	Familia	Médico	S/D	Total
30-40	37	1	1	41	-	80
41-50	45		5	60	-	110
51-55	43	2	5	59	1	110
Total	125	3	11	160	1	300

Edad	C. de Salud	Enfermera	Familia	Médico	S/D	Total
30-40	46.3%	1.3%	1.3%	51.3%	0.0%	100%
41-50	40.9%	0.0%	4.5%	54.5%	0.0%	100%
51-55	39.1%	1.8%	4.5%	53.6%	0.9%	100%
Total	41.7%	1.0%	3.7%	53.3%	0.3%	100%

Ante problemas de Salud a quien recurre según nivel educativo alcanzado

N.Educativo	Centro de Salud	Enfermera	Familia	Médico	S/D	Total
Analfabeta	15		-	8	-	23
Primaria	86	1	10	103	-	200
Secundaria	18	1	1	41	1	62
Universitaria	3	1		8		12
S/D	3					3
Total	125	3	11	160	1	300

N.Educativo	Centro de Salud	Enfermera	Familia	Médico	S/D	Total
Analfabeta	65.2%	0.0%	0.0%	34.8%	0.0%	100%
Primaria	43.0%	0.5%	5.0%	51.5%	0.0%	100%
Secundaria	29.0%	1.6%	1.6%	66.1%	1.6%	100%
Universitaria	25.0%	8.3%	0.0%	66.7%	0.0%	100%
S/D	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Total	41.7%	1.0%	3.7%	53.3%	0.3%	100%

Síntomas más comunes por lo que recurre a ellos según tramos de edad

Edad	Columna-Huesos-Musculos	Control Embarazo	Cuestiones Ginecológicas	Dolores Varios	Varios	S/D	Total
30-40	13	-	9	15	42	1	80
41-50	21	2	12	11	58	6	110
51-55	22	1	10	7	66	4	110
Total	56	3	31	33	166	11	300

Edad	Columna-Huesos-Musculos	Control Embarazo	Cuestiones Ginecológicas	Dolores Varios	Varios	S/D	Total
30-40	16.3%	0.0%	11.3%	18.8%	52.5%	1.3%	100%
41-50	19.1%	1.8%	10.9%	10.0%	52.7%	5.5%	100%
51-55	20.0%	0.9%	9.1%	6.4%	60.0%	3.6%	100%
Total	18.7%	1.0%	10.3%	11.0%	55.3%	3.7%	100%

Síntomas más comunes por lo que recurre a ellos según nivel educativo alcanzado

N.Educativo	Columna-Huesos-Musculos	Control Embarazo	Cuestiones Ginecológicas	Dolores Varios	Varios	S/D	Total
Analfabeta	7	1	2	-	13	-	23
Primaria	37	2	17	19	116	9	200
Secundaria	11	-	9	12	30	-	62
Universitaria	1	-	3	2	4	2	12
S/D	-	-	-	-	3	-	3
Total	56	3	31	33	166	11	300

N.Educativo	Columna-Huesos-Musculos	Control Embarazo	Cuestiones Ginecológicas	Dolores Varios	Varios	S/D	Total
Analfabeta	30.4%	4.3%	8.7%	0.0%	56.5%	0.0%	100%
Primaria	18.5%	1.0%	8.5%	9.5%	58.0%	4.5%	100%
Secundaria	17.7%	0.0%	14.5%	19.4%	48.4%	0.0%	100%
Universitaria	8.3%	0.0%	25.0%	16.7%	33.3%	16.7%	100%
S/D	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100%
Total	18.7%	1.0%	10.3%	11.0%	55.3%	3.7%	100%

Recurre a servicios alternativos según grupos etáreos

Edad	No	Si			S/D	Total
		Curandero	Huesero	S/D		
30-40	79	1	-	-	-	80
41-50	104	2	1	2	1	110
51-55	97	10	-	1	2	110
Total	280	13	1	3	3	300

Edad	No	Si			S/D	Total
		Curandero	Huesero	S/D		
30-40	98.8%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
41-50	94.5%	1.8%	0.9%	1.8%	0.9%	100%
51-55	88.2%	9.1%	0.0%	0.9%	1.8%	100%
Total	93.3%	4.3%	0.3%	1.0%	1.0%	100%

Recurre a servicios alternativos según nivel educativo alcanzado

N.Educativo	No	Si			S/D	Total
		Curandero	Huesero	S/D		
Analfabeta	21	2	-	-	-	23
Primaria	186	8	1	2	3	200
Secundaria	58	3	-	1	-	62
Universitaria	12	-	-	-	-	12
S/D	3	-	-	-	-	3
Total	280	13	1	3	3	300

N.Educativo	No	Si			S/D	Total
		Curandero	Huesero	S/D		
Analfabeta	91.3%	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Primaria	93.0%	4.0%	0.5%	1.0%	1.5%	100%
Secundaria	93.5%	4.8%	0.0%	1.6%	0.0%	100%
Universitaria	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
S/D	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Total	93.3%	4.3%	0.3%	1.0%	1.0%	100%

Como es tratado por el médico según sexo del mismo

Sexo	Excelente	Buena	Regular	Mala	S/D	Total
Femenino	72	117	7	1	1	198
Masculino	39	61	1	-	-	101
S/D	-	1	-	-	-	1
Total	111	179	8	1	1	300

Sexo	Excelente	Buena	Regular	Mala	S/D	Total
Femenino	36.4%	59.1%	3.5%	0.5%	0.5%	100%
Masculino	38.6%	60.4%	1.0%	0.0%	0.0%	100%
S/D	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
Total	37.0%	59.7%	2.7%	0.3%	0.3%	100%

Definición del médico según sexo del mismo

Concepto	Femenino	Masculino	S/D	Total
amistoso	5	4	-	9
atenta	11	-	-	11
bruta	1	-	-	1
Buena Consejera	1	-	-	1
buena persona	1	-	-	1
buenisima	6	-	-	6
bueno	1	1	-	2
capacitada	1	-	-	1
cariñosa	5	-	-	5
compañera	4	-	-	4
comprensiva	4	1	-	5
comprometido	5	4	-	9
comunicativo		1	-	1
confiable	35	25	-	60
confidencial		1	-	1
cordial	31	19	-	50
correcto	1	-	-	1
educada	1	-	-	1
eficaz	6	6	-	12
eficiente		1	-	1
especial	1	-	-	1
excelente	9	3	-	12
gentil	2	-	-	2
índiferente	3	-	-	3
inteligente	1	-	-	1
macanuda	4	-	-	4
maravillosa	1	-	-	1

mi psicologo		1	-	1
muy profesional	2	-	-	2
paciente		1	-	1
pasiva	3	2	-	5
persona que entiende	1	-	-	1
piola	2	-	-	2
recta	2	3	-	5
regular	1	1	-	2
respetuoso	6	6	-	12
responsable	5	-	-	5
sencillo	1	1	-	2
sensible		1	-	1
seria	4	6	1	11
servicial	1	-	-	1
simpatico	4	2	-	6
solidaria	1	-	-	1
trabajadora	1	-	-	1
tranquilo	12	3	-	15
tratable		1	-	1
S/D	12	7	-	19
TOTAL	198	101	1	300

Concepto	Femenino	Masculino	S/D	Total
amistoso	2.5%	4.0%	0.0%	3.0%
atenta	5.6%	0.0%	0.0%	3.7%
bruta	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
Buena Consejera	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
buena persona	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
buenisima	3.0%	0.0%	0.0%	2.0%
bueno	0.5%	1.0%	0.0%	0.7%
capacitada	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
cariñosa	2.5%	0.0%	0.0%	1.7%
compañera	2.0%	0.0%	0.0%	1.3%
comprensiva	2.0%	1.0%	0.0%	1.7%
comprometido	2.5%	4.0%	0.0%	3.0%
comunicativo	0.0%	1.0%	0.0%	0.3%
confiable	17.7%	24.8%	0.0%	20.0%
confidencial	0.0%	1.0%	0.0%	0.3%
cordial	15.7%	18.8%	0.0%	16.7%
correcto	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
educada	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
eficaz	3.0%	5.9%	0.0%	4.0%
eficiente	0.0%	1.0%	0.0%	0.3%
especial	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
excelente	4.5%	3.0%	0.0%	4.0%

gentil	1.0%	0.0%	0.0%	0.7%
indiferente	1.5%	0.0%	0.0%	1.0%
inteligente	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
macanuda	2.0%	0.0%	0.0%	1.3%
maravillosa	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
mi psicologo	0.0%	1.0%	0.0%	0.3%
muy profesional	1.0%	0.0%	0.0%	0.7%
paciente	0.0%	1.0%	0.0%	0.3%
pasiva	1.5%	2.0%	0.0%	1.7%
persona que entiende	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
piola	1.0%	0.0%	0.0%	0.7%
recta	1.0%	3.0%	0.0%	1.7%
regular	0.5%	1.0%	0.0%	0.7%
respetuoso	3.0%	5.9%	0.0%	4.0%
responsable	2.5%	0.0%	0.0%	1.7%
sencillo	0.5%	1.0%	0.0%	0.7%
sensible	0.0%	1.0%	0.0%	0.3%
seria	2.0%	5.9%	100.0%	3.7%
servicial	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
simpatico	2.0%	2.0%	0.0%	2.0%
solidaria	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
trabajadora	0.5%	0.0%	0.0%	0.3%
tranquilo	6.1%	3.0%	0.0%	5.0%
tratable	0.0%	1.0%	0.0%	0.3%
S/D	6.1%	6.9%	0.0%	6.3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

La pareja/marido tiene el mismo concepto? Influye la opinión de su pareja/marido?

	Frec	%		Frec	%	
Si	200	66.7%		Si	122	40.7%
No	16	5.3%		No	97	32.3%
S/D	84	28.0%		S/D	81	27.0%
Total	300	100.0%		Total	300	100.0%

Sexo preferente del medico según nivel educativo

N.Educativo	Hombre	Mujer	Indistinto	S/D	Total
Analfabeta		10	13	-	23
Primaria	9	70	114	7	200
Secundaria	6	19	34	3	62
Universitaria	3	1	7	1	12
S/D	1	-	2	-	3
Total	19	100	170	11	300

N.Educativo	Hombre	Mujer	Indistinto	S/D	Total
Analfabeta	0.0%	43.5%	56.5%	0.0%	100%
Primaria	4.5%	35.0%	57.0%	3.5%	100%
Secundaria	9.7%	30.6%	54.8%	4.8%	100%
Universitaria	25.0%	8.3%	58.3%	8.3%	100%
S/D	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	100%
Total	6.3%	33.3%	56.7%	3.7%	100%

Sexo preferente del medico según nivel educativo

Edad	Hombre	Mujer	Indistinto	S/D	Total
30-40	6	23	47	4	80
41-50	7	45	52	6	110
51-55	6	32	71	1	110
Total	19	100	170	11	300

Edad	Hombre	Mujer	Indistinto	S/D	Total
30-40	7.5%	28.8%	58.8%	5.0%	100%
41-50	6.4%	40.9%	47.3%	5.5%	100%
51-55	5.5%	29.1%	64.5%	0.9%	100%
Total	6.3%	33.3%	56.7%	3.7%	100%

Factores que influyen para que no concurra a la consulta

Respuesta	Freq	%	% sobre las respuestas
el demasiado viejo/joven	2	0.3%	0.9%
él siempre está apurado	3	0.5%	1.4%
mal trato	7	1.2%	3.3%
no me resuelve el problema	16	2.7%	7.5%
que sea varon	11	1.8%	5.2%
siempre tiene que esperar mucho	100	16.7%	46.9%
sus explicciones no me convencen	6	1.0%	2.8%
sus tratamientos no me curan	4	0.7%	1.9%
sus tratamientos son dolorosos	5	0.8%	2.3%
problemas con los turnos	2	0.3%	0.9%
la distancia	35	5.8%	16.4%
movilidad-traslado	20	3.3%	9.4%
no tiene tiempo debido a su trabajo	1	0.2%	0.5%
otros	1	0.2%	0.5%
S/D	387	64.5%	
Total	600	100.0%	100.0%

Factores que influyen para que concurra a la consulta

Respuesta	Freq	%	% sobre las respuestas
el/los saben	1	0.2%	0.2%
me atiende muy bien	120	20.0%	26.1%
me atiende rápidamente	19	3.2%	4.1%
me dedica mucho tiempo	62	10.3%	13.5%
me genera confianza	162	27.0%	35.2%
que sea mujer	30	5.0%	6.5%
siempre me resuelve el problema	29	4.8%	6.3%
sus tratamientos me curan	26	4.3%	5.7%
sus tratamientos no son dolorosos	5	0.8%	1.1%
otros	6	1.0%	1.3%
S/D	140	23.3%	
Total	600	100.0%	100.0%

Se interesa el médico por sus usos y costumbres?

Edad	Si	No	S/D	Total
30-40	72	7	1	80
41-50	87	17	6	110
51-55	90	10	10	110
Total	249	34	17	300

Edad	Si	No	S/D	Total
30-40	90.0%	8.8%	1.3%	100%
41-50	79.1%	15.5%	5.5%	100%
51-55	81.8%	9.1%	9.1%	100%
Total	83.0%	11.3%	5.7%	100%

Manera de interesarse por sus usos y costumbres

Cómo	Freq	%
S/D	20	8.0%
Aconsejando	13	6.0%
Controlando	5	2.0%
Escuchando	13	6.0%
Hablando	145	58.0%
Intercambio ideas	1	0.0%
Le habla para tranquilizarla	1	0.0%
Otras	15	6.0%
Preguntando	34	14.0%
Tranquilizandola	2	1.0%
Total	249	100.0%

Se realiza controles ginecológicos

Edad	Si	No	S/D	Total
30-40	67	11	2	80
41-50	84	26	0	110
51-55	75	34	1	110
Total	226	71	3	300

Edad	Si	No	S/D	Total
30-40	83.8%	13.8%	2.5%	100%
41-50	76.4%	23.6%	0.0%	100%
51-55	68.2%	30.9%	0.9%	100%
Total	75.3%	23.7%	1.0%	100%

Con que frecuencia se realiza controles ginecológicos

Edad	Cada 6-8 meses	Una vez al año	Cada 2-3 años	S/D	Total
30-40	11	52	3	1	67
41-50	17	55	11	1	84
51-55	19	40	16		75
Total	47	147	30	2	226

Edad	Cada 6-8 meses	Una vez al año	Cada 2-3 años	S/D	Total
30-40	16.4%	77.6%	4.5%	1.5%	100%
41-50	20.2%	65.5%	13.1%	1.2%	100%
51-55	25.3%	53.3%	21.3%	0.0%	100%
Total	20.8%	65.0%	13.3%	0.9%	100%

Sabe lo que es el papanicolau

Edad	Si	No	Total
30-40	78	2	80
41-50	102	8	110
51-55	102	8	110
Total	282	18	300

Edad	Si	No	Total
30-40	97.5%	2.5%	100%
41-50	92.7%	7.3%	100%
51-55	92.7%	7.3%	100%
Total	94.0%	6.0%	100%

Se lo ha realizado ultimamente

Edad	Si	No	S/D	Total
30-40	50	29	1	80
41-50	66	42	2	110
51-55	42	68	0	110
Total	158	139	3	300

Edad	Si	No	S/D	Total
30-40	62.5%	36.3%	1.3%	100%
41-50	60.0%	38.2%	1.8%	100%
51-55	38.2%	61.8%	0.0%	100%
Total	52.7%	46.3%	1.0%	100%

Cuanto tiempo hace aproximadamente

Edad	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Más de 2 años	Total
30-40	31	18	1	50
41-50	37	25	4	66
51-55	27	14	1	42
Total	95	57	6	158

Edad	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Más de 2 años	Total
30-40	62.0%	36.0%	2.0%	100%
41-50	56.1%	37.9%	6.1%	100%
51-55	64.3%	33.3%	2.4%	100%
Total	60.1%	36.1%	3.8%	100%

2. UNIVERSO: Proveedores de Salud

Perfil de los encuestados según sexo

Sexo	Prof.	No Prof.	Total
Femenino	7	14	21
Masculino	-	5	5
Total	7	19	26

Sexo	Prof.	No Prof.	Total
Femenino	33.3%	66.7%	100%
Masculino	0.0%	100.0%	100%
Total	26.9%	73.1%	100%

Percepción de la salud de las mujeres rurales

Función	Excelente	Buena	Regular	Malo	Total
Profesionales	-	3	3	1	7
No profesionales	-	9	7	3	19
Total	-	12	10	4	26

Función	Excelente	Buena	Regular	Malo	Total
Profesionales	0.0%	42.9%	42.9%	14.3%	100%
No profesionales	0.0%	47.4%	36.8%	15.8%	100%
Total	0.0%	46.2%	38.5%	15.4%	100%

Recibe apoyo en la atención de su salud

Función	Mucho	Poco	Nada	Total
Profesionales	1	5	1	7
No profesionales	2	13	4	19
Total	3	18	5	26

Función	Mucho	Poco	Nada	Total
Profesionales	14.3%	71.4%	14.3%	100%
No profesionales	10.5%	68.4%	21.1%	100%
Total	11.5%	69.2%	19.2%	100%

De parte de quien

Función	Marido/pareja	Madre-Padre	Familia	Amiga	S/D	Total
Profesionales	3	1	-	-	2	6
No profesionales	3	5	1	3	3	15
Total	6	6	1	3	5	21

Función	Marido/pareja	Madre-Padre	Familia	Amiga	S/D	Total
Profesionales	50.0%	16.7%	0.0%	0.0%	33.3%	100%
No profesionales	20.0%	33.3%	6.7%	20.0%	20.0%	100%
Total	28.6%	28.6%	4.8%	14.3%	23.8%	100%

A quien considera para pedir consejos de Salud

Función	Marido/pareja	Familia-Vecinas	Médico-Pers. de salud	Otras	S/D	Total
Profesionales		2	4		1	7
No profesionales	5	2	11	1		19
Total	5	4	15	1	1	26

Función	Marido/pareja	Familia-Vecinas	Médico-Pers. de salud	Otras	S/D	Total
Profesionales	71.4%	57.1%	214.3%	14.3%	14.3%	371%
No profesionales	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0%
Total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0%

Ante problemas de salud, recurren a Ud.

Función	Si	No	Total
Profesionales	5	2	7
No profesionales	8	11	19
Total	13	13	26

Función	Si	No	Total
Profesionales	71.4%	28.6%	100%
No profesionales	42.1%	57.9%	100%
Total	50.0%	50.0%	100%

Síntomas por los que recurre a una atención especializada según sexo del proveedor de salud

Sintoma	Femenino	Masculino	Total
anginas			-
dolor de cabeza	1		1
dolor. prob. menstruales	1		1
dolores	3	2	5
embarazo	4		4
fiebre	1		1
parto	2		2
presión arterial	2	2	4
prob de los niños	1		1
problemas articulares	3		3
S/D	3	1	4
TOTAL	21	5	26

Sintoma	Femenino	Masculino	Total
anginas	0.0%	0.0%	0%
dolor de cabeza	4.8%	0.0%	4%
dolor. prob. menstruales	4.8%	0.0%	4%
dolores	14.3%	40.0%	19%
embarazo	19.0%	0.0%	15%
fiebre	4.8%	0.0%	4%
parto	9.5%	0.0%	8%
presión arterial	9.5%	40.0%	15%
prob de los niños	4.8%	0.0%	4%
problemas articulares	14.3%	0.0%	12%
S/D	14.3%	20.0%	15%
TOTAL	100.0%	100.0%	100%

Recurre a servicios alternativos para atención de la salud

Función	Ninguno	Curanderos	Otros	Total
Profesionales	3	4		7
No profesionales	9	9	1	19
Total	12	13	1	26

Función	Ninguno	Curanderos	Otros	Total
Profesionales	42.9%	57.1%	0.0%	100%
No profesionales	47.4%	47.4%	5.3%	100%
Total	46.2%	50.0%	3.8%	100%

Como es la relación con las pacientes

Función	Excelente	Buena	Regular	Malo	Total
Profesionales	-	7	-	-	7
No profesionales	-	17	2	-	19
Total	-	24	2	-	26

Función	Excelente	Buena	Regular	Malo	Total
Profesionales	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100%
No profesionales	0.0%	89.5%	10.5%	0.0%	100%
Total	0.0%	92.3%	7.7%	0.0%	100%

Como cree que lo definen sus pacientes

Concepto	Femenino	Masculino	Total
amable	1	1	2
aceptable	1	1	2
atenta	1	-	1
compañera	2	-	2
comprensiva	1	-	1
confiable	7	1	8
consejera	2	-	2
enfermerita	1	-	1
escucha	1	-	1
metida	1	-	1
pasiva	1	-	1
simpático		1	1
S/D	2	1	3
TOTAL	21	5	26

Concepto	Femenino	Masculino	Total
amable	4.8%	20.0%	7.7%
aceptable	4.8%	20.0%	7.7%
atenta	4.8%	0.0%	3.8%
compañera	9.5%	0.0%	7.7%
comprensiva	4.8%	0.0%	3.8%
confiable	33.3%	20.0%	30.8%
consejera	9.5%	0.0%	7.7%
enfermerita	4.8%	0.0%	3.8%
escucha	4.8%	0.0%	3.8%
metida	4.8%	0.0%	3.8%
pasiva	4.8%	0.0%	3.8%
simpático	0.0%	20.0%	3.8%
S/D	9.5%	20.0%	11.5%
TOTAL	100%	100%	100%

Cree que sus parejas/maridos piensan lo mismo que ellas?

Función	Si	No	S/D	Total
Profesionales	3	1	3	7
No profesionales	11	-	8	19
Total	14	1	11	26

Función	Si	No	S/D	Total
Profesionales	42.9%	14.3%	42.9%	100%
No profesionales	57.9%	0.0%	42.1%	100%
Total	53.8%	3.8%	42.3%	100%

La opinión de sus parejas/maridos influyen en lo que hacen?

Función	Si	No	S/D	Total
Profesionales	1	6	-	7
No profesionales	11	7	1	19
Total	12	13	1	26

Función	Si	No	S/D	Total
Profesionales	14.3%	85.7%	0.0%	100%
No profesionales	57.9%	36.8%	5.3%	100%
Total	46.2%	50.0%	3.8%	100%

De que sexo prefieren a su médico

Función	Femenino	Masculino	Indistinto	Desconoce	S/D	Total
Profesionales	6		1			7
No profesionales	9	1	7	1	1	19
Total	15	1	8	1	1	26

Función	Femenino	Masculino	Indistinto	Desconoce	S/D	Total
Profesionales	85.7%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	100%
No profesionales	47.4%	5.3%	36.8%	5.3%	5.3%	100%
Total	57.7%	3.8%	30.8%	3.8%	3.8%	100%

Aspectos que influyen para que No asistan a las consultas

Aspectos	Frec	%	%
distancia	4	8%	13%
los tratamientos son caros		0%	0%

los tratamientos son dolorosos		0%	0%
movilidad-traslado	5	10%	16%
no tienen tiempo	5	10%	16%
que yo sea varon		0%	0%
siempre tienen que esperar mucho	6	12%	19%
soy demasiado joven/viejo		0%	0%
tienen cuestiones más urgentes	8	15%	26%
otros	3	6%	10%
S/D	21	40%	
TOTAL	52	100%	100%

Aspectos que influyen para que concurren a las consultas

Aspectos	Frec	%	%
el trato que le dispense	2	4%	5%
les genere confianza	10	19%	25%
que la atiende muy bien	5	10%	13%
que las atienda rápidamente	5	10%	13%
que le dedico mucho tiempo	8	15%	20%
que mis tratamientos las curan	1	2%	3%
que mis tratamientos no son dolorosos	2	4%	5%
que siempre les resuelvo el problema	1	2%	3%
que yo sea mujer	5	10%	13%
otros	1	2%	3%
S/D	12	23%	
TOTAL	52	1	1

Cómo considera sus usos y costumbres

	Frec	%
aconseja	1	4%
controla		0%
escucha	6	23%
explica	3	12%
habla	10	38%
les da confianza	3	12%
les brinda tiempo	1	4%
S/D	2	8%
TOTAL	26	100%

Porcentaje de mujeres que se realizan los controles ginecológicos

Función	10-30%	30-50%	50-80%	80-100%	S/D	Total
Profesionales	6	1				7
No profesionales	14	2	1	1	1	19
Total	20	3	1	1	1	26

Función	10-30%	30-50%	50-80%	80-100%	S/D	Total
Profesionales	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
No profesionales	73.7%	10.5%	5.3%	5.3%	5.3%	100%
Total	76.9%	11.5%	3.8%	3.8%	3.8%	100%

Cada cuanto tiempo se los realizan

Función	una vez al año	cada 2-3 años	más de 3 años	imposible calcular	S/D	Total
Profesionales	1			1		2
No profesionales	11	4	1	2	1	19
Total	12	4	1	3	1	21

Función	una vez al año	cada 2-3 años	más de 3 años	imposible calcular	S/D	Total
Profesionales	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	100%
No profesionales	57.9%	21.1%	5.3%	10.5%	5.3%	100%
Total	57.1%	19.0%	4.8%	14.3%	4.8%	100%

Porcentaje que conoce la importancia del papanicolau

Función	10-30%	30-50%	50-80%	Total
Profesionales	4	3		7
No profesionales	10	5	4	19
Total	14	8	4	26

Función	10-30%	30-50%	50-80%	Total
Profesionales	57.1%	42.9%	0.0%	100%
No profesionales	52.6%	26.3%	21.1%	100%
Total	53.8%	30.8%	15.4%	100%

Se lo realiza usualmente

Función	10-30%	30-50%	50-80%	80-100%	Total
Profesionales	5	2			7
No profesionales	13	4	1	1	19
Total	18	6	1	1	26

Función	10-30%	30-50%	50-80%	80-100%	Total
Profesionales	71.4%	28.6%	0.0%	0.0%	100%
No profesionales	68.4%	21.1%	5.3%	5.3%	100%
Total	69.2%	23.1%	3.8%	3.8%	100%

Cada cuanto tiempo se realizan el papanicolau

Función	una vez al año	cada 2-3 años	más de 3 años	Total
Profesionales	7			7
No profesionales	12	4	3	19
Total	19	4	3	26

Función	una vez al año	cada 2-3 años	más de 3 años	Total
Profesionales	100.0%	0.0%	0.0%	100%
No profesionales	63.2%	21.1%	15.8%	100%
Total	73.1%	15.4%	11.5%	100%