

A. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO	Código 16 H 358
---------------------------------------	------------------------

1. Título del proyecto:

Sexualidad y Ciencias Sociales II: discusiones sobre el cuerpo, la violencia y la salud.
--

Directora del proyecto:

Lidia Schiavoni

2. Duración del proyecto:

Inicio:	01/01/2012	Finalización:	31/12/2014
---------	------------	---------------	------------

3. Tipo de proyecto:

	Investigación básica	X	Investigación aplicada		Desarrollo Experimental
--	----------------------	---	------------------------	--	-------------------------

	Código	Nombre
Disciplina científica	3603	Antropología Social
Campo de aplicación	4915	Políticas Sociales

4. Entidad que presenta el proyecto

Organismo	Universidad Nacional de Misiones
Dependencia	Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Unidad Ejecutora	Secretaría de Investigación y Postgrado
Domicilio	Tucumán 1605 - Piso1º
Localidad	Posadas - CP 3300
Tel./Fax	430140
e-mail	secinv@invs.unam.edu.ar
web	http://www.fhycs.unam.edu.ar/content/blogsection/4/170/

5. Localización del proyecto (Lugar de ejecución del proyecto)

Organismo	Universidad Nacional de Misiones
Dependencia	Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Unidad Ejecutora	Secretaría de Investigación y Postgrado
Domicilio	Tucumán 1605- Piso 1º
Localidad	Posadas - CP 3300
Tel./Fax	430140
e-mail	secinv@invs.unam.edu.ar
web: http	http://www.fhycs.unam.edu.ar/content/blogsection/4/170/

6. Dirección del proyecto**a. Directora**

APELLIDO y Nombres	SCHIAVONI, Lidia del Carmen
DNI N°	14.209.437
Domicilio:	Tucumán 1605
Localidad:	Posadas
Tel./Fax:	0376 4430140
e-mail:	lischia05@yahoo.com

<i>Título Grado</i>	Lic. Antropología Social- UNaM	
<i>Título Posgrado</i>	Mgr. Scientiae en Metodología de la Investigación - UNER	
	<i>Código</i>	<i>Nombre</i>
<i>Disciplina Formación</i>	3603	Antropología Social
<i>Actividad académica</i>	3603	Antropología Social
<i>Actividad de investigación</i>	3603	Antropología Social

<i>Categoría de Investigador</i>	II		
<i>Entidad a la que pertenece</i>	Programa de Incentivos a la Investigación		
<i>Unidad Académica</i>	FHCS-UNaM		
<i>Cargo docente</i>	<i>Titular Regular</i>	<i>Dedicación</i>	<i>Exclusiva</i>
<i>Horas semanales dedicadas a investigación</i>	<i>Al proyecto</i>	<i>Otros proyectos</i>	
Hs	20Hs	Hs	

7. Personal afectado al proyecto

<i>APELLIDO y nombres</i>	<i>DNI N°</i>	<i>Título profesional</i>	<i>Cargo Docente</i>	<i>Dedica- ción</i>	<i>Categ Invest</i>	<i>Función en el proyecto</i>	<i>Horas seman Investig</i>
SCHIAVONI, Lidia del Carmen	14.209.437	Lic. Antropología Social	PTI	Ex	II	Directora	20
RAMOS, Jose Miguel	11.403.422	Lic. Antropología Social	PAD	Ex	V	Responsable Area	20
FRETES, Lucía	29.155.758	Lic. Antropología Social	Becaria Conicet			Responsable Area	40
ZOGON, Cecilia	29.010.470	Lic. Sociología	Becaria Conicet			INI	40
VENIALGO ROSSI	29.989.020	Lic. Antropología Social	Adscripta Graduada			INI	10
BERGER, Tobías Miguel	28.337.573	Prof. Biología	JTP	Si	V	INI	5
SPADA, Mariel	30.359.924	Lic. Comunicación Social	Becaria Cedit			INI	40
ANTONIO, Marina	30.255.117	Lic. Psicología				INI	10
ANTON, Mariano	25.579.206	Abogado				INI	10
LABELLA, Augusto Miguel	29.928.331	Est. Antropología Social				AUXad	10
OROZCO JARA, Kriss	18.848.446	Est. Antropología Social				AUXad	10
HASSEL, Ana Lucía	31.471.650	Est. Antropología Social				AUXad	10
MARTINEZ, Stefania	32.561.471	Est. Antropología Social				AUXad	10
RAGA, Mauricio	25.315.511	Est. Antropología Social				AUXad	10
SOSA, Cynthia Gabriela	36.061.962	Est. Antropología Social				AUXad	10
SUIREZS, Vanessa	36412132	Est. Antropología Social				AUXad	10

B. Memoria técnica del proyecto**1. Título de proyecto**

Sexualidad y Ciencias Sociales II: discusiones sobre el cuerpo, la violencia y la salud.

2. Resumen técnico

Nos planteamos profundizar temas iniciados investigaciones anteriores, relacionados con la contribución de las Ciencias Sociales al estudio de la sexualidad. El campo de la sexualidad constituye el plano de reflexión para repensar nuestros aportes, incorporando como nuevas dimensiones analíticas la violencia y la corporalidad. Interesa indagar cómo se orquestan los mecanismos sociales que permiten construir la corporalidad de los sujetos sexuados, así como las formas de violencia que se filtran en el proceso de construcción de las identidades y su repercusión en las prácticas de salud sexual y reproductiva.

Desde una perspectiva constructivista, que supone la activa participación de los sujetos en la dinámica de la vida social (Berger y Luckman 1975, Dubet y Martuccelli 2000) articulamos aportes de Bourdieu (1986, 2000), Csordas (2011) y Foucault (2006, 2007) para analizar la corporalidad, reconociendo diversas formas de ejercicio de la violencia tal como lo plantean Galtung (1995) y Bourgois (2001).

Como estrategia metodológica optamos por un enfoque cuali-cuantitativo. Para recuperar la subjetividad de los agentes sociales, observaciones y entrevistas de diverso tipo constituirán las técnicas de recolección de datos, cuya sistematización e interpretación se hará según géneros y generaciones en diferentes ámbitos de interacción. La revisión de datos estadísticos complementa la descripción del contexto social. Posadas (Misiones) constituye el área de estudio donde seleccionamos tres barrios cuya población pertenece a sectores populares (San Jorge, Santa Cecilia y Yacyretá).

3. Planteo del problema

En esta segunda etapa del Proyecto nos planteamos profundizar temas iniciados en investigaciones anteriores, al mismo tiempo que desarrollar otras perspectivas relacionadas con la contribución de las Ciencias Sociales al estudio de la sexualidad. Se tratará de construir el campo de la sexualidad como espacio de poder desde el cual repensar ese aporte, incluyendo nuevas dimensiones analíticas: la violencia y la corporalidad.

Cada sociedad establece lo permitido y lo prohibido para garantizar la reproducción biológica y social del grupo, asumiendo que se presentan múltiples tipos de relaciones entre sus integrantes. Así las formas de articular los deseos sexuales y la reproducción de los grupos a través de las reglas sociales constituyen la trama de las prácticas socialmente admitidas en el campo de la sexualidad.

La desigual valencia entre géneros, expresada en la dominación masculina; condiciona las relaciones entre varones y mujeres, así como encubre la presencia de otras identidades de género. Al interior de cada colectivo genérico, las diferencias generacionales señalan posiciones jerarquizadas evidenciadas en avasallamientos físicos y simbólicos.

Nos interesa indagar cómo se orquestan los mecanismos sociales que permiten construir la corporalidad de los sujetos sexuados, las diferentes formas de ejercicio de la violencia que se filtran en los procesos identitarios y su repercusión en las prácticas de salud sexual y reproductiva.

La posición en la estructura social no es un dato neutral, sino que se suma la subordinación de clase a la de género; pertenecer a sectores populares coloca a ciertos colectivos en posiciones muy desventajosas tal como lo experimentan las mujeres (adultas, jóvenes y niñas) en el campo de la sexualidad.

Los modos de experimentar los cuerpos, es decir cómo se construye la corporalidad, nos permite reconocer los mandatos sociales efectivizados a través de diversas instituciones sociales (familias, educación, salud) donde las diferencias por géneros y edades resultan significativas. En estos procesos de corporización participan diversas -y muchas veces sutiles- formas de violencia, la experiencia corporizada no se realiza espontánea ni naturalmente sino que es producto de aprendizajes socio-culturales, de acomodamientos de los grupos al orden cultural.

Se reconocen variados tipos de violencia, desde la estructural –que señala la posición en la estructura social- hasta otras casi invisibles como la simbólica o moral. En la dinámica de la vida social, los sujetos van ejerciendo o padeciendo procesos de violencia según las posiciones que ocupan en sus familias, en sus espacios laborales, en sus comunidades. Pero es en las prácticas de salud sexual y reproductiva donde se reconocen con mayor evidencia estas “marcas de la cultura” sobre la sexualidad, a través de los comportamientos que se habilitan y los que se restringen según las identidades genéricas y las etapas del ciclo vital.

Seleccionamos para encarar nuestras indagaciones en el campo de la sexualidad cuatro ejes: la constitución de la corporalidad en diferentes ámbitos (familiar, educativo, sanitario y artístico); las diversas formas de ejercicio de la violencia en la constitución de las identidades genéricas; las decisiones y el acceso a la anticoncepción y, las estrategias de atención y cuidados frente a las infecciones de transmisión sexual (sífilis y VIH-SIDA priorizadas).

4. Palabras claves

SEXUALIDAD - CUERPO - SALUD - VIOLENCIA

5. Objetivos del proyecto

Como el propósito de este proyecto es revisar los aportes de las ciencias sociales en las discusiones en torno a la sexualidad como eje constitutivo de los sujetos sociales, enfatizando en esta etapa las cuestiones relativas a la corporalidad, las formas de violencia y aspectos específicos del proceso de salud/enfermedad/atención relacionados con la salud sexual y reproductiva. Por ello se plantean los siguientes

Objetivos Generales:

1. Describir y analizar los cuerpos como entidades simbólicas en las relaciones sociales.
2. Caracterizar las formas de ejercicio de la violencia en los contextos familiares e institucionales.
3. Revisar las prácticas desplegadas en los sistemas públicos de salud y de educación tendientes a garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Objetivo Específicos:

- 1.1. Revisar las formas de presentación de los cuerpos y su incidencia en los modos de relación que establecen los sujetos en diferentes ámbitos de sociabilidad.
- 1.2. Explorar las prácticas de cuidado y atención de los cuerpos sexuados en diferentes etapas de del ciclo vital.
- 2.1. Reconstruir la trama de relaciones que facilita las prácticas de violencia en el ámbito familiar.
- 2.2. Recuperar las instancias de ejercicio de violencia institucional hacia las mujeres, los jóvenes y las personas con discapacidad.
- 3.1. Analizar las estrategias de cuidado y atención vinculadas a las ITS desde la población usuaria y desde el equipo de salud.
- 3.2. Explorar los modos de encarar la anticoncepción entre mujeres jóvenes, adultas y con discapacidades.

6. Antecedentes del proyecto

En los Informes de Investigación de años atrás, señalábamos que en los diferentes modos de ejercer la sexualidad se advierte cómo las mujeres encarnan estos sutiles pero persistentes dispositivos del sistema patriarcal. Por ello, tratamos de analizar las diferentes formas de apropiación de los espacios de poder que han logrado las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En la primera etapa de este proyecto de investigación se planteaba recuperar críticamente los aportes que, desde distintas perspectivas de las ciencias sociales, se han venido realizando acerca de los estudios de sexualidad y género, colocando como eje de reflexión privilegiado los aspectos que vinculan esta problemática con las políticas públicas en el campo de salud. La revisión de las políticas públicas en el área de la salud constituyó un

vector para acceder a las alternativas que se propusieron desde el Estado, tanto provincial como nacional.

Consideramos en la etapa anterior (período 2009-2011) a la salud como un campo de poder en el cual se desarrollan una serie de luchas tendientes a sostener un determinado esquema de posiciones, donde las mujeres usuarias del sistema público pertenecen a los grupos dominados, sobre las cuales se despliegan estrategias para mantenerlas en su rol genérico tradicional, madres. Las acciones estatales evidencian heterogeneidad entre los agentes que las instrumentan, por lo cual no siempre favorecen el acceso a mejores posiciones de este colectivo a pesar de la legislación vigente.

Pero podemos mencionar también otros proyectos desarrollados en la última década como antecedentes propios del grupo, que fueron cimentando las discusiones que ponemos ahora en juego:

- Proyecto “*Salud Reproductiva, Pobreza y Trabajo: estudio comparativo de familias de sectores pobres urbanos y rurales de Misiones*” (2001 y 2003)¹; a partir del reconocimiento de la incidencia de los ejes trabajo y salud reproductiva en la conformación de las identidades genéricas, se reconstruyeron los modos en que se generaban las mujeres y los varones en contextos de pobreza con singularidades según se tratara de ámbitos rurales y/o urbanos.
- “*Estudio sobre la situación de salud materno infantil en la Región NEA*” orientado hacia la población en situación de pobreza y perteneciente a los pueblos aborígenes (2004)².

La participación en una investigación comparativa de las provincias de Salta, Santiago del Estero y Misiones nos permitió reconocer las singularidades de nuestra provincia en los modos de establecer las prestaciones de salud y cómo ciertas limitaciones en el acceso daban cuenta de los preocupantes indicadores estadísticos (mortalidad materna y mortalidad infantil, tasa de embarazos precoces entre otros).

- “*Vulnerabilidad, desafiliación y exclusión social en un contexto de frontera I: los entrecruzamientos entre lo institucional y lo familiar*” (2004-2005)³, en este proyecto se analizó la incidencia de diversos órdenes institucionales (familiar, educativo, sanitario y religioso) en la construcción de las identidades de los sujetos en un contexto de alta vulnerabilidad social.
- Vulnerabilidad, desafiliación social y exclusión en un contexto de frontera II: *la sexualidad en el campo de la salud*⁴. La primer etapa del proyecto nos permitió

¹ Proyecto financiado por la UNaM, Código 16H/105 en el marco del Programa de Incentivos a la Investigación.

² Convenio Universidad Nacional de Santiago del Estero y el Banco Mundial. Res. Consejo Superior 918/2003.

³ Proyecto financiado por la UNaM, Código 16H/140 en el marco del Programa de Incentivos a la Investigación

⁴ Proyecto financiado por la UNaM, Código 16H/218 en el marco del Programa de Incentivos a la Investigación

cuenta de que la vulnerabilidad no solo se expresa en las condiciones materiales de vida, también en diversos campos de la vida social y particularmente en el campo de la salud.

Así advertimos como las diferencias entre usuarios y prestadores -en cuanto a saberes y representaciones sociales acerca de la sexualidad - profundizaban las situaciones de vulnerabilidad. El ocultamiento de la sexualidad como eje estructurante de los sujetos sociales imposibilita su tratamiento explícito y por ello distorsiona discursos y prácticas. Al acatar los discursos hegemónicos con sesgo patriarcal, subordinación de las mujeres ante los varones, se habilita el ejercicio de prácticas violentas -tanto físicas como simbólicas- hacia las mujeres. La influencia del discurso médico es potente, y también se multiplica a través del sistema educativo y los medios de comunicación social que inciden en la conformación de las representaciones sociales de los sujetos. De allí derivamos a profundizar de qué modo la sexualidad en tanto dimensión constitutiva de los sujetos sociales, era abordada desde las Ciencias Sociales, surgiendo así esta línea de trabajo que se inicia con el proyecto

- “*Sexualidad y Ciencias Sociales I: aportes al campo de la salud*” (2009-2011) a través del cual se revisaron las políticas públicas provinciales y nacionales en el área de la salud para ver las diferentes formas de apropiación de los espacios de poder por parte de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales.

Estas investigaciones fueron consistentes en mostrar la correspondencia de las políticas estatales con el orden patriarcal, incluso con posterioridad de la sanción de un conjunto de regulaciones legales que tienden a limitarlo y a pesar de la asignación de recursos para programas que apuntan al ejercicio de los derechos sexuales y conceptivos.

Con todo, debe subrayarse que muy recientemente se han sancionado otros dispositivos jurídicos que, al menos desde una instancia formal, introducen nuevos elementos para el análisis y el abordaje de la sexualidad, las relaciones de género y de violencia. Orientadas prioritariamente al colectivo femenino, este conjunto de normativas apuntan a mejorar su posicionamiento en la toma de decisiones con relación a sus proyectos de vida, aunque las evidencias empíricas reunidas señalan serias diferencias en los modos en que las mujeres conocen y actúan sus derechos. Nos referimos sucintamente a la Ley 26.618, conocida como Ley de Matrimonio Igualitario, reglamentada por Decreto 1054/10, la Ley 26.485 contra la violencia de género y la Ley 26.364, de Prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas. Se discute actualmente un nuevo ordenamiento del Código Civil que traerá importantes modificaciones en la vida cotidiana.

Nos interesa en esta segunda etapa profundizar aspectos que se revelaron como interesantes en el abordaje de las políticas sociales en tanto vectores empoderantes de las mujeres en el campo de la sexualidad. Como ya señalamos, la distancia entre lo que se

promulga en las leyes y propuestas programáticas y las prestaciones en el campo de la salud sexual da cuenta de la insuficiente apropiación de sus derechos de parte del colectivo femenino. Por ello elegimos dos dimensiones claves, la corporalidad y la violencia, para reconocer de qué modo inciden en la constitución de las identidades genéricas y se las percibe en las prácticas en salud sexual y reproductiva.

7. Justificación

Situar nuestras reflexiones en el campo de la sexualidad, nos ha obligado a reconsiderar la oposición naturaleza/cultura. Las relaciones entre la Antropología y la Biología no siempre tuvieron las mismas características y han variado según las temáticas. En las cuestiones de sexualidad, por ejemplo, podemos reconocer a lo largo del siglo XX una etapa inicial de sumisión de los antropólogos ante los planteos de los biólogos, donde el discurso socio-cultural permitió dar cuenta de la diversidad humana, justificando desde la artificialidad de la cultura, su variabilidad sin indagar profundamente en los límites de los efectos biológicos. En una segunda etapa, la regularidad de ciertas prácticas sociales condujo a recuperar los condicionantes biológicos como explicación de su recurrencia ante la diversidad de otros rasgos (ambiente, formas de producción, etc.). Quizás en este momento nos hallamos ante el reconocimiento de la mutua imbricación entre los procesos biológicos y los socio-culturales y podamos construir conjuntamente miradas más complejas sobre estas temáticas (Nieto 2003).

Los múltiples aspectos que se involucran en la sexualidad muestran su complejidad como área de conocimiento: conjunción de cuestiones biológicas y socio-culturales. Como dimensión constitutiva de los seres humanos permea nuestra existencia definiendo oportunidades y elecciones, desde la construcción de nuestra identidad a la posibilidad de proyectarnos en otros seres humanos, reproducirnos; establece nuestra condición de sujetos sexuados, por lo tanto, nuestro lugar en el mundo. Adoptamos como definición de qué se entiende por sexualidad la propuesta por Rival, Slater y Millar quienes señalan:

“La sexualidad es: 1) fundamentalmente una construcción y una contingencia; 2) está formada por el orden jerárquico de las normas sociales dominantes, y también por los discursos ideológicos y opresivos de la ciencia moderna; pero también 3) está reinventada por sujetos totalmente individuales constituidos a través de sus deseos sexuales, que pueden resistir el poder de tales construcciones discursivas, formar nuevas comunidades sexuales, forjar subculturas liberadoras, y definir sistemas de valores que respetan la diversidad y las opciones”. (Rival, L. Slater, D. y Millar, D. 2003:53).

En el sexo se expresan las diferencias de orden biológico, en tanto que mediante la categoría de género se pretende desentrañar los factores que materializan las desigualdades entre mujeres y varones, subrayando el carácter jerarquizado y

culturalmente construido de las relaciones entre los sexos. La categoría de género se encuentra implicada en aspectos normativos (doctrinas religiosas, teorías científicas, regulaciones jurídicas y políticas), en instituciones y organizaciones sociales (el sistema de parentesco y la familia, el mercado de trabajo e instituciones educativas) y en las subjetividades individuales y colectivas. Joan Scott señala que las relaciones genéricas se materializan en instituciones, símbolos, subjetividades y mitos culturalmente disponibles mediante los cuales se evocan múltiples representaciones de la diferencia entre lo femenino y lo masculino.

El sistema teórico sexo-género fue puesto en discusión por diversas corrientes de pensamiento que buscan explicar las diferencias entre mujeres y varones a partir del análisis de los comportamientos sexuales. Buscando captar esta diferencia en términos dialécticos Monique Wittig señala que “no hay ningún sexo. Sólo hay un sexo que es oprimido y otro que oprime. Es la opresión la que crea el sexo, y no al revés. Lo contrario vendría a decir que es el sexo lo que crea la opresión, o decir que la causa (el origen) de la opresión debe encontrarse en el sexo mismo, en una división natural de los sexos que preexistiría a (o que existiría fuera de) la sociedad” (Wittig M:22:2006).

La estandarización y la fijación que sufren los roles genéricos, las formas de ser y la naturalización de la cultura crean y refuerzan patrones, formas rígidas y estereotipadas en torno a la figura de la mujer y el varón; estos ordenamientos jerárquicos imponen al mundo estructuras de poder, así se naturalizan posiciones y roles, “los géneros constituirán, desde este punto de vista, transposiciones del orden cognitivo al orden empírico” (Segato 2003:57).

Definir qué es lo normal, qué es lo femenino o lo masculino y cuántas otras alternativas otorgamos a las identidades genéricas es una lucha de intereses, se trata de imponer “el orden social”. Y en las sociedades complejas, un agente social potente desde su formación es el Estado, garante y responsable del bienestar y la reproducción biológica y social de los grupos. La red institucional montada en pos de alcanzar estos objetivos – expresada en normas y leyes así como en prácticas sociales- se advierte, precisamente cuando encaramos la revisión de los modos de construir las identidades genéricas y de garantizar los derechos sexuales y reproductivos. Pero el estado no es una entidad monolítica, otros intereses se articulan para orientar los comportamientos sociales, iglesias, corporaciones profesionales –médicas particularmente en nuestro caso-, empresas; así la sanción de las leyes constituye un indicio de la lucha de intereses por fijar límites entre lo permitido y lo prohibido. La puesta en práctica de los contenidos legislativos evidencia otro plano de puja entre intereses, donde los discursos

institucionales de orden intermedio también juegan un papel relevante, y más aún en la cotidianeidad de la vida de los sujetos.

La sexualidad como campo de poder

Abordar como cuestión de fondo la problemática del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tantas veces violentados por las instituciones de salud, así como orientados y dirigidos por otros órdenes institucionales como el familiar, el religioso y el educacional nos llevó a plantear la sexualidad como un campo de poder en términos *bourdieanos*. Para que el juego de la vida social se desarrolle, se requieren coordinación y ajustes entre las prácticas de los sujetos participantes; en un campo de poder reconocemos la trama de posiciones que diferencia a los grupos dominantes de los grupos dominados, ésta responde a las trayectorias que han ido trazando los agentes interesados. El mayor poder que detentan algunos agentes está dado por la estructura de capital que han logrado constituir, donde en este caso particular, la condición de género potencia a los varones sobre las mujeres y a éstas sobre otras identidades genéricas, por ejemplo. Pero también se juega el capital económico y cultural acumulado, ya que los grupos más desfavorecidos en términos de ingresos se ven limitados en el acceso a los recursos. La información y los conocimientos disponibles constituyen parte de lo que portan los “especialistas” en este campo para definir lo masculino y lo femenino o lo vinculado al placer y a la reproducción, se trate de equipos de salud, educadores o integrantes de cultos religiosos.

El capital simbólico que han acumulado los médicos en estos últimos dos siglos es equivalente al que fueron perdiendo los religiosos, pero también advertimos que se han ido gestando otro tipo de especialistas, como por ejemplo los educadores, que se sienten habilitados a definir lo adecuado o inadecuado, lo correcto y lo incorrecto. También advertimos que otros agentes han ido perdiendo posiciones, nos referimos a los adultos integrantes de los grupos familiares quienes fueron despojados paulatinamente de sus cuotas de poder con el proceso de medicalización de la sexualidad y más aún cuando ésta se define en los “contenidos curriculares”; la defensa de las iglesias como referentes morales para dirimir en este campo constituye un débil remanente del poder que han ostentado siglos atrás, que sólo ha quedado infiltrado en las tradiciones familiares.

La riqueza analítica que se nos abre a partir del enfoque de Bourdieu es amplia. Se trata de analizar a partir de diferentes anclajes empíricos, la lógica de las prácticas de los agentes según sus esquemas de percepción y acción (Bourdieu 1996), en nuestro caso tomando como referentes empíricos mujeres y jóvenes en sus procesos de corporización y construcción de identidades; reconocer cuáles son las prácticas que ponen en riesgo su salud o la de su grupo y las lógicas en juego en diferentes contextos, sea familiar, educativo

Sexualidad y Ciencias Sociales II. Lidia Schiavoni

o sanitario, entre otros. Las evidencias reunidas en anteriores estudios muestran que se posibilita la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos pues se generan condiciones asimétricas en los intercambios simbólicos.

Como el orden social no es una abstracción sino un modo de articular los principios que orientan las prácticas sociales en un momento histórico y en un espacio territorial, es un orden impuesto, producto de luchas entre diversos grupos con intereses contrapuestos, donde la superioridad de unos instala frente a otros “el orden”, uno entre varios posibles. Así en el campo de la sexualidad, las luchas entre quienes defienden las prácticas sexuales sólo para la reproducción se enfrentan a quienes las plantean orientadas al placer, la reproducción de la especie se impuso durante siglos sobre el disfrute sexual. Discusión que se ve actualmente relativizada ante los recursos tecnológicos que pueden garantizar la reproducción de la especie humana sin que medien relaciones heterosexuales, pero que de igual modo no alcanzan a legitimar otras identidades sexuales y otras formas de reproducción biológica. Por ello decimos que el orden social es arbitrario, artificial, cultural, sustentado en acuerdos que se aceptan y reconocen, y por lo tanto se legitiman; así se establecen determinadas identidades de género, o se definen situaciones de interacción como expresión de la violencia en relación con las normas y costumbres de una sociedad dada en un momento histórico determinado.

La sexualidad es una evidencia de las posibilidades de la cultura para orientar los instintos y modelar los comportamientos, definir lo permitido y lo prohibido, lo habilitado y lo inhabilitado. Los aspectos a tener en cuenta para equilibrar las posiciones genéricas en el plano de la sexualidad y devolver a las mujeres y a los jóvenes parte de su cuota de poder, toman de sorpresa tanto a los docentes, como a los prestadores en los servicios de salud o a los propios progenitores en los grupos familiares. Y sorprenden las acciones implementadas, se intenta mantener la sexualidad como una dimensión oculta, negada o minimizada. Así “otras” formas de vivir la sexualidad –todo lo que escapa a lo heteronormativo- plantean alternativas que entorpecen el orden establecido, y ponen en tensión los principios socio-culturales que pautan nuestras prácticas sexuales. Acciones tan elementales como el derecho a disfrutar las relaciones sexuales son negadas a los jóvenes cuando se entorpece su acceso al sistema de salud, o a la información básica para evitar infecciones de transmisión sexual y embarazos.

Podemos hacer una analogía entre el campo de la sexualidad y el campo médico a partir de R. Castro (2011), en su caracterización evidencia las contradicciones discursivas y operativas que dan cuenta de las luchas de intereses entre los participantes:

“El *campo médico* presenta una paradoja crucial: por una parte, las instituciones públicas de salud son un *espacio de ejercicio de la ciudadanía*, en tanto que constituye un derecho social el acceso a ellas; pero por otra parte, la

participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura *disciplinaria* diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la *obediencia* y la *conformidad* de las usuarias con los dictados del poder médico” (Castro R. :134:2011).

El reconocimiento de la sexualidad desde una perspectiva socio-cultural supone recuperarla como una dimensión vital en la constitución de los sujetos sociales, su consideración en el plano asistencial constituye un aporte para la construcción de otros tipos de relaciones entre equipo de salud y usuarios. Y no sólo tendremos que reubicar a la sexualidad en el contexto socio-cultural, sino también al sistema de atención bio-médico como uno de los sistemas médicos posibles⁵.

Reconocidos como sujetos corporizados y con diferentes condiciones de géneros, lo sexual se instituye como el componente “natural”, biológico, que nos define en esta clasificación. Pero no se trata del sexo genital sino de nuestra ubicación en una matriz jerárquica cuyos extremos pueden ser mujeres y varones, pero que incluye variadas alternativas y combinaciones, antes negadas y ahora paulatinamente reconocidas y habilitadas.

Las mujeres de sectores populares como un colectivo subordinado

El colectivo femenino constituye un conjunto clave para observar los juegos de poder en el campo de la sexualidad, lo seleccionamos por su condición de género dominado así como potenciamos la mirada en los grupos jóvenes porque las diferencias inter-generacionales también instalan a éstos como subordinados frente a los adultos. Pero además ajustamos la atención sobre los sectores populares, con limitado acceso de los recursos económicos lo cual potencia su condición de vulnerabilidad.

Las mujeres de los sectores populares se presentan así como un colectivo particularmente vulnerable: por su condición de género, por ser las principales víctimas de la violencia sexual, por su acceso limitado a la educación, por las restringidas oportunidades laborales, y fundamentalmente por la vigilancia que se ejerce sobre su sexualidad. Vigilancia en la cual el Estado –en sus diferentes niveles y ámbitos- tiene un rol protagónico con mensajes contrapuestos.

La vulnerabilidad indica una situación de precariedad e indefensión, expresada en la posición de clase, reforzada por la condición de género y eventualmente también por su edad. Por ello, la restricción de la sexualidad a lo reproductivo en el ámbito de la salud constituye una expresión más de la vulnerabilidad de las mujeres pobres, denota una mayor

⁵ Desde la Antropología Médica se han analizado diversos sistemas para atender al proceso salud /enfermedad, reconociendo que los grupos sociales utilizan variados sistemas en forma complementaria o alternativa.

dominación y sujeción. “La paradoja de la sujeción (assujettissement) es precisamente que el sujeto que habría de oponerse a tales normas ha sido habilitado, si no ya producido, por esas mismas normas” (Butler, J:2005:38). Al ocultar estas cuestiones vinculadas con la sexualidad en la salud colectiva, se distorsiona en discursos y prácticas la posibilidad de abordarla explícitamente, a tiempo se la niega como eje que estructura las identidades de los sujetos sociales.

También en el ámbito educativo, la sexualidad ha sido negada y ocultada, la visibilidad que se impone a partir de las leyes de educación sexual integral⁶, dan cuenta del poder del sistema escolar para administrar conocimientos e información: recién ahora niños y jóvenes son reconocidos como sujetos sexuados.

La persistencia del sistema patriarcal se hace asimismo evidente en el espacio familiar donde las mujeres siempre aportaron trabajo doméstico y extra-doméstico pero su consideración aún es limitada e incipiente. La naturalización de los procesos de violencia de diverso orden han constituido a las mujeres en agentes sumisos y obedientes, reproductores de su subordinación; su reposicionamiento exige cambios en sus modos de percibir y actuar en el mundo.

Por ello, la vulnerabilidad estructural de las mujeres en el campo de la sexualidad se relaciona prioritariamente con el lugar de subordinación de género que ocupan y el desigual poder de negociación que de él se deriva. Esta situación se expresa en múltiples aspectos: en su ausencia en los espacios de toma de decisiones, en una inequitativa distribución de los recursos alimenticios, en la violencia de género que experimentan en la vida cotidiana, en las dificultades que tienen para imponer el uso del preservativo que permitan prevenir ITS y VIH, entre muchos otros.

Sujetos corporizados: sexo y condición de género

Elegimos la corporalidad como una dimensión clave que condensa la cuestión biológica y cultural atrapada en la individualidad de los sujetos, así los cuerpos al desarrollarse pasan por una serie de etapas propias de su condición de organismos biológicos pero se ven encorsetados por las pautas culturales.

El cuerpo como objeto de estudio, soporte material de diversos significados culturales, es rescatado desde la Antropología en diversas áreas como salud, género, simbolismo; nos vuelve hacia cuestiones básicas de las reflexiones disciplinares: ¿cuáles son los límites entre la naturaleza y la cultura? Reflexiones que señalamos antes al plantear

⁶ Ley de Educación Sexual Integral, nacional N° 26.150 sancionada en 2006 y provincial N° 4410 sancionada en 2007.

las relaciones entre Biología y Antropología al inicio de este apartado. Los cuerpos como productos biológicos y culturales merecen -en términos de Marcel Mauss - ser analizados desde una mirada anatómico-fisiológica tanto como psicológica y social, pues condensan cuestiones de muy diverso orden.

Al considerar las técnicas corporales, Mauss ([1930]1991) plantea que el cuerpo humano es un cuerpo domesticado, educado según las técnicas de la “educación física” y que en cada cultura se establecen criterios para adaptar esos cuerpos a los estilos culturales, se los carga simbólicamente de diversos modos. Así destaca las diferencias entre los cuerpos femeninos y los cuerpos masculinos impuestas desde el “modelaje” socio-cultural, señala técnicas corporales diversas según las etapas de la vida, las enseñanzas y prescripciones a los niños, a los jóvenes, a los adultos, a los ancianos. También reconoce variedad en las formas de inculcar y transmitir estas técnicas y nos alerta sobre su clasificación según las habilidades a desarrollar (fuerza, elegancia, gracia, esbeltez, etc.).

Autores más recientes, tanto desde la Sociología como desde la Antropología, se han ocupado de enfatizar esta manipulación socio-cultural sobre la estructura biológica, y sobre todo advertir acerca de la intencionalidad de inculcar ciertas prácticas que expresan aún más la discriminación de género soportada por las mujeres. Así señala M. L. Esteban (2004) “...el cuerpo que somos está efectivamente regulado, controlado, normativizado, condicionado por un sistema de género diferenciador y discriminador para las mujeres, por unas instituciones concretas a gran escala (publicidad, moda, medios de comunicación, deporte, medicina...). Pero esta materialidad corporal es lo que somos, el cuerpo que tenemos, y puede ser (y de hecho lo está siendo) un agente perfecto en la confrontación, en la contestación, en la resistencia y en la reformulación de nuevas relaciones de género...” (Esteban 2004:42).

El cuerpo tiene una forma física perceptible que produce impresión, que expresa el ser profundo y constituye un lenguaje de la identidad social, que se naturaliza y se legitima en un producto social. La mirada hacia el cuerpo –propio y de los otros- no es ni universal ni abstracta, es social; se reconocen categorías de percepción (torpeza–soltura; alto-bajo; gordo- flaco) compartidas. El cuerpo expresa la relación con el mundo social (Bourdieu, 1986), es algo más que el soporte material de nuestra individualidad, nos representa empíricamente como personas, como sujetos sociales.

Como señala Le Breton (2002), los sujetos sociales no son producto de sus cuerpos sino que ellos mismos producen las cualidades de sus cuerpos en interacción con los otros y en su inmersión en el campo simbólico. El concepto de *Hexis* (Bourdieu 1986) es clave para comprender la presentación de estos cuerpos, sus movimientos y sus posturas. El modo en que portamos nuestros cuerpos no depende solamente de sus características biológicas sino de cómo los vamos domesticando a lo largo de la vida para adecuarlos a las expectativas

sociales incorporadas, convertidas en disposiciones permanentes, aprendidas por categorías de percepción y sistemas sociales de clasificación .

La corporeidad se construye socialmente. “Las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de esta última de una definición de la persona” (Le Breton, 2002:13). En nuestras sociedades, se torna más que evidente esta construcción histórico-social de los cuerpos, sobre todo desde el Estado a través de las políticas implementadas. El “tratamiento”, la adecuación y generación (desde la ciencia médica, genética, etc.) y el manejo de la reproducción señalan diferentes miradas sociales sobre los cuerpos, que se instituyen como normas.

La concepción del cuerpo que se admite con más frecuencia en las sociedades occidentales encuentra su formulación en la anátomo-fisiología, que proviene de la Biología y la Medicina. Esta noción está basada en una concepción particular de la persona que le permite decir al sujeto “mi cuerpo”, utilizando como modelo el de posesión, y actúa como un factor de individuación: “solo puede pensarse en estructuras en la que los hombres están separados unos de otros, el hombre está separado del cosmos, de los otros y de sí mismo, el cuerpo marca la diferencia entre un hombre y otro” (Le Breton 1995:14).

Encontramos sin embargo, que a pesar de esa concepción biologizante del cuerpo, no todos los sujetos construyen idénticas imágenes de sus cuerpos, ya que las representaciones sobre la sexualidad, las valoraciones, construcciones e imágenes que existen sobre el cuerpo están condicionadas por factores sociales, culturales, políticos y económicos. Según la condición social de los agentes y su capacidad de adecuación o resistencia, se advierte la diferencial incidencia de aspectos tales como educación, vivienda, alimentación, sistema de salud, pero también de lo afectivo y relacional, regidos por pautas históricas y culturales propias de cada sociedad.

La corporalidad (*embodiment*) se construye sobre un sustrato biológico – el cuerpo- que adquiere sentido al ser percibido por el sujeto, esta “experiencia corporizada” es clave para analizar la participación humana en el mundo cultural (Csordas 2010). La objetivación del propio cuerpo permite el reconocimiento de la corporalidad de los demás, fundamentales en las interacciones sociales.

En el campo de la sexualidad, numerosas entradas desde la corporalidad dan cuenta de la lucha de intereses, desde la propia conceptualización de los cuerpos hasta los usos y cuidados prescriptos y habilitados. Los cuerpos femeninos “entregados” a la maternidad constituyen una evidencia de la apropiación social de la individualidad de las mujeres, el rol materno está por sobre su persona; el mandato patriarcal del rol mujer-madre continúa vigente no solo en el colectivo femenino sino sobre todo en el aparato institucional del Sexualidad y Ciencias Sociales II. Lidia Schiavoni

sistema de salud (Anger 2005). Las mujeres como seres sexuados, están sujetas a control social e institucional, ya que las prescripciones, imposiciones y normas en general apuntan a vigilar especialmente el cuerpo femenino, como cuerpo exclusivo para la reproducción.

Las dificultades en la promoción del uso de métodos anticonceptivos confirman la pugna entre intereses en el control de la fertilidad, pues aunque se presenta como “un tema de mujeres” sigue dominado por la lógica masculina: desde la falta de respeto hacia la elección del método que ellas proponen hasta el acceso regular a los servicios expresan cuán superficial es la intención de permitir a las mujeres “elegir” cuándo y cómo ejercer la maternidad. El “fracaso” de los métodos, que puede resultar en embarazos inesperados o en abortos de riesgo, no responde precisamente a la escasa responsabilidad de ellas sino más bien a un orquestado sistema de restricciones del libre ejercicio de su sexualidad evidenciado en la información restringida, limitada autonomía para decidir, entre otros (Schiavoni 2010).

La concepción fragmentada del cuerpo que impone el sistema de salud es acatada por las mujeres, ya que la palabra del médico aparece como “indiscutible”, someten sus cuerpos con obediencia a las prácticas médicas (Schiavoni y Fretes 2010). Así, los sujetos a través de sus cuerpos dóciles se transforman en instrumentos de la dominación, dominación de unos saberes sobre otros, de los de la medicina bio-científica sobre los de la medicina casera o popular. Estos cuerpos dóciles son cuerpos disciplinados, domesticados, se adecuan a las exigencias del sistema de prestaciones, se comportan “adecuadamente” (Nievas 1998).

Nos interesa en esta etapa del proyecto abordar la corporalidad de las mujeres jóvenes y adultas en el ejercicio de sus relaciones de pareja (desde el inicio sexual, prácticas violentas, hasta el contagio de infecciones transmisión sexual), también interesa indagar acerca de cómo los jóvenes, experimentan su corporalidad en el ámbito educativo y artístico.

Las prácticas de violencia: unas reconocidas y otras ocultas

La violencia hacia las mujeres, a pesar de la legislación vigente, se halla tan naturalizada que a ellas mismas les cuesta reconocerla pues son múltiples y diversos los modos de ejercer violencia sobre éstas, y los escasos aportes del orden institucional para registrar y actuar.

Los hechos o procesos de violencia que sorprenden son aquéllos cuyas evidencias empíricas resultan más contundentes: violaciones, asesinatos, maltrato físico y golpizas. Pero tan o más preocupantes son los procesos de violencia psicológica, moral o simbólica

que pasan desapercibidos hasta para las propias víctimas y resultan más perniciosos porque al no visualizarse se naturalizan e internalizan como lo “esperable”, lo “normal”.

En el proceso de construcción de los roles de género, se ejercen diversas formas de violencia estructural (Galtung 1995) y simbólica (Bourdieu 2000, Segato 2003) que van modelando las identidades. La naturalización de los procesos de violencia transforma a las mujeres en reproductoras de su propia dominación, el sistema patriarcal les restringe los espacios de reflexión para superar este posicionamiento.

El género constituye un eje clave para comprender las diferencias jerárquicas entre varones y mujeres que pretenden justificar los procesos de violencia dada la sorprendente y perdurable sumisión de las mujeres ante la dominación masculina (Bourdieu 2000). Para dar cumplimiento al esquema jerárquico inter-géneros vigente las propias mujeres se ven involucradas en el maltrato hacia sus hijas y en la reproducción de la violencia.

Rita Segato (2003) señala que toda violencia -no importa qué manifestación presente- se origina en la necesidad de mantener la dominación de los varones sobre las mujeres, instalando una situación de desigualdad y subordinación de unas frente a otros. Su rastreo desde los mitos de diversos grupos tribales hasta sus análisis de los estudios científicos sobre formas de violencia en las sociedades actuales y sus indagaciones en el campo psicoanalítico, la han llevado a sostener que la desigualdad original entre varones y mujeres sustentada en la supremacía del varón no tiene justificación racional alguna, por ello requiere ejercer múltiples y diversos mecanismos de sujeción para mantener esta subordinación de poder masculino-femenino.

La violencia está tan entrelazada en la cotidianeidad de la vida social que resulta difícil hacerla evidente, parece ser un fenómeno natural, normal, posible en nuestras sociedades. Para ingresar a la lógica social que oculta estos procesos de violencia y diferenciar los intersticios en la trama cultural que los posibilitan, necesitamos comprender de qué modo se perciben los procesos de violencia y cuáles son las condiciones estructurales que facilitan o permiten su ocurrencia.

Los dispositivos más insólitos y sutiles se han implementado e implementan cotidianamente para fijar esta subordinación y quitar de la discusión la diferencia de poder y jerarquías entre los géneros. Los aspectos biológicos adquieren mayor o menor envergadura según las argumentaciones teóricas, pero nunca dejan de constituirse en el eje sobre el cual pivotan las categorías de género, sean dos o más (Piscitelli 1995). Las variadas formas de expresión de la violencia en las sociedades constituyen modos de actualización de esta violencia originaria o estructural, que según los contextos adquiere presentaciones propias. Fenómenos como la “feminización de la pobreza” constituye una expresión de la desigualdad estructural entre países centrales y periféricos; del mismo modo las violaciones masivas a Sexualidad y Ciencias Sociales II. Lidia Schiavoni

las mujeres posteriores a las contiendas bélicas sin importar las edades, ponen en evidencia venganzas ejemplificadoras de quienes detentan el poder ante los propios varones vencidos como ante sus compañeras.

La violencia se presenta de diferentes modos, Bourgois (2001) plantea tomando como referentes a Galtung (1995), Bourdieu (1992 y 2000) y Schepers-Hughes (1992), la siguiente tipificación que nos resultará útil para encarar el abordaje del plano empírico. Define a la *violencia política* como la que se ejerce directa y decididamente en nombre de una ideología política, o de un estado tal como la represión física ante el disenso ejecutada por el ejército o la policía, o la lucha armada popular contra un régimen represivo. La *violencia estructural* vinculada a la organización político-económica de la sociedad que impone condiciones de malestar emocional y físico; se arraiga en el nivel macro, en estructuras como los desiguales términos internacionales del comercio y se expresa localmente en mercados de trabajo expulsivos, arreglos de comercialización y monopolización de servicios. El concepto de la *violencia simbólica* pone al descubierto cómo opera la dominación desde un nivel íntimo, a través del autoreconocimiento de las estructuras de poder por parte del dominado quién coadyuva a su propia opresión dado que percibe y juzga el orden social a través de las categorías de los dominantes que naturalizan la opresión. La *violencia cotidiana* o de “todos los días” llama la atención en un nivel más fenomenológico, actúa sobre las contiendas pequeñas y los invisibles genocidios que afectan a los más pobres del mundo, alude a la violencia diaria que confluye con la violencia estructural e institucional. Son las prácticas rutinarias de la agresión interpersonal que sirven para normalizar violencia en el nivel micro tal como los conflictos domésticos y sexuales, reproduciendo en pequeña escala las agresiones y opresiones de los más ricos hacia los más pobres, de los varones hacia las mujeres, de los adultos hacia los niños y niñas, etc.

Al revisar la conceptualización de Segato acerca de la *violencia moral* advertimos que ésta se relaciona con el concepto de violencia simbólica propuesto por Bourdieu- y mencionado más arriba- en tanto recupera de la rutina de la vida social los elementos que consolidan las diferencias y las jerarquías entre los géneros. Y al ser considerada una forma de violencia que se mimetiza en la cotidianeidad de la vida social, cuyos efectos no se perciben en forma directa pero sus marcas son más profundas y sus consecuencias más difíciles de tratar, se aproxima a esa violencia cotidiana conceptualizada por Schepers-Hughes que facilita su naturalización por parte de las propias víctimas y de quienes las rodean –sean sus familiares directos, agentes policiales, docentes, integrantes del equipo de salud-. La escasa percepción de los daños ocasionados por este trabajo permanente y sistemático de dominación de varones sobre mujeres y de adultos sobre niños y niñas, constituye uno de los mayores obstáculos para prevenirla pues impide la discusión de la desigualdad y la explotación. Las propias víctimas no se reconocen como tales pues lo

Sexualidad y Ciencias Sociales II. Lidia Schiavoni

esperable es su sujeción y obediencias aún a costas de su propio bienestar (Schiavoni 2012).

Otras formas de tipificar la violencia enriquecen la lectura del nivel empírico, por ejemplo el concepto de *violencia sexual* que según Chejter (2007) incluye violaciones sexuales, acoso sexual, prostitución, abusos sexuales y femicidios, tanto en el ámbito público como privado, dado que no hay una sola forma de dañar; por ello coexisten acciones que pueden ser tanto de violencia física, emocional, psicológica, sexual, económica o patrimonial. Y si lo articulamos con el de *violencia de género*, advertimos que ésta se presenta junto con otras formas de violencia: la étnica, de clase, económica, institucional, cultural, religiosa, entre grupos en conflicto, etc. entrelazando las diversas formas antes puntualizadas.

Este recorrido por diversas conceptualizaciones de la violencia pone en evidencia las múltiples formas de expresarse y los diversos efectos que genera. Conviven y se suman diversas formas de violencia en el campo de la sexualidad para ejercer el dominio sobre las mujeres ya sea enfatizando su rol reproductivo, o exponiéndolas como objetos para generar placer masculino (explotación sexual y prostitución).

La violencia se corporiza no solo en las marcas físicas de los cuerpos maltratados sino también en la memoria sensorial que registra la experiencia subjetiva y colectiva; dificultades en las relaciones de pareja, para transmitir sus emociones y brindar afecto son parte de las secuelas de los procesos vivenciados por las mujeres víctimas de violencia desde su más temprana infancia. La revisión de cómo se gestan y articulan los procesos de violencia en el ámbito familiar e institucional para garantizar su sumisión al sistema patriarcal será otro de nuestros ejes para abordar el plano empírico.

Estrategias de autocuidado y atención: las infecciones de transmisión sexual

Para los propósitos de este eje, el concepto de riesgo –objeto privilegiado de la epidemiología- adquiere una importancia crucial, en tanto que constituye un aspecto central de los discursos y prácticas médicas orientadas a las infecciones de transmisión sexual. Naomar de Almeida Filho, en un lúcido trabajo de deconstrucción del concepto del riesgo, distingue tres campos discursivos en los que opera, el social, el epidemiológico y el clínico (Almeida Filho 2000). Sobre determinadas cuestiones, estos tres discursos se encuentran intrínsecamente relacionados, en tanto que ciertos dispositivos que emergen de uno de ellos son reapropiados y redireccionados por los restantes.

Corresponde aclarar que en sus usos cotidianos *riesgo* refiere a una experiencia individual y colectiva, en tanto que para las prácticas y saberes clínicos y epidemiológicos

del modelo médico vigente, la noción de riesgo asume un carácter pretendidamente técnico y neutral. En su uso cotidiano, riesgo alude a la percepción de un peligro real o potencial, es decir que reúne simultáneamente al peligro con la posibilidad de peligro, asimilando significados diferentes. Cuando es retomada desde distintas perspectivas del campo médico, la noción arrastra esta ambigüedad de modo tal que implica identificación de las causas con los efectos del riesgo.

Para Almeida Filho, cuando los significantes sociales sobre el riesgo en su empleo cotidiano son retomados por el discurso médico conservan este carácter polisémico e inconsistente. Asimilando la entidad y la potencialidad del riesgo, la ambivalencia vuelve a aparecer en el discurso clínico, bajo la forma de identidad entre riesgo y factor de riesgo. Se trataría –de acuerdo con este autor - de un proceso de reificación no del todo explicitado que opera en los discursos y prácticas médicos.

Cuando esta incoherencia en la noción de riesgo es retomada por el discurso clínico, es decir, cuando pasa del campo estrictamente epidemiológico al de la práctica médica y la mirada clínica, la noción de riesgo que se sustentaba en la probabilidad estadística de los grandes números, se transforma en riesgo individual, lo cual permite –según entiende nuestro autor- “suprimir” al sujeto que lleva a cabo el examen clínico y a su “objeto”, el paciente.

Sin embargo, la inconsistencia más importante del discurso clínico basado en la noción de riesgo no proviene de su matriz epidemiológica, sino de su apropiación del sentido común, cuando define a los individuos y grupos *bajo riesgo*. En buena medida, para la práctica clínica, integrar un grupo definido como *de riesgo* o presentar cierto *factor bajo riesgo*, significa estar *bajo riesgo* es decir que reúne el riesgo con el factor de riesgo, el efecto con su determinante. Estar *bajo riesgo* implica transformar el atributo de una persona o de un grupo en un signo o síntoma susceptible de análisis clínico, es decir que por este corrimiento del sentido que nos lleva de potencialidad del riesgo a su cuadro clínico, toda la realidad es groseramente reificada. “Ahora se diagnostican factores de riesgo como si fueran enfermedades” (Almeida 2000:253)

Con frecuencia, desde el sector asistencial se señala que la persistencia de la Sífilis Congénita encuentra su explicación en el marcado desinterés que las mujeres han tenido en realizar los controles rutinarios del embarazo. Este discurso olvida que el carácter asintomático que usualmente rodea a las formas iniciales de esta Lues podría desempeñar un papel importante en su desarrollo y consecuentemente en las formas difusas o ausentes de tratamiento que le siguen. Esta desidia es interpretada entonces como un emergente de algo más profundo y temido: su rechazo a la maternidad. Desde esta perspectiva, se instalan toda una serie de representaciones construidas discursivamente sobre nociones

hegemónicas de maternidad –la buena madre y sus prédicas moralizantes respecto de esa abnegada figura atravesada por un amor inmemorial e incondicional que la lleva a postergar cualquier satisfacción personal por el bienestar de su hijo. Esta imagen idealizada contrasta con la madre real, que desatiende y posterga las necesidades y requerimientos de sus hijos ante sus propias necesidades y deseos.

Las diferentes dimensiones que asume la sexualidad de estas mujeres y sus parejas son importantes para nuestros propósitos. En estas sexualidades - la autoatribuida y la referenciada por los equipos de salud- se articulan estereotipos y representaciones de género que atraviesan la idea de maternidad y paternidad, dispositivos de control social cuando se vulnera el rol socialmente construido de madre, entre otros. Importa también conocer desde la perspectiva de las mujeres como opera en la práctica tanto las nociones de riesgo como de autocuidado, y cuando estas prevenciones son dejadas de lado, aún cuando una situación pueda ser evaluada como de peligro (Schiavoni y González 2004).

Se trata, por un lado, de indagar en las percepciones de autocuidado y en los itinerarios terapéuticos seguidos por las “usuarias” de los servicios de atención frente a – como señalamos- muy diferentes padeceres o preocupaciones de salud, propia o de su grupo. Por otro lado, también nos proponemos indagar en la concepción epidemiológica que se sustenta en dispositivos institucionales y que orienta las prácticas seguidas para el tratamiento de esos padeceres o inquietudes. No son infrecuentes los estudios sobre el proceso de salud, enfermedad y atención que colocan el acento sobre cada actor como desagregado del conjunto, en lugar de dar cuenta del proceso relacional que incluye todos los actores significativos que intervienen en su constitución. Este enfoque esencialista suele olvidar los procesos de autocuidado que indudablemente forman parte la atención, entre otras prácticas que realizan conjuntos sociales.

La estrategia de los “itinerario terapéutico” trata de dar cuenta de los caminos recorridos por sujetos -individuales y colectivos- para preservar o recuperar la salud, pudiendo para ello movilizar diferentes recursos (cuidados caseros, prácticas religiosas, dispositivos biomédicos, etc.). Incluye tanto el recorrido buscado para el tratamiento y la cura de la enfermedad, como las evaluaciones de los diferentes resultados obtenidos⁷. La noción de trayectoria es importante para entender la sucesión de acontecimientos y las decisiones que se toman para orientar el tratamiento de la enfermedad. Se ha señalado reiteradamente que la autoatención constituye la primera y la más generalizada modalidad de atención por lo

⁷ A. Kleinman llama “modelos explicativos” a las concepciones de la enfermedad y las formas de tratamiento empleadas por los actores involucrados en un proceso clínico y que definen el sector del sistema de atención de la salud será accionado en el proceso de cuidado (el biomédico, el popular -que involucra cuidados caseros o el autocuidado- y el folk, que puede recurrir a prácticas místicas y religiosas de cuidados).

que corresponde inicialmente identificar y analizar los diferentes saberes y estrategias que los sujetos sociales manejan respecto de estos padecimientos. Desde un enfoque relacional (Menéndez E. 2009) nos proponemos analizar como diferentes conjuntos y actores sociales -que comparten en principio ciertos atributos de los cuales no son necesariamente concientes- buscan prevenir, tratar, aliviar o curar un determinado padecimiento o inquietud.

La LUES, como la mayoría de las enfermedades infecciosas suelen asociarse a contextos de desigualdades sociales y pobreza extrema. “En los países subdesarrollados y en aquellos en vías de desarrollo, la etiología de las infecciosas está tan fuertemente vinculada a la pobreza que la propuesta más radical (y ciertamente la única viable en ese sentido) para removerlas en casi su totalidad sería la “erradicación” de las inequidades sociales. La “causalidad social” de las enfermedades infecciosas constituye el aspecto de mayor relevancia para la epidemiología, dado que revela importantes limitaciones del modelo biomédico de la enfermedad” (Almeida Filho, N. y Rouquayrol MZ,: 2008:52).

El perfil epidemiológico de las poblaciones es un producto de la huella que la historia deja en el campo, y en ese sentido no debe extrañar que la presencia en la región de esas “viejas y nuevas enfermedades” –la leishmaniasis, la tuberculosis, el chagas y las ITS, entre muchas otras- afectan a individuos que han perdido sus derechos de ciudadanía, o que al menos no han logrado agregar a la agenda pública sus problemas en salud. (Spinelli, H. 2011).

Una de las perspectivas a ser desarrolladas aborda las llamadas infecciones de transmisión sexual (ITS), atendiendo prioritariamente por lado, a las prácticas de autocuidado y percepciones de riesgo entre trabajadoras sexuales de la ciudad de Posadas y por otro analizar lo que podríamos llamar la construcción social de una ITS a partir de los itinerarios terapéuticos seguidos por las madres de niños nacidos con sífilis congénita, cuya persistencia en la Provincia de Misiones comporta un grave problema sanitario.

Concepción y anticoncepción: respuestas juveniles

Desde la perspectiva de la salud pública, la preocupación por la sexualidad de los jóvenes viene en gran medida determinada por sus consecuencias, esto es, el “problema” del embarazo adolescente. Entre otros propósitos, los programas asistenciales y de promoción de la salud sexual y reproductiva fueron algunos de múltiples dispositivos diseñados para mitigar daños en ese sentido.

Diversos estudios han tematizado un conjunto de cuestiones que delimitan “la construcción social del problema”: las modalidades y edades de la iniciación sexual, las prácticas y preferencias sexuales, el conocimiento disponible y utilización de métodos

anticonceptivos, las condiciones de acceso y uso de servicios de salud reproductiva, las trayectorias sexuales e historias reproductivas, los motivos para continuar o interrumpir embarazos, las prácticas abortivas y experiencias de maternidad/paternidad (Knibiehler 2001; Aiscar 2005).

Una rica literatura de revistas de divulgación y producción científicas -nacionales e internacionales- han hecho de los estudios sobre el tema del embarazo en la adolescencia un lugar común, mayoritariamente reproduciendo el enfoque hegemónico donde se destacan una serie de *doxas* consistentes con esa forma de mirar al mundo como un espectáculo, como diría Bourdieu. Reproduciendo esta perspectiva biomédica y patriarcal, los diferentes medios de comunicación social refuerzan prácticas sociales, dan forma y sentido a las representaciones que elaboran los sujetos.

Se sostiene así que propia naturaleza inmadura de los adolescentes pone límites a la posibilidad de ejercitar de manera responsable su sexualidad, por lo que no deberían iniciarse sexualmente muy temprano. Ese espíritu moralizador también reaparece en la búsqueda de evidencias de conductas que ponen en riesgo su salud y su vida –por ejemplo, no utilización de métodos anticonceptivos– y en los principales riesgos que de ello se deriva: los embarazos no planificados, las complicaciones de abortos practicados en condiciones de clandestinidad, las infecciones de transmisión sexual.

Como se asume que estos jóvenes padres son incapaces para asumir el cuidado y crianza de los niños quienes arrastran hacia el futuro las consecuencias negativas del embarazo poco responsable de sus progenitores. Estas consecuencias negativas recaen particularmente sobre las jóvenes mujeres, que cancelan así sus posibilidades de desarrollo personal con la que forjarse un destino, por lo que se condenan a una vida de restricciones y pobreza.

No obstante otras líneas de investigación realizan indagaciones integrales que articulan tanto la mirada desde los grupos juveniles como desde los integrantes del equipo de salud (Gogna 2005; Petracci y Ramos 2006), de los centros educacionales (Ramos 2012), y de las propias familias (Gogna 2001; Venialgo Rossi 2010).

En este eje, la sexualidad de los jóvenes será abordada desde diferentes anclajes: por un lado, se trata de analizar las apropiaciones de programas de salud sexual por parte de las usuarias a través de una mirada inter-generacional, y por otro de indagar en las relaciones entre jóvenes y equipos de salud que se procesan en el primer nivel de atención y en *Centro de Atención Integral Adolescente (CAIA)*, atendiendo igualmente a las estrategias de de estos jóvenes en el cuidado y atención de su salud.

En este encuadre conceptual articulamos diversos enfoques teóricos con estudios sustantivos realizados en el área bajo estudio (Posadas) para situar los cuatro ejes elegidos al encarar nuestras indagaciones en el campo de la sexualidad: constitución de la corporalidad en diferentes ámbitos, diversas formas de ejercicio de la violencia en la constitución de las identidades genéricas, decisiones y acceso a la anticoncepción y, estrategias de atención y cuidados frente a las ITS; en estos ejes se articulan los núcleos problemáticos que desarrollan los integrantes del equipo en sus diferentes instancias de formación (tesistas de grado y de postgrado, becarios auxiliares).

8. Resultados esperados

- Tres informes, dos de avance y uno final.
- Dos tesistas de postgrado evaluados.
- Tres tesistas de grado evaluados.
- Participación de los integrantes del equipo en reuniones y congresos científicos.
- Producción de tres Documentos de Trabajo por año.
- Publicación de seis artículos en revistas especializadas.

9. Fortalezas y debilidades inherentes al proyecto

Fortalezas:

Equipo interdisciplinario constituido con experiencia de trabajo común de más de cinco años.

Trayectoria del grupo de investigación en la temática.

Desarrollo complementario de actividades de transferencia y extensión.

Debilidades:

Disparidad en los niveles de formación en investigación de los integrantes, fuerte presencia de becarios auxiliares y de investigadores iniciales.

Equipamiento disponible y lugar de trabajo inadecuados dada la composición del equipo.

Limitados recursos económicos para concurrir a reuniones y congresos.

10. Antecedentes del equipo de trabajo

La constitución del Equipo de investigación integrado por graduados y estudiantes avanzados de las carreras de Antropología Social, Comunicación Social, Biología, Derecho y Psicología posibilita un abordaje interdisciplinario del tema. Los propios análisis, discusiones y reflexiones en torno de esas problemáticas, compartidas igualmente en trabajos de

extensión⁸ y docencia fueron ampliando el horizonte tanto en las cuestiones teóricas y políticas implicadas, como marcando la necesidad y el desafío de incorporar otras perspectivas.

Corresponde puntualizar la experiencia compartida de formación y aprendizaje, varios integrantes que se incorporaron hace una década como auxiliares se encuentran ahora en su etapa de formación de postgrado; así como la incorporación de profesionales de otras disciplinas -aunque con limitada experiencia en investigación- constituye una práctica enriquecedora para la discusión teórica y metodológica así como para el crecimiento personal y colectivo.

El cuadro inicial da cuenta de la diversidad disciplinar así como de los diferentes grados de formación de los integrantes tal como lo atestiguan los *currícula vitae* que se adjuntan en formato electrónico.

11. Metodología

La estrategia metodológica propuesta combina instancias cualitativas y cuantitativas, aunque se privilegia las técnicas cualitativas pues de lo que se trata es de rescatar las significaciones que adjudican los sujetos a sus experiencias. Nuestro interés primario se orienta a establecer el significado dado por los sujetos – se trate de mujeres y jóvenes, equipos de salud, agentes policiales y judiciales, entre otros- la serie de eventos que conforman la experiencia social, incluyendo también las actitudes y motivaciones, los valores, ideas y sentimientos; la significación organiza la experiencia de los sujetos sociales y moldean sus vidas. En otro nivel, en la medida en que esos significados son compartidos culturalmente, organizan representaciones de diferentes agrupamientos sociales.

Como el relevamiento esté previsto en diferentes contextos de interacción (sanitario, educativo, familiar prioritariamente) detallemos las líneas a seguir en cada uno de ellos. Cabe señalar que en el *ámbito de la salud* se prestará especial atención a los padecimientos y enfermedades, a las terapéuticas empleadas, a como se van encadenando esos actos en el trazado de las trayectorias individuales y así reconstruir “itinerarios terapéuticos” del grupo de usuarios.

En el *espacio educativo* interesa indagar el contraste entre las interacciones en la escuela y fuera de ella, sea ámbitos domésticos y/o lugares públicos. Las situaciones de clase así como las actividades extracurriculares constituyen uno de los núcleos a analizar, pues se trata de reconocer cuál es el ajuste de las prácticas juveniles a los patrones disciplinares de la institución escolar.

⁸ Proyectos de Extensión Profae: “Construyamos juntos la sexualidad. Reuniones en salas de espera del hospital” (2006) y “De cara a cara hablando de nuestras sexualidades. Tertulias con jóvenes y usuarios/as del sistema público de salud” (2007).

El *entorno familiar* constituye otro de los escenarios privilegiados para observar las prácticas que modelan la corporalidad de los sujetos y sus identidades genéricas, y cómo se filtran en estos procesos diversos modos de ejercicio de la violencia.

En la **instancia cualitativa**, para el relevamiento de los datos se utilizarán técnicas propias del campo antropológico como las entrevistas estructuradas y no estructuradas con informantes claves (por ejemplo integrantes del equipo de salud, responsables educativos), entrevistas grupales orientadas (a población usuaria, grupos juveniles); la observación participante en los procesos cotidianos permitirá reconstruir el contexto de interacción para enriquecer la lectura e interpretación de los datos.

La sistematización se hará según las *unidades de información* (individuos, grupos de trabajo, organizaciones) y luego según *unidades de análisis* definidas para cada contexto: en salud las usuarias y sus familias, y los equipos de salud; en educación los jóvenes y sus familias, y los equipos docentes. Y puntualmente para describir los procesos de violencia, las familias en sus ámbitos domésticos.

A nivel interpretativo se pretende dar cuenta de los “itinerarios terapéuticos” en salud, de la “corporalidad juvenil” en educación, de la secuencia de construcción de los “casos de violencia”; de las “identidades genéricas” en los grupos primarios.

En la **instancia cuantitativa** prevista, se seleccionaran fuentes estadísticas que permitan contextualizar los fenómenos a estudiar. Se consultarán igualmente documentos de diferente alcance como los planes gubernamentales, programas de acción y los instrumentos legales en los que se amparan. Asimismo serán objeto de análisis las publicaciones de difusión y divulgación científica y, en la medida que sea factible, registros específicos de cada ámbito como las historias clínicas, los expedientes judiciales, informes policiales, diagnósticos escolares, entre otros.

El área de estudio elegida es la ciudad de Posadas (Misiones) focalizando el relevamiento en tres barrios peri-urbanos (San Jorge, Santa Cecilia y Yacyretá) en muy diversos escenarios, desde las viviendas particulares, centros de salud, hospitales, escuelas, comisarías y juzgados.

Actividades

Como señalamos antes, al describir el equipo de investigación y puntualizar las debilidades del proyecto, es necesario en esta etapa desarrollar una serie de actividades regulares que permitan acompañar el proceso de formación de becarios y tesistas. Se proponen las siguientes:

- 1) Profundizar el marco teórico: revisión bibliográfica, reuniones de discusión y reflexión, informes de texto. Elaboración de documentos de trabajo que contengan las nuevas formulaciones por ejes temáticos.
- 2) Recopilación de los documentos (planes y programas, leyes, informes técnicos). Relevamiento de datos estadísticos.
- 3) Preparación del trabajo de campo: identificar y seleccionar los escenarios de relevamiento (escuelas, centros de salud, hospital, comisarías, viviendas particulares, juzgados). Elaborar los instrumentos de recolección de datos: guías de entrevistas individuales y grupales y guías de observación.
- 4) Trabajo de campo por etapas según contextos de interacción, iniciando por los ámbitos ya contactados (CAPS N°5 y N°17, colegio provincial N°1 y escuela N°125, Comisaría N°8, familias del Barrio San Jorge).
- 5) Sistematización y organización de los datos de campo por unidades de relevamiento y unidades de análisis.
- 6) Análisis e interpretación de los datos según ejes: la corporalidad juvenil y adulta, las estrategias de cuidado y auto-atención frente a las ITS, prácticas de concepción y anticoncepción, procesos de violencia en la construcción de las identidades genéricas.
- 7) Análisis de datos secundarios para describirla magnitud de los fenómenos en análisis y los contextos de interacción.
- 8) Revisión bibliográfica para fundamentar el análisis de los datos empíricos.
- 9) Capacitación del equipo de trabajo en cuestiones teóricas y metodológicas. Seminarios y talleres internos.
- 10) Talleres de transferencia de resultados parciales con los referentes organizacionales consultados.
- 11) Elaboración de documentos de trabajo para participación en reuniones y congresos, y/o para publicación.
- 12) Acompañamiento en la elaboración de tesis de grado y de postgrado.
- 13) Elaboración de informes de avance y final.

12. Cronograma de actividades

Primer año

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Profundizar marco teórico	XXXX	XXXX	XXXX									
2. Selección documental y estadística		XXXX	XXXX									
3. Preparación Trabajo de campo				XXXX	XXXX	XXXX						
4. Desarrollo del Trabajo de campo Etapa I					XX	XXXX	XXXX	XXXX				
5. Sistematización y organización datos						XXXX	XXXX	XXXX				
6. Análisis e interpretación							XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		

7. Análisis datos secunds.										XXXX		
8. Revisión bibliográfica interpretación							XXXX	XXXX	XXXX			
9. Seminarios y talleres capacitación equipo		XXXX	XXXX				XXXX	XXXX			XXXX	XXXX
10. Talleres transfer,resultados						XXXX						XXXX
11. Elab. Documentos trabajos												
12. Acompañam. tesistas									XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
13. Elaborac. informes										XXXX	XXXX	XXXX

Nota: cada X representa una semana.

Segundo año

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividades												
1. Profundizar marco teórico												
2. Selección documental y estadística		XXXX										
3. Preparación Trabajo de campo			XXXX	XXXX	XXXX							
4. Desarrollo del Trabajo de campo Etapa II				XX	XXXX	XXXX	XXXX					
5. Sistematización y organización datos					XXXX	XXXX	XXXX					
6. Análisis e interpretación						XXXX	XXXX	XXXX	XXXX			
7. Análisis datos secunds.		XXXX	XXXX									
8. Revisión bibliográfica interpretación					XXXX	XXXX	XXXX					
9. Seminarios y talleres capacitación equipo		XXXX	XXXX				XXXX	XXXX			XXXX	XXXX
10. Talleres transfer,resultados						XXXX						XXXX
11. Elab. Documentos trabajos	XXXX	XXXX										
12. Acompañam. tesistas			XXXX	XXXX	XXXX	XXXX						
13. Elaborac. informes										XXXX	XXXX	XXXX

Nota: cada X representa una semana.

Tercer año

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividades												
1. Reelaborar marco teórico	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX							
2. Preparación Trabajo de campo	XXXX	XXXX	XXXX									

3. Desarrollo del Trabajo de campo Etapa III		XX	XXXX	XXXX	XXXX							
4. Sistematización y organización datos			XXXX	XXXX	XXXX							
5. Análisis e interpretación				XXXX	XXXX	XXXX	XXXX					
6. Revisión bibliográfica interpretación					XXXX	XXXX	XXXX					
7. Seminarios y talleres capacitación equipo		XXXX	XXXX				XXXX	XXXX			XXXX	XXXX
8. Talleres transfer, resultados						XXXX						XXXX
9. Elab. Documentos trabajos	XXXX	XXXX				XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
10. Acompañam. tesis			XXXX	XXXX	XXXX	XXXX						
11. Elaborac. informes									XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Nota: cada X representa una semana.

13. Mecanismos de divulgación

Se prevén varias formas de divulgar los resultados: al interior de la comunidad científica a través de la participación en reuniones y eventos, así como publicando en revistas especializadas; y fuera del ámbito científico a través de la transferencia regular de resultados parciales a los referentes de los organismos a consultar, y también a través de programas radiales y/o artículos periodísticos.

14. Bibliografía

- AISCAR, Sonia C. (2005) *La maternidad en sectores populares*. Bs. As. Editorial Espacio.
- ALMEIDA FILHO Naomar (2000) *La ciencia tímida Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*- Buenos Aires, Lugar Editorial.
- ALMEIDA FILHO, Naomar y ROUQUAYROL María Zélia (2008) *Introducción a la Epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- ANGER, Laura Verónica "Representaciones Sociales en torno a la Maternidad. Estudio comparativo de las perspectivas de médicos y usuarios en el Hospital Dr. Ramón Madariaga de Posadas, Misiones." Licenciatura en Antropología Social. FHyCS. UNaM, Junio de 2005.
- BERLINGUER Giovanni (1994) *La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal y estímulo*. Buenos Aires , Lugar Editorial.
- BOURDIEU, Pierre (1996) *Cosas dichas* Gedisa, Barcelona.
- BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loic (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI Editores Buenos Aires
- BOURDIEU, Pierre (2000) *La dominación masculina*. Ed. Anagrama, Barcelona.
- BOURDIEU, Pierre (1986) "Notas Provisionales sobre la percepción social del cuerpo" En Varela Álvarez (Compiladores) *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid. Ediciones de La Piqueta.

- BOURGOIS, Philippe (2001) "The power of violence in war and peace Post-Cold War lessons from El Salvador" En *Ethnography* Vol. 2(1): 5–34[1466–1381(200103)2:1;5–34;016517] University of California, San Francisco.
- BRONFMAN Mario (2001) *Como se vive se muere Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires Lugar Editorial
- BUTLER Judith (2005) *Cuerpos que importan Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- CALVEZ Marcel (1988) "Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis del SIDA" Posadas Editorial Universitaria UNaM.
- CARVALHO MESQUITA AYRES José Ricardo De (2001) *Acerca del riesgo Para comprender la epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires
- CASTRO Roberto (2011). *Teoría Social y Salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- CORCUFF Philippe (1998) *Las nuevas sociologías Construcciones de la realidad social*. Alianza Editorial SA Madrid,
- DE MARCO, Laura.; DE ILSA, María de las M. ISNARDI, Josefina (2010) *La igualdad y la diversidad e género desde los primeros años* Bs. As. Editorial Las Juanas.
- FOUCAULT, Michel (2007) *Sexualidad y poder (y otros textos)*. Barcelona. Ediciones Folio S. A.
- FOUCAULT, Michel (2006) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Bs. As. Siglo XXI Editores Argentinos.
- FRANKENBERG Ronald (2003) *Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología* En: *Cuadernos de Antropología Social*. Nº 17, Facultad de Filosofía y letras UBA Buenos Aires
- GALTUNG, Johan (1995) *Investigaciones teóricas. Sociedad y Cultura Contemporáneas*. Madrid. Ed. Tecnos.
- GOGNA Mónica (coord.) (2005) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires CEDES - UNICEF
- GOGNA, Mónica (comp.) (2005) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Editado por CEDES y Unicef Argentina.
- GOGNA, Mónica (Comp.) (2001) *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Bs. As. Ed. CEDES.
- KNIBIEHLER, Yvonne (2001) *Historias de las madres y de la maternidad en Occidente*. Bs. As. Ed. Nueva Visión.
- LE BRETON David (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- LE BRETON David (1999) *Antropología del Dolor* Six Barral Barcelona
- MENÉNDEZ Eduardo (2009) *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* Buenos Aires, Lugar Editorial.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. SERIES Y BOLETINES "Estadísticas Vitales- Información Básica 2008" Dirección de Estadísticas e Información de Salud,
- PETRACCI Mónica y WAIBORD Silvio (2011) *Comunicación y salud en la Argentina* Buenos Aires, La Crujía Ediciones
- PETRACCI, Mónica y RAMOS, Silvia (Comps.) (2006) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Bs. As. Editado por CEDES y UNFPA.
- PLAN NACER. *Manual para el Prestador* El Ministerio de Salud de la Nación, 2005
- RIVAL, L. SLATER, D. Y MILLAR, D. (2003) "Sexo y sociedad. Etnografías comparativas de objetivación sexual" en *Antropología de la Sexualidad y Diversidad Cultural*. Ed. Talasa. Madrid.

- SCHIAVONI, Lidia (2010) "Mujeres y encima pobres: márgenes de elección ante la reproducción. La voz de las usuarias en la Maternidad pública de Posadas." 3º *Encuentro del Observatorio de Género y Pobreza de Argentina*. Posadas, 21 y 22 de Octubre.
- SCHIAVONI, Lidia y GONZALEZ, Gladys (2004) "Encuentros y desencuentros en torno a la maternidad: usuarias y equipo de salud en la Maternidad del Hospital R. Madariaga (Posadas, Misiones)". En *VII Conferencia Internacional de Representaciones Sociales* Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara, Jalisco, México. 10 al 14 de setiembre.
- SHEPPER-HUGHES Nancy (1997) *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil* Ariel Barcelona
- SONTAG Susan (1989) *El SIDA y sus metáforas* Barcelona, Muchnik Editores
- SOUZA MINAYO Maria Cecilia de (1997) *El desafío del conocimiento* Investigación cualitativa en salud Buenos Aires, Lugar Editorial.
- TESTA Mario (2001) *Saber en salud La construcción del conocimiento* Buenos Aires, Lugar Editorial.
- VENIALGO ROSSI, Patricia (2010) "Representaciones y prácticas de atención del embarazo juvenil: usuarias del Servicio de Neonatología de la Unidad de Perinatología del Hospital R. Madariaga, Posadas". Tesis de Lic. En Antropología Social, Fac. Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM.
- WITTIG Monique (2006) *El pensamiento heterosexual y otros ensayos* Barcelona, Editorial EGALES.

C. MEMORIA ECONÓMICA DEL PROYECTO

1. Recursos disponibles y requeridos para la ejecución proyecto

1.1. Físicos

Rubros	Descripción	Monto		TOTAL	Financiación %	
		Disponibles	Requeridos		UNaM	Otros
Equipos e instrumentos	Computadoras e impresoras	2500	2500	5000	100	
	Cámara digital filmadora		4000	4000		
Infraestructura	Local equipado	6000		6000	100	
Desarrollo de métodos y técnicas						
Bibliografía	Textos varios		1200	1200	100	
Materiales e Insumos	Papelería e informática varios	800	1200	2000	100	
	Totales	9300	8900	18200	100	

1.2. Humanos

Función y especialidad	Disponibles		TOTAL	Financiación %	
	Cargo y dedic docente	Dedic al proy Hs semanales		UNaM	Otros
Directora, Antropología social	PTI Ex	20	97.500	100	
Responsable de Area, Antropología social	PAD Ex	20	81.250	100	
Integrante, Biología	JTP Si	5	8.775	100	
Becarias CONICET (2) Antropología social y Sociología		40	117.000		100
Becaria CEDIT (1) Comunicación Social		40	21600		100
Integrantes(3) , Psicología, Derecho, Antropología Social		10	Ad Honorem		
Auxiliares (7) Antropología Social			Ad Honorem		
		TOTALES	326.125	57,5	42,5

1.3. Servicios

Servicios no personales	Descripción	TOTAL	Financiación %	
			UNaM	Otros
Viáticos	60 días x \$300 15 días x \$400	24.000	67	33
Pasajes	6 Omnibus 1000km ida y vuelta x\$1.100 2 Aereos Pdas.-Bs. As. x\$2000	10.600	62	38
Energía				
Combustibles	500 litros Nafta super	3.500	57	43
Comunicaciones				
	Totales	38.100	70	30

Servicios Tecnicos	Descripción	TOTAL	Financiación %	
			UNaM	Otros
Fotocopias	Duplicación material de lectura, instrumentos de relevamiento en campo.	1.500	100	
Impresiones	Producción gráfica, documentos de trabajo	5.500	54,5	45,5
Diseño gráfico	Elaboración material de difusión	2.500	100	
Traducciones	Bibliografía especializada inglés, francés.	2.500	60	40
	Totales	12.000	71	29

1.4. Resumen

Rubros	Monto		TOTAL	Financiación UNaM %		Financiación Otras Fuentes %	
	Disponible	Requerido		Disponible	Requerido	Disponible	Requerido
Fisicos	9.300	8.900	18.200	51	49		
Recursos humanos	326.125	123.500	449.625	57,5	78	42,5	22
Servicios		50.100	50.100		70,5		29,5
TOTALES	335.425	182.500	517.925	64,7	35,3	42,5	32,3

Firma Director de Proyecto

Aclaración:.....