

Proyectos acreditados en la Secretaría de Investigación y Postgrado

Facultad e Humanidades y Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

Sexualidad y Ciencias Sociales: aportes al campo de la salud

Proyecto 16/H287

INFORME FINAL

Responsable

Mgr. Lidia Schiavoni

Posadas, Junio de 2012

Guía de Presentación de

INFORME FINAL

Proyectos acreditados en la Secretaría de Investigación y Postgrado.

1. TÍTULO DEL PROYECTO: Sexualidad y Ciencias Sociales: aportes al campo de la salud.

3. FECHAS DE INICIO Y DE FINALIZACION DEL PROYECTO: DESDE 01/01/2009 HASTA 31/12/2011

4. PERIODO AL QUE SE REFIERE EL PRESENTE INFORME: DESDE 01/01/2009 HASTA 31/12/2011

5. EQUIPO DE INVESTIGACION

APELLIDO Y Nombre	Cargo / Beca	Nº de horas investiga x semana	Mes de incorporación	Mes de finalización	Evaluación S - NoS
SCHIAVONI, Lidia del Carmen	PT ex	20	01/01/2009	01/12/2011	
GONZALEZ, Elba Gladys	PAD si	05	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
RAMOS, José Miguel	PAD se	20	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
PEDRINI, Ana	JTP si	05	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
BERGER, Tobías	Ayte. 1ª	05	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
FRETES, Lucía Mabel	Becaria CONICET	10	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
LABELLA, Augusto Miguel	Tesista	10	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
OROZCO, Kriss	Pasante CEDIT	40	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
BARRIOS, María Rosaura	Becaria CEDIT	40	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
VENIALGO ROSSI, Patricia	Beacria CEDIT	40	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
LOPEZ, Karen	AUX b	10	01/01/2009	01/12/2011	Satisfactorio
HASSEL, Ana Lucía	AUX b	10	01/04/2011	01/12/2011	Satisfactorio
DE LA CRUZ, Mora	AUX b	10	01/06/2011	01/12/2011	Satisfactorio
RAGA, Mauricio	AUX b	10	01/10/2010	01/12/2011	Satisfactorio
SOSA, Cynthia Gabriela	ADSC. b	10	01/02/2011	01/12/2011	Satisfactorio
SUIRESZ, Vanesa	ADSC. b	10	01/02/2011	01/12/2011	Satisfactorio

Firma Director de Proyecto

Aclaración: Mgr. Lidia Schiavoni

Fecha de presentación del Informe Final.....

6. RESUMEN DEL PROYECTO ORIGINAL

En las últimas décadas se han sancionado una serie de leyes y se han implementado diversos programas tendientes al logro de la equidad de género. La persistencia del sistema patriarcal se advierte a pesar de las múltiples y variadas acciones, la dominación masculina se expresa en sistemáticos y permanente mensajes que sujetan a las mujeres en su rol tradicional: madres. En los diferentes modos de ejercer su sexualidad, las mujeres evidencian estas sutiles pero persistentes marcas. Por ello, se trata de analizar las diferentes formas de apropiación de los espacios de poder que han logrado las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales. La revisión de las políticas públicas en el área de la salud constituye un vector para acceder a las alternativas que se propusieron desde el Estado.

Consideramos 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 los cuales se despliegan estrategias para mantenerlas en su rol genérico tradicional. 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.

Una estrategia metodológica cualitativa permitió dar cuenta de los modos de ejercer la sexualidad que establecen las mujeres usuarias así como indagar en las formas de implementación de las políticas públicas que garantizan sus derechos sexuales. Como técnicas se utilizaron entrevistas semi-estructuradas a ambos grupos (mujeres y prestadores de servicios) conjugadas con un análisis documental exhaustivo de la oferta programática y de los resultados registrados. El área de estudio ha sido la ciudad de Posadas (Misiones) con sus diferentes niveles de efectores (hospitales y centros de salud).

7. LISTA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERÍODO

- 1) Profundizar el marco teórico: revisión bibliográfica, reuniones de discusión y reflexión, informes de texto. Elaboración de documentos internos para trabajar con los becarios y auxiliares según los ejes temáticos seleccionados: GÉNERO Y SEXUALIDAD..
- 2) Revisión y análisis de los documentos técnicos de planes y programas seleccionados: Plan Mamá, Plan Nacer y Programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- 3) Desarrollo del trabajo de campo en Posadas: finalización de las actividades en los CAPS y continuidad con el grupo de promotoras Progen (barrios San Jorge y Santa Cecilia).
- 4) Elaboración de una serie de documentos de trabajo individuales según rol desempeñado y tiempo abocado al proyecto (adscriptos, becarios auxiliares y de iniciación, de postgrado, integrantes docentes).
- 5) Participación en reuniones y congresos científicos.
- 6) Redacción de artículos para publicar y/o publicados.
- 7) Apoyo en la presentación de los integrantes a convocatorias de becas de investigación, nacionales y provinciales.
- 8) Participación en diversas actividades de extensión y transferencia.

8. ALTERACIONES PROPUESTAS AL PLAN DE TRABAJO ORIGINAL

De la actividad 3) se ha completado el desarrollo en CAPS en Posadas, pero fue imposible acceder al CAPS de Santa Ana por falta de recursos para los traslados. En compensación se intensificaron las actividades con el grupo de Mujeres Promotoras para la prevención de la violencia en los barrios San Jorge y Santa Cecilia de Posadas, permitiendo este nuevo escenario establecer comparaciones tal como fue planteado en el proyecto original.

Se ha intensificado la actividad 8) al dar continuidad en el apoyo técnico al Observatorio de Derechos Humanos de Oberá y al acompañar el desarrollo de la Cátedra Abierta "Violencias de Género" a cargo de la Dra. Eva Giberti.

9. PRODUCCIÓN DEL PROYECTO

1. Publicaciones

1.2. Capítulo de libro

- Schiavoni, Lidia en co-autoría con Báez, Alina. Exposición: "Familias, itinerarios estructurales y protección integral de derechos". *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad*. Ed. Biblos- PNUD - UNFPA. Buenos Aires. 2011(en prensa).

- Schiavoni, Lidia en co-autoría con Báez, Alina "¿Una vida saludable es posible? Oportunidades y contradicciones institucionales para garantizar el derecho a la salud en pequeños municipios de Misiones". En: Báez y Jaume (Comps.) *Desarrollo y ciudadanía en Misiones, Argentina: escenarios locales, procesos y política*. ANPCYT-UNaM. Posadas. 2011 (en prensa).

- Fretes, Lucía "De la educación sexual y otros saberes. Prácticas y conocimientos en cuestiones de sexualidad de jóvenes estudiantes de la escuela media. Posadas, Misiones". En: Báez y Jaume (Comps.) *Desarrollo y ciudadanía en Misiones, Argentina: escenarios locales, procesos y política*. ANPCYT-UNaM. Posadas. 2011 (en prensa).

- Schiavoni, Lidia y Fretes, Lucía "Cuerpos innombrables y cuerpos nominados. Perspectivas de las usuarias y del equipo de salud en el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable". En Citro, S. (Comp.) *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Editorial Biblos. Bs. As., 2010. (Ver Informe de Avance 2010).

1.3. Artículo en revista

- Schiavoni, Lidia "El difícil papel de las víctimas en situaciones de explotación sexual, incesto y violencia conyugal" en *Antropología y Derecho*. Publicación del CEDEAD. Año 6 N°9. Posadas, 2011 (en prensa).

1.4 Publicaciones en congresos (con evaluación)

1.4.1 Con publicación de trabajos completos

Fretes, Lucía. *Expositora* de "Ni míos ni tuyos: dónde quedan los jóvenes menores en las políticas de atención a víctimas de trata de personas en la Provincia de Misiones" en *X Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Filosofía y Letras- UBA. Bs. As. 29 de noviembre al 02 de diciembre. 2011. (Ver Anexo I).

Venialgo Rossi, Patricia; Orozco Jara, Kriss y Hassel, Ana. *Expositoras* de "Salud sexual y reproductiva en adolescentes: Sistema de salud y políticas públicas" en *X Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Filosofía y Letras- UBA. Bs. As. 29 de noviembre al 02 de diciembre. 2011. (Ver Anexo I).

Fretes, Mabel Lucía en co-autoría con Schiavoni, Lidia. *Disertante* de "Espacios Turbios: Donde la Trata de Personas desdibuja la explotación sexual infantil" en *XXVIII Congresso Internacional. da Associação Latino-Americana de Sociologia-ALAS*. Recife, PE, Brasil. 6 al 11 de Setembro. 2011. (Ver Anexo I).

Schiavoni, Lidia en co-autoría con Báez, Alina. *Disertante* de "La sexualidad Infantil desde la mirada de los adultos" en *XXVIII Congresso Internacional. da Associação Latino-Americana de Sociologia-ALAS*. Recife, PE, Brasil. 6 al 11 de Setembro. 2011. (Ver Anexo I).

Venialgo Rossi, Patricia. Exposición: "Trayectorias hacia maternidades adolescentes. ¿Elecciones o contingencias en salud sexual y reproductiva?". *Jornadas de Iniciación en la Investigación y en la Innovación 2011*. CEDIT. Posadas, 18 de Abril de 2011. Publicado en Formato CD Rom. (Ver Anexo I).

Berger, Tobías. Exposición: "El cuerpo humano: descripción y representaciones simbólicas de los/as usuarios/as de la Unidad de Perinatología del Hospital Madariaga". *Jornadas de*

Iniciación en la Investigación 2010. CEDIT. Posadas, 4 de Mayo de 2010. Publicado en Formato CD Rom. (Ver Informe 2010).

Berger, Tobías y Labella, Augusto "Encuentros de capacitación y actualización profesional con personal de Enfermería de la Unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga - Posadas, Misiones" GT19 en *VIII Reunión de Antropología del Mercosur (RAM)*. UNSAM. Buenos Aires, Argentina, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2009. (Ver Informe 2009).

Báez, Alina y Schiavoni, Lidia "Infancia, Derechos y Vulnerabilidad. Agentes y organizaciones frente a situaciones de Violencia en municipios rurales de Misiones" en *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Fac. de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires, Argentina 31 de agosto al 4 de septiembre de 2009. (Ver Informe 2009).

Berger, Tobías "Descripciones y representaciones simbólicas de los cuerpos sexuados" GT 26 en *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Fac. de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires, Argentina 31 de agosto al 4 de septiembre de 2009. (Ver Informe 2009).

Labella, Augusto "Violencia sexual: representaciones construidas de las experiencias de las/os usuarias/os del Hospital R. Madariaga" GT11 en *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Fac. de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires, Argentina 31 de agosto al 4 de septiembre de 2009. (Ver Informe 2009).

Báez, Alina y Schiavoni, Lidia "Entre el "trato" y el "contrato": percepciones de las usuarias acerca de los servicios de atención obstétrica del sector público" en *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto Gino Germani, Fac. de Ciencias Sociales. UBA. Bs. As. 5,6 y 7 de Agosto de 2009. (Ver Informe 2009).

Berger, Tobías "El cuerpo humano: descripción y representaciones simbólicas de las/os usuarias/os de la Unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga" en *Jornada de Iniciación en la Investigación*, CEDIT - Posadas, 25 Marzo de 2009. (Ver Informe 2009).

Labella, Augusto "Violencia Sexual: Representaciones construidas de las experiencias vitales de las/os usuarias/os del Hospital Dr. Ramón Madariaga" en *Jornada de Iniciación en la Investigación* CEDIT - Posadas, 25 Marzo de 2009. (Ver Informe 2009).

Frete, Lucía "Propuesta Educativa de contenidos y temas para una Educación Sexual Integral en la escuela secundaria de la Pcia. de Misiones" en *Jornada de Iniciación en la Investigación* CEDIT - Posadas, 25 Marzo de 2009. (Ver Informe 2009).

1.4.2 Con publicación de resúmenes

Schiavoni, Lidia. *Expositora* "¿Fórmulas para "criar" antropólogas y antropólogos?" en *I Coloquio Internacional de Investigación Cualitativa. Investigación Cualitativa, Logros, Perspectivas, Problemas y Desafíos: Hacia una Propuesta Institucional*. CEIL-CONICET. Ciudad Autónoma de Bs. As. 9 al 10 de Junio. 2011. Publicado en Formato CD Rom ISSN 2250-429X. (Ver Anexo I).

Lic. Lucía Frete. Exposición "Trata de personas para la explotación sexual: articulación con el Área Social, Investigación e Interdisciplinariedad" en *3º Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Madariaga*. Hospital Madariaga. Posadas, 29 y 30 de Abril 2010. (Ver Informe 2010).

Berger, T. Labella, A. Spada, M. y Barrios, R. "Educación para la Salud Sexual: elaboración y diseño de materiales para las acciones de promoción en la Unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga de Posadas (Misiones)" en *2das. Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Madariaga*. Comité de Docencia e Investigación, Hospital Madariaga. Posadas, 23 y 24 de Abril de 2009. (Ver Informe 2009).

Venialgo Rossi, P. Orozco, K. y González, M. "Acciones educativas sobre Salud Sexual y Reproductiva en la sala de espera del Servicio de Planificación Familiar del Hospital R. Madariaga" en *2das. Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Madariaga*. Comité de Docencia e Investigación, Hospital Madariaga. Posadas, 23 y 24 de Abril de 2009. (Ver Informe 2009).

1.5. Prólogo de libro

Lidia Schiavoni "Introducción" al libro *Política Social en América Latina y Género: Configuraciones y reconfiguraciones en la participación de las mujeres*. Compilación S. Ortale y R. Enríquez Rosas. Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina). ITESO Universidad Jesuita de Guadalajara (México). En prensa.

2. Vinculación y Transferencia

2.1 Resultados en Títulos de propiedad intelectual logrados en el período

2.1.2 Acciones de transferencia que resulten del Proyecto de Investigación

Lidia Schiavoni *Apoyo Técnico y capacitación* Proyecto PROGEN. Formación de Promotoras para la Prevención de Violencia contra la Mujeres. Barrios San Jorge y Santa Cecilia, Posadas. Programa de Extensión de la Maestría de Derechos Humanos, Género y Familia. UNaM. En cooperación a la Lic. Inés Arias y la Lic. Mariana Pizarro, Módulo "Rol de las promotoras y estrategias de acción". Noviembre de 2010 y continúa.

Labella Augusto. *Disertante* de "Cuerpo, Sexualidad y Educación" en *V Jornadas Regionales de Sexología y Educación Sexual Integral*. Asociación Argentina de Sexología y Educación Sexual. San Miguel de Tucumán. 15 de septiembre. 2011. (Ver Anexo II).

Schiavoni, Lidia *Integrante Equipo de Coordinación Local* Cátedra Abierta FhyCS-UNaM "Violencias de Género" a cargo de la Dra. Eva Giberti. Desde agosto de 2011 y continúa.

Ana Pedrini *Co-Directora y Capacitadora* Curso "Introducción a la Didáctica de la Educación Sexual Integral". Departamento de Formación Docente y Educación Científica. Fac. de Ciencias Exactas Químicas y Naturales. UNaM. Resolución nº 387/09. (Ver Informe 2009).

Lidia Schiavoni *Capacitadora* Curso "Introducción a la Didáctica de la Educación Sexual Integral". Departamento de Formación Docente y Educación Científica. Fac. de Ciencias Exactas Químicas y Naturales. UNaM. Resolución nº 387/09. (Ver Informe 2009).

Pedrini, Ana G. *Disertante* en el Curso de Postgrado "Sexualidad Humana". Resolución del C. D. Nº560/05. Organizado por la Fac. de Ciencias de la Salud, UNER. Concepción del Uruguay, 26 de Septiembre de 2009. (Ver Informe 2009)

2.2. Otras actividades de transferencia

Lidia Schiavoni. *Coordinador de Grupo de Trabajo 19 "Políticas públicas y sexualidad. Aportes desde la Antropología Social"* y *Comentarista del GT 22* en X Congreso Argentino de Antropología. Facultad de Filosofía y Letras- UBA. Bs. As. 29 de noviembre al 02 de diciembre de 2011. (Ver Anexo II).

Lidia Schiavoni. *Evaluadora de Proyectos*. Banco de Evaluadores del FONCyT. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Bs As. 8 de Noviembre y 13 de Octubre de 2011. (Ver Anexo II).

Lidia Schiavoni. *Evaluadora* del libro *Política Social en América Latina y Género: Configuraciones y Reconfiguraciones en la Participación de las Mujeres* compilado por Ortale, S. y Enríquez Rosas, R. Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación- Universidad Nacional de la Plata. La Plata. 12 de Julio de 2011. (Ver Anexo II).

Lidia Schiavoni *Participante* de las Jornadas Nacionales sobre DD.HH. y Universidad. Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires, 28 y 29 de Junio de 2011. (Ver Anexo II).

Lidia Schiavoni. *Evaluadora* de los artículos "Administrando soluciones posibles: medida judicial de protección de la niñez" y "La calle y los niños: estrategias laborales en espacios

publicos de la ciudad” en *Revista AVA*, Posgrado en Antropología Social -Universidad Nacional de Misiones. Mayo 2011. (Ver Anexo II).

Lidia Schiavoni *Miembro del Comité Evaluador* del Proceso de Categorización 2009- Programa de Incentivos a Docentes-Investigadores. Regional Nordeste. UNNE. Corrientes, 10 de Marzo de 2010. (Ver Informe 2010).

Lidia Schiavoni *Miembro del Comité Evaluador* de las 3º Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Madariaga. Hospital Madariaga. Posadas, 29 y 30 de Abril 2010. (Ver Informe 2010).

Gladys González *Integrante de la Comisión Organizadora* de la 3º Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Hospital Madariaga. Hospital Madariaga. Posadas, 29 y 30 de Abril 2010. (Ver Informe 2010).

Lidia Schiavoni *Participante* de las Jornadas Regionales sobre DD.HH. y Universidad. Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Córdoba, 19 y 20 de Agosto de 2010. (Ver Informe 2010).

3. Formación de Recursos Humanos

3.3. Dirección de Tesis de Maestría concluidas

Schiavoni, Lidia *Directora* de Iracilda TURCATO en “La trama que posibilita la recurrencia del incesto en el Alto Paraná. Estudio de casos en la ciudad de Eldorado (Misiones, Argentina)”. *Maestría de Antropología Social*. FHycS-UNaM. Aprobada.

3.4. Dirección de Tesis de Maestría en curso

- Schiavoni, Lidia *Directora* de Luciana BEBER. *Maestría en Magistratura Judicial*. Facultad de Derecho-UBA. La Tesis aborda un análisis crítico de la implementación de la Ley de Trata de Personas desde el Juzgado Federal de Posadas. Desde mayo de 2011.

- Schiavoni, Lidia *Directora* de Marina Antonio. *Maestría en Investigación Educativa*. Centro de Estudios Avanzados-UNC. La tesis aborda la corporalidad de los jóvenes en los espacios educativos. Desde octubre de 2011.

3.7. Dirección de Tesis de Grado concluidas

Schiavoni, Lidia orientó a BARRIOS María Rosaura sobre “Conformación de las identidades de género a partir de los efectos de los medios de comunicación masiva” en la Lic. En Comunicación Social, Fac. de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM (2011).

Schiavoni, Lidia orientó en co-dirección a BILLALBA Ana Carolina sobre “Derechos Humanos y Discapacidad: propuesta promocional para escuelas de nivel medio” en la Lic. En Comunicación Social, Fac. de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM (2011).

Schiavoni, Lidia orientó en co-dirección con Mgr. R. Zamboni a AGUILAR, Claudia sobre “Campaña para la promoción de prácticas preventivas en el cuidado en la salud: la densitometría” en la Lic. En Comunicación Social, Fac. de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM (2011).

Schiavoni Lidia dirigió a VON NOBLOCK Jessica sobre “Violencia escolar en establecimiento de nivel medio. Posadas, Misiones”. Lic. en Comunicación Social, Fac. Humanidades y Ciencias Sociales. UNAM (2009).

González Gladys dirigió a MAYOL Matildo sobre “Situación de portadores de HIV en reclusos. Candelaria, Misiones”. Lic. en Trabajo Social, Fac. Humanidades y Ciencias Sociales. UNAM (2009).

Schiavoni Lidia orientó a VENIALGO ROSSI, Patricia sobre “Representaciones y prácticas de atención del embarazo juvenil: usuarias del Servicio de Neonatología de la Unidad de Perinatología del Hospital R. Madariaga, Posadas” que se graduó como Lic. En Antropología Social, Fac. Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM (2009).

Gladys González en co- dirección con el Dr. L. Bartolomé orientó a MARTOS, Juan Carlos sobre “El estudio de la problemática de niños y adolescente en situación de calle en el centro de la ciudad de

Posadas” que se graduó como Lic. En Antropología Social, Fac. Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM (2009).

4. Premios

4.1. Premios Internacionales

4.2. Premios, reconocimientos y menciones, Nacionales

5. Ponencias y comunicaciones¹

Venialgo Rossi, Patricia. *Expositora* de “Promoción de derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad” en *IV Coloquio Interdisciplinario Internacional. Educacion, Sexualidad y Relaciones de Genero. Investigaciones, experiencias y relatos*. Facultad de Filosofía y Letras- UBA. Bs. As. 28 al 30 de Noviembre. 2011.

Fretes Mabel Lucía. *Expositora* de “¿La prostitución es trabajo o explotación? Apuntes de un debate” en *10º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo: Pensar un mejor Trabajo. Acuerdos, controversias y propuestas*. ASET. Facultad de Ciencias Economicas de la Universidad de Bs. As.- UBA. Bs As. 3 al 5 de Agosto. 2011. (Ver Anexo III).

Fretes Mabel Lucía. *Expositora* de “Momentos y violencia(s) en los rescates, captura y atención a víctimas mujeres de trata de personas para explotación sexual en la Provincia de Misiones” en *X Congreso Nacional de Ciencia Política. Democracia Integración y Crisis en el Nuevo Orden Global: Tensiones y desafíos para el análisis político*. Universidad Católica de Córdoba- UCC. Ciudad de Cordoba. 27 al 30 de Julio. 2011. (Ver Anexo III).

Schiavoni, Lidia. *Disertante* “El difícil papel de las mujeres víctimas en situaciones de explotación sexual, incesto y violencia conyugal”. *Seminario de Derechos Humanos y Sociedad: La perspectiva de la Víctima*. Centros de Estudios de Antropología y Derecho- CEDEAD. Posadas, 13 y 14 de Mayo de 2011. (Ver Anexo III).

Fretes Mabel Lucía. *Ponente* “Trata de personas para la explotación sexual: entre el delito, la agenda y las políticas públicas de Derechos Humanos en la Provincia de Misiones” en *III Congreso Argentino de Derechos Humanos: Representar la Universidad en la Diversidad Latinoamericana*. Universidad Nacional de Rosario. Rosario- Argentina. 3 al 6 de Mayo de 2011. (Ver Anexo III).

Mgr. Lidia Schiavoni. *Exposición*: “Las respuestas de la población usuaria y el equipo de salud ante la violencia contra las mujeres. Experiencias en la Maternidad pública de Posadas (Misiones)”. *Foro Violencia hacia las mujeres sexualidad y reproducción. Políticas públicas y modelos de intervención*. Cecym, Buenos Aires, 4 y 5 de Noviembre de 2010. (Ver Informe 2010).

Mgr. Lidia Schiavoni. *Exposición*: “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 de 2010. (Ver Informe 2010).

Lic. Lucía Fretes *Expositora* “Talleres de desarrollo familiar y comunitario para beneficiarios del “Plan Familias Por La Inclusión Social” Posadas – Misiones. Una deslucida participación de la sociedad civil”. En el *3º Encuentro del Observatorio de Género y Pobreza de Argentina*. Posadas, 21 y 22 de Octubre de 2010. (Ver Informe 2010).

Lic. Venialgo – Rossi *Expositora* “Metodologías cualitativas, construccionismo social y teoría de las representaciones sociales para la comprensión de la sexualidad juvenil”. *Red de*

¹ Se consignan en esta sección solo los trabajos que no han sido publicados, pues las otras participaciones con publicación (completa o resumen) se mencionaron en el punto 9.1.4.1.

Investigadores/as en Juventudes en Argentina. Universidad Nacional de Salta. Salta, 14 y 15 de octubre de 2010. (Ver Informe 2010).

Mgr. Pedrini, Ana en co-autoría con Mgr. Rodolfo Ramos *Expositora* "Reflexiones de una capacitación docente en educación sexual en una escuela primaria de la ciudad de Posadas". En las *IX Jornadas Nacionales y IV Congreso Internacional de Enseñanza de la Biología*. Asociación de Docentes de Biología de la Argentina (ADBIA). Del 7 al 10 de octubre de 2010. San Miguel de Tucumán (Tucumán). (Ver Informe 2010).

Berger, Tobías *Expositor* "Recursos didácticos para la educación sexual. Diseño y elaboración de material apropiado para las acciones de promoción de la salud en la Unidad de Perinatología del Hospital Dr. Madariaga de Posadas (Misiones)". En las *IX Jornadas Nacionales y IV Congreso Internacional de Enseñanza de la Biología*. Asociación de Docentes de Biología de la Argentina (ADBIA). Del 7 al 10 de octubre de 2010. San Miguel de Tucumán (Tucumán). (Ver Informe 2010).

Berger, Tobías y Labella, Augusto. *Expositores*: "Resignificación del rol de la enfermera. Experiencia educativa en la Unidad de Perinatología, Hospital Dr. R. Madariaga, Posadas (Misiones)". En las *IX Jornadas Nacionales y IV Congreso Internacional de Enseñanza de la Biología*. Asociación de Docentes de Biología de la Argentina (ADBIA). Del 7 al 10 de octubre de 2010. San Miguel de Tucumán (Tucumán). (Ver Informe 2010).

Ramos, Rodolfo, Berger, Tobías y Labella, Augusto. *Expositores*: "El caldeamiento en los talleres vivenciales en Educación para la Sexualidad". En las *IX Jornadas Nacionales y IV Congreso Internacional de Enseñanza de la Biología*. Asociación de Docentes de Biología de la Argentina (ADBIA). Del 7 al 10 de octubre de 2010. San Miguel de Tucumán (Tucumán). (Ver Informe 2010).

Mgr. Lidia Schiavoni en co-autoría con Lic. Lucía Fretes. *Expositoras* "Educar en salud. Experiencias en el ámbito asistencial". *Primer Congreso de Salud, Educación y Cultura*. 3 y 4 de Septiembre de 2010- Ituzaingó, Corrientes. (Ver Informe 2010).

Lic. Patricia Venialgo Rossi. *Expositora* "Relaciones de poder y género en las representaciones y prácticas adolescentes sobre sexualidad: incidencia en el cuidado de la salud." En *VI Jornadas de Investigación en Antropología Social- Facultad de Filosofía y Letras UBA*. Buenos Aires, Julio de 2010. (Ver Informe 2010).

Mg. Lidia Schiavoni en co-autoría con Dra. Elena María Krautstoff. *Expositoras* "Redes de trata de personas en una Zona de frontera del Mercosur (Misiones, Argentina). Respuestas de la Antropología en un contexto de globalización". En la *70th Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology* -24 al 27 de marzo de 2010- Hyatt Hotel, Merida, México. (Ver Informe 2010).

Ramos, Rodolfo y Pedrini, Ana G. "Propuestas educativas para la sexualidad en ámbitos sanitarios y escolares de la ciudad de Posadas" Poster en *VII Jornadas Científico-Tecnológicas*, Fac. de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. UNaM. Posadas 28, 29 y 30 de Octubre de 2009. (Ver Informe 2009).

6. Trabajos inéditos

2011 *Presentación a los Documentos de Trabajo*. Schiavoni, L. "Hallazgos y resultados sobre la potencialidad de los programas sociales vigentes en el campo de la salud para empoderar a las mujeres".

2011 *Documento de Trabajo N°1*. Fretes, Lucía. "La política social como vía de integración social".

2011 *Documento de Trabajo N°2*. Spada, Mariel. "La formación del personal de salud en una perspectiva de derechos".

2011 *Documento de Trabajo N°3*. Raga, Mauricio. "El riesgo como significativo en la prevención del VIH: un esbozo".

2011 *Documento de Trabajo N°4*. Orozco Jara, Kriss. "La rutina de trabajo en un Centro de Atención

Primeraia de la Salud”.

2011 *Documento de Trabajo N°5*. Venialgo Rossi, Patricia. “Mujeres jóvenes: maternidad y salud sexual. Experiencias de atención en tres espacios del sistema público de salud de Posadas”.

2011 *Documento de Trabajo N°6*. Ramos, José Miguel. “ITS: un problema ¿para quién?”.

2011 *Documento de Trabajo N°7*. Sosa, Cinthya Gabriela. “Mujeres, cuerpos y métodos anticonceptivos”.

2011 *Documento de Trabajo N°8*. Suirez, Vanesa. “Aborto: una mirada desde los aspectos sociales, legales y políticos”.

2011 *Documento de Trabajo N°9*. Barrios, María Rosaura. “Los relatos sorbe la violencia hecha cuerpo” (Parte 1) y “Lugares de enunciación y de escucha ¿Cómo es relatado tanto dolor?”.

2011 *Documento de Trabajo N°10*. Hassel, Ana Lucía. “Historias que revelan otras posiciones para las mujeres”.

2010 *Documento de Trabajo*. Ramos, José Miguel “Reseña de las actividades de 2009” y “Avances en la línea de Sífilis congénita y programas de salud: un análisis desde la antropología social”.

2009 *Documento de Trabajo N°1*. “Entre viejos y nuevos paradigmas: políticas provinciales sobre salud sexual reproductiva”. Un análisis preliminar sobre la implementación del Plan Nacer en la Provincia de Misiones.

2009 *Documento de Trabajo N°2*. Fretes, Lucía “Plan Mamá”. Descripción y análisis preliminar en la Provincia de Misiones.

2009 *Documento de Trabajo N° 3*. Schiavoni, L., Pedrini, A., Venialgo Rossi, P., Orozco, K. y López, K. “Las usuarias de la Unidad de Perinatología ante el uso de Métodos Anticonceptivos”.

7. Síntesis para la difusión de los resultados en Internet

La sanción de una serie de leyes que derivaron hacia diversos programas tendientes al logro de la equidad de género constituyó un avance en la lucha por desactivar el sistema patriarcal. A partir de las leyes se elaboraron propuestas políticas mediante las cuales se pretende efectivizar los derechos sexuales y reproductivos, nos interesó saber cómo registran los ciudadanos estas medidas en su cotidianeidad, tanto los responsables de ejecutarlas como la población destinataria, particularmente las mujeres usuarias del servicio de salud. Seleccionamos tres líneas programáticas para revisar las acciones en el campo de la salud como espacios de empoderamiento para las mujeres: el Plan Nacer, el Plan Mamá y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. No obstante se hicieron algunas exploraciones en propuestas derivadas de la sanción de las leyes (nacional y provincial) de prevención y erradicación de la violencia hacia las mujeres.

La exploración en terreno evidenció ciertas dificultades para lograr en el mediano plazo las metas propuestas que presuponen cambios drásticos en el modo de encarar las prestaciones de salud y la formas de considerar a la población usuaria: los equipos técnicos y profesionales responsables aunque conozcan las líneas programáticas no efectivizan en sus prácticas eu cambio en la orientación (la salud como un derecho) y perpetúan prácticas asistencialistas; la población usuaria conoce parcialmente sus derechos, acepta con resignación las modalidades habituales, no logra instrumentar medidas grupales o colectivas de queja o de lucha; en casos aislados se advierte la resistencia u oposición a los estilos de atención tradicionales (limitar el espacio de decisión de las usuarias, incumplimiento de horarios, etc.). En definitiva, desde las políticas de salud, excepto el PSSyPR apuntan a fortalecer a las mujeres en su rol de madres, sin considerar otros tipos de prácticas vinculadas a la sexualidad.

Firma Director de Proyecto

Aclaración:.....

Fecha de presentación del Informe de Avance – Final.....

ANEXO I

Publicaciones

- I.1. Capítulos de Libros
- I.2 Artículos de Revistas
- I.3. Publicaciones en Congresos
- I.4. Publicaciones de Resúmenes

ANEXO I: Publicaciones

I.1. Capítulos de Libros

Familias, itinerarios estructurales y protección integral de derechos²

Alina Báez³ y Lidia Schiavoni⁴

Resumen:

De la observación de tres redes familiares en situación de vulnerabilidad, se recuperaron las diferentes configuraciones de los grupos domésticos en una secuencia de tres generaciones según las condiciones de existencia (Provincia de Misiones en las dos últimas décadas). Las estrategias de vida implementadas por los grupos pusieron en evidencia los recursos (laborales, estatales y particulares) que logran articular en la búsqueda de su bienestar.

Las edades de conformación de nuevos núcleos, la cantidad de hijos, la sucesión de uniones maritales, la separación temporaria de los hijos, la oferta programática, entre otros, constituyeron las dimensiones analíticas. El abordaje metodológico respondió al enfoque cualitativo (entrevistas semi-estructuradas a los integrantes de los grupos) enfatizando en la profundidad del tratamiento de los casos.

La idea de campo de Bourdieu permitió interpretar las luchas de los agentes familiares en la consecución de un determinado estándar de vida; los arreglos entre parientes y los sucesivos posicionamientos de los grupos en el campo del bienestar exponen cómo algunos alcanzan cierta estabilidad y otros se encuentran en permanente fragilidad. A pesar de compartir las limitaciones contextuales, las tres redes muestran singularidades en sus itinerarios estructurales y a la vez reiteran mecanismos de ajuste interno que se articulan de modo original según los períodos.

Palabras Claves:

FAMILIAS ITINERARIOS ESTRUCTURALES CURSOS DE VIDA
POLITICAS SOCIALES CIUDADANIA

² Esta ponencia constituye una derivación de las conclusiones de una presentación anterior (Báez-Schiavoni en VII Jornadas de Debate Interdisciplinario de Salud y Población, Bs. As. Agosto de 2007), los datos de campo provienen de proyectos en curso: Ciencias Sociales y Sexualidad: aportes al campo de la salud. Universidad Nacional de Misiones, Código 16/H287 y Programa de Desarrollo local Misiones. PICTO-UNaM/2006. 37040. ANPCYT.

³ Secretaría de Investigación y Postgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones. alinabaez@arnet.com.ar

⁴ Secretaría de Investigación y Postgrado de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones. lischia05@yahoo.com

Introducción

En este capítulo nos proponemos analizar las condiciones de existencia, las estrategias de reproducción y los itinerarios estructurales de un conjunto de grupos domésticos en situaciones de alta vulnerabilidad en el nordeste argentino, provincia de Misiones. Se trata de revisar de qué modo las condiciones objetivas y los diferentes alcances de las políticas sociales conforman un marco constrictor o potenciador de las singularidades de los grupos familiares.

Ante similares posiciones estructurales, observamos particularidades tanto en los modos de encarar las decisiones de ampliación del grupo o de su reducción, como al momento de evaluar las alternativas disponibles. Cabe destacar que las condiciones objetivas derivadas del contexto geopolítico propio de una región de frontera, diversifican los principios que orientan las prácticas de los sujetos sociales. Por ello adoptamos el concepto de *curso de vida*, para referirnos a las series concatenadas de eventos y roles sociales protagonizados por los sujetos - socio-históricamente situados - en el eje temporal y motivadas por las necesidades de las familias según su posición estructural (Tuirán 2001).

Las articulaciones entre los cursos de vida individuales que se gestan en cada familia componen configuraciones específicas; la secuencia de estas configuraciones constituye el *itinerario estructural* del grupo a partir de un ego (Anguiano y otros 2002). La composición de los hogares, el bienestar de las familias, la dinámica de estos conjuntos y la preservación de un estilo de vida ayudan a explicar cuáles son las posibilidades que tienen para reaccionar ante situaciones adversas, en contextos generalizados de pobreza estructural (Jelín 1998). La feminización de la pobreza o la fragilidad de las familias vulnerables se expresan en los cambios en la composición y en la recombinación de las funciones al interior de estos grupos. (Torrado 1982; Forni y Benencia 1985; Schiavoni 1999).

La reconstrucción de los cursos de vida y los itinerarios estructurales de los grupos dan cuenta de cómo cada familia orchestra sus estrategias en función de los recursos que vislumbra disponibles. Aciertos y desaciertos en sus apuestas se evidencian en las etapas de mayor constricción, pérdida de miembros o de expansión, incorporación de otros. Las uniones sucesivas y la alternancia en la convivencia conyugal expresan la flexibilidad de los acuerdos y de los vínculos. La educación alcanzada, las oportunidades de trabajo y las posibilidades de acceso a la vivienda y al sistema de salud complementan los ejes considerados en nuestro análisis.

Como objetivos, nos proponemos describir las historias de familias en situación de vulnerabilidad enfatizando los cambios en la composición de los grupos; analizar las políticas de apoyo a grupos vulnerables vigentes en las últimas décadas a nivel provincial y sus formas de implementación, para distinguir las limitaciones y potencialidades de las familias en el ejercicio de sus derechos según el acceso a los recursos estatales.

La metodología aplicada combinó fuentes primarias y secundarias, prevaleciendo el enfoque cualitativo en el análisis. Para abordar las estrategias de vida en las sucesivas generaciones, fue necesario complementar las perspectivas diacrónica y sincrónica, como así también articular sujetos y estructuras. Desde la perspectiva de Bourdieu (1988) tomamos los conceptos de *campo* (como sistema de posiciones y relaciones entre posiciones) y *habitus* (disposiciones para percibir y actuar que incorpora el individuo a lo largo de su vida); éstos nos permitieron recortar las políticas sociales orientadas a los sectores vulnerables y analizar las diferentes estrategias desplegadas por los agentes sociales (grupos familiares, agentes estatales, referentes de ONGs) para conocer las posiciones alcanzadas. La revisión de las ofertas programáticas como expresión de las políticas sociales en vigencia, requirió del análisis documental.

Estas decisiones metodológicas fueron posibles por nuestra prolongada permanencia en terreno desde los proyectos de investigación e intervención. Desde una perspectiva micro-sociológica, a través del análisis de casos: 3 redes familiares que integran 21 hogares en total. Situamos las estrategias de vida de estas redes en el contexto mayor de sobrevivencia, contexto que delimita los grados de vulnerabilidad. Como el estudio inter-generacional resulta muy denso, trabajamos con una muestra restringida que pone en evidencia cómo grupos domésticos pertenecientes a una misma red parental de origen, al enfrentar situaciones diversas o semejantes, orquestaron modalidades singulares de resolución de su supervivencia. Durante el período analizado (tres últimas décadas), la oferta programática presentó algunas modificaciones pero no todos los grupos familiares reaccionaron de forma similar.

Las redes analizadas están conformadas del siguiente modo: la primera por 11 hogares, el de origen y los 10 que han generado sus hijos⁵; la segunda por 9 hogares, el de origen y los 8 que han generado los hijos sobrevivientes⁶; y la tercera por dos hogares resultantes de sucesivas uniones y recomposiciones⁷ (llegaron a sustentar una red de cuatro hogares y luego se reunieron) en las tres generaciones revisadas. En cuanto a sus ámbitos de vida, todos los grupos se originan en zonas rurales minifundistas del sur de la provincia de Misiones, dos en áreas cercanas a la frontera con Brasil (primera red) y con Paraguay (tercera red). La segunda generación incursiona en espacios urbanos de diferente tamaño, ciudades como San Javier, Santa Ana, Alem, San José, Posadas o Buenos Aires; salvo tres

⁵ Segunda generación: 5 familias nucleares completas, 3 matrimonios sin hijos y 2 nucleares monoparentales. Tercera generación: 15 nietos que conformaron 2 familias nucleares completa, 7 adultos solteros (4 mujeres estudian y 3 varones trabajan), 3 jóvenes y 3 niños que estudian.

⁶ Segunda generación: 2 mueren antes de la adultez, 5 familias nucleares completas, 1 monoparental, 1 matrimonio sin hijos, 1 soltera. Tercera generación: 19 nietos que conformaron 1 familia nuclear completa, 5 jóvenes (4 mujeres y 1 varón que todos trabajan) y 13 niños, 8 varones y 5 mujeres, que estudian.

⁷ Segunda generación: 1 hija, 4 uniones sucesivas, 1 hija dos uniones sucesivas y 3 hijos varones que abandonaron el hogar materno siendo jóvenes. Tercera generación: 9 nietos "conocidos" que conformaron 1 familia nuclear monoparental, 2 jóvenes solteras, 1 joven "perdido", 2 niños "entregados" en adopción y 3 niños pequeños que conviven con sus madres.

hogares de la primera red que permanecen en la zona rural explotando sus propias chacras y los núcleos familiares de la tercera red que se desplazan en la periferia de localidades pequeñas con actividades rurales.

Cuadro N°1: Composición de las Redes Familiares analizadas

Red 1	Red 2	Red 3
Flia. Nuclear de origen El matrimonio se disuelve por viudez	Flia. Nuclear de origen El matrimonio se disuelve por separación tardía	Flia. Nuclear de origen El matrimonio se disuelve por separación, sucesivas uniones.
10 hijos: 5 nucleares completas 3 matrimonios sin hijos 2 nucleares monoparentales	10 hijos: 2 mueren antes de la adultez 5 nucleares completas 1 monoparental 1 matrimonio sin hijos 1 soltera	6 hijos: 1 hija, 4 uniones sucesivas 1 hija dos uniones sucesivas 3 hijos varones abandonaron el hogar materno siendo jóvenes.
15 nietos: 2 nucleares completa 7 adultos solteros: 4 mujeres estudian y 3 varones trabajan. 3 jóvenes y 3 niños estudian.	19 nietos: 1 nuclear completa 5 jóvenes: 4 mujeres y 1 varón, todos trabajan. 13 niños, 8 varones y 5 mujeres, estudian.	9 nietos "conocidos": 1 nuclear monoparental 2 jóvenes solteras 1 joven "perdido" 2 niños "entregados " en adopción 3 niños pequeños.

La perspectiva de los actores nos aproxima a la captación de los cambios sufridos en las estructuras familiares en las últimas décadas. A partir de los testimonios de los informantes reconstruimos los itinerarios estructurales y los diversos cursos de vida a través del análisis intergeneracional, recuperando las diferencias entre miembros de una misma generación en contextos compartidos. Para lo cual realizamos entrevistas semi-estructuradas a 19 integrantes⁸ de las tres redes familiares.

La complementación en la lectura e interpretación de lo acontecido en los itinerarios estructurales en sus contextos de vida incluyendo en éstos la oferta programática vigente, permitió comprender parte del sentido de los cambios o permanencias reconocidas en las historias grupales, así como distinguir espacios de decisiones individuales singulares que responden a las diferentes construcciones de la subjetividad de los agentes involucrados⁹.

⁸ Dado el extenso tiempo de contacto con los miembros de estas redes (más de siete años la primera, seis la segunda y tres la tercera) para esta presentación actualizamos las historias familiares entrevistando a las mujeres de los hogares de origen (dos de los cónyuges fallecieron y el tercero se desconoce paradero). En las segundas generaciones, tomamos de la primera red: dos jefas de hogares monoparentales y un jefe de hogar completo; de la segunda red: dos jefas de hogar, uno completo y otro monoparental, la jefa soltera; y de la tercera red: una jefa de hogar y otra integrante del otro hogar. De la tercera generación contactamos para la primera red: dos mujeres adultas solteras, un varón adulto y un joven; de la segunda red la joven integrante de la familia nuclear completa y dos jóvenes mujeres; y de la tercera red la joven jefa de hogar monoparental.

⁹ El contacto con las abuelas, sobrevivientes de los núcleos de origen requirió traslados hasta su lugar de residencia actual (Alem, la primera; San José, la segunda y Santa Ana, la tercera), se les solicitó un recorrido por los hogares de cada uno de sus hijos y de sus nietos. A modo de control de lo expuesto por éstas, a cada uno de los informantes contactados en el último año y residentes en Posadas, o en visitas circunstanciales a Posadas, se les solicitó completar las historias de sus

La sintética presentación del marco socio-estructural en el cual transcurrieron las historias familiares relevadas antecede a la descripción de los casos considerados, la reconstrucción de los cursos de vida y la gama de itinerarios estructurales reconocidos constituyen la instancia articuladora entre los límites del contexto y las singularidades de las estrategias familiares desplegadas. Finalizamos con una serie de reflexiones más que conclusiones pues son numerosos los interrogantes pendientes.

Reforma del estado y políticas sociales

La orientación de las políticas sociales en la última década suplantó, al menos en la retórica, el corte focalizado o selectivo por el enfoque de desarrollo centrado en la familia y la comunidad, destacando la educación y la salud como ejes de integración social. Revisar el curso de este proceso nos obliga a situarnos a partir de las reformas estructurales a favor del mercado¹⁰, que provocaron librecambismo, retracción estatal, privatización de las empresas públicas, flexibilización del sistema de empleo, entre otras medidas que tanto incidieron en la redefinición de las fronteras entre el estado y la sociedad¹¹.

Como parte de un proceso político global, los noventa trajeron consigo apertura de las economías, gravitación del mercado, acelerado crecimiento económico y precariedad laboral; a causa de ello se acumularon desventajas en amplios sectores de la población, cuyos efectos más palmarios fueron la pobreza y la exclusión social. El resultado fue polarización social y heterogeneidad y complejidad en los sectores más bajos. Los segmentos menos pobres y las capas medias, según la teoría del derrame, deberían esperar la actuación de los mecanismos de rebalse.

En este contexto, las políticas públicas sociales se formularon privilegiando la caída de los costos fiscales mediante la aplicación de un patrón distributivo de fondos a un conjunto reducido de receptores, cuya directriz fue la *focalización* (dirigir recursos a un grupo específico portador de una característica determinada). La atención del estado, entonces, se concentró en grupos-meta previamente definidos, y el argumento principal fue

hermanos y/o primos parcialmente actualizadas. De la tercera generación se tomó contacto con los residentes en Posadas y con fácil acceso (por lugar de trabajo y/o residencia).

¹⁰ La profundidad y la persistencia de la crisis de los '70, produjo la caída de gran parte de la población bajo la línea de pobreza; un fuerte deterioro en los estratos más bajos de la sociedad (agudizando la pobreza estructural y la indigencia) y una acelerada pauperización de los estratos medios. Si la década de los ochenta, crisis de la deuda mediante y falta de crecimiento económico, mereció considerarse "perdida"; la de los noventa se caracterizó por la fuerte concentración económica, centralización del capital, sobrevalorización financiera, distribución regresiva del ingreso, precarización de las relaciones laborales y fragmentación social, consolidando así la tendencia setentista.

¹¹ De ahí que la última década del siglo pasado se nos muestre como escenario de profundos y contradictorios cambios, algunos condicionados por las transformaciones del contexto mundial (caída del bloque socialista, multipolaridad económica, globalización de los mercados), y otros, provengan de la excesiva adhesión nacional a los mandatos bancomundialistas y de la aplicación acrítica de reforma del estado. Si hubo crecimiento económico, éste no se tradujo en disminución de los niveles de pobreza, como tampoco evitó pérdida de fuentes de empleo en el mercado formal.

la priorización del combate a la pobreza. Así pues surgieron los programas denominados de “asistencialismo focalizado”, entre ellos los de Reinserción Laboral, Empleo Joven, Plan Trabajar, etc., financiados con créditos internacionales. Así, en la medida en que se fue acotando el gasto público social, se redujo la provisión universal y homogénea de servicios; y la intervención estatal solo se dirigió a cubrir las necesidades básicas de los sectores más necesitados. (Vinocur y Halperín 2004).

Entre la primacía de lo asistencial, focalización de grupos vulnerables y paquetes de políticas compensatorias, las políticas públicas de estos años tuvieron a los pobres estructurales como sus principales destinatarios. Ello marcó el fin del bienestarismo y dio inicio a un sostenido proceso de mercantilización de servicios básicos, tales como la educación y la atención a la salud. Asimismo, estas responsabilidades públicas resultaron “descentralizadas” para su cumplimiento, descargando la gestión en jurisdicciones provinciales o municipales, las que a su vez delegaron funciones -en buena parte- a las organizaciones de la sociedad civil. Los resultados fueron el desmantelamiento de las políticas públicas, por un lado, y el afianzamiento del neoconservadurismo en el marco de la legitimación del poder político-administrativo en una democracia de sufragio universal, por el otro lado. (Lo Vuolo y Barbeito 1998). Sobre la marcha de reformas estructurales a favor del mercado, paradójicamente resultaron ligados los conceptos de ciudadanía y exclusión social, y por extensión el de los derechos sociales, en un contexto de deficiente integración social.

Los grupos familiares según las diversas situaciones de vulnerabilidad quedaron más o menos expuestos a los cambios en la administración y distribución de los servicios públicos, enfrentándose a la necesidad de desarrollar nuevas habilidades para agenciarse de los recursos elementales para vivir, poniendo en cuestión la reivindicación de los derechos, el sentido de la modernización y modernidad, como así también de la ciudadanía y la democracia.

A consecuencia de la profunda crisis social, política y económica de finales del año 2001, vastos sectores de la población fueron nuevamente expulsados del sistema económico, reeditando el fenómeno de desocupación y precarización laboral experimentado en los inicios de la década del noventa. En el año 2002, frente a los elevados niveles de vulnerabilidad social que se mantenían desde hacía ya varios años, las políticas sociales se reorientaron más hacia el conjunto familiar que hacia los sujetos focalizados¹². Así por ejemplo el Plan Jefes y Jefas de Hogares Desocupados se presentó como universal, pero en la práctica resultó imposible de sostener, ya que en el proceso de aplicación modificó su

¹² En 2002 se creó el Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, estableciendo el “derecho familiar a la inclusión social”. Si bien este plan nació como herramienta de la política social y como instrumento para apaciguar un estado de conflictividad social de características inéditas, se limitó a distribuir beneficios asistenciales precarios e insuficientes para cubrir las necesidades mínimas de la población en situación de pobreza e indigencia. (Cf. Informe CELS 2003; Neffa *et. al.* 2008).

diseño girando hacia una protección social asociada a la condición de pobreza. De resultas, no aseguró el derecho a la inclusión como tampoco el acceso a derechos mínimos garantizados, ni generó efectos redistributivos. (CELS 2003).

A partir del año 2003, las políticas sociales comienzan a plantear como objetivos la generación de perfiles regionales, a nivel productivo y de servicios, empleo social para el desarrollo humano buscando la integración y la cohesión social, así como la creación de oportunidades para ese desarrollo. Los ejes de estas políticas se centran en la seguridad alimentaria, el desarrollo local y fortalecimiento de la economía social y la protección y promoción de las capacidades y derechos de las familias en situación de vulnerabilidad social. Surgen así tres planes nacionales: Plan de Seguridad Alimentaria, Plan Manos a la Obra y el Plan Familias, este último comprende una serie de programas y acciones de prevención, promoción y asistencia, entre los que se encuentra el Programa Familias por la Inclusión Social. El principio que los anima es la lucha contra la pobreza en cada uno de los territorios de nuestro país, mediante la integración y la articulación de esfuerzos y recursos del Estado (nacional, provincial y local), de las organizaciones sociales y del sector privado.

Sin embargo estos esfuerzos están resultando insuficientes por el alcance territorial, la baja cobertura, con claras superposiciones con otras propuestas programáticas de jurisdicción nacional y/o provincial; y sobre todo porque una vía que no se transita es apostar eficazmente a la generación de empleo como solución a la pobreza. Según Campos (2005), las medidas que se instrumentaron se caracterizan por falta de coordinación, pero además no demuestran eficacia al momento de revertir los niveles de satisfacción de los derechos sociales en la población.

A inicios del 2008, se implementa el Plan Ahí con el propósito de profundizar la intervención en los núcleos duros de la pobreza, ampliando la presencia del Estado en el territorio, creando acceso y rescatando las redes e identidades locales. Se pretende promover de este modo el desarrollo social y humano de las personas, familias y comunidades en situación de alta vulnerabilidad social, a través de la implementación de políticas públicas integrales orientadas hacia el efectivo cumplimiento de derechos sociales como la educación, la salud comunitaria, el trabajo, la vivienda, la cultura, la recreación y el acceso a servicios públicos de infraestructuras esenciales.

Este cambio en el rol del estado y la reorientación de las políticas sociales plantea nuevas y diferentes demandas por parte de la ciudadanía. Compartimos con Belmartino y otros la siguiente reflexión "... el problema no reside en reducir el Estado sino en mejorar sus capacidades de definición e implementación de políticas. *La solución no radica en menos Estado sino en la construcción de un mejor Estado...*" (Belmartino y otros 2001:79. El destacado es nuestro).

Misiones como contexto de vida

Misiones pertenece al conjunto de provincias del norte argentino que sobresalen por los altos niveles de pobreza, limitada potencialidad económica, problemas sociales desafiantes y exigentes, y una imperiosa necesidad de innovación en políticas. Esta Provincia además constituye una área crítica¹³, tanto por la persistencia de indicadores sociales negativos (contribución mayoritaria de los menores de 15 años a la estructura por edades de la población, escaso acceso a la educación, trabajo infantil e importantes niveles de desnutrición, entre otros), como por las limitaciones estructurales frente a las oportunidades de innovación (elevada proporción de población rural constituida mayoritariamente por agricultores descapitalizados, con nula integración a una cadena de agregación de valor). Frente a las demás provincias del NEA (Corrientes, Chaco y Formosa), Misiones agrega singularidad geopolítica (extenso límite internacional con Brasil y Paraguay) y una importante dinámica de intercambio comercial y tránsito vecinal, que genera condiciones virtuosas y viciosas para el desarrollo socio-económico y la integración regional.

Estas condiciones estructurales en un contexto geopolítico propio de una región de frontera, plantean límites difusos en los principios que orientan las prácticas de los sujetos sociales. Asimismo facilitan actividades vinculadas a la industria del sexo (explotación sexual comercial infantil, trata de personas), y a la explotación de niños para el trabajo (contrabando hormiga, *tarefa*¹⁴, responsables del hogar y del cuidado de los hermanos menores). De esta manera persisten los procesos que consolidan circuitos desiguales en la obtención de recursos, que vulneran los derechos de los sujetos y reproducen o amplían condiciones sociales injustas. En suma, son escasas las oportunidades de expansión de las capacidades de las personas para gozar de una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y ser creativas, tener un nivel de vida digno, y al mismo tiempo ampliar las posibilidades de participación en la vida comunitaria. En todo caso, se mantienen las condiciones estructurales que consolidan desigualdades y reproducen la pobreza, a la vez que amplían la distancia social entre los grupos. (Cf. Informe sobre Desarrollo Humano Argentina, 2009).

La división político-administrativa de nuestra Provincia se realiza por el sistema de ejidos colindantes, y reconoce autonomía municipal. De esta división resultan 75 municipios, que según el tamaño de su población se clasifican en tres categorías: primera, segunda y tercera; y en función de esta clasificación se define su participación en la distribución de los ingresos de la administración pública. En el período intercensal 1991-2001, Misiones logró revertir la relación rural-urbano; sin embargo una proporción importante de la población (30%) todavía reside en áreas rurales y de modo disperso. Pero además cabe señalar que este proceso de progresiva urbanización no siempre se combinó

13 Informe sobre Desarrollo Humano Argentina 2005 y 2009.

14 Forma de trabajo rural a destajo que no está sujeta a disposiciones legales de contratación, utilizada frecuentemente en las actividades de forestación/reforestación.

con mayor desarrollo y mejores niveles de vida; y la alta aglomeración en los núcleos urbanos se nos ha presentado como un alarma acerca de la irregular distribución de oportunidades laborales en el territorio provincial más que como indicador de progreso.

En líneas generales, Misiones se ha caracterizado por ser un territorio expulsor de población en edad económicamente activa; proceso que se agudizó al promediar la última década del siglo anterior. En los noventa tuvo lugar una importante movilización espacial desde las áreas rurales hacia las localidades urbanas, acelerando la concentración y pauperización de vastos sectores sociales. Los que fueron llegando se asentaron en las zonas periféricas de las ciudades de destino, generando sectores marginales agolpados; éstos se incorporaron a un segmento del mercado laboral signado por la precariedad y la informalidad: trabajo a destajo, tareas en negro o venta ambulante. La ciudad de Posadas recibió a los desplazados rurales ubicándolos en asentamientos periurbanos, allí fueron reproduciendo similares condiciones de existencia que las de sus lugares de origen, o aún peor. Pero con una ventaja, más cercanos e inocultables a la vista de los ejecutores de las políticas compensatorias y focalizadas destinadas a la población en situación de vulnerabilidad social (Báez 2003).

Mediciones correspondientes a la segunda onda, de la EPH 2009, aun siendo severamente cuestionadas, muestran la región NEA con el mayor índice de pobreza e indigencia del país: 29.5%. Visto por aglomerados urbanos, Posadas y Corrientes presentan los mayores índices de población que no alcanza a satisfacer un conjunto básico de necesidades alimentarias y de servicios: 30.4% y 31.4% respectivamente, frente a 28.3% de Resistencia y 25.5% de Formosa. Ambas se constituyen en las ciudades argentinas con mayor pobreza, situación que se agudiza en las zonas rurales.

Los pobres son parte del entramado de relaciones sociales que alimenta el funcionamiento de una sociedad, afirman Lo Vuolo et al. (2004). La pobreza no es el único problema social sino una de las formas en que se expresan los problemas sociales; ya que ésta suele presentarse conjuntamente con otras formas de privación de elementos esenciales requeridos por las personas para funcionar "normalmente" en la sociedad: carencia de seguridad básica, falta de educación, deficiente salud, desnutrición, falta de vivienda, acceso limitado al agua y a los servicios sanitarios, entre otros. En algunos casos se plantean relaciones de transitividad o de causa efecto entre estos conceptos, así por ejemplo se tendría que los mercados y/o los empleos con frecuencia son de difícil acceso debido a las bajas capacidades en estos conjuntos sociales, la poca educación afecta las posibilidades de conseguir empleo pero también el acceso a información que podría contribuir a mejorar la calidad de sus vidas. Visto así, la pobreza es mucho más que carencia de ingresos, porque los pobres enmarcados en economías informales están privados no solo de ingreso y recursos, sino también de oportunidades. Esta situación se complica aún más "debido a la estructura de sociedades e instituciones que tienden a

excluir a los pobres de su participación en la toma de decisiones sobre los direccionamientos del desarrollo económico y social” (Global Poverty Report, 2000: 3). De modo que las personas pueden desarrollar sus capacidades en sociedad sólo cuando tengan márgenes razonables de existencia autónoma y no cuando dependan de la errática voluntad asistencial.

Oportunidades, restricciones y ejercicio de derechos

El abordaje de una problemática tan compleja como las condiciones de vulnerabilidad de los grupos familiares obliga a trabajar en diversas escalas; el plano institucional revela la cristalización de la intersección entre el orden social y las instancias individuales; pero para acceder a éste debemos partir de los sujetos y sus historias, que no se construyen en forma aislada sino como integrantes de diversos colectivos, principalmente de familias, en contextos socioeconómicos determinados.

Si nos situamos en la perspectiva de Bourdieu, tomamos a las familias como agentes sociales insertos en un espacio social global, preocupados por acrecentar su estructura patrimonial para lograr la reproducción biológica y social, desplegando diversas luchas en variados campos. Como nuestro propósito es analizar de qué modo las familias se apropian de los recursos que ofrecen los programas sociales en tanto manifestación de políticas públicas, esbozamos la construcción del *campo del bienestar social*, considerando como interés en juego el acceso a condiciones de vida digna en pleno ejercicio de sus derechos. De este modo nos permitimos analizar las estrategias de vida de los grupos familiares como el producto de una serie de luchas y confrontaciones para acceder a determinadas posiciones que les garanticen ese bienestar digno, sostenerse en ellas o bien descender, si no alcanzan a mantener el bienestar logrado.

Las diferentes capacidades de los grupos para acceder a los recursos segregan aún más a los que tienen mayores necesidades sin cubrir y con liderazgos femeninos, pues también sus capacidades de gestión son más limitadas y el deterioro de las prestaciones públicas afectó, especialmente, a las mujeres vistas como colectivo social. Resulta ser el grupo más castigado al tener que hacerse cargo de la responsabilidad de la satisfacción directa de las necesidades básicas de los integrantes de sus familias y de producir a nivel doméstico bienes o servicios que antes podían adquirir en el mercado (ropas, alimentos varios) o utilizar los recursos estatales (jardines maternos, hogares de día, etc.).

La estructura patrimonial de un grupo se genera con diversas especies de capital (económico, cultural, social y simbólico) y ésta es la que se acrecienta y/o disminuye según el éxito de las apuestas realizadas en los diversos campos de lucha. En una sociedad compleja capitalista como la nuestra, las posibilidades de acrecentar capital económico provienen del ámbito laboral; en grupos familiares cuyos trabajadores tienen escasa

calificación (limitado capital cultural) y reducidas oportunidades de empleo formal, sus alternativas se remiten a lo que se presenta a través de las redes informales (capital social).

Resulta asombroso que las familias pobres subsistan en condiciones de crisis sostenidas y de rigidez del mercado de trabajo para incorporar mano de obra y/o mejorar las oportunidades de los trabajadores. Ante la imposibilidad de satisfacer sus necesidades básicas a través de la generación de ingresos laborales, los grupos familiares apelan a una variada gama de recursos entre los cuales los programas sociales constituyen un arsenal clave. Pero la información disponible para acceder a sus prestaciones y beneficios circula por espacios restringidos (redes clientelares a nivel barrial por ejemplo, o la difusión desde los ministerios, entre otros) e inaccesibles para algunos (desconexión con el poder político local. residentes en zonas alejadas o, simplemente analfabetos).

En este campo de lucha, el del bienestar social, el capital social se constituye en la especie más valorada dados los mecanismos de acceso amañados que se sostienen y resultan difíciles de erradicar. En el proceso de mediaciones entre los beneficios y/o prestaciones de los planes y los usuarios se ha montado una compleja trama de intereses personales y sectoriales, que requiere fundamentalmente voluntad política para garantizar el ejercicio de la ciudadanía y no consolidar las redes clientelares generadas.

La variada gama de prestaciones que el Estado ha ofrecido en las últimas décadas muestra las áreas priorizadas, así como el reconocimiento de las limitaciones que padecen los grupos más vulnerables cuyas necesidades básicas se ven seriamente amenazadas. En Misiones se efectivizaron planes y programas nacionales complementados con propuestas provinciales y municipales.

En el campo educativo se mantuvieron las prestaciones de carácter universal en los diferentes niveles así como se amplió la cobertura en el nivel inicial. Se descentralizaron a las provincias los niveles inicial, primario y secundario. En los inicios de los '90 el Plan Social Educativo proporcionó libros y útiles escolares a todos los educandos; estas prestaciones se recortaron y a partir del 2000 sólo los establecimientos ubicados en las zonas más vulnerables entregan a sus alumnos útiles escolares. Complementariamente se propusieron programas de formación laboral y capacitación en oficios orientados a los Jefes y Jefas de hogar que más tarde se ampliaron a las beneficiarias del Plan Mamá.

La salud pública atravesó una dura etapa de arancelamiento de ciertos servicios y prestaciones en los hospitales públicos al transformarlos en centros de autogestión; pero después de la crisis del 2001, se suspendieron los cobros de los servicios de atención ambulatoria, internación y medicamentos a todos los ciudadanos argentinos. El Plan Remediar y el Programa de Medicamentos Genéricos constituyeron junto al Programa de

Salud Sexual y Reproductiva y al Plan Nacer¹⁵ una reformulación de las prestaciones públicas de salud devolviéndoles parcialmente el carácter universal y gratuito¹⁶.

La vivienda y la alimentación que no se habían constituido como áreas prioritarias para el Estado hasta la década del ´80, se impusieron como problema nodal ante la imposibilidad de los grupos familiares por resolver sus condiciones de habitación y alimentación, fueron prestaciones focalizadas en los grupos más vulnerables y con cupos limitados por áreas.

A los programas del Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI) vigentes instrumentados por el Instituto Provincial de Desarrollo Habitacional (IPRODHA) se agregaron otros más específicos para sectores pobres gestionados por el nivel local según las características de su población. Estos beneficios consisten en mejoras parciales de los servicios básicos (provisión de agua potable y desagües de agua), de paredes y techos bajo la modalidad de proporcionar los materiales de construcción y organizar los grupos comunitarios para encarar las tareas bajo la supervisión técnica del Instituto Provincial (un ejemplo de éstos es el "Plan Techo"). La franja de población asistida son los grupos beneficiarios de planes sociales, siendo destacado el colectivo de los ancianos.

El Programa de Seguridad Alimentaria¹⁷ en tanto propuesta integral articuló prestaciones aisladas como los comedores comunitarios, las huertas familiares y barriales, los comedores escolares, la distribución de cajas o bolsones de alimentos, entre otros. Al ser gestionado desde el ámbito local concertó en su instrumentación la participación de sectores gubernamentales (nacional, provincial y municipal) y no gubernamentales.

La vestimenta y el calzado nunca formaron parte de las prestaciones estatales regulares, aún en los períodos más críticos las familias accedieron a éstos a través de sus propios recursos (redes sociales familiares o comunitarias o ingresos monetarios). No obstante, en períodos electorales la provisión de zapatillas, y guardapolvos, si coinciden con el inicio escolar.

El equipamiento del hogar (mobiliario y electrodomésticos) recientemente pasaron a formar parte de prestaciones estatales: Programa "Corazón de Mujer" y "Plan Cucheta". El primero tuvo corta vigencia, ente 2006 y 2008, consistió en la entrega de lavarropas, cocinas, heladeras a las mujeres agricultoras participantes de los programas provinciales de desarrollo hortícola. El segundo se inicia en el 2007 y prosigue, consiste en la provisión de

¹⁵ Se inicia en 2003, con financiamiento del Banco Mundial. Es una reformulación del Plan Materno-infantil que cambia en su modalidad de administración, pero mantiene el tipo de prestaciones extendiendo la atención infantil hasta los 6 años. En Misiones la tasa de cobertura alcanzada en 2008 asciende a 88,7% superando ampliamente la tasa de cobertura nacional (41,1%).

¹⁶ Se ha implementado una serie de planes de salud sectoriales accesibles a través del sistema público de salud con atención diferencial (*Profé* Programa Federal de Salud para beneficiarios de pensiones no contributivas, de orden nacional y *Misiones Salud* de orden provincial orientado a los trabajadores rurales informales, por ejemplo).

¹⁷ Se implementa a partir del año 2003 bajo la Ley Nacional N°25.724.

camas como complemento de los programas de mejoramiento habitacional orientados los sectores más pobres.

Disponer de montos de dinero en efectivo constituye un elemento vital en una sociedad monetarizada donde la mayoría de las necesidades se satisfacen en el mercado y muy pocas por reciprocidad aunque entre los grupos de familias pobres estos mecanismos se encuentran más aceitados. Los patrones, los vecinos y la familia ampliada constituyen la red básica de prestaciones informales que complementan los escasos ingresos monetarios y los aportes de programas estatales.

Una serie de subsidios monetarios (apoyo a la familia natural, apoyo a la familia sustituta, pensiones no contributivas, pensiones por discapacidad, Plan Provincial Mamá¹⁸, entre otras) más el Plan Jejas y Jefes de Hogar (PJyJH), el Plan Familia y ahora la Asignación Básica Universal por Hijo (ABUH) configuran las alternativas disponibles para las familias carentes de ingresos monetarios regulares provenientes de su inserción en el mercado laboral.

El cuadro siguiente muestra la oferta programática registrada por nuestros informantes¹⁹ aunque no siempre hayan sido beneficiarios o usuarios de las mismas:

Condiciones estructurales: Oferta Programática reconocida por los informantes

Tipo de Prestaciones	Planes/ Programas	Requisitos	Contra-prestaciones	Cobertura	Duración
Dinero en efectivo Diversos montos Mensuales	Pensiones varias Subsidios Plan J y J H Plan Mamá ABUH	Desocupación Empleo informal Agregados familiares Discapacidad Embarazo Hijos menores de 18 años	Controles periódicos de salud Asistencia escolar Horas de trabajo en organizaciones comunitarias y/o servicios públicos	Por cupos regionales (municipal o provincial)	Niños hasta los 18 años Discapacitados hasta la muerte Ancianos hasta la muerte Acceso empleo formal
Bienes diversos Alimentos Remedios MAC Libros/útiles Materiales construcción	Seguridad Alimentaria Remediar Salud Sexual y Reproductiva Social Educativo Techo	Desnutrición NBI Vivienda deficitaria	Controles de salud Asistencia Escolar	Por área programática y universales	Según déficits
Servicios varios Salud Educación Transporte	Materno-infantil-Nacer APS Educación básica Autobuses	Embarazo Niños de 0 a 6 años Universal	Controles de salud Asistencia Escolar	Universal	Mujeres durante la edad reproductiva Niños hasta los 6 años Sin límites

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

¹⁸ Se inicia en el año 2009, consiste en la asistencia económica (\$1.000 en tres cuotas, \$300 en el primer trimestre de embarazo, \$300 en el segundo y \$400 en el momento del parto) a cada futura mamá como una de las medidas para evitar el abandono o la venta de los hijos. Estar inscritas en el Plan Nacer y cumplir sus exigencias constituye un requisito para acceder a este Plan.

¹⁹ Los requisitos y condiciones así como la duración de los planes y programas se ajustan a lo planteado en los documentos técnicos respectivos.

Las familias no solo conocen en qué consisten o han consistido las prestaciones estatales sino también los requisitos y condiciones para usufructuarlas. La combinación singular que cada grupo familiar orchestra para satisfacer sus necesidades básicas resulta de articular los ingresos monetarios y en especies producto del trabajo de los miembros activos, las prestaciones universales que ofrece el Estado (educación y salud), así como las prestaciones especiales (subsidios y pensiones, apoyo alimentario y habitacional). Lo restante se satisface a través de las redes sociales y la autoproducción y/o el reciclado de alimentos, vestimenta, juguetes, muebles, etc.

Las redes familiares en la gestión del bienestar

Las limitaciones de las condiciones estructurales actualizan la utilidad de las redes parentales para garantizar la supervivencia de los grupos domésticos, pues una familia sola no logra alcanzar por sí misma un estándar de vida digno. Lévi-Strauss señala que la familia nuclear o cualquier otra no deben ser vistas en términos aislados sino como parte de una red de relaciones parentales; los sistemas de parentesco son en definitiva los que definen las líneas de descendencia, de residencia y las uniones posibles o prohibidas, otorgan un determinado lugar a los nuevos miembros que se gestan (Lévi-Strauss, 1975).

Optamos por el sentido más abarcativo del término familia al designar como tal al “grupo de individuos vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos, que constituyen complejas redes de parentesco actualizadas de manera episódica a través del intercambio, la cooperación y la solidaridad” (Tuirán, 2001:27). Pertenecer a una red familiar implica ciertas prácticas sociales referidas a la interacción entre parientes; la familia entonces se extiende en círculos concéntricos de sucesivas graduaciones que se ensanchan a medida que las relaciones e intercambios se diluyen.

El estudio de una red parental que comprende diferentes generaciones resulta fructífero porque permite comparar en el eje temporal las variantes entre el esquema de la familia de origen y las configuraciones que adoptan los núcleos familiares de la descendencia; además posibilita captar la interacción de los diferentes intereses que orientan el movimiento de los individuos en las familias considerados como cursos de vida. Trabajamos con una muestra restringida -tres redes familiares- que nos permitió revisar las estrategias adoptadas por los grupos que, enfrentados a multiplicidad de situaciones, orchestaron modalidades diferentes de resolución de la supervivencia logrando configuraciones tradicionales o innovadoras.

Para dar cuenta de estos complejos procesos de conformación de los grupos domésticos, la reconstrucción de las historias familiares fue imprescindible; pues “La historia de la familia es el resultado de los cursos de vida entretreídos de sus miembros: en sus vidas, los individuos se agrupan y reagrupan siguiendo una variedad de posibles modalidades.” (Tuirán, 2001:52). Las etapas del ciclo de vida familiar imponen una

secuencia muy rígida para dar cuenta de las variaciones observadas entre los miembros de una misma generación; el curso de vida resulta más operativo ante las ramificaciones del modelo tradicional. "..., la perspectiva del curso de vida la concibe [la familia] como una pequeña colectividad de individuos interactuantes que comparten una identidad común y algún sentido de solidaridad, pero no asume mecánicamente que las metas y objetivos del colectivo prevalecen sobre las decisiones y preferencias de los individuos." (Tuirán, 2001:55).

Las trayectorias individuales se intersecan generando múltiples itinerarios estructurales en las redes familiares, reconocer estos itinerarios permite anticipar las posibles trayectorias de las siguientes generaciones, dado que las configuraciones estructurales son esquemas tempranamente internalizados cuya reproducción expresa el peso que éstos adquieren en los proyectos de vida de los sujetos.

Nuestro acercamiento al plano empírico se inició con la reconstrucción de las historias familiares que dieron cuenta de las redes parentales en juego, cómo se articulaban los grupos domésticos y las derivaciones sufridas tanto en el eje temporal como espacial. Presentaremos las tres redes familiares analizadas que incluyen 21 hogares en total.

Entre las prácticas convencionales y las innovaciones femeninas

Rosendo y Juana son oriundos de Itacaruaré (Depto. San Javier, costa baja del Río Uruguay), se conocieron en el pueblo hacia 1945, provienen de familias nucleares completas con varios hermanos, pertenecen a la posición media en la escala de hermanos. Hicieron los primeros años de la escuela primaria pero cuando lograron leer y escribir (promediando el 4to. Grado) abandonaron la escuela: él para cooperar con su padre y hermanos en la chacra, y ella para ayudar a su madre con los hermanos menores. Se casan "mayores" (29 y 21 años respectivamente) y van a vivir a una chacra (25has) en la costa del río Uruguay (como ocupantes con permiso) en 1947. Plantan diversos productos para su subsistencia y también caña de azúcar y tabaco para la venta, pasan más de 20 años en ese predio donde nacen los primeros ocho hijos, luego logran comprar una chacra de 30has. Los dos últimos hijos nacen en la chacra propia. A los pocos años adquieren un lote en el pueblo, Rosendo se incorpora a un secadero de té como operario, trabaja pocos años y tiene un accidente que le afecta una pierna, que finalmente la pierde a los 62 años por una gangrena. En 1980 se instalan en forma definitiva en el pueblo por el delicado estado de salud del matrimonio. El es diabético y ha quedado cojo y ella es asmática con complicaciones cardíacas, ya no se dedican a las tareas productivas sino que viven de la jubilación por invalidez que le otorgan a Rosendo.

A todos los hijos se los envía a la escuela primaria. Los varones mayores trabajan junto al padre en la chacra con intensidad, luego la venden y reparten entre ellos el dinero lo que les permite comprar sus propias chacras. Las hijas mujeres al concluir la escuela primaria pasan dos o tres años en la casa cooperando con la madre en la atención de los hermanos menores y en las tareas de huerta y cuidado de animales de granja. Luego son "empleadas" en casas de familias recomendadas, "conocidas y de confianza", donde les permiten seguir estudiando a las que desean y les garantizan casa y comida y un sueldo magro, que parcialmente retorna a la economía del hogar.

Los hijos varones se casan más jóvenes que las mujeres, y se retiran del hogar, se agencian de sus propias chacras Luis (el mayor), Elías (cuarto) y Martín (octavo). Los otros buscan empleo en actividades urbanas, Nemesio (segundo) en una empresa constructora donde padece un accidente y pierde dos costillas, se jubila por invalidez a

los 30 años, pero continua haciendo tareas livianas como albañil y Alcides (séptimo) es incorporado en la misma fábrica de bolsas de plástico por intermedio de su cuñado.

Los varones mayores y menores ejercen la jefatura del hogar ni bien abandonan el hogar de origen, los menores pasan como integrantes de otros núcleos un período hasta que forman su propio hogar.

Las hijas mujeres primero se emplean en casas de familias de pueblos cercanos y cuando son mayores de edad migran hacia Posadas. La mayor, Mercedes, se casa y abandona el trabajo al regresar de Bs. As. su novio de más de 10 años. Alcira (segunda entre las mujeres) no se casa porque su novio que migró a Posadas por el servicio militar embarazó una joven y "se tuvo que casar". Continúan la relación con intermitencias hasta que Alcira se embaraza a los 32 años y establecen cierta periodicidad y compromisos. La tercera de las mujeres, Gladys, se casa con un novio de la adolescencia después de haber trabajado fuera de su casa durante casi diez años y retorna a la vida de la chacra. Las mujeres menores, Luisa y Norma, migran hacia Posadas a cargo de su hermana soltera y mayor de edad, Alcira, inician la escuela secundaria y se insertan como empleadas domésticas durante cinco años, sólo la menor concluye el nivel secundario. Luisa articula una relación complicada con un hombre casado residente en otra ciudad y Norma se casa con un hombre soltero quien la lleva a vivir con sus padres a su casa.

Las mujeres pasan de ser hijas en la familia de origen a ser agregados en las familias donde son empleadas cama adentro (pasan períodos de entre 3 y 10 años en esos grupos), luego como cónyuges en las familias que conforman con sus maridos; las que migraron a la ciudad y no se casan inmediatamente organizan otras configuraciones, solas en varios períodos, en grupo de hermanas y luego como Jefas en los hogares que constituyen con sus hijos y sin pareja permanente.

De los 10 hijos producto de la unión de Rosendo y Juana, la mitad se ha comportado según el patrón de sus padres siguiendo un típico ciclo de vida familiar: conformación de la pareja, expansión con el nacimiento de los hijos, fisión con la partida de los hijos y a la espera del reemplazo si es que no han muerto.

Los otros cinco hijos plantean cursos de vida diferentes: tres que no tienen descendencia (dos mujeres y un varón) y las otras, dos mujeres que constituyen sus hogares con maridos que mantienen otro hogar, "casa grandes" y "casa chica".

En la tercera generación todos los miembros completan la primaria e inician el nivel secundario: pero lo concluyen solo aquéllos cuyos padres han logrado una posición económica que permite sustentar estudiantes con aportes menores de trabajo, caso de los hijos de los dos hermanos mayores (Luis y Nemesio) y de la sexta hija (Gladys). En cambio los demás, por muerte de su padre o por ser segundo hogar, con ciertas dificultades acceden al nivel secundario sin mayores garantías de poder concluirlo.

Se priorizan a las mujeres mayores para financiar estudios universitarios o terciarios, a los varones se los estimula a estudiar pero "deben" aportar a la economía familiar o "armar su casa".

Alcira y Luisa (quinta y novena en la escala de hermanos) que establecen relaciones "de segundas" con sus parejas son quienes apelan a los planes sociales para garantizar su supervivencia. Los demás han logrado insertarse en el mercado formal y/o bien comprar una chacra que les permite "vivir bien".

Juana, la madre tuvo a sus diez hijos en su casa ayudada por su suegra, y "sin problemas"; en cambio sus hijas y nueras todas han tenido sus hijos en el hospital, usufructuando el *Plan Materno Infantil*.

Alcira y Luisa gestionaron el *Plan Jefas y Jefes de Hogar* y luego el *Plan Familias*, Alcira no logró ser incluida en ninguno de los dos; en cambio Luisa sí y además gestionó una *ayuda por la celiarquía* de su hija (aportes en comidas especiales y tratamientos específicos). Ambas gestionaron la *Asignación Básica Universal por Hijo*, Alcira ha logrado cobrar varias veces y Luisa aún debe decidir cuál de los otros planes abandona para poder cobrarla.

Alcira insistió a su cuñada Liliana (viuda del séptimo hermano) que gestionara la asignación por sus hijos menores; su trabajo es en negro.

Juana nunca especuló con gestionar la pensión de *Madre de siete hijos* porque consideró que ya los había criado cuando surgió este beneficio; como su marido tenía una *pensión por invalidez* disponían de obra social y luego de su muerte, Gladys, su sexta hija, la ayudó a gestionar una *pensión no contributiva* para no perder la obra social dado su delicado estado de salud que requiere internaciones regulares. Hace más de tres años que cobra la pensión y de ese modo además goza de cierta autonomía para decidir dónde y con quien vivir.

El análisis comparativo de cómo resuelven su situaciones de vida sugiere que quienes establecen mayor dependencia con las prestaciones estatales son los grupos cuya inserción laboral ha sido más precaria sin lograr capitalizarse; las familias nucleares monoparentales y con hijos pequeños son las que satisfacen mayor cantidad de necesidades a través de los programas sociales. Todos los grupos sin diferencia de potencial económico han usufructuado el sistema educativo público, mostrando la valoración otorgada a la educación formal. En cambio en cuanto a prestaciones de salud, los que lograron inserción laboral formal y/o jubilaciones y pensiones utilizan el sistema de obras sociales, los restantes –sean trabajadores informales o autónomos formalizados- son usuarios del sistema público de salud.

Recursos para mantener la familia unida

Martiniano y Ramona son oriundos de San José, de la zona rural. Se juntan hacia 1957 y se enganchan en una cuadrilla de *tareferos* (trabajadores rurales informales, dedicados a tareas agrícolas temporarias), pasan más de 15 años circulando por chacras y establecimientos levantando yerba, té o tung según las temporadas. Les daban un espacio para armar una choza y pasaban unos meses o pocos años en cada sitio. Cuando Martiniano se vuelve alcohólico y “su trabajo no rinde”, se instalan en la periferia del pueblo (hacia 1972) e inician una estrategia de distribución de los hijos que no pueden criar. Tuvieron diez hijos de los cuales mueren dos, el mayor a los 13 años y el cuarto antes de cumplir un año.

Abel, el mayor, era un niño discapacitado, gateaba, no logró caminar, apenas hablaba, era retardado. Nació en un campamento de tareferos cuando su madre tenía 13 años. Nora y Romilda, la segunda y la tercera hija, comienzan a trabajar en casas de familia desde los 10 años; nunca significaron gastos para sus padres sino que aportaron sus sueldos para la supervivencia del grupo.

Juana y Liliana, las siguientes en la escala de hermanos, son entregadas a una congregación religiosa para que estudien y si quieren hacerse monjas. Pasan 5 años en San José y luego las llevan a Bs. As. Viven más de 15 años en el convento. Una se recibió de Profesora de Inglés y la otra realizó un secretariado administrativo, en cuya práctica conoció a quien luego fue su marido.

Rosa, la séptima hija, a los 8 años es entregada como “criada” a su maestra de grado para que pueda estudiar; vive 4 años en el pueblo con la familia de su maestra, visita a su madre y hermanos los fines de semana y cuando la maestra es trasladada a Posadas, la madre autoriza que se mude con ellos.

Los varones son criados por la madre y el padre -quien durante algunos períodos desaparece de la casa-, comienzan a merodear por un aserradero en busca de desechos para leña y el patrón los va incorporando para la limpieza del aserradero, luego para la carga y descarga de los camiones, apenas concluyen la escuela primaria con serias dificultades. Ahora son maquinistas, conducen las grúas y palas mecánicas del aserradero, son empleados formales. Nunca salieron del pueblo.

Romilda, la segunda hija, es quien primero forma una relación de pareja estable, compra - con ayuda de su patrona - un lote vecino a su casa y se lo entrega a la madre para que se instale, Ramona logra romper la relación con su marido, lo

echa de la casa, sus hijos la apoyan, la violencia física fue creciendo. Martiniano no aportaba ingresos al hogar pues gastaba en alcohol lo poco que ganaba con sus changas, muere solo en el hospital del pueblo, por una cirrosis. Sólo su hija mayor, Nora, acude ante el llamado del médico, y los hijos varones no pueden verlo por ser menores y no disponer de la autorización de la madre. Después que muere el marido, Ramona mantiene una relación con un hombre menor que ella que dura un año. Como él no aportaba al hogar las hijas mayores lo echan de la casa.

La hija menor, Graciela, es criada por la madre una vez reinstalada en el pueblo hacia 1990, quien a pesar de sostener una huerta importante y criar animales (gallinas y cerdos) trabaja como empleada doméstica. Los ingresos de la familia se componían del salario de la madre, los aportes de los varones y ayudas varias de las hijas mujeres que ya se habían independizado. Ramona deja de trabajar fuera de su casa cuando sus hijas que viven cerca la requieren como apoyo para la crianza de sus nietos y le garantizan ingresos regulares.

Cuando Ramona se entera que existe *la pensión para madre de 7 hijos*, ya se siente abuela, ha resuelto la crianza de la mayor parte de sus hijos y desconoce los circuitos para gestionarla, su hija mayor, Nora, le advierte que existe esta posibilidad, pero ella se siente fuera.

Ramona tuvo sus cuatro primeros hijos sola, en la chacra, el primero en un campamento de tareferos, por eso piensa que nació con problemas. A partir de la muerte del bebé de seis meses, viven en el pueblo, y tuvo a sus siguientes hijos en el hospital, pero nunca fue a controles de embarazo. Sus hijas sí parieron en el hospital, pero se controlaron los embarazos solo de los hijos más pequeños, hace seis años que en este grupo familiar el control pre-natal ingresó como un requisito previo al parto. Tanto las hijas más jóvenes como las nueras (también mujeres jóvenes) se enteraron a través del Centro de Salud o por sus patronas.

Ramona tiene dos bisnietas, una de la hijastra de su hijo mayor (Luis) y otra de su cuarta nieta (hija de Rosa). Ambas jóvenes concurrieron a los controles pre-natales pero no era usuarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Jessica, su nieta es beneficiaria del *Plan Mamá*.

Bajo las condiciones del *Plan Nacer* nacieron sus últimos cuatro nietos (el menor de su hija mayor, el menor de la anteúltima hija y los dos hijos de su última hija). Graciela y Rosa son usuarias del *Programa de Salud Sexual y Reproductiva*, sus otras hermanas y cuñadas no, "se cuidan como pueden", no les interesa que los médicos se metan en esas decisiones de sus vidas.

Las hijas y nueras de Ramona que tienen niños menores de 18 años han gestionado la *Asignación Básica Universal por hijo*.

Ramona tuvo que entregar parte de sus hijos a las patronas y monjas para que cooperaran en su crianza, sólo los menores estuvieron a su cargo directo.

En la generación siguiente, se controla la cantidad de hijos, se los espera en función de las posibilidades del grupo familiar y a ninguno se le ocurre "dar un hijo" para que se lo críen o en adopción.

Las parejas que constituyeron los hijos de Ramona, excepto la hija mayor, han sido estables y llevan más de 20 años varias de ellas. Han conformado sus familias en edades tempranas (16 a 18 años) con compañeros de edades semejantes. De los ocho hijos, cinco conformaron familias nucleares completas, la hija mayor conformó una familiar nuclear monoparental y las otras dos aún no han tenido hijos, una sigue soltera y la otra se ha casado.

Las variaciones en la composición familiar del núcleo original, entrega transitoria de miembros -como empleadas domésticas y/o pupilas de las monjas- se debieron a las condiciones de extrema pobreza, pero sin perder los vínculos afectivos. En la siguiente generación hay una intencionalidad en definir la cantidad de hijos, aunque no así en la distancia inter-genésica. Se utilizan parcialmente los recursos

disponibles desde el estado para acompañar este proceso de decisiones. Los cambios de residencia no implican desmembramiento.

El devenir de tres mujeres

Teresa²⁰ y Xavier provienen del ámbito rural, se crían en las chacras donde trabajan sus padres. Se juntan en 1970 ante el primer embarazo de ella, de 12 años de edad. Y luego pare un hijo tras otro hasta conformar el primer grupo de tres (dos varones y una mujer). El grupo familiar se dedica a la tarea (actividades agrícolas temporarias) yendo por las chacras donde trabajan para otros y viven en las chozas que improvisan en su recorrido. Circulan durante 10 a 15 años por la zona de Bonpland, Bella Vista y Santa Ana. La pareja se separa antes de la partida de los hijos mayores que a los 13 o 14 años abandonan el hogar. Teresa se queda con Noemí, la hija mujer, y en pocos meses ambas logran unirse y se separan. Teresa se junta con Walter, un hombre mucho mayor que ella (con hijos de uniones previas, entre ellos Rosalina) con el cual tiene una hija (María), conviven pocos años.

Noemí con su primer marido, Raúl, convive durante 5 o 6 años, con el cual tiene tres hijos; el grupo vive de changas en la zona rural de Santa Ana. Raúl abandona el hogar y se muda a Posadas donde conforma otra pareja. Noemí trabaja en changas en el pueblo lavando ropa, a los dos años forma una segunda unión con Paulino. Isabel, la hija mayor es empleada como doméstica cama adentro en San Ignacio, no convive con su padrastro; Jorge, el hijo varón se muda a Posadas a vivir con el padre.

El grupo familiar que conforma en esta segunda unión incluye a Gregoria (3ra. Hija de la primera unión) y a Rocío y Alberto, frutos de esta segunda unión. Viven como ocupantes en la zona periférica de Santa Ana, hasta que Paulino la deja con los hijos a su cargo. Noemí sin recursos para sostener el grupo, decide emplear como niñera cama adentro a Rocío con 7 años; y recurre a su madre (Teresa) y juntas se dirigen a Bella Vista donde se instalan a vivir con el cuidador de un campo en Loreto (Don Ignacio). Noemí conforma una pareja con Ignacio pero sin descendencia. Como Teresa ha dejado a María con su hermanastra (Rosalina, mujer mayor que la cobija) se acopla al grupo de Noemí.

Pasan cerca de dos años en ese campo hasta que las mujeres adultas resuelven regresar a Santa Ana, donde se instalan en la casa de Saturnino (vecino de Rosalina). Noemí forma pareja con Saturnino que tiene un hijo mayor discapacitado (Rito). El nuevo grupo se conforma con la pareja de Noemí y Saturnino, Rito (hijo de él), los dos hijos de ella (Gregoria y Alberto) y Teresa, su madre.

Fruto de esta cuarta unión de Noemí es Milagros que siendo bebé es "entregada" a una familia del pueblo de mejor posición económica. El grupo se sostiene con la autoproducción de alimentos en el predio y los arreglos de autos y máquinas que Saturnino realiza en el taller improvisado en su casa.

La crisis que se desencadena con la enfermedad de Gregoria desarticula este grupo: Noemí embarazada abandona la casa de Saturnino con sus dos hijos (Alberto y Gregoria) y su madre (Teresa).

El grupo (Teresa, Noemí, Gregoria y Alberto) se instalan en la casa de Rosalina (hijastra de Teresa y hermanastra de María pero no de Noemí). No transcurre un año en esta situación, toman conocimiento de las posibilidades de ayuda estatal e intentan gestionarlas. Teresa consigue una asignación como *Madre sustituta* de Gregoria apelando al descuido de Noemí frente a esa hija. Noemí logra gestionar una *pensión*

²⁰ El testimonio de esta informante presenta algunas lagunas que a pesar de haber repreguntado, sus respuestas resultaron insuficientes. Por ejemplo, es complejo establecer el número de hijos que ha parido y su situación actual. La dinámica de vida de este grupo permite suponer que efectivamente "los hijos varones se le han perdido" y efectivamente desconoce su paradero.

por discapacidad para su hijo Alberto, deficiente mental. Son beneficiarias de la asistencia alimentaria por la desnutrición crónica de los niños y solicitan apoyo para establecer su propia vivienda.

Noemí expresa su voluntad de entregar en adopción el bebé, se realizan las gestiones correspondientes vía el Centro de Salud y el Área de Acción Social de la Municipalidad y se concreta el trámite de adopción.

La Municipalidad les proporciona dos viviendas al grupo familiar: Noemí y sus dos hijos y Teresa, María su hija menor y el nieto bebé. Ambas jefas de hogar no generan ingresos, su supervivencia es garantizada por los diferentes aportes que logran a través de los programas estatales: apoyo alimentario, prestaciones sanitarias y escolares y pensiones. Noemí mantiene relaciones con Saturnino, compañero de su cuarta unión pero sin convivencia, resulta nuevamente embarazada.

María también se embaraza de una relación circunstancial. Ambos bebés nacen en la misma época, Noemí vuelve a "entregar en adopción" a su hija recién nacida; María, en cambio mantiene al niño bajo su cuidado. Isabel, la hija mayor de Noemí regresa al hogar después de haber sufrido una golpiza en el prostíbulo donde la explotaban. Permanece unas semanas y cuando se recupera regresa a San Ignacio, al prostíbulo.

Gregoria se separa del grupo y se instala con una vecina de su misma edad, ambas en actividades prostituyentes; resulta embarazada a los pocos meses. Teresa se lamenta la pérdida de control sobre esta nieta y señala la preocupación por la autonomía lograda por la joven.

Los integrantes de los diferentes grupos que fueron armando nunca lograron empleos formales, los varones que circularon se desempeñaban en tareas no calificadas y temporarias en zonas rurales y/o urbanas. Las mujeres aportaron en el cuidado de los niños, escasa atención a la limpieza y el aseo. Como actividades laborales solo mencionaron el lavado de ropas en el arroyo para clientes vecinos; ciertas prácticas sexuales a cambio de alimentos y alojamiento habilitan la tolerancia de las jóvenes (Isabel y Gregoria) en prácticas prostituyentes.

Es destacable que las mujeres adultas son analfabetas y poco han estimulado la concurrencia de sus hijos a la escuela, obligados por el personal de salud o municipal los niños temporariamente asisten a la escuela común o especial.

Se prestan cuidado y atención a los problemas de salud de los miembros de la familia solo ante situaciones críticas: tumor intestinal de Gregoria y embarazos.

Especulan sobre varias alternativas para obtener dinero en efectivo, la *Pensión de Madre de siete hijos* se les presenta como la situación ideal, las mujeres mayores, Teresa y Noemí han parido más de siete hijos pero Teresa no recuerda siquiera dónde y cómo se le perdieron tres de sus hijos, menores que Noemí; Noemí registra que ha perdido también cinco hijos: tres ha entregado en adopción, uno huyó con el padre, y la otra captada en circuitos de prostitución. Desconocen las condiciones para gestionar esta pensión y a la vez su incompatibilidad con otros subsidios que disponen y no logran garantizar las condiciones educativas y sanitarias para sostener el cobro de la *Asignación Básica Universal por Hijo*. De los programas de salud vigentes que podrían utilizar, solo participan del *Plan Nacer*.

Los cambios en la configuración de estos grupos familiares alternan entre parejas que producen hijos, uniones transitorias sucesivas y el acople de hijos de diferentes padres a un núcleo de mujeres que se mantiene a lo largo de las décadas: Teresa como madre y sus dos hijas mujeres, y la prole de ambas que varía en número y composición. Las hijas reproducen la modalidad de familia armada por su madre: hijos que se van, se pierde el contacto, se venden o se entregan y, otros que permanecen, preferentemente las mujeres.

Cuadro Comparativo de las Redes Familiares analizadas en tres generaciones

Redes	1° red: R. y Juana	2° red: Martiniano y Ramona	3° red: Teresa y sus hijas
1° Generación	<p>Familia nuclear completa con amplia prole (10 hijos, 5 mujeres y 5 varones). Edades de los cónyuges en la primera unión: Varón 29 y Mujer 21. Edad de la madre al nacimiento del 1er. Hijo 21 años. Actividades rurales como ocupantes y luego como propietarios; limitadas oportunidades educativas (no concluyen el nivel primario). Diferencias entre hijos mayores y menores por variaciones en las oportunidades del contexto: mayores, mejor capitalización y menores, mayor dependencia de los aportes estatales.</p>	<p>Familia nuclear completa con amplia prole (10 hijos, 6 mujeres y 4 varones, de los cuales 2 mueren pequeños). Edad de los cónyuges en la primera unión: Varón 17 y Mujer 12 años. Edad de la madre al nacimiento del 1er. Hijo 13 años. Actividades rurales como ocupantes e itinerantes; limitadas oportunidades educativas (alfabetización básica). Diferencias entre hijos mayores y menores por variaciones en los aportes familiares: mayores, mayor compromiso con la supervivencia del grupo y menores, con mayor autonomía. Separación de la pareja original.</p>	<p>Familia nuclear incompleta con 3 hijos, 2 varones y 1 mujer. Edad de los cónyuges en la primera unión: Varón 16 y Mujer 12 años. Edad de la madre al nacimiento del 1er. Hijo 12 años. Actividades rurales como ocupantes e itinerantes; limitadas oportunidades educativas (analfabetos). Sucesivas uniones con varones entre 15 y 20 años mayores que ella (tres más, de las cuales tiene hijos en las dos siguientes: dos hijos y un hijo) con duración de dos o tres años, largos períodos sola con sus hijas, los varones abandonan el núcleo materno. Circula por las chacras acompañando a sus parejas y/o lavando y cocinando para tareferos.</p>
2° Generación	<p>Diversificación de actividades: rurales en explotaciones propias y urbanas formales e informales. Todos concluyen la escuela primaria y los más jóvenes inician el nivel secundario, que sólo concluye la menor. Edades para las primeras uniones: varones 17 a 21 años; mujeres 21 a 25 años. Edad de las mujeres en el nacimiento del primer hijo: 20 en adelante. Varones en pareja, uniones duraderas con hijos y sin hijos. Mujeres: en pareja con hijos, en pareja sin hijos y solas con hijos. Cantidad e hijos por grupo: ninguno; uno a cuatro. Experiencias de migración por zonas cercanas.</p>	<p>Diversificación de actividades: todos en ámbitos urbanos de diferente densidad (ciudades pequeñas, medianas y grandes) como trabajadores formales e informales. Todos concluyen el nivel primario con diversos grados de dificultad; las migrantes a la gran ciudad concluyen carreras terciarias. Edad de las primeras uniones: varones 19 y 20 años; mujeres entre 15 años y 25 años. Edad de las mujeres al nacimiento del primer hijo: entre 16 años y 22 años. Varones en pareja, uniones duraderas con hijos. Mujeres: en pareja con hijos y sin hijos; solas con hijos y sin hijos. Experiencias de migración por zonas cercanas y lejanas.</p>	<p>Actividades de subsistencia (huertas y cría de pollos) y trabajos informales irregulares (prostitución y explotación sexual comercial de las hijas). Estrecha dependencia de los aportes estatales (alimentos, remedios, materiales de construcción, subsidios). No concluyen siquiera el nivel primario. Mujeres con parejas sucesivas, uniones transitorias de 3 a 5 años; siempre quedan hijos. Edad de las primeras uniones: varones se desconoce; mujeres 15 años. Edad de las mujeres al nacimiento del primer hijo: entre 14 y 17 años. Experiencias de los varones de migración por zonas cercanas, que pierden el contacto con el hogar de origen.</p>
3° Generación	<p>Actividades urbanas, formales e informales según la calificación; solo un caso de continuidad en actividades rurales. Mayor preocupación por superar el nivel educativo anterior (todos los jóvenes inician y concluyen el nivel secundario; los más estabilizados inician carreras terciarias y universitarias). Experiencias de migración a grandes ciudades alejadas. Edades para las primeras uniones: varones 21 a 25 años; mujeres 23 a 25 años. Menor cantidad de hijos por grupo: dos o tres.</p>	<p>Actividades urbanas, formales e informales según la calificación; solo un caso de continuidad en actividades rurales, Mayor preocupación por superar el nivel educativo anterior. Experiencias de migración a grandes ciudades lejanas. Edad de las primeras uniones: varones aún solteros y mujeres, 16 años. Edad al nacimiento del primer hijo: varones sin hijos y mujeres 16 años. Menor cantidad de hijos por grupo: por ahora uno, y uso de MAC.</p>	<p>Actividades urbanas, informales: prostitución y "entrega de niños". Mantiene la dependencia de los aportes estatales (alimentos, materiales de construcción). No hay preocupación por permanecer en el sistema educativo (ingresan a la escuela y no concluyen el año, alfabetización básica sin perspectivas de concluir la primaria). Edad de las primeras uniones: varones se desconoce y mujeres, 12 años. Edad al nacimiento del primer hijo: varones sin datos y mujeres 13 años.</p>

Las estrategias articuladas por los integrantes de estas redes familiares en la gestión del bienestar revelan que apelan a diversas fuentes de recursos (laborales, estatales, familiares, religiosos, entre otros) y que éstas varían según quien ejerza la jefatura del hogar, las edades de la prole y la presencia del cónyuge. Las elecciones se orientaron según las oportunidades del mercado, las ofertas del estado y/o pertenencia a redes solidarias. Observamos las siguientes tendencias:

- Los trabajadores formales alcanzan mayor autonomía que los trabajadores informales con relación al estado y a sus familias en sus estrategias de vida.
- La dependencia de los aportes estatales aumenta cuanto más precaria es la inserción laboral de los miembros trabajadores.
- Los cambios más drásticos se producen en el pasaje de la condición de activos a pasivos de los jefes de hogar.
- En los hogares nucleares completos las condiciones de vida mejoran.
- Los hogares nucleares monoparentales de jefatura femenina presentan una alta dependencia de los aportes estatales y de las redes solidarias por tener menos adultos que aporten ingresos y por ser las mujeres las responsables del trabajo doméstico²¹.
- A mayor número de hijos se incrementa la dependencia de los aportes estatales y de las redes solidarias:
 - Los niños pequeños se crían y se educan entre parientes y patronos o referentes religiosos y/o educativos.
 - Los jóvenes se forman para el trabajo con patronos y patronas, y aportan parcialmente al núcleo de origen.

Se advierte una amplia diversidad de ofertas de programas nacionales orientados hacia los sectores pobres pero su eficacia es relativa al momento de valorar resultados. Las propuestas provinciales –originales unas (Plan Mamá, Vice-gobernación de Misiones) y recreaciones otras (Plan Nacer, Programa de Planificación Familiar y Procreación Responsable)-, dan cuenta del errático camino que atraviesan las líneas de acción. Esta pluralidad de intereses despista a los agentes responsables de articular las acciones para recuperar a las familias en situaciones de vulnerabilidad extrema. Funcionarios públicos, referentes de ONGs y punteros políticos actúan según sus propios criterios, y no siempre aportando al bienestar de los grupos atendidos. Para alcanzar la equidad son necesarios cambios drásticos en las modalidades de aplicación de las propuestas programáticas, las tareas son exigentes y no se cuenta con las capacidades técnicas ni con los recursos humanos suficientes.

²¹ En estas redes no se observan al momento del análisis grupos monoparentales con jefatura masculina, pero en la primera red transitoriamente el segundo hijo varón, Nemesio, pasó un período a cargo de su hija, estudiante universitaria. Los arreglos domésticos resultaron responsabilidad de la joven y el padre asumió solo la función de proveedor; fue un período breve, no alcanzó un año.

Parte de la lógica subyacente en las estrategias de reproducción presentadas responde al conocimiento diferencial de la oferta programática y a su acceso dispar; otros aspectos dan cuenta de las singularidades típicas de una región de frontera que entrama diversas tradiciones culturales en la constitución de las familias.

La formación de parejas con personas de la “vecina orilla” (procedentes de países limítrofes separados por los ríos Paraná y Uruguay), como los casos de Luis, el hijo mayor de la primera red que se casa con una mujer brasileña, Ilsa, quien al enviudar regresa a su país de origen; o Ignacio, el tercer marido de Noemí, la hija mayor de la tercera red que es paraguayo pero “asentado en Loreto”. También se observa la incidencia de la frontera en las estrategias de compras, opera como multiplicador: conocen y especulan con adquirir productos en Brasil y/o en Paraguay según las relaciones cambiarias entre las monedas. Ninguno de estos grupos, menciona “el pase” o “el cruce” (contrabando hormiga) como actividad laboral aunque forma parte del repertorio de ocupaciones informales posibles en la región. La sucesión de uniones y el temprano inicio sexual de las mujeres remite a prácticas más recurrentes en la “campana paraguaya” (zonas rurales de Paraguay); en la tercera red se observó la recurrencia de éstas, el intercambio de relaciones sexuales por condiciones básicas de supervivencia (los acuerdos de Noemí con Ignacio y Saturnino) donde las prácticas prostituyentes se toman así como un paso “natural” de este proceso.

El diseño de políticas orientadas a estos sectores vulnerables requiere no solo tener en cuenta una concepción integral del bienestar sino también atender el dinamismo de los grupos en sus contextos de vida. Se trata fundamentalmente de pensar en líneas de acción cuyo ideal sería concertar con esas familias, en tanto sujetos sociales, un compromiso para mejorar sus condiciones de vida en base a un “programa práctico destinado a movilizar las capacidades del sujeto para salir de su situación de excluido”. (Castel 1991:9).

Los cambios en las configuraciones familiares

El recorrido realizado en la presentación de los grupos familiares deja al descubierto diferentes estrategias instrumentadas en la búsqueda del bienestar. Al iniciar el análisis, nuestros supuestos más fuertes indicaban que las configuraciones de los grupos domésticos eran la resultante de las apuestas que realizaban los integrantes de las familias en la lucha por la supervivencia. Donde el tamaño de la familia así como la presencia de una, dos o tres generaciones en un mismo hogar no eran producto del “azar” o del “amor” sino que respondían a las alternativas disponibles y a los esquemas internalizados por los adultos responsables, jefes de hogar principalmente.

La edad en que se alejan del hogar de origen para conformar su propio hogar, muestra variaciones interesantes entre la generación de los padres, sus hijos y los nietos. En la primera generación, los varones viven solos antes de la primer unión, entre los 16 y 20 años; las mujeres salen de sus hogares de origen para acompañarse o casarse, ya embarazadas, y sus

edades oscilan entre los 13, 15 y 20 años. Las primeras uniones se arman entre mujeres jóvenes y varones ya adultos (20 a 29 años).

En la segunda generación se observa que también los varones repiten la experiencia de vivir solos, o “por su cuenta” antes de formar la primera unión. La mayoría tiene descendencia pero también se presentan casos sin hijos (Martín, el menor de la primera red). Las mujeres presentan más variaciones en sus cursos de vida: unas siguen un modelo tradicional (salen de sus casas adultas y arman pareja y tienen hijos inmediatamente), otras experimentan la vida solas y luego conforman su hogar al tener sus hijos (familias nucleares monoparentales) en relaciones transitorias (Nora, hermana mayor de la segunda red) o permanentes pero sin convivencia (Alcira y Luisa, hijas menores de la primera red que constituyen “la segunda casa” de sus parejas). Pero también la soltería sin hijos (Susana, en la segunda red) o la conformación de una pareja sin descendencia (Mercedes, hija mayor y Norma, la hija menor de la primera red y Liliana, la cuarta hija de la segunda red).

En la tercera generación las parejas se arman entre cónyuges de la misma edad o con escasa diferencia, pasan por períodos de vida solos varones y mujeres (estudios terciarios y/o universitarios, migración a centros más poblados por trabajo) y a los tres o cinco años de soltería conforman sus hogares con descendencia casi inmediata.

Se observan uniones duraderas en las tres generaciones, en los dos primeros casos con mayor énfasis que en el tercero, donde la sucesión de parejas con sus frutos respectivos es la regla. La viudez en las mujeres es un estímulo para la búsqueda de nuevas parejas sólo en dos de los cinco casos presentes (Ilsa, la mujer de Luis, hijo varón mayor de la primera red y Ramona, cónyuge de la pareja original de la segunda).

La entrega de hijos a terceros para que los cuiden, eduquen y formen constituye un recurso frecuente en los casos analizados. La entrega transitoria de niñas y/o jóvenes mujeres como personal doméstico en familias acomodadas (con la modalidad “cama adentro”) o como pupilas en una congregación religiosa, se presenta en los tres casos aunque con variaciones en las edades de entrega, en la duración del período de alejamiento y en la regularidad de las visitas al grupo de origen. De este modo “se pierden” algunos hijos que se van distanciando del hogar y gestionan con otros grupos su supervivencia. En otros, estos alejamientos transitorios posibilitan la migración a ciudades más pobladas y aumentan las oportunidades de empleo y relaciones (las hijas menores de la primera red y las intermedias de la segunda). Pero también la pérdida de hijos por ser “criados” por otros es un fantasma que exige a Alcira (quinta hija de la primera red) extremar sus búsquedas de trabajo para poder criarlos ella. En cambio, en el grupo de Teresa y Noemí la pérdida definitiva de hijos es una forma de aliviar la presión doméstica (varones jóvenes que se autoexcluyen a los 14 o 15 años y resuelven por sí mismos la supervivencia) y hasta se advierte la venta de bebés como parte de sus estrategias.

Una mirada global sobre las tres redes familiares nos permite señalar que las dos primeras se ajustan en mayor medida al itinerario estructural de las familias nucleares

tradicionales (5 casos sobre 10 hijos en la primera red y cinco casos sobre ocho hijos vivos en la segunda red); en cambio en la tercera red se reconoce como itinerario estructural a mujeres solas en uniones sucesivas con descendencia regular y pérdida sistemática de sus miembros, agrupando y desagregando los hogares según los conflictos o necesidades.

Las condiciones de largada de cada grupo fueron diferentes, según atravesaran situaciones ventajosas o desventajosas, lograron mayor o menor autonomía en sus itinerarios, ciertos procesos inerciales se observaron ante la constricción del contexto y la menor estructura patrimonial del grupo.

Observamos ciertas prácticas que garantizan la consolidación de la red parental tales como los contactos regulares entre sus miembros de orden práctico y/o ceremonial; los acuerdos para la atención de los mayores y de los menores, los arreglos en la distribución del patrimonio, la tolerancia ante las diferencias religiosas y políticas, la aceptación de trayectorias diversas con discreción, la solidaridad ante situaciones de crisis o conflictos (pérdida de trabajo, enfermedad, fallecimientos, migraciones) y fundamentalmente compartir la identidad (mismo apellido, referentes afectivos, lugar de origen, etc.). Estas dimensiones dan cuenta de las concesiones que realizan los individuos en pos de “sentirse formando parte de una familia”.

A lo largo de más tres décadas los grupos analizados atravesaron diversas situaciones en condiciones estructurales de pobreza donde las alternativas de juego resultaron restringidas, no perder el vínculo con la red parental constituyó un soporte clave para la mayoría de los individuos, pero para otros no (alejamiento de los jóvenes varones en la tercera red).

La tensión entre la presión del grupo familiar que señala caminos posibles y las decisiones personales que pueden inaugurar otros rumbos estuvo presente en forma permanente. Por ello la elección teórica de los cursos de vida como superadora del ciclo vital familiar resultó un buen indicio para encarar nuestro análisis pues los devenires de los hogares de las tres redes parentales analizadas muestran que solo parcialmente sus integrantes inscriben sus experiencias vitales en el itinerario estructural de la familia nuclear completa, las variaciones ante este modelo quedarían como anomalías. Sin embargo vemos estas variantes como riqueza, pues evidencian la capacidad de agencia de los sujetos para resolver su supervivencia aún en casos tan críticos como los grupos de la tercera red. No obstante, nos planteamos si decisiones como *la edad en que se alejan del hogar de origen* (según género y posición en la escala de hermanos), *la intensidad del contacto con la red parental* (cohesión, afectos, sentido de pertenencia), *vivir solo o en pareja* (alternancias y periodicidad), *tener o no tener hijos* (posibilidades biológicas y socio-económicas), *delimitar el número de hijos y los intervalos inter-genésicos* (azar, afectos, disposición económica), *dar o criar los hijos* (transitoriedad, rupturas), ¿son decisiones personales o familiares?

A modo de conclusiones

El ejercicio de leer estas historias familiares como posibles caminos a transitar por los sujetos a partir de los esquemas de orientación y acción que constituyen en el contexto socio-estructural en que viven, nos muestra que a pesar de las constricciones, cada grupo logra cierta originalidad en sus itinerarios estructurales y a la vez comparte un repertorio de recursos que orquestan singularmente en pos de alcanzar el bienestar.

Las tres familias experimentan la entrega transitoria de sus miembros para lograr la supervivencia, las dos primeras implementan mecanismos de interacción regulares que permiten mantener el contacto entre los integrantes y sostener el sentido de pertenencia al grupo; en cambio, la tercera pierde sus integrantes al no fortalecer las interacciones y/o establecer cortes drásticos.

La estructura patrimonial que conforma cada red se va modificando en los sucesivos momentos históricos: el primer grupo logra la capitalización de sus hijos mayores (chacras propias, empleos formales, nivel educativo medio) por el período histórico en el cual transcurre su juventud (mediados del '70 al '85); en cambio, los hijos menores ven limitadas sus oportunidades en el ámbito local y migran a ciudades más grandes promediando la década del '80 e inicios del '90, pero no alcanzan los mismos niveles de capitalización (empleos informales, nivel educativo bajo). Y en los casos con descendencia se percibe una alta cuota de dependencia de los aportes estatales y de las redes parentales y patronales. Las estrategias de vida que orquestan los hijos menores de esta red son más complejas que las de los hijos mayores, deben diversificar sus fuentes para alcanzar posiciones de bienestar equivalentes a las de sus hermanos pero no todos lo logran.

La segunda red familiar analizada muestra mayores constricciones que la primera pues aunque inicia sus jugadas en el mismo período histórico parte con una desventaja: no dispone de predio fijo y su principal fuente de recursos es el trabajo itinerante (tareferos), se le agregan otros dos elementos restrictivos más: un hijo discapacitado y el alcoholismo del cónyuge de la pareja de origen. Al promediar la juventud de los hijos menores, fines de los '80, recién el grupo logra estabilizarse: fijan residencia en una ciudad y articulan recursos propios, estatales y donaciones para garantizar la supervivencia. La entrega transitoria de hijos se realiza a menor edad que en el grupo anterior, pero las posiciones alcanzadas por los hijos menores son más altas que las de los mayores (conforman sus hogares promediando la década del '90 y capitalizan el resurgimiento del 2005). La madre, cónyuge de la pareja original alcanza su mayor estado de bienestar al quedarse sola y disponer de la ayuda regular de sus hijos (a partir de 2003). Todos los hogares de esta red utilizan con intensidad las prestaciones estatales para complementar sus ingresos laborales.

La tercera red familiar analizada muestra recurrencia en torno a la jefatura monoparental femenina, hijos procedentes de uniones sucesivas y diferentes progenitores como así la integración de tres generaciones en los grupos de convivencia. No disponen de chacra propia, circulan como trabajadores temporarios por las explotaciones rurales, no se capitalizan

en el ´70. La pérdida de hijos varones es una constante, aunque también se van algunas mujeres que esporádicamente regresan. Desconocemos si quienes han partido lograron generar cierto patrimonio económico; los que se quedan sólo aprenden nuevos artilugios para seguir viviendo con los aportes externos (las políticas focalizadas los incluyeron desde varios ángulos: desnutrición, discapacidad, vivienda precaria, etc.), las mujeres adultas que lideran el grupo no lograron conformar una estructura patrimonial que les garantice el mínimo bienestar, tienen una escasa autonomía (su capital más valioso es el corporal, sea para la explotación sexual comercial o para la “producción y venta” de bebés) y por ello una alta dependencia de los recursos estatales.

El análisis de las situaciones particulares exige reconsiderar los criterios utilizados para diseñar las políticas públicas de atención a la pobreza, planes y programas que permitan generar una oferta más adecuada a la diversidad de situaciones y en concordancia con una perspectiva de protección integral de derechos.

Los cambios y crisis atravesadas desde inicios de los ´80 plantean serias dificultades a una persona excluida del trabajo para la satisfacción de sus necesidades básicas (vivienda, salud, educación, etc.) y, aún más grave cuando al déficit material se suma la falta de información, de protagonismo, de capitales culturales, reflexivos y discursivos para enfrentar su propia realidad; se evidencia este proceso de exclusión en las grandes dificultades para comprender, desde su posición, dónde está situado y qué rumbos seguir.

La construcción de la ciudadanía no sólo requiere de políticas sociales, sino fundamentalmente de la articulación entre decisiones económicas y políticas. Las políticas sociales no pueden por sí solas lograr la integración de los sujetos sino complementar la distribución de los recursos para garantizar a todos sus derechos. La oferta desarticulada de planes y programas que ha constituido el modelo “plural” -por no llamarlo contradictorio o desarticulado- vigente en nuestro país resultó insuficiente para lograr la inclusión de los sectores más vulnerables. A modo de parches, ciertas medidas como el Plan Jefas y Jefes de Hogar o las variadas pensiones de apoyo cooperaron para sostener en el límite de la indigencia a los grupos más vulnerables. Es destacable la recuperación del carácter universal en las prestaciones educativas y sanitarias, pero estas propuestas - para adquirir un efecto integral como prestaciones- deben complementarse con medidas efectivas de generación de empleo para los diferentes grupos etáreos, con heterogénea calificación (jóvenes y adultos).

La inseguridad y la sensación de desprotección impiden proyectarse en el tiempo. Señala Castel al respecto “... para que el individuo pueda realmente hacer proyectos, establecer y mantener contratos confiables, debe poder apoyarse en una base de recursos objetivos. Para poder proyectarse en el futuro hay que disponer en el presente de un mínimo de seguridad”... (Castel 2004:97-98). Cuanto más deficientes son las condiciones materiales de vida menos posibilidades tienen las familias de planificar el porvenir; resolver las necesidades cotidianas

obliga a invertir en el día a día todos los recursos del grupo y se torna imposible imaginar el mañana. Los grupos más vulnerables viven en un “eterno presente” pues la incertidumbre es tal que los sorprende el día siguiente sin haber logrado lo básico para vivir.

En la última década se advirtieron señales de cambio en la orientación económica²² y sobre todo una reubicación del Estado en el escenario político; de actor de reparto, el Estado retornó al rol protagónico con los consecuentes conflictos en la defensa de los intereses colectivos. El contexto de crisis internacional afectó las iniciativas por equilibrar la distribución del ingreso, aumentar las prestaciones públicas y garantizar el empleo formal. El pago de la deuda externa y las negociaciones con los organismos financieros internacionales siguen conformando un corsé que reduce los márgenes de maniobra.

Los cursos de vida que adoptaron los individuos que componen las redes parentales analizadas permitieron generar diversos itinerarios estructurales en condiciones objetivas compartidas, su análisis nos permite confirmar ciertas tendencias: los efectos de la oferta programática se presentan diferidos en el tiempo (no siempre están cuando se los necesita y su utilidad se reconoce pasados meses o años); los ritmos de cambio social varían según se trate de contextos urbanos o rurales (quizás debido a la escala de las tramas relacionales y/o recursos disponibles); la presencia de dificultades para proyectar el futuro (se vislumbra autonomía en algunos grupos e inercia en otros que manifiestan escasa capacidad de agencia); los cambios inter-generacionales constreñidos por las oportunidades del contexto y la esperanza de vida de los individuos según sus posibilidades para superar la pobreza extrema. Y en el límite ante la falta de recursos, “cuando todo se agota” solo queda el cuerpo; no como herramienta para un trabajo que no se demanda sino como un instrumento para producir ingresos: prácticas sexuales a cambio de alojamiento y comida, engendrar niños para vender, comercializar sexualmente el cuerpo de las niñas.

El devenir de los grupos familiares examinados muestra diferentes rumbos según las estrategias desplegadas, unos más exitosos que otros en el logro del bienestar. Según las posiciones alcanzadas: los más autónomos tienen proyecciones de mantenerse o crecer; pero los que dependen estrechamente de los recursos estatales están sujetos a la disponibilidad de cada coyuntura y a no perder la conexión con la red parental.

Bibliografía

Anguiano, Silvia; Soler, Ana; Campero, Omar; Arias, Esteban; Lázzari, Héctor y Soru, José. 2002. *Estrategias de Reproducción Familiar. Familias en situación de pobreza*. San Luis. Nueva Editorial Universitaria.

²² Salida del régimen de convertibilidad (que llevó al dólar a su valor real) que obligó a la reapertura de industrias, a una mejor colocación en el mercado internacional de los productos exportables (cereales, carnes), etc.

- Báez, Alina. 2003. *Evaluación de la descentralización sanitaria en Misiones. El caso del Hospital Madariaga*. Posadas. Editorial Universitaria.
- Belmartino, Susana; Levín, Silvia y Repetto, Fabián. 2001. "Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso" en *SocialIS Reflexiones Latinoamericanas sobre Política Social*. 5:53-83.
- Bourdieu, Pierre. 1988. *Cosas Dichas*. Bs. As. Ed. Gedisa.
- Bourdieu, Pierre. 1994. *Raisons Pratiques. Sur la théorie de l' action*. Paris, Éditions du Seuil.
- Campos, Luis. 2005. *La transferencia de ingresos en la agenda pública luego de la crisis*. Buenos Aires. Centro de Estudios Legales y Sociales.
- Castel Robert. 1991. "La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión." En *El Espacio Institucional* Comps. María José Acevedo y Juan Carlos Volnovich. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Castel, Robert. 2004. *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?* Bs. As. Ed. Manantial.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. "Planes Jefes y Jefas. ¿Derecho social o beneficio sin derechos?" Mayo 2003. http://www.cels.org.ar/common/documentos/jefes_jefas.pdf
- Global Poverty Report 2000. http://www.adb.org/.../reports/global_poverty/2000/default.asp
- Forni, F. y Benencia, R. 1985. *Estrategias rurales de reproducción con alta fecundidad: familia troncal y trabajo y migración con relevos. La situación demográfica de una región subdesarrollada en un país moderno*. Documento de Trabajo N°15. CEIL-CONICET. Bs. As.
- Jelín, Elizabeth. 1998. *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Lévi-Strauss, Claude 1975. " La Familia " en Shapiro, H. (comp.) *Hombre, Cultura y Sociedad*. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Lo Vuolo, R. y Barbeito, A. 1998. *La nueva oscuridad de la política social. Del estado populista al neoconservador*. Buenos Aires. CIEPP. Miño y Dávila Editores.
- Lo Vuolo, Rubén; Barbeito, Alberto; Pautassi, Laura y Rodríguez, Corina. 2004. *La pobreza... de la política contra la pobreza*. Madrid. Miño y Dávila Editores. CIEPP.
- Neffa, Julio; Nattistuzzi, Agustina; Del Bono, Cecilia; Des Champs, Adrián; Enrique, Alejandro y Grinberg, Ezequiel. 2008. *Desempleo, pobreza y políticas sociales. Fortalezas y debilidades del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados*. Buenos Aires. Miño y Dávila, CEIL-PIETTE/Trabajo y Sociedad.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2005. *Informe sobre Desarrollo Humano Argentina*. <http://content.undp.org/>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2009. *Informe sobre Desarrollo Humano Argentina*. <http://content.undp.org/>

Schiavoni, Lidia. 1999. *Vida cotidiana y trabajo: estudio sobre familias de sectores pobres urbanos de Posadas*. Informe de Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Entre Ríos.

Torrado, Susana. 1982. *El enfoque de las estrategias familiares de vida en América Latina. Orientaciones teórico-metodológicas*. Buenos Aires. Cuadernos del CEUR.

Tuirán, Rodolfo. 2001. "Estructura familiar y trayectorias de vida en México". En Gomes, Cristina (Comp.) *Procesos sociales, población y familia*. México. FLACSO-Porrúa.

Vinocur, Pablo y Halperín, Leopoldo. 2004. *Pobreza y políticas sociales en la Argentina de los años noventa*. Serie 85 Políticas Sociales. División Desarrollo Social. CEPAL.

Para la Compilación Báez y Jaume *Desarrollo y Ciudadanía en Misiones, Argentina: escenarios locales, procesos y políticas*

¿Una vida saludable es posible? Oportunidades y contradicciones institucionales para garantizar el derecho a la salud en pequeños municipios de Misiones.

Alina Báez y Lidia Schiavoni²³

Introducción

Boaventura De Sousa Santos (1998: 456) plantea si es viable y deseable “... *la construcción de un sistema de relaciones que incluya en un mismo horizonte expectativas y posibilidades de desarrollo personal, libremente elegidas, a todos los miembros de una comunidad, sin que cambien radicalmente las bases mismas de la organización social*”. Adoptamos este interrogante como disparador de nuestra discusión sobre la posibilidad de ejercer el derecho a la salud en contextos de pobreza persistente y fragmentación de los espacios de sociabilidad. Pues, como señala este autor, el principio de subjetividad es mucho más amplio que el principio de ciudadanía, sobre todo en sociedades como la nuestra donde buena parte de los individuos no pueden ser considerados ciudadanos, dada su limitada capacidad de participación en las decisiones colectivas.

En este capítulo analizamos los alcances de las políticas multiescalares para garantizar el derecho a la salud desde el nivel local. Indagamos acerca de las posibilidades y limitaciones que tienen los municipios pequeños²⁴ de la provincia de Misiones (Argentina) para llevar adelante políticas saludables. La exploración de las formas como las familias gestionan su vida cotidiana buscando el bienestar incluyendo la salud, constituyó el principal núcleo analítico del capítulo.

De Alma Ata (1978) a la Carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Adelaide (1988)-, la salud como derecho y como componente esencial del desarrollo impregna los planes de acción y los manuales para ejecutores de políticas sanitarias. Lo mismo ocurre en el plano operativo con la atención primaria, en términos de estrategia integral y con la promoción de la salud como eje del modelo salutogénico.²⁵ En este sentido, las expresiones *alianza estratégica, intersectorialidad y participación social* se incorporan al discurso como componentes de la puesta en práctica del modelo. Este giro en la orientación de la salud pública fue destacado como uno de los fenómenos político-técnicos más importantes de la segunda mitad del Siglo XX y adoptado como el marco teórico-metodológico de la nueva salud pública (Neri 1985; Restrepo 2001).

En su conjunto los documentos técnicos, aprobados en las tres posteriores conferencias internacionales realizadas a caballo del cambio de siglo, actualizaron los acuerdos previos y la vigencia de la Declaración de Alma Ata; reconocieron el incumplimiento de la meta global para el año 2000, renovándola sin plazos y encuadraron las acciones de promoción de la salud en los entornos saludables, valorizando el nivel local y sumando nuevos actores para abordar los

²³ Alina Báez (Doctora en Administración) es Directora del Proyecto “Programa Desarrollo Local Misiones” (PRODELOMI). PICTO-UNaM/2006. 18-37040. ANPCYT. Lidia Schiavoni (Antropóloga social y Magister en Metodología de la Investigación Científica) es Directora del Proyecto de Investigación “Ciencias Sociales y Sexualidad: aportes al campo de la salud”. Código 16/H287. FHCS. Universidad Nacional de Misiones.

²⁴ La Provincia de Misiones con prácticamente un millón de habitantes se divide en 75 municipios, de los cuales Posadas, la capital, concentra un cuarto de la población total. De los restantes: 11 municipios tienen una población que oscila entre 50.000 y 20.000 habitantes; 13 varían entre menos de 20.000 y 10.000 habitantes y 50 no alcanzan los 10.000 habitantes; siendo mayoritario - al interior de este último corte- el número de municipios con menos de 5.000 habitantes (Censo 2001, ya que los datos del Censo 2010 desagregados a escala municipal no están disponibles). Por ello se mantiene una proporción notoria de población rural, con predominio de rural-dispersa.

²⁵ Cf. Restrepo 2001; Colomer Revuelta y Álvarez- Dardet Díaz 2006.

determinantes de la salud en un mundo globalizado.²⁶ Surgió así la iniciativa de “municipios y ciudades saludables” como la expresión y contribución de la promoción de la salud al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; enlazando fuertemente la salud y el desarrollo local en sus dimensiones social, económica y política, “con impacto mundial” (OMS 2005).

Estas decisiones rescataron el pensamiento médico social del siglo XIX y ubicaron la relación salud-sociedad en los procesos económicos dominantes que configuran perfiles epidemiológicos complejos, propios de situaciones de profunda desigualdad. Se revalorizaron conceptos y metodologías caídos en desuso por razones políticas y técnico-burocráticas (Czeresnia y Machado de Freitas 2006) y se recomendó transformar la organización de los sistemas nacionales. La reestructuración de los servicios debería realizarse en correspondencia con las demandas y necesidades de la población, prioritariamente las de los grupos postergados. Esto, obligaría por un lado, a desarrollar las capacidades operativas desde los niveles de decisión política más altos hasta el efector de menor complejidad y, por el otro, a propiciar la participación social, incrementando la capacidad de las personas para actuar y decidir sobre sus vidas, es decir, como proceso de la vida en comunidad (OMS 1988; OPS 1986; OMS 1993; Restrepo 2001).

A fines de los ochenta, aparecen documentos técnicos de UNICEF -promotor inicial de estas iniciativas- que contradictoriamente recomiendan la atención primaria de salud como estrategia para orientar algunas intervenciones hacia grupos seleccionados de población, argumentando mayor eficiencia (Grodos y de Béthune 1988). Luego, en los noventa, los organismos de crédito internacional (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) reservaron fondos y promovieron programas de cooperación sanitaria basados en la “atención primaria de salud selectiva”, en incuestionable oposición al sentido fundacional de Alma Ata (Menéndez 1993, 2006; Grodos y de Béthune 1988). Al tiempo que se desactivaron las propuestas de reorganización de las prestaciones al servicio de la comunidad y la posibilidad de participación de las personas en el “gobierno de su propia salud” (Fassin 2008), se impulsó la reforma sanitaria sustentada en la segmentación y descentralización de los servicios y en el hospital de autogestión. Este cambio radical impuesto a las políticas nacionales de salud solo puede ser explicado a partir del rol decisivo que adquirió el Banco Mundial (BM) en el marco mayor del modelo neoliberal (Grodos y de Béthune 1988; Feo 2008).

El proceso de transformación del estado y la reforma del sector salud en la Argentina de los años noventa produjo, entre otros efectos, altísimos índices de desempleo y rotación del trabajo; lo que en el plano específico de la salud significó la pérdida de la cobertura de seguridad social para amplios sectores de la población. El sistema devino entonces en expulsor del enfermo sin recursos porque “la salud sirve para ganar dinero” (Escudero 2009). El modelo aplicado desplazó el eje hacia la enfermedad, resultando compatible con la modalidad patogénica. El nuevo milenio trajo aparejado acontecimientos de alta virulencia social, que marcaron sensiblemente la historia institucional y política del país, pero sobre todo pusieron a prueba la vigencia de las instituciones democráticas.²⁷

Superada la crisis del 2001, el Plan Federal de Salud (2004-2007)- posicionó la política nacional contra “la mundialización de la ideología anti-estado y el individualismo no solidario” y afirmó *la salud como un derecho*. Entre otras reformas, el Plan señala que la organización del sistema adoptará la APS como estrategia, y los gobiernos locales serán los puntales de un sistema de salud sólido y justo desarrollando políticas saludables con participación ciudadana. En el plano operativo, se

²⁶ Declaraciones de Yakarta (1997), México (2000) y Bangkok (2005).

²⁷ Luego de la caída de De la Rúa, entre diciembre de 2001 y enero de 2002, en solo 15 días, el país tuvo cinco presidentes, consolidó su *default*, abandonó la férrea política cambiaria que sostenía desde 1991 y devaluó el peso.

reactivó la Red de Municipios y Ciudades Saludables (RMyCS) y se establecieron las normas de funcionamiento, entre ellas los requisitos de ingreso.²⁸

Misiones que hace más de dos décadas se caracteriza por ser una de las provincias argentinas con mayor proporción de población rural, también sobresale por sus altos niveles de pobreza y su limitada potencialidad para resolver los problemas sociales más urgentes. Persisten la vulneración de derechos y la reproducción de las condiciones sociales injustas que amplían la brecha entre ricos y pobres: son escasas las oportunidades de las personas para gozar de una vida larga y saludable, para acceder a la educación formal y al trabajo digno, para ampliar sus posibilidades de participación en la vida comunitaria y para alcanzar un nivel de vida razonable (CEPA 1995; Informe de Desarrollo Humano en la Argentina 2005; PNUD, 2009).

A principios de los noventa, la provincia de Misiones inició la reforma del estado y el ajuste estructural, que en materia de salud se orientó a lograr una “empresa social eficiente”, centrada en la autogestión hospitalaria y el arancelamiento de las prestaciones (Stolkiner 2011; Báez 2002). Diez años más tarde, adhirió al Plan Federal de Salud y formuló su propia adecuación programática basada en el Programa de Formación de Agentes de Salud, al que luego sumó el de Descentralización Sanitaria y [la Resolución 865/08, que fijó las Normas Básicas para la Habilitación, Categorización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud](#), entre otros.

La estrategia de municipios y ciudades saludables que forma parte del Plan Federal de Salud articula el nivel local con el nacional con el propósito de establecer un vínculo más dinámico entre estas jurisdicciones. De 75 municipios que componen Misiones, 41 integran la Red²⁹ y salvo las grandes ciudades - Posadas, Eldorado, Oberá- la mayoría no supera los 20 mil habitantes, y dentro de este grupo hay 17 que no alcanzan siquiera los 10 mil habitantes. En líneas generales, se trata de municipios de frontera, rurales, cuya actividad productiva está basada en la agricultura de subsistencia, con baja incidencia en la economía provincial, altos índices de analfabetismo en la población económicamente activa, lo que genera escasas y precarias oportunidades laborales, sobre todo para los jóvenes. Las deficitarias condiciones de habitabilidad expresadas en materiales de construcción precarios, en la residencia en terrenos inaccesibles o inundables completan este horizonte de carencias estructurales que convierten a esos municipios en expulsores de población.

La instrumentación de la estrategia de la RCyMS requiere un fuerte liderazgo de los intendentes y la inter-sectorialidad como modalidad de co-gestión. Así se articulan variados recursos de orden local - a los efectos de garantizar a los ciudadanos el derecho la salud- y la participación de la comunidad se impone como requisito. Lograr un nivel elemental de representación social que abogue por la defensa de los derechos constituye un desafío en los contextos antes descriptos. Si consideramos que el derecho más que instituciones, reglas y procedimientos es una forma de imaginar lo real (Geertz 1994), éste se garantiza y ejerce de acuerdo con la manera en que los diferentes sujetos intervinientes (actores políticos, técnicos y conjuntos sociales) construyen la distinción entre derecho y hecho. Pero, ¿cómo reconocemos esta distinción?

Una de las formas de indagar cómo se ejerce este derecho a la salud es analizando la participación de los actores (población y funcionarios), en las mesas multiactorales creadas *ad - hoc* para discutir temas de salud, así como a través de las estrategias familiares en sus contextos de vida. Y este es precisamente el objetivo del presente trabajo. Dado que la participación ciudadana ha sido muy restringida o casi nula, elegimos a las familias como los referentes empíricos más significativos.

²⁸ La estrategia Municipios y Comunidades Saludables, comienza a crecer entre los gobiernos locales a partir del año 2001. Fue alentada desde el Gobierno Nacional como forma de profundizar el compromiso con el desarrollo de políticas públicas saludables, a través de proyectos locales participativos de promoción de la salud.

²⁹ Los municipios de San Antonio y Santa Ana fueron los primeros en integrarse a la Red.

Estas no sólo son unidades claves para la reproducción biológica y social sino que además en sus formas de vida podemos observar los efectos de las políticas públicas: oportunidades y restricciones.

En los últimos cinco años, hemos desarrollado proyectos de investigación en diferentes áreas territoriales que nos han permitido transitar por distintos municipios de las zonas norte y sur de Misiones.³⁰ Las estancias en campo han sido variables (abarcaron desde semanas a meses) pero reiteradas y extendidas a lo largo de estos años, lo cual permitió, en algunos casos, reconstruir las dinámicas de la vida cotidiana a nivel local. Se realizaron entrevistas con informantes claves (intendentes, equipos técnicos de los Centros de Salud, maestros y directores de escuelas, responsables de Acción Social Municipal, promotores de salud; entre otros), se participó en diversos eventos (organización de grupos comunitarios, creación de microempresas, reuniones de mesas intersectoriales, etc.) y se logró acceder a datos secundarios de los registros municipales, sanitarios y educativos.³¹

Los casos seleccionados corresponden a grupos domésticos en situación de vulnerabilidad, con escasa autonomía en sus decisiones y su capacidad de gestión de la supervivencia. Los criterios aplicados para elegirlos fueron los siguientes: disparidad en cuanto a su composición (familias nucleares completas, monoparentales con jefatura femenina, extensas); diversidad de modalidades para generar ingresos (inserción en el mercado laboral, cobro de planes sociales, actividades delictivas); lugar de residencia (en las zonas rurales, periurbanas y zonas urbanas) y acceso a la vivienda (propiedad, alquiler, ocupación). No obstante, a pesar de su heterogeneidad todos los casos comparten una deficiente accesibilidad a bienes y servicios públicos básicos (agua potable, electricidad, transporte, etc.).

Para dar cuenta de las formas de vida de los grupos y los modos en que construyen sus subjetividades, y a través de éstas reconocer cómo ejercen su derecho a la salud, fue necesario reconstruir las historias familiares, caracterizar las condiciones habitacionales, distinguir a través de las prácticas a trabajadores domésticos y extra-domésticos, y describir las posibilidades de acceso a los recursos que orquestan para garantizar su supervivencia. En algunos casos, el contacto duró más de un año con encuentros regulares con diversos integrantes de la familia; otros, en cambio, fueron contactos más limitados en el tiempo pero fructíferos por haber compartido momentos claves como el nacimiento de un niño, el accidente de una mujer adulta, etc. Al presentarlos tratamos de dar cuenta de aspectos básicos y enfatizamos la dimensión elegida para ejemplificar; en algunos casos las condiciones de habitación están ampliamente descriptas y en otros hacemos una breve caracterización; del mismo modo en algunos sólo mencionamos las fuentes de ingresos y en otros describimos en detalle las modalidades de ocupación.

La estrategia metodológica resultante fue de tipo cualitativo, pues privilegamos la producción de datos primarios con técnicas de observación y entrevistas y participamos tanto en las instancias de recolección como de análisis e interpretación. Los temas se fueron problematizando en el curso del trabajo de campo y de ese modo se redefinieron las dimensiones a considerar y se eligieron intencionalmente los casos.

A partir de lo observado en campo, interpretamos los datos tratando de comprender -desde la posición de los entrevistados- la lógica de sus formas de vida, expresadas en sus estrategias de supervivencia. El interés por acceder a esta lógica se sustenta en la posibilidad de aportar elementos para repensar las políticas públicas de modo de hacerlas más accesibles a toda la población.

La consideración de las coordenadas espacio-temporales para analizar los casos forma parte de la perspectiva teórico-metodológica que adoptamos, pues resulta imprescindible para interpretar las

³⁰ Nos referimos a los proyectos de investigación anteriormente citados, a cargo de las autoras.

³¹ Estas experiencias forman parte de las intervenciones realizadas en el marco del PRODELOMI.

formas de vida de las familias y conocer el contexto local y los condicionantes de las políticas que allí se ejecutan (que nos remiten al orden nacional e internacional).³² Del mismo modo, los casos elegidos describen situaciones diversas cuya comprensión requiere profundizar en el eje temporal y acceder a la cotidianeidad de los grupos domésticos para lograr desentrañar el significado de esas prácticas en un proceso más amplio y dinámico.

Componen este capítulo tres apartados y las respuestas preliminares a la pregunta si: ¿es posible una vida saludable en los pequeños municipios de Misiones?³³ Primero, exponemos un desarrollo de las líneas de acción propuestas desde el orden internacional que enmarcan la estrategia de los municipios y ciudades saludables como parte del derecho a la salud; en segundo término, presentamos el escenario nacional y los modos en que nuestro país adscribió a estos lineamientos internacionales y los remitió a los niveles provinciales y municipales; en tercer término, analizamos las posibilidades de la población para ejercer su derecho a la salud en municipios de Misiones integrantes de la Red, reconsiderando las dimensiones elegidas como determinantes sociales de la salud. Por último, planteamos las respuestas tentativas y algunos caminos posibles para una mejor calidad de vida.

Lineamientos internacionales en salud, orientaciones y prioridades programáticas

En el año 1978, en Alma-Ata, Capital de la República de Kazajstán, parte integrante de la entonces URSS (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas), se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), cuyo lema reivindicó “salud para todos en el año 2000”. En un contexto internacional políticamente crítico (bipolarización ideológica y económica, guerra fría, [democracias](#) poco estables y [dictaduras militares](#)), los representantes de 134 países y 67 organizaciones internacionales reconocieron que el estado de salud de centenares de millones de personas en el mundo era inaceptable, en particular en los países en desarrollo. Consecuentemente acordaron que la salud no implicaba solamente la atención a las enfermedades y dolencias inmediatas, sino la transformación de la calidad de vida de las personas y su bienestar. Urgía, por lo tanto, acordar una visión integral que, sustentada en valores de equidad, solidaridad, autodeterminación y sostenibilidad, permitiera abordar integralmente los problemas de salud y la asistencia sanitaria. De ahí que el principal resultado de la Conferencia haya sido otorgar a la APS³⁴ el estatuto de estrategia clave para alcanzar la meta de la salud universal, consagrando nuevamente la salud³⁵ como derecho humano fundamental y como componente esencial del desarrollo.

La histórica Declaración de Alma-Ata presentó la APS como una estrategia integral para el desarrollo de los pueblos, que no solo optimizaría la provisión de servicios sino que permitiría afrontar las causas sociales, económicas y políticas que provocan déficit de salud en las poblaciones de los países signatarios del Acuerdo, pero sobre todo en los países subdesarrollados o pobres. En el plano aplicativo, recomendó reorientar las políticas nacionales, reorganizar los sistemas sanitarios y

³² En concordancia con la perspectiva que plantea Menéndez (1990, 1994).

³³ Los criterios de selección de los municipios fueron: pertenecer a la RCyMS, tener menos de 10.000 habitantes y constituir áreas de estudio de los proyectos de investigación que originan este Capítulo.

³⁴ La expresión *atención primaria* fue empleada por primera vez en el Informe Dawson, elaborado por el Consejo Consultivo de Médicos y Afines a requerimiento del recientemente creado Ministerio de Salud de Gran Bretaña, en 1920. Este Informe refiere a los centros de atención primaria articulados a otros efectores y servicios de mayor complejidad para justificar la adopción de criterios de *regionalización de los servicios de salud*, y así dar respuesta a los problemas de recuperación de la salud en una sociedad de posguerra. Más tarde, en 1931, la atención primaria volvió a surgir como conclusión de la Conferencia sobre Higiene Rural, convocada por la Sociedad de Naciones, idea-eje de la organización de *centros de salud* localizados exclusivamente en las *zonas rurales* y con fines puramente *preventivos* (Roemer 1980).

³⁵ La *carta constitutiva* de la OMS, en 1946, propuso que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Luego de la reafirmación de Alma-Ata, esta definición aun no ha sido modificada.

abandonar definitivamente las prácticas asistenciales basadas en la enfermedad. A la vez que se debería propiciar la participación activa de la población, alentando el ejercicio del derecho ciudadano a la salud.

De esta manera, la Conferencia se constituyó en el evento político de mayor trascendencia internacional en el ámbito de la salud de la década de los setenta. No obstante ello, tempranamente fueron advertidos dos factores que obstaculizarían la puesta en práctica de este novedoso paradigma: el papel del estado y la economía. En igual sentido también se señaló que las estructuras sanitarias gubernamentales aferradas a criterios ortodoxos y centrados en el hospital, serían renuentes a renunciar a los modelos verticales de atención, aún a riesgo de distorsionar los propósitos del modelo universalista. Como asimismo, se destaca que el autoritarismo y la hegemonía de los gerentes de las instituciones de salud juega en contra de la participación comunitaria y del empoderamiento que se busca (Restrepo 2001; Moreno 1984; Vuori 1989; Testa 1993).

Luego, entre los años 1986 y 1991, se realizaron tres conferencias internacionales dedicadas a la *promoción de la salud*,³⁶ cuyos documentos y conclusiones ayudaron a configurar el marco conceptual, normativo y procedimental requerido para superar la retórica y pasar a la acción (Restrepo 2001). La primera de estas reuniones se desarrolló bajo el lema “iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”, en Ottawa, Canadá. La misma fue convocada con el auspicio de la OMS para encontrar respuestas ajustadas a los múltiples y persistentes problemas de salud que afectaban a todos los países sin diferenciar fronteras geopolíticas ni socio-culturales. Allí se reunieron 200 delegados de 38 países, principalmente del mundo industrializado y acordaron el documento denominado *Carta de Ottawa para el fomento de la salud*. Este documento sentará las bases doctrinarias de la nueva salud pública en torno de la promoción de la salud (PS), destacando el papel que le cabe al estado y a las políticas públicas en esta cuestión. En el plano instrumental, la agenda de Ottawa fijó cinco áreas centrales: construir políticas públicas saludables; crear entornos favorables (ambientes físicos, sociales, culturales, económicos y políticos); fortalecer la acción comunitaria; desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud.

Dos años más tarde, en 1988, se realizó la segunda Conferencia, esta vez en Adelaida, Australia, con el propósito de construir políticas públicas e identificar acciones dirigidas a reducir inequidades sociales y económicas, garantizando el acceso equitativo a bienes y servicios, incluidos los de atención a la salud. En sus conclusiones, conjuntamente con el renovado llamamiento a la construcción de alianzas entre actores e instituciones en defensa de la salud, se instó a su promoción como parte central de los derechos ciudadanos y a superar las desigualdades sociales. Fueron recuperados los consensos de Ottawa y se priorizaron cuatro áreas de acción: apoyo a la mujer; mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria; reducción del consumo de tabaco y de alcohol y la creación de ambientes saludables.

La tercera Conferencia sobre promoción de la salud, tuvo lugar en Sundsvall, Suecia, en el año 1991; la misma se realizó en el marco de los preparativos para la Conferencia Internacional Cumbre de la Tierra -Río de Janeiro, Brasil, en 1992- y de la expansión del conocimiento sobre los riesgos del planeta por las innumerables agresiones al medio ambiente, en personas, movimientos sociales y gobiernos. De ahí que “los ambientes saludables” fueran su tema central, especificando su significado “donde las personas viven, su comunidad local, su hogar, y el lugar donde trabajan y se

³⁶ En 1938, Henry Sigerist (1891-1957), médico e historiador suizo, fue el primero en emplear este término tanto para referir a las acciones del estado destinadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los ciudadanos, como así también a aquellas actividades basadas en la educación sanitaria. Entre sus aportes más destacados se cuenta el diseño de un sistema de atención con enfoque epidemiológico, que otorga papel fundamental a la atención primaria y a las actividades de promoción de la salud. Asimismo se manifestó como el principal teórico de la medicina socializada al proponer la firme intervención del estado en la atención a la salud, reconociendo que el pueblo tiene derecho a la atención médica y la sociedad tiene la responsabilidad de cuidar a sus miembros. Empero, fue Marc Lalonde, ministro de salud canadiense, en 1972, el primero en otorgarle carácter teórico a la función de promoción de la salud.

divierten”, así como “el acceso a los recursos para vivir y las oportunidades para actuar” (Declaración de Sundsvall 1991: 3). Esta se constituirá, entonces, en la primera reunión internacional que enlazará los conceptos de desarrollo sostenible y durable, medio ambiente y salud con la persistencia de la desigualdad social y la agudización de la pobreza extrema en el mundo, instando a los responsables de las políticas y a quienes toman decisiones en los diferentes sectores y niveles de intervención a coordinar acciones que contribuyan al logro de la meta global de salud en el año 2000. Para ello, la Conferencia identificó cuatro estrategias primordiales: fortalecer la defensa de la salud mediante la acción comunitaria, en particular a través de grupos organizados de mujeres; permitir a las colectividades y a las personas que ejerzan el control sobre su salud y el medio ambiente educándolas y confiriéndoles poder; establecer alianzas a favor de la salud y los ambientes favorables a fin de fortalecer la cooperación entre las campañas y estrategias sanitarias y medio ambientales; y mediar entre los intereses conflictivos de la sociedad para asegurar un acceso equitativo a ambientes favorables de salud. Siendo además reconocidos los siguientes factores perjudiciales para la salud: los conflictos armados; el rápido crecimiento de la población; la alimentación inadecuada; la falta de medios para la autodeterminación y la degradación de los recursos naturales.

En su conjunto, los documentos aprobados por las tres Conferencias fortalecerán una significación amplia de la salud estrechamente ligada a la política, la paz y el desarrollo, que incorpora aspectos subjetivos (bienestar) y objetivos (planificación e intervención técnica y social). Pero también habilitará una concepción en términos de resultados, englobando las acciones realizadas por múltiples actores, en diferentes ámbitos. En consecuencia, el concepto de salud adquirirá un alcance superior de la atención médica, abrirá el ingreso de disciplinas no médicas y profesiones no tradicionales al campo de la salud, renovará la práctica asistencial e involucrará a toda la sociedad. Desde esta perspectiva, la salud se convierte en cuestión de individuos, familias y comunidades, e implica a gobiernos y a organizaciones sociales. La clave consistirá en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma; por lo tanto requerirá de una participación social entendida como grupos organizados que trabajan juntos en la identificación de problemas, la decisión de prioridades y la asignación de los recursos necesarios para subsanar, mantener y optimizar la salud a nivel individual y colectivo. En este orden de ideas, surge el concepto de *comunidades sanas* como aquellas que están continuamente atendiendo los cambios de su ambiente físico y social, y, paralelamente, procuran los recursos del conjunto para elevar al máximo su potencial de bienestar, pero también de calidad democrática.

En este marco, la PS cobrará relevancia estratégica y política, ya que se presentará como una forma nueva de reactivar los procesos de acción intersectorial e intervenciones en el terreno político e impulsar el empoderamiento de personas y grupos. En este sentido, la mediación (*advocacy*) se recuperará como la herramienta para conciliar los intereses antagónicos entre los actores gubernamentales y la ciudadanía, ya que solo así se modificarían las condiciones que se oponen al bienestar.

Sin embargo, la conformación del nuevo concepto de salud pública tendrá lugar en un contexto internacional de profundos cambios políticos y sociales, cuyas principales consecuencias serán el realineamiento del poder y de las fuerzas económicas, movilizadas por el dominio de los mercados mundiales.³⁷ El nuevo orden global postuló la preeminencia económica sobre el resto de los dominios sociales y el mercado como el único medio capaz de regular las actividades y de autorregularse. Esto implicó reducción al mínimo de la intervención estatal en materia económica y

³⁷ La caída del muro de Berlín y la reunificación de las dos Alemania, en 1989, y la desintegración de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, en 1991, concluyen la guerra fría y el mundo bipolar. Estas dos concepciones antagónicas habían surgido al final de la Segunda Guerra Mundial y tensaron el mundo por más de cuatro décadas.

social, y defensa a ultranza del libre mercado como mejor garante del equilibrio institucional y del crecimiento económico. A principios de los noventa, prácticamente todos los países latinoamericanos habían adoptado los programas de estabilización y de ajuste estructural prescriptos por el Consenso de Washington, consecuentemente comenzaron a introducir algún tipo de reforma en sus sistemas de salud y de seguridad social, bajo la forma de paquetes o canastas de servicios diferenciados, promoviendo la eficiencia económica y la focalización de los más pobres (Feo 2008).

En 1993, el Informe sobre Desarrollo Mundial, *Invertir en Salud*, inaugura el liderazgo del BM en la formulación de las políticas sociales y de salud para los “países de ingreso mediano y bajo”. Este nuevo rol de la entidad crediticia y el propósito del Informe fue visto como la declinación de la influencia histórica de la dupla OPS/OMS, pero además como evidencia de la incapacidad de estos organismos para “... ofrecer soluciones a los desafíos clave enfrentados por países que estaban reestructurando, ajustando y absorbiendo, en algunos casos en forma relucante, los enfoques neoliberales sobre economía, comercio y política” (Zwi 2000: 89). Para Laurell (1994), la propuesta del BM se dirigió a encuadrar la salud en la doctrina neoliberal, minimizando las prioridades y responsabilidades del estado en la provisión de servicios públicos de salud; de ahí que como asunto del ámbito privado, quedará sujeta a la libre competencia y a la libertad de elección. Esta autora además agrega que el BM desestimó que en el mundo real, el carácter público de un bien o una acción se determina a partir de lo que la sociedad considere valioso y/o socialmente prioritario para entonces asumirlo y financiarlo colectivamente. Ugalde y Jackson (1998) entienden que este Informe como guía, poco aporta para formular políticas de salud “inclusivas y universalistas”, alertando que hasta podría ser utilizado para denegar los servicios esenciales de salud a los pobres.

Frente a la recomendación de segmentar servicios aplicando criterios discrecionales, hubo expertos que alzaron tempranamente sus voces para advertir acerca del avance inexorable de la mercantilización de la salud, ya que sería un contrasentido reconocer el derecho a la protección de la salud para luego definir su atención como un bien privado y a los servicios discrecionales como bienes mercantiles (Laurell Op.cit.). En relación con la APS, se advirtió que no es atención de segunda a ser ejecutada por personal de baja calificación, ni tampoco es aplicable sólo para satisfacer las necesidades de los más pobres. De ser así, se perdería definitivamente el sentido estratégico, integral, con enfoque de derechos para caer en una concepción selectiva, focalizada y de realización regresiva (Vuori 1989; Testa 1993). No obstante ello, a partir de la concepción de la salud como bien de consumo, sujeto al libre juego de la oferta y la demanda, y el estado a cargo de prestaciones para aliviar la pobreza crítica, cambió radicalmente la política sanitaria. Se impuso la tendencia privatista iniciada en los años 80, que se consolidaría en la década siguiente.

En 1995, la OMS anticipa el incumplimiento de la meta global de salud para el año 2000 y renueva su visión, esta vez asociada al goce de oportunidades que ofrece la vida cotidiana y sin fijar tiempos. Pero también recobra fuerza la iniciativa de “escuelas promotoras de salud”, que fuera formulada con alcance mundial, para construir consenso entre el sector educativo y el sector salud; y formar alianzas con otros sectores para mantener ambientes físicos y psicosociales sanos y desarrollar habilidades para lograr estilos de vida saludables con los estudiantes, maestros y padres de familia.

En 1997, tendrá lugar la cuarta Conferencia Internacional sobre promoción de la salud en Yakarta, Indonesia, cuyo título fue “nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI”. La Declaración de esta Conferencia destaca tres características inéditas: a) que la sede sea un país subdesarrollado, b) que haya sido convocado el sector privado para apoyar la promoción de la salud y c) que se celebre en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales dada la cercanía del 2000 y “tan alejados de la meta global”. Los participantes retomaron los primeros acuerdos y reafirmaron que *la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico*, e instaron a que los gobiernos nacionales

retomen la iniciativa de “alentar y patrocinar el establecimiento de redes de promoción de la salud dentro de sus países y entre unos y otros”.

La quinta Conferencia se realizará en México DF, en el año 2000, con el propósito de demostrar y comunicar de mejor forma que las políticas y las prácticas de promoción de la salud pueden marcar una diferencia en la calidad de vida; y alcanzar una mayor equidad. El último antecedente que nos interesa señalar es la *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en el mundo globalizado*, surgida de los acuerdos logrados entre los representantes políticos, la sociedad civil, el sector privado, las organizaciones internacionales y la comunidad de salud pública, en el marco de la sexta Conferencia internacional, Tailandia, 2005. En ella se reconoce la totalidad de los antecedentes y se renuevan los compromisos de las conferencias anteriores, a la vez que se formaliza la promesa de hacer un esfuerzo colectivo en pro de la salud, instando enérgicamente a los gobiernos nacionales a que estos acuerdos se traduzcan en políticas y alianzas para la acción.

De estos últimos acuerdos, se desprende que la promoción de la salud constituye un modelo teórico y aplicativo para transformar las condiciones de salud de la población, reducir la inequidad y fortalecer la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas y gobernar sus vidas. De ahí que la salud -concepto positivo, complejo y multidimensional- se resignifique como el mayor recurso para el desarrollo social, económico y personal, y por ello se convierta en una importante dimensión de la calidad de vida. Consiguientemente, se acentúan los recursos sociales así como los personales y las aptitudes físicas. La salud, entonces, se plantea como el objetivo a alcanzar y, conjuntamente, como requisito indispensable para la vida cotidiana, advirtiendo que su mayor obstáculo es la pobreza. Resumidamente, asume el carácter holístico e integrador del bienestar humano, gestado en los últimos cuarenta años, conciliando dos aspectos: la satisfacción de las llamadas *necesidades básicas*; y el derecho a otras aspiraciones, tales como tener: vivienda y trabajo dignos, alimento y buena nutrición, educación, servicios de salud oportunos y eficaces, más otros componentes que también determinan la salud: paz, justicia, derechos plenos que garanticen ciudadanía, entre otros.

Lo anterior implica repensar el nivel local como el espacio de toma de decisiones, de acuerdos intersectoriales, de participación social y cogestión. Solo así se podrán modificar los determinantes de salud y garantizar igualdad de oportunidades a todas las personas; y que éstas alcancen a desarrollar por completo su potencial de salud, sin discapacidades hasta que el ciclo vital termine (Restrepo 2001). Se requiere entonces empoderar a los conjuntos sociales tanto para decidir prioridades estratégicas y cogestionar políticas sustentables de salud y bienestar, como para incidir en el control y el manejo individual y colectivo de esa salud y ese bienestar: *gobierno de la vida* en Fassin (2008), *autoatención* en Menéndez (2003). Esto implica considerar que nos enfrentamos a procesos de cambios estructurales, lo cual obliga a modificar la orientación de la medicina dominante, generar capacidades técnico-políticas en las administraciones gubernamentales, así como en los actores de la sociedad civil, y colocar el eje articulador en la población.

Las políticas de salud en la Argentina: del Plan Federal a las mesas multiactorales

El proceso de ajuste estructural de los noventa invocó la necesidad de mayor eficiencia en la provisión de los servicios públicos -dentro de los cánones de libre competencia y mayor competitividad- introduciendo la lógica del mercado en la salud y la educación. Así, pues, la política pública de salud se orientó hacia el cumplimiento de la meta “salud para todos en el menor tiempo posible”, pero simultáneamente adhirió a la visión de que cada individuo recibe la atención que puede y esté dispuesto a adquirir, en consonancia con la “agenda *post-welfare*”. El estado, entonces, limitó sus actividades a políticas reguladoras de vigilancia y control y transfirió la prestación de la mayor parte de los servicios a grupos concentrados o instituciones privadas.

En lo declarativo, las *políticas sustantivas de salud* delegaron responsabilidades del nivel central a las jurisdicciones provinciales y municipales, sustentando las acciones del gobierno “en la

perspectiva del enfoque sistémico con movilización de recursos financieros, humanos, tecnológicos y de infraestructura”.³⁸ Se conformó un nuevo esquema normativo³⁹ apoyado en la descentralización, la autogestión hospitalaria, el arancelamiento de las prestaciones, la libre elección de los prestadores y la participación comunitaria. Todo ello modificó el rol tradicional del estado como garante de un sistema de salud con cobertura universal y fortaleció el modelo de atención centrado en el hospital; privilegiando al paciente complejo y las destrezas en el manejo de una tecnología cada vez más sofisticada. En el nivel operativo, fueron implementados dos programas:⁴⁰ un paquete mínimo de prestaciones obligatorias a través del Programa Médico Obligatorio y el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMÍN), de corte vertical y doble focalización: los niños menores de seis años, mujeres embarazadas y en edad fértil en áreas de elevada incidencia de pobreza. Este último programa ha sido considerado como el que mejor expresa las políticas sociales de la década: además de burocrático y costoso, presenta altos niveles de ineficiencia (Olivera Roulet 2005; Chiara y Di Virgilio 2006).

Luego de un extenso período de políticas centradas en la autogestión hospitalaria y en grupos socialmente desfavorecidos alumbró el primer Plan Federal de Salud del siglo XXI, como un programa de largo plazo que pretende garantizar el acceso a la salud para todos los argentinos mediante la acción coordinada entre el estado nacional, las provincias y los municipios. En tal carácter fue refrendado por el conjunto del Ejecutivo Nacional, los gobernadores y los respectivos responsables del sector salud de las provincias. El documento base parte de reconocer el desafío que implica formular una política sanitaria para el período 2004-2007, con una visión hasta el año 2015; remarcando además que con él, la política recuperó el papel del estado en la promoción del bien común, la distribución equilibrada de recursos entre débiles y poderosos y un desarrollo humano armónico, sustentable e inclusivo. En esta dirección, fueron incorporados los consensos sectoriales y transversales preexistentes.⁴¹

Básicamente el Plan propuso la consolidación de una estrategia de acción multisectorial, impulsada y sostenida por la sociedad. Así la reforma dejaría de ser un tema técnico, exclusivo de los expertos y los empresarios, para “pasar a ser un tema del Estado y la sociedad, yendo más allá de los eventuales gobiernos”. Para ello, planteó un *nuevo modelo sanitario* sustentado en la estrategia de APS y en las redes productoras de servicios, con tres componentes: atención, gestión y financiamiento. Dado el carácter de prioridad absoluta otorgado a la APS, las acciones de promoción y prevención recibirían una asignación creciente de recursos. De ahí que se haya contemplado extender el sistema sanitario hasta la intimidad de los hogares y mejorar la comunicación con el individuo y su familia; esto permitiría articular los saberes y la cultura con la medicina científica, conocer la realidad socio-sanitaria de la población y alcanzar mejoras significativas en los principales indicadores de salud.

En el plano aplicativo, desde la escala superior se avanzaría gradualmente hacia la descentralización de las acciones de forma sistemática y organizada, hasta que los gobiernos locales fijaran sus propios planes de desarrollo y constituyeran sus mesas de trabajo multiactorales integrando las áreas de salud, ambiente y desarrollo sustentable. Por su parte, éstos deberían progresar concentrando sus esfuerzos en la formulación de políticas socialmente concertadas, medibles en indicadores de

³⁸ Cf. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación 1999.

³⁹ Entre los principales documentos de carácter instrumental se cuentan los Decretos Nacionales N° 1269/92, 9/93 y 578/93; y las Resoluciones de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social N° 432/92; 149/93 y 131/93.

⁴⁰ En ese entonces también estaba en vigencia el Programa Materno-Infantil financiado por el Banco Mundial.

⁴¹ Entre otros consensos de interés se citan el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos, realizado en marzo de 2003 y la conformación del Consejo Federal de Medio Ambiente (COFEMA) y el Sistema Federal Ambiental, como una manera de contribuir a la promoción y protección de la salud mediante la implementación de políticas adecuadas de ambiente y desarrollo sustentable.

procesos y resultados, hasta alcanzar el estatuto de *municipios saludables*. De manera que, la política de salud propuso redefinir las competencias del nivel municipal abandonando definitivamente la forma de dependencia subordinada a las escalas provincial y nacional. Desde esta perspectiva, los municipios se vislumbraron como verdaderas unidades de gobierno, con capacidades, responsabilidades y obligaciones para con sus ciudadanos, en la búsqueda del respeto a sus derechos y la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones. El cambio de roles y funciones de los gobiernos locales implicó promover el “desarrollo desde abajo”, habilitar espacios de gestión asociada y, consecuentemente, como la forma más efectiva de responder a las demandas: involucrar a las comunidades en la toma de decisiones relativas a su calidad de vida y bienestar colectivo.

Para acompañar el cambio, en el ámbito del ministerio de salud nacional se constituyó la red de municipios y comunidades saludables (RMyCS). Desde allí se promovió el desarrollo de capacidades municipales, desplegando una combinación de actividades de capacitación e intercambio, entre las que se destacan la realización anual de una jornada nacional auspiciada por OMS/OPS; la visita de expertos de estos organismos y del ministerio nacional para acompañar la formulación de los diagnósticos participativos municipales o la asistencia a las reuniones micro-regionales; la red virtual gerenciada por la coordinación nacional, que resultó un ámbito novedoso para intercambiar experiencias, documentos e información; y la ejecución de proyectos municipales sobre temas priorizados, con financiamiento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF).

Del conjunto de actividades encaradas por la RMyCS, las jornadas anuales cumplieron el papel más destacado, ya que se constituyeron en inéditos espacios de socialización en torno a los alcances de las políticas de salud a nivel municipal y las nuevas responsabilidades de los jefes comunales. Allí se abrieron instancias de actualización de conceptos y herramientas técnicas así como el intercambio de experiencias cara a cara, con la participación de expertos internacionales y autoridades nacionales del área. En particular, estos espacios permitieron que los intendentes y sus equipos técnicos, procedentes de lugares muy distantes, pudieran acceder a diferentes materiales destinados a guiar la acción proactiva con la participación de la comunidad, pero también para repensar la política a nivel municipal, reconocer problemáticas comunes y compartir los posibles recursos y vías de solución. Los temas más preocupantes fueron: maternidad temprana, alcoholismo y drogadicción en los jóvenes; manejo y disposición final de residuos urbanos; recuperación de espacios verdes; inseguridad vial; lesiones por violencia y accidentes domésticos.

De la primera jornada nacional, realizada en marzo de 2002, a la novena, en noviembre de 2010, estos eventos se han sucedido regularmente, con la asistencia técnica de la OMS/OPS y con la creciente participación de los municipios. En estos ámbitos se acordaron tanto los criterios básicos para considerar saludable a un municipio o comunidad, como los requisitos para integrarse a la Red⁴². Así por ejemplo se consensuaron cinco características imprescindibles para alcanzar la categoría *saludable*, a saber: 1. Liderazgo del Intendente; 2. Descentralización, o el desarrollo de capacidades de autogestión; 3. Multisectorialidad, integración de los distintos sectores y actores de la comunidad en el proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; 4. Negociación, concertación y consenso, modalidad para dirimir las diferencias; y 5. Sustentabilidad de los procesos participativos.

La implementación de la estrategia de *municipios saludables* ponderó la relación nación-municipio; y consolidó la *Red Social*, que hoy es el resultado más contundente del ministerio nacional en esta

⁴² Los municipios argentinos se integran a la Red, primero como miembros adherentes, y luego, previa formulación del diagnóstico participativo, como miembros titulares o plenos. Alcanzar este diagnóstico demanda la participación amplia de organizaciones sociales, instituciones públicas y diferentes conjuntos poblacionales de cada localidad, cuyo resultado principal será obtener por consenso un proyecto colectivo que privilegie la salud en todos sus aspectos y en los órdenes de la vida individual y comunitaria.

cuestión. Como a partir de la Constitución de 1994, los municipios argentinos gozan de autonomía de gobierno según los alcances de cada provincia, la propuesta de esta red aún concita el interés de los intendentes a pesar de que los municipios menos poblados tienen déficit de recursos técnicos y de equipamiento; así como enormes dificultades de acceso a Internet. Del total de 2172 municipios a nivel país, 809 están integrados a la Red, de los cuales 434 son miembros titulares y 375 adherentes.

A partir del año 2007 hubo un importante crecimiento de la incorporación de los municipios misioneros a esta Red, mayormente localidades pequeñas. Probablemente en esta decisión haya pesado la posibilidad de establecer vínculos directos con las autoridades nacionales y los técnicos de la OMS/OPS, ya que ello les permitió trascender las fronteras provinciales como jefes de gobierno capaces de gestionar y construir certezas, ampliar el horizonte en los asuntos de salud a nivel local y sobre todo resolver su abordaje como acción de gobierno.

Dado que en Misiones, las políticas de salud se amoldaron rápidamente a las orientaciones y los cambios decididos en el orden nacional, observamos que, así como en los noventa la Provincia adhirió a las políticas centradas en el hospital de autogestión⁴³, en el año 2004 ratificó el PFS conjuntamente con la formulación de sus propios lineamientos y reconoció como eje común entre nación y provincia el fortalecimiento de la APS. De ahí el surgimiento del Programa de Formación de Agentes Sanitarios (PFAS), puesto en marcha en el año 2005, con el objetivo de formar recursos humanos -auxiliares de terreno (promotores) y auxiliares administrativos- capaces de cumplir con las funciones de prevención y promoción, pero sobre todo de vincular a la población con el sistema de atención. Los *trabajadores del chaleco amarillo* -llamados así por la vestimenta que usan- fueron presentados por la máxima jerarquía sanitaria provincial ante las autoridades nacionales y de la OPS como “pilar de la APS” y “militantes políticos y de la salud” (Reunión Provincial de Municipios Saludables, Puerto Rico, Misiones, 2007). A seis años de instrumentación del PFAS, no solo se instituyó el “día del promotor de la salud” como una forma de celebrar la presencia de casi mil agentes sanitarios recorriendo los municipios de Misiones, sino que fueron ratificados los conceptos de APS en tanto “eje de la política pública” y los promotores como “punteros del modelo Misiones Salud” y “grandes militantes de la salud pública”. Para los referentes de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE), no son más que “mano de obra barata, precarizada y no calificada”.⁴⁴ (Diario Primera Edición, 15/01/2011).

El segundo eje de la política provincial se orientó hacia la readecuación de la red hospitalaria del sistema público con el propósito de mejorar la atención, en especial de los centros periféricos. En este marco se inscribió el anuncio de la nueva estructura que tendría el Hospital Central Ramón Madariaga, cuyas obras comenzarían en el año 2005. En declaraciones periodísticas, el ministro del área expresó: “queremos que todo sea de 50 años en adelante. La idea es que sea un hospital horizontal (...). Debemos hacer otro Servicio de Emergencia, con características distintas, con policonsultorios, con conexiones a quirófanos, (...) todo debe estar adecuado a un nosocomio de agudos”. (Diario Primera Edición, 16/11/04). Pero en la reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA), realizada en Ushuaia en Septiembre de 2004, los ministros de todo el país rubricaron un “acta acuerdo”, resolviendo entre otras cuestiones “... *no apoyar la concentración de recursos en torno a los centros de alto desarrollo tecnológico, ni el exceso de especialidades y subspecialidades no consensuadas en el nivel nacional*”, reconociendo además “la falta de recursos

⁴³ Las Leyes 2925 y 3094 y las modificatorias 3093 y 3472 instituyeron el Hospital de Autogestión en los efectores públicos de Misiones y el arancelamiento de las prestaciones.

⁴⁴ “Sin recibo ni aguinaldo, el vínculo que une a un promotor de salud con el Ministerio de Salud Pública es totalmente precario. La mayoría está enlazada por el llamado “sistema de becas”, que bajo este nombre intenta hacer pasar por beneficiarios de becas a los trabajadores precarizados. Los menos pasaron a planta permanente. El pase es político, se da para devolver favores. Entonces no tenemos ni siquiera recibo de sueldo y sin recibo no se puede tramitar nada, no puedes hacer nada. Laboralmente no existimos, el Estado no puede responder por nosotros. Tampoco tenemos ART ni nada que se le parezca, es una precarización total” (Opinión de una ex-promotora de salud, 48 años, Julio/2010).

humanos en atención primaria de salud” (Acta COFESA, 11/09/2004). Por su parte, el entonces presidente del Colegio Médico de Misiones opinó que: *“el sistema sanitario de la provincia tiene una falencia: la excesiva concentración de atención profesional en la zona capital, Oberá y Eldorado”*. Además agregó que: *“es necesaria una redistribución de los agentes médicos que contemple las zonas del interior actualmente desatendidas”* (Diario Primera Edición 23/10/04). Años más tarde, con motivo de la inauguración en Posadas del Hospital Escuela de Agudos, Dr. Ramón Madariaga, el ministro provincial destacó *“... la fuerte inversión que viene llevando a cabo el Gobierno Provincial destinada a dotar en forma permanente a la Provincia de una buena y eficiente infraestructura hospitalaria”*; y remarcó que *“se ha construido y puesto en funcionamiento uno de los hospitales más modernos del país, un centro asistencial de referencia en la Región del Noreste y del resto del país”* (Diario digital El Libertador 12/05/2011).

Las decisiones políticas adoptadas por la autoridad sanitaria de la Provincia de Misiones, presentan contradicciones que merecen señalarse, considerando sobre todo que en la última década ha sido renovado el espíritu y la letra de Alma-Ata en todos los niveles de acción; tanto en sus principios históricos cuanto en sus estrategias e instrumentos para llevarla a la práctica. Por ello estimamos interesante recordar algunas advertencias tempranas (Grodos y de Béthune 1988) respecto de las interpretaciones distorsivas acerca de la estrategia de APS: dar lugar a una atención “primitiva”, “somera”, “elemental” o incluso de “grado inferior”. En otras palabras, una “atención primaria selectiva” que prioriza los programas verticales y el hospital por sobre el centro de salud; el médico sobre el resto del personal de salud; la ciudad, sobre todo la capital, sobre la zona rural; como así también que sobrevaloriza las construcciones en desmedro de las acciones humanas; entre otros desajustes.

En su conjunto, este esquema de acción no propicia la constitución de un sistema local de salud, cuyas actividades a cargo de personal calificado, trasciendan los límites tradicionales de la atención, y desalienta a la vez la posibilidad de participación de las personas en el dominio de su propia salud. Pero, ante todo aleja cualquier intento por alcanzar una cultura ciudadana en el marco de una gestión municipal que reflexiona y decide colectivamente el desarrollo integral de la localidad.

Expresiones comunes entre los intendentes entrevistados fueron: *“con recursos humanos y materiales insuficientes, a nosotros nos toca responder por la atención a la salud de los más pobres. El ministerio no tiene conciencia de la carencia de medios en nuestros municipios, donde la única oferta de servicios que existe es la pública”* (Intendente de la zona sur, 2007). Contando con recursos insuficientes y urgidos por las necesidades, además deben sortear las dificultades de la articulación política con el nivel provincial, que los ha obligado a tomar decisiones de fondo: *“Muchos nos vimos obligados a abrir puestos de salud municipales, contratar médicos y enfermeras, para hacer las visitas domiciliarias y los controles nutricionales. No es un ministerio de salud, ellos priorizan la enfermedad”* (Intendente de la zona sureste, 2008). No obstante, destacan positivamente la incorporación de los promotores de salud con estas salvedades: hay alta rotación de este recurso por la precariedad de la contratación, la provincia realiza la selección de los becarios sin la participación de los municipios, y no se establece una cadena efectiva de referenciamiento de las prácticas que permita resolver los problemas detectados en la población y allí nuevamente es el intendente -con los recursos que tenga- “quien debe responder ante la gente”.

En reiteradas ocasiones los jefes comunales coincidieron en que la mayoría de las demandas que reciben están relacionadas “con las carencias para satisfacer necesidades básicas”. Por eso entienden que la gestión municipal no puede desentenderse de un contexto social signado por la pobreza y la indigencia, algunos ilustraron que: *“hay un 70% de la población que no tiene trabajo seguro y vive de changas. Los más jóvenes encuentran la salida laboral yéndose, o hacen grandes esfuerzos por ingresar a las fuerzas de seguridad o a la docencia,... en los pueblos es difícil proponer algo atractivo y que además los arraigue, acá competimos fuertemente con la oferta de trabajo ilegal”*

(Intendente de la zona sureste, 2008). Según nuestro informante: por cada caja de cigarrillos de contrabando que pasaban por noche recibían entre 25 y 30 pesos, “*en una buena noche, pasan hasta 5 cajas*”, lo que equivale a una cifra cercana a los 150 pesos.⁴⁵

Un problema de infraestructura y servicios básicos que atraviesa a todos los municipios estudiados es la dificultad para extender la cobertura de agua potable al 100% de la población. Los que están más organizados cuentan con una cooperativa que abastece “*unas pocas horas al día, con suerte todos los días*” a un porcentaje mínimo de población residente en el casco céntrico o en los barrios IPRODHA. Este problema en los barrios marginales se agudiza; en el mejor de los casos el agua para el consumo doméstico proviene de canillas públicas precariamente conectadas a la red, pero en general procede de pozos o tanques ubicados en los alrededores de las viviendas familiares. Este déficit expresa también un problema grave de salud, ya que la no disponibilidad de agua segura “*agrava los cuadros de desnutrición, las enfermedades respiratorias, las parasitosis y hacen recurrentes las piодermitis, entre otras cosas*” (Médica pediatra del Programa Médicos Comunitarios, zona sureste, 32 años). Más adelante agregó “*atendemos más de 60 consultas por día, muchas de niñas y adolescentes embarazadas*”. Desde las jefaturas de gobierno comunales, reflexionaban frente a esta situación: “*con lo que recibimos de coparticipación apenas cubrimos el 50% de los servicios de mantenimiento de calles y caminos vecinales, y la recolección de residuos cubre a un espacio restringido del área urbana. Poco nos queda para atender los problemas de salud o alimentación*” (Intendente de la zona capital, 2008).

El déficit habitacional constituye otro de los factores determinantes de la calidad de vida en los municipios considerados. En general, la proporción de viviendas con parámetros constructivos aceptables en términos de materiales, aislamiento, revestimientos y dimensión (tamaño y número de cuartos) adecuada para el desarrollo de las funciones domésticas, es minoritaria. La mayoría varía entre viviendas deficitarias por los materiales y/o por la falta de servicios básicos; o se trata simplemente de casillas de madera de una sola habitación, construidas con materiales de desecho, y habitadas por grupos domésticos numerosos (5 miembros como mínimo); cuya jefatura en la mayoría de los casos es femenina. Es así como el hacinamiento, por la limitación del espacio físico y el alto número de miembros, facilita las condiciones para la violencia doméstica y sexual.

Garantizar el derecho a la salud en estas condiciones resultaba utópico desde la perspectiva de los intendentes; sin embargo, algunos abogaron por involucrar a otros actores locales para encarar propuestas de acción integrales, pero no siempre lograron las respuestas esperadas. Entre los obstáculos que se reconocen para la acción cooperativa destacan los consejos sociales locales⁴⁶ propuesta por el orden provincial a fin de incentivar la participación social en la toma de decisiones en el ámbito municipal.

A partir de la crisis del 2001, esta modalidad de gestión fue impuesta por el orden nacional para acceder a programas específicos (Plan Jefas y Jefes de Hogar, Seguridad Alimentaria, Manos a la Obra, Familias por la Inclusión Social, entre otros). La reactivación de estos consejos locales recibió un fuerte impulso con la promoción de los derechos de los niños, niñas y adolescentes mediante el Programa Fortaleciendo Vínculos implementado desde la Vice-gobernación junto con UNICEF. El desarrollo de esta experiencia dinamizó las relaciones inter-institucionales e instaló en la mesa de discusión local problemas presentes no visibilizados o poco atendidos como el trabajo infantil, la violencia sexual hacia niños y niñas, la maternidad temprana, la deserción escolar juvenil, entre otros. Los participantes de estas mesas no siempre fueron los referentes institucionales de mayor jerarquía; aunque se hicieron presentes las fuerzas de seguridad con sus principales representantes,

⁴⁵ Por entonces esa cifra representaba aproximadamente unos 50 dólares.

⁴⁶ A fines de 1999 se creó por Ley Provincial N° 3637 el Consejo Multilateral de Políticas Sociales y Desarrollo Local, que significó la conformación del Consejo Provincial y su replicación a nivel municipal con los Consejos Multilaterales Sociales Locales.

algunas maestras –directores en forma irregular-, los promotores de salud, los presidentes de organizaciones vecinales y representantes de organizaciones civiles y religiosas.

En algunos municipios se observó un incipiente trabajo intersectorial para abordar situaciones críticas, involucrando a dos o tres organizaciones pero el déficit de personal técnicamente capacitado dificultó la posibilidad de establecer circuitos de abordaje sustentables en el tiempo. Por ejemplo, los casos de violencia física o sexual “*que nos llegan casi todos los días*”, según los responsables de las Áreas de Acción Social Municipal (AASM) obedecen al crecimiento de los asentamientos marginales producido “de manera extraordinaria” en los últimos años: “... *los niños de estas familias quedan mucho tiempo solos, con hermanos a cargo. En muy pocos casos hay abuelas, tías o tíos. A nosotros nos cuesta conseguir trabajadoras sociales. Entre varios municipios vecinos logramos contratar una profesional para la firma de los planes sociales. Duró poco, prefieren las ciudades y las tareas de oficina*” (Referente del AASM, zona norte, 2008). Tampoco consiguen atraer actores clave para co-gestionar políticas sociales, con tradición higienista: las escuelas y los docentes.

Los directivos y docentes, de los establecimientos de los municipios rurales, entrevistados, coincidieron en que la escuela es la caja de resonancia de diferentes hechos de violencia que acontecen en el hogar. De ahí que se vean obligados a enfrentar situaciones que los superan, no sólo por su naturaleza, sino porque las escuelas no cuentan con gabinete psicopedagógico y “*muchas de nosotras trabajamos en doble turno y no vivimos en la localidad*” (Maestra, municipio zona norte, 2008). Al déficit de capacidades técnicas, acentuada en las administraciones municipales, se agrega el hecho de que muchos directivos y docentes residen en otras localidades desde donde viajan diariamente para cumplir con sus tareas en la escuela; de modo que si bien registran hechos dramáticos, en general no intervienen. Como puede apreciarse por ejemplo, en el caso de *J. (14 años, quien cursaba con sobre-edad el 3er. grado de la escolaridad básica)*:

J. asiste al único establecimiento de escolaridad básica que hay en la localidad. El equipo universitario tomó contacto con él durante una reunión con directivos y docentes que había sido pactada con anterioridad para analizar las posibilidades de realizar en conjunto actividades extracurriculares sobre los problemas sociales que hubieran sido detectados en los diagnósticos previos al Proyecto Educativo Institucional. Ese día estaba ausente la directora, entonces nos reunimos con un grupo de maestras del turno tarde en un saloncito que funciona como mapoteca y archivo. Un poco por curiosidad y otro para saludar a las maestras, J. se asomó al saloncito sin mostrar toda la cara; “*este ligó de nuevo*” fue el comentario que intercambiaron las docentes sentadas en la proximidad de la puerta. La interrupción y el tenor del comentario dieron pie a nuestra intervención solicitando mayor información, pero sobre todo porque queríamos conocer en qué temas, con qué frecuencia ocurrían hechos de violencia sobre los alumnos y cómo atendían en las escuelas las cuestiones ligadas a la difusión de los derechos de la infancia y la adolescencia. A coro las maestras respondieron que J. es un caso particular. Es el blanco de la descarga de tensiones de su familia: “*todos le pegan... el padre y la madre hasta cualquiera de los hermanos mayores, que son tres*”. Llega a la escuela con el ojo morado o la nariz sanguinolenta, cuando no con buena parte de la cara lastimada. “*Eso es lo que se ve... lo están dejando idiota de tanto descargarse sobre él*”, aprecian nuevamente las maestras sin abundar en detalles.

Reanudamos la charla brindando mayores precisiones acerca de nuestra presencia tan lejos de Posadas como de la zona urbana del Municipio; y quedamos en que analizarían nuestra propuesta y tomarían la decisión juntamente con la directora. Finalmente acordamos una nueva reunión que tendría lugar dos semanas más tarde. De regreso al establecimiento, en el curso de la segunda reunión, sin la presencia de la directora, fue surgiendo que ninguna de las integrantes del plantel docente residía en la vecindad; algunas se trasladaban de localidades cercanas o venían de la zona más urbana de la colonia, hasta que nos hicieron conocer que:

“No tenemos tiempo para actividades extracurriculares. La mayoría trabaja en dos escuelas de los alrededores del municipio o en municipios vecinos”, no obstante “algo querían hacer con la Universidad”. A la semana siguiente volvimos con un plan de trabajo articulado con la comunidad educativa de la escuela más cercana, situada a no más de un kilómetro, con la expectativa de engancharlas en una actividad compartida con otro establecimiento, congregando a ambas comunidades educativas. A modo de saludo fuimos recibidas con: “tiene que venir más seguido, así a J. lo cuidan más. Desde que Ud. vino, no lo lastimaron más.” (Informe de campo, escuela rural de la zona norte 2007).

En el caso precedente observamos una familia que aprueba e incentiva una conducta perjudicial y agresiva sobre uno de sus miembros, pero también educadores que por omisión terminan reproduciendo la misma conducta dañina sobre el mismo sujeto. Esto nos permite reconocer en él a una víctima de una triple violencia: estructural (pobreza extrema), física (golpes) y simbólica (desatención y negligencia); éstas ocurren en entornos primordiales para la socialización de niños y jóvenes. Se entrecruza una problemática familiar aguda, que requiere intervención urgente, con una forma específica de convivir en la escuela; y ambas instituciones profundamente jaqueadas en las últimas décadas, entre sí y al interior de cada una de ellas. Si aceptamos parafraseando a Fassin (2008), que la salud y la educación se producen socialmente según las condiciones de existencia y los modos de vida, el ambiente doméstico y el medio de trabajo, en el marco de los procesos más generales que estructuran nuestras sociedades; entonces la dirección de la intervención debería resultar claramente indicada. Sin embargo, los docentes implicados en el Caso J., más allá de sus justificaciones prácticas no encaran una actuación competente y solidaria, ni siquiera apelan a convocar a otros actores como la responsable del Área de Acción Social “*que siempre se da una vuelta por acá*”, o la promotora de salud, “*que vive en la casa de enfrente*”.

Los directivos de estas escuelas opinan: “*hasta que no suceden los accidentes no se dan cuenta de lo que éstos representan*”. Las escuelas del área céntrica tienen muy cerca la sala de primeros auxilios, “*... pero no les sirve de mucho*”. La médica viene solo dos veces por semana “*y se ocupa de atender solo a los que tienen turno*”, la atención de los demás días y las urgencias están a cargo de una enfermera que lleva más de treinta años trabajando en la localidad. “*Ella sabe mucho, lo malo es que le gusta medicar*”, esta propensión en quien no está profesionalmente facultado para hacerlo, es motivo de honda preocupación por parte de las autoridades escolares, “*sobre todo al momento de explicar a los padres las decisiones que ha tomado [la enfermera] con sus hijos*” (Directora de escuela rural, zona norte 2008). Además, agrega, “*casualmente hoy vino un alumno con problemas de la casa. Los padres los mandan a la escuela aunque tengan fiebre o náuseas, al rato nomás ese malestar no atendido se convierte en un gran problema para nosotros y también para los otros alumnos. Son contados los niños cuyos padres pueden ocuparse de ellos. La mayoría de los que asisten a este establecimiento, se encuentra en estado de vulnerabilidad*”. Un ejemplo que pone en evidencia la pertinencia de estas preocupaciones, es el siguiente:

A. 7 meses y su hermano, R. de 10 años, alumno de la escuela colindante con el edificio municipal:

La beba es la sexta hija de la unión entre G. (ama de casa, 36 años) y M. (changarín, 57 años); este último reconocido entre los vecinos por su adicción a la bebida y por su conducta violenta especialmente hacia los miembros de su familia. El personal responsable de Acción Social Municipal (ASM) recogió de parte de un allegado la versión de que cuando llora la bebita apela al castigo físico o a la ingesta de biberones con vino o caña con azúcar para hacerla callar. En cambio la experiencia de maltrato con R. la vivieron en vivo y en directo. El niño concurrió a la escuela con las zapatillas sin calzar, evidenciando dificultad para caminar y signos indudables de dolor. La maestra constató que las plantas de los dos pies del menor

estaban plagadas de bolsitas de “*piques*”,⁴⁷ algunas recientes y otras ya infectadas. La directora pidió ayuda a la responsable municipal, quien frente a la gravedad de las lesiones resolvió trasladar al niño al hospital más cercano (10 Km. de la Colonia), desoyendo las súplicas del niño, ya que estaba contrariando a su padre. La curación duró varias horas y fue indicado un tratamiento que demandaría varios días de atención profesional en el hospital. Esta contingencia no solo atemorizó aun más a R. sino que también generó inquietud en la responsable municipal: “*es difícil enfrentar a M., nunca se sabe cómo reaccionará; además el Área de Acción Social Municipal está integrada solamente por dos personas, y ninguna es profesional*”. No obstante logran acordar con M. las curaciones del niño pero en el Puesto de Salud local. Sin embargo respecto del problema con la pequeña niña, reconocen que “*les fue imposible siquiera abordar el tema*”. El personal municipal opina que no les será fácil y tampoco saben si tendrán éxito, aunque vislumbran que el caso requiere antes “ganarse la confianza” por lo menos de la madre, para luego avanzar sobre M. (Informe de campo octubre/2007).

Fortalecer la urdimbre de relaciones institucionales para que los sujetos participantes compartan similares alertas y desplieguen acciones articuladas permitirá no solo abogar por el cumplimiento de los derechos básicos, sino reorientar las formas de vida y así construir sujetos con otros esquemas de percepción y acción, sensibles ante la amenaza o la vulneración de derechos. Frente a capacidades disminuidas y a relaciones sociales erosionadas difícilmente se logre ciudadanía colectiva fundamentada en criterios de participación, que posibilite una relación más equilibrada con la subjetividad y donde el estado sea el pilar de la regulación.

Los presupuestos que alientan la estrategia de Municipios Saludables definen la intersectorialidad como la reunión de distintos actores y organizaciones de la comunidad en torno a proyectos integrales de salud construidos colectivamente. El proceso de planificación, ejecución y evaluación de estos proyectos debe sustentarse en la aplicación de mecanismos democráticos de organización y gestión, así como en el establecimiento de canales de negociación y concertación de visiones e intereses diferentes y hasta contrapuestos. Los intendentes que participan de la RMyCS al intentar poner en práctica esta estrategia se encontraron con tres obstáculos: uno al momento de conformar los equipos técnicos; otro, durante la convocatoria y coordinación de las acciones intersectoriales y el último, en el sostenimiento de las mesas de gestión.

Las experiencias recogidas a lo largo de nuestra intervención nos muestran que la sola voluntad política no alcanza, es necesario instalar socialmente un nuevo modelo de gobierno que asuma un estilo cogestivo, dirigido a la repolitización del ciudadano. Por ello, las administraciones municipales necesitan revisar críticamente las propuestas que vienen desarrollando, así como aprender de otras experiencias y sus resultados; replantear el armado y el sostenimiento de alianzas políticas, técnicas y sociales sobre bases democráticas; o lo que es lo mismo: replantear las relaciones de poder vigentes contribuyendo a un sentido de comunidad más justa.

Algunos intendentes tuvieron que empezar por constituir las comisiones vecinales sin contar con recursos técnicos y sin antecedentes básicos para orientar el trabajo conjunto de la gente. Así por ejemplo un intendente relata su experiencia: “*nos estamos guiando por instinto más militante que técnico, y tampoco tenemos demasiado claro que resultado hay que obtener*” (Intendente de la zona norte, año 2006). Las instrucciones proceden de la Vice-gobernación como parte del programa de acción para la promoción de los derechos sociales, cuyas actividades demandan estos ámbitos de deliberación y mayor participación ciudadana. “*El problema es que no se logra atraer a los vecinos pues a los residentes de los dos o tres barrios del IPRODHA (Instituto Provincial de Desarrollo Habitacional) y a los del centro cívico no los entusiasma la propuesta*”; Un tercer grupo, agrega el

⁴⁷ Pique: pulga de la especie *Tunga penetrans* que generalmente se aloja en pies y manos, común en climas subtropicales.

intendente, constituido por los pobladores de los asentamientos marginales, más numerosos y alejados, son otro sector social a organizar pero tampoco responde, pues para ellos la urgencia por asegurar la sobrevivencia cotidiana se antepone a cualquier otro tema. Las posibilidades de concertar un diálogo entre sectores con fuertes diferencias políticas y operativas eran aun más remotas si tenemos en cuenta que por entonces (año 2005) todavía estaba presente en la memoria local un hecho trágico ocurrido poco tiempo antes:

“durante los festejos de los resultados de la última elección, la caravana encabezada por el actual intendente fue agredida a los tiros por los militantes del candidato de la oposición, quien además era el director de la escuela primaria más acreditada de la localidad; una de las balas mató a una niña de trece años, que coincidentemente asistía a este mismo establecimiento educativo, e hirió a una joven de 23 años” (Informe de campo octubre/2005. Municipio de la zona norte).

Ante un panorama como éste, hasta la formación de una comisión vecinal resulta ilusoria. La reconstitución de los vínculos entre grupos con intereses diferentes y habituados a relaciones clientelares muy jerarquizadas dificulta seriamente plantear canales de concertación entre el municipio y la comunidad.

Los “programas nacionales” impulsados a partir de los años 2002 y 2003, canalizan recursos y abren oportunidades para que los intendentes puedan combinar diferentes propuestas, e implementar proyectos socio-productivos, que no solo apuntan a generar puestos de trabajo sino a fortalecer la asociación entre vecinos. Algunos intendentes lograron complementar recursos provenientes de fuentes provinciales y/o nacionales desarrollando líneas de acción propias, como por ejemplo proyectos hortícolas de reconversión socio-productiva articulados con la fabricación de dulces y encurtidos destinados al mercado local. En esta iniciativa se conjugaron fondos provenientes del Plan Manos a la Obra (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación), con los aportes del Programa Pro-huerta (INTA) y de los ministerios provinciales del Agro y la Producción y de Desarrollo Social.

Acciones de este tipo se convierten en verdaderos desafíos, tanto para las administraciones municipales que no cuentan con capacidades técnicas para su implementación, como para los beneficiarios, que se ven enfrentados a la obligación de efectuar un drástico cambio de comportamientos: deben asociarse para la producción, manufactura y comercialización y asimismo deben poner en cuestión sus tradicionales vínculos clientelares con el poder municipal y asumirse como “emprendedores” de una “economía social” cuya índole no entienden.

Otro intento de desarrollo local observado fue el denominado “Plan de Reemplazo de Viviendas Precarias” (municipio de la zona sur-este) consistente en la provisión de una casa de madera de una sola habitación, pero con techo de zinc y piso de cemento alisado, como reemplazo de los ranchos existentes. Los beneficiarios pudieron reutilizar los materiales de sus ranchos para ampliar y/o adecuar su nueva vivienda a las necesidades del grupo familiar. Las chapas de zinc provenían de un plan nacional (Asistencia a las Emergencias Climáticas), que integradas a las del “Plan Techo”, de origen provincial, más el concurso de los aportes locales (cesión de tierras, mano de obra municipal, tablas de un aserradero local en canje de pago de deudas municipales, etc.). *“No mejoramos todo lo que quisiéramos, pero les damos un techo seguro, alisado de cemento, puertas y ventanas. El esfuerzo que hacemos a nivel municipal es grande”* (Intendente de la zona sur-este, año 2008). Entre las dificultades que operan al encarar iniciativas propias, la jefatura comunal reconoce que: *“el orden provincial es renuente a aceptar las ventajas de la descentralización y la transferencia de responsabilidades a los municipios. Se han hecho algunos intentos en cuestiones puntuales y con recursos presupuestarios limitados, los resultados no son tan efectivos”*.

Desde la estrategia de municipios saludables, sea cual fuere el trasfondo sociocultural o económico, el conjunto social –administración municipal y comunidad- debería comprometerse a garantizar el

derecho a la salud, aunque para ello sea necesario transformar la mentalidad de sus integrantes y referentes institucionales así como las condiciones económicas y sociales subyacentes que amenazan su cumplimiento. Lograr la conformación de las mesas multisectoriales para articular los aportes de las diferentes áreas institucionales con una participación activa de los grupos vecinales constituyó un fuerte desafío para las gestiones municipales; los canales para acceder a los recursos provinciales y nacionales no son conocidos por todos, las contiendas locales a veces son difíciles de zanjar, las capacidades técnicas necesarias no siempre están disponibles para colocar en el escenario un proyecto viable y posible, es decir: un “municipio saludable”.

La voluntad política de algunos actores y su capacidad para encajar piezas en un tablero complejo mostraron avances en algunos municipios donde los esfuerzos se mostraron más articulados y orientados hacia el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, pero en la mayoría, esto no fue posible, a pesar de compartir el mismo encuadre político-institucional y similares condiciones estructurales.

El derecho a la salud: de sujetos a ciudadanos

Si partimos del reconocimiento del derecho a la salud como parte de la condición de ciudadanía, los habitantes de los municipios de Misiones están formalmente amparados por las normas vigentes que lo garantizan. Esto supone que tienen acceso a los servicios públicos básicos (agua potable, electricidad, saneamiento ambiental, educación, salud, transporte y comunicaciones), que se desempeñan en actividades laborales reguladas, dignas, por las que reciben ingresos adecuados; todo lo cual debería redundar en reales posibilidades de participación social. Pero como bien señala el *Informe Mundial de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud*:

“La desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. Las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos” (OMS 2008: 23).

Nuestro recorrido por los municipios seleccionados nos permitió constatar una significativa distancia entre las prescripciones normativas y la realidad cotidiana de las poblaciones sumidas en condiciones de persistente pobreza o indigencia. Las desigualdades registradas sintetizan las relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas imperantes en los tiempos que corren.⁴⁸ Esta situación responde a cuestiones de orden estructural que no han podido ser modificadas en el mediano y largo plazo, pese a que nuestro país desde los años ochenta adoptó y operativizó los lineamientos políticos internacionales. Estudiar entonces un conjunto de familias vulnerables desde la perspectiva de sus derechos, nos llevó necesariamente a priorizar el enfoque de los determinantes sociales de salud (DSS), entendiendo que el déficit de alguno de esos determinantes es suficiente para menoscabar las posibilidades de desarrollo de una vida razonablemente saludable. Cabe, por tanto, señalar que la acumulación de déficit implica siempre un encadenamiento de desventajas para las familias y por tanto, obstáculos a remover si realmente se pretende transformar las condiciones de existencia de esas poblaciones. Si los obstáculos persisten, los sujetos construyen sus “subjetividades” sin ejercicio de “ciudadanía”, principio y fin de la estrategia de municipios saludables.

Tales consideraciones nos llevaron a indagar las reales posibilidades de un efectivo ejercicio del derecho a la salud que tienen los sectores más desfavorecidos de las poblaciones locales en tres municipios rurales adheridos a la RMYCS, situados en la zona centro y sureste de Misiones, apelando para ello a la recuperación -observación directa/entrevistas- de las historias vivenciadas por siete familias tomadas como casos. Las situaciones de vulnerabilidad y las desventajas que estas

⁴⁸ Cf. López Arellano, Escudero y Dary Carmona (2008).

historias revelan son recurrentes en familias que coinciden en su posicionamiento socio-económico y expresan la compleja trama de determinantes que condicionan sus estrategias de vida.⁴⁹ Las descripciones dan cuenta de cómo se articulan diferentes aspectos de la cotidianidad, constreñidos por los limitados márgenes de posibilidad que ofrecen los contextos locales.

En este marco, asumimos que la familia, en tanto grupo primario, constituye la principal agencia de socialización de niños, jóvenes y adultos; su dinámica asegura el desarrollo de las funciones vitales y el crecimiento psicosocial de sus integrantes. La familia modela los comportamientos en la infancia y estabiliza los de los adultos, asimismo define roles y jerarquías que organizan y regulan las relaciones conyugales, parentales y fraternas (Durham 1999; Bronfman 2001). En el abordaje de las formas de vida de las familias seleccionadas, tomamos como referencia a los denominados DSS, propuestos en la Carta de Brasilia de 2007⁵⁰, destacando a los fines de este análisis los siguientes: vivienda digna con saneamiento ambiental; trabajo digno; alimentación sana y segura; acceso a los servicios de educación y salud oportunos, humanizados de calidad y culturalmente pertinentes; participación ciudadana.

La composición familiar es un eje que atraviesa la dinámica familiar y adquiere modalidades variables, dependiendo de “arreglos” conyugales, de nacimientos y muertes así como de ingresos y expulsiones temporarias; esta dinámica se expresa como resultante de la adecuación de los grupos al medio social en sus estrategias de vida.⁵¹

Organizamos el análisis presentando en primer lugar los determinantes básicos que constituyen la matriz mínima requerida para caracterizar la dinámica familiar: 1. las *condiciones de habitabilidad*⁵², que constituyen el contexto inmediato de la vida de los grupos domésticos;⁵³ 2. las *oportunidades laborales* disponibles para generar los ingresos adecuados que garanticen el bienestar del grupo; y 3. el *nivel educativo*, componente clave que califica las habilidades y destrezas requeridas por un puesto de trabajo; indagamos acerca de la concurrencia escolar tanto en los adultos como en los niños y jóvenes.

A los determinantes básicos se agregan los relacionales que expresan las formas de vinculación, en tanto capacidad de agencia de los sujetos para proyectar sus vidas, instrumentando estrategias individuales y colectivas. En primer término los vínculos al interior del grupo que refieren a la *crianza de los niños*, (alimentación, estimulación psico-socio-motriz) y al manejo de la *sexualidad* como eje constitutivo de los sujetos sociales en lo relativo a la reproducción y el placer. En segundo término los vínculos con los *servicios de salud*, a través de sus formas de utilización, y la *participación social* en tanto expresión de esa capacidad de agencia en lo doméstico y en lo comunitario.

En la presentación de los casos, elegimos un determinante particular a destacar, pero ello no significa menguar la importancia de los otros, que son recuperados como indicadores de rigidización de la

⁴⁹ Se considera “estrategia” en términos de Bourdieu (1988), al conjunto de acciones que responden al sentido práctico, son improvisadas de acuerdo a las situaciones indefinidamente variadas.

⁵⁰ Citado en López Arellano, Escudero y Carmona 2008.

⁵¹ De las familias seleccionadas como casos, es destacable la preeminencia de la matrifocalidad (Bartolomé 1984); aunque esta característica puede ser modificada conforme a los arreglos conyugales que establezca la jefa de hogar.

⁵² Según datos censales, en el año 2001, Misiones tenía 53% de los hogares residiendo en viviendas precarias, ranchos o casillas; este índice se incrementa notoriamente en municipios predominantemente rurales, como por ejemplo: 66% en Santa Ana, 62% en San Antonio, 75% en San José, 80.5% en Mártires, 59% en San Martín.

⁵³ Grupo doméstico: “es un conjunto de personas que comparten un mismo espacio de existencia: la noción de cohabitación, de residencia común aquí es esencial. ... La noción complementaria de familia, más restringida que la de grupo doméstico, refiere esencialmente al lazo conyugal, en el sentido en que lo entendemos hoy en día, cuando hablamos de ‘matrimonio joven’. La familia está constituida por el padre y la madre, asociación fundada en la alianza, y los hijos. Algunos grupos domésticos están constituidos únicamente por una familia.” (Segalen 2004:37).

estructura social y del entrapamiento en la espiral de precariedad que somete a estas familias (Bayón y Saraví 2007).

Las condiciones de habitabilidad

Las condiciones de habitabilidad dan cuenta de la extrema fragilidad en que transcurre la vida cotidiana de cada grupo doméstico. En situación de vulnerabilidad, las limitadas dimensiones de la vivienda y el escaso mobiliario disponible impiden el saludable desarrollo de los roles familiares diferenciados y la observancia de las jerarquías parentales.

El ejemplo reseñado en el recuadro, muestra la familia de Margarita que habita una casilla construida con materiales de desecho, que podría eventualmente mejorarse por la vía de algún plan de promoción social. El saneamiento básico no está garantizado: agua de dudosa potabilidad e inexistencia de instalaciones sanitarias y tratamiento de excretas.

Margarita en el ambiente que le toca vivir

Margarita es analfabeta. Tiene 40 años, padece una discapacidad motriz de larga data que la obliga renguear. Tuvo 8 hijos con diferentes parejas. Todos sus hijos llevan su apellido, sus parejas ingresan y egresan del grupo familiar como parte de su dinámica vital; "... *parte natural de la vida de ellos*", en palabras de una referente barrial (Red de infancia y familia, organización de la iglesia católica). La hija mayor, Isolina, 24 años, fue hasta el 5to. Grado, lee y escribe. Raúl, 17 años, completó la escuela primaria. Laura Cristina, que este año cumplió 15 años también completó la primaria. Los más chicos son Francisco (13), Ana (11), Miguelina (5), Rosario (3) y Diego (2); de los más grandecitos solo Ana va a la escuela.

La numerosa prole le permitió a Margarita recibir los aportes de la pensión para madre de siete hijos y ahora espera la asignación básica universal. Los hijos mayores aportan algún dinero a la casa, de manera irregular como producto de changas o "rebusques".

La familia reside en el barrio San Pantaleón, en el sector próximo al monte. No se accede fácilmente a la vivienda, hay que recorrer un trillo estrecho e irregular que termina en el arroyo y a pocos metros está la casilla que consiste de una sola habitación de madera (tablones sin tapajuntas), con techo de chapas de cartón y piso de tierra. Al interior, se observan dos rincones destinados a dormitorios: uno con 3 camas y el otro con una cama grande; acompaña este mobiliario una mesa. No hay sillas. En el patio hay dos bancos de madera, es el lugar en que se reúne la familia o "se recibe a la visita". El área para cocinar está afuera, cerca de la casilla; consta de un simple alero de chapas y madera, debajo del cual hay un armazón de hierros y ladrillos de fabricación casera donde hacen fuego de leña. A un costado se ven dos habitaciones en construcción, todavía sin techo, sobre un piso de cemento preexistente. También se ve un paquete de chapas de zinc, provistas por la Municipalidad (como aporte del Plan Techo). "*Cuesta un poco avanzar con las mejoras*", comenta Margarita. Más alejada, se ubica una reducida letrina construida con materiales de desecho. Tienen una pequeña huerta, una pocas aves de corral y dos chivitos. El agua que consumen proviene de un pozo.

Margarita y su hija Laura Cristina de 15 años, están embarazadas; los hijos más chicos dicen que el padre de ambas criaturas es la última pareja de Margarita, que ya no está con ellos. Los vecinos coinciden en la versión. La promotora de salud nos cuenta que los dos embarazos son de cuidado por la presencia de diferentes factores de riesgo: Margarita es una mujer delgada, acusa poco peso para la edad de la gestación: 31 semanas y 40 Kg y Laura Cristina, es una madre-niña, probablemente violada, que casi no habla, cursa la semana 26 de embarazo, lleva un progreso similar al de su madre. Las dos se están controlando en la Salita. Los resultados del último análisis bioquímico revelan que Margarita padece una infección grave en curso (probablemente resultante de una enfermedad venérea) y preocupa la ausencia de seguimiento del caso por parte del personal médico. Ella, la promotora, es la única presencia del sistema de salud.

La familia no ha podido establecer redes a nivel barrial pues, como en palabras de la promotora: "*el grupo tiene mala fama*", los pocos vecinos que viven en las cercanías los rehúyen, son los "*vagos del barrio*" porque no trabajan y viven de los "*planes*".

El grupo se caracteriza por parejas rotativas, variables y una prole numerosa de hijos de diferentes padres. La dinámica familiar está severamente alterada por la falta de controles en las relaciones parentales, cuyo resultado más aberrante se revela en Laura Cristina. Entre el hacinamiento y la confusión de roles se configura la cotidianeidad familiar, ambiente que constriñe las posibilidades de

superación de esta forma de vida. La familia de Margarita, aun con la ayuda de los programas de promoción de viviendas sociales, difícilmente pueda escapar de las condiciones de reproducción presentes ya que sus ingresos por trabajo son casi inexistentes.

Las oportunidades laborales

Una vida saludable presupone disponer de ingresos que permitan al grupo elegir su estrategia de sobrevivencia; por ello el acceso a un trabajo estable constituye un componente clave. La familia de Blanca, y, por extensión, la de Rosa María, que se ilustra a continuación pone de manifiesto las serias dificultades que encuentran sus miembros para acceder a un trabajo remunerado, con ingresos suficientes y sustentables en el tiempo. Ambos casos coinciden en la precariedad de la inserción laboral de los adultos trabajadores, lo que obliga a incorporar al mercado a los más jóvenes (varones y mujeres).

Las condiciones de habitabilidad pueden constituirse en un límite más para generar oportunidades de trabajo. Así, la condición de “ocupantes” en la vía pública de estas familias, no estimula a mejorar las viviendas para adecuarlas a actividades laborales, por ejemplo, disponer de electricidad para montar un taller o un pequeño comercio. O bien, aprovechar parte del terreno disponible para la producción hortícola orientada a la venta.

Blanca la mujer que metió la pata

Un atardecer, a principios de septiembre, Blanca cayó en un pozo. Hacía frío y estaba oscuro. Como resultado terminó con una fractura expuesta de tibia y peroné. El pozo había sido cavado por los operarios de la empresa estatal de electricidad, como parte de las obras necesarias para conectar a los vecinos del barrio al tendido eléctrico. Sin embargo, todo quedó en promesas, salvo los pozos que nadie volvió a rellenar (eran tres y todos enfrente de su casa), ninguno tuvo ni tiene luz eléctrica.

Recibió las primeras atenciones en el puesto de salud local, a pocas cuadras de su casa. De allí la trasladaron al Hospital de San Ignacio, pero como no consiguieron cama la derivaron al hospitalito de Candelaria, donde permaneció sin medicación alguna hasta el día siguiente esperando el traslado a Posadas, donde iba a ser operada.

Blanca es una mujer de baja estatura y obesa; como su movilización después del accidente dio mucho trabajo, le aconsejaron adelgazar y pronto. Caso contrario su recuperación sería muy lenta. Tiene 39 años, apenas alcanzó el 1er grado de la escuela primaria, no lee ni escribe. Recibía un plan jefes y jefas, ahora cobra la asignación básica universal por hijo. Antes del accidente, Blanca trabajaba en el barrido de calles como parte de la contraprestación del plan, pero a causa de una hernia, consecuencia del último parto, dejó de hacer esta tarea: “*el médico me dijo que no podía trabajar*”. El accidente renueva y refuerza este argumento.

Su marido, Nicolás, tiene 57 años y está desocupado. Es de contextura pequeña, y muy delgado. Siempre trabajó en la *tarefa*⁵⁴. Hace algunos años tuvo un accidente laboral que le afectó seriamente el brazo derecho, perdiendo movilidad para cualquier tarea física. Si bien el traspíe ocurrió hace varios años atrás, aún está en trámite el juicio que le inició a la empresa que lo contrataba. No pierde la esperanza de algún resarcimiento, confía en su abogado que es de Posadas.

Blanca y Nicolás conviven desde hace 20 años, ella de una relación anterior tuvo a su hija mayor que “se crió con la abuela”; “y con este marido”, 8 hijos más. Todos viven con ellos en la misma casa.

Pablo con 20 años, fue hasta 5to grado de la escuela primaria, lee y escribe. Está desocupado, los vecinos se quejan “por la junta que tiene”. Tiene varias entradas a la Policía por ratero. El Comisario cuenta que: “*es un ladronzuelo de poca monta, garrafas, bicicletas, ropa tendida, todo lo que le sirva para vender pronto y hacerse de unos pesos. Lo solemos encerrar, ahora mismo está en el calabozo*”.

Graciela, la que sigue, tiene 19 años y fue hasta el sexto grado, lee y escribe. Es la única del grupo familiar que trabaja como empleada doméstica “cuando consigue trabajo”. Ella es quien se ocupa de las tareas del hogar: acarrea agua, lava la ropa y barre la casilla de una sola pieza, cuida a los hermanos menores. El resto del grupo ve con naturalidad que Graciela haga estas tareas, más ahora que Blanca se accidentó.

⁵⁴ Actividad rural temporaria, de baja calificación y remuneración, vinculada a la forestación y a la cosecha de yerba mate, té y tabaco.

Manuel tiene 17 años y también fue hasta quinto grado, se amaña para leer y escribir, a pesar de tener buena salud no trabaja ni coopera con las tareas domésticas.

Martina (14), Norma (12), Rosita (8), Ricardo (5) y Gastón (3) son los más pequeños. La única que avanzó hasta 7mo grado es Martina, pero, a la fecha, todos menos Gastón que tiene 3 años, abandonaron la escuela: la excusa es el accidente -ellos dicen “la enfermedad”- de la madre. En confianza cuentan que Martina, por la infestación de piojos y pulgas, se hizo heridas en la cabeza; la promotora de Acción Social le cortó el pelo bien cortito y de vergüenza no quiso ir más a la escuela, los otros “se unieron a la hermana” y tampoco concurren. La enfermedad de la madre desequilibró la ya débil rutina de la casa, resultando por ejemplo en el abandono escolar.

La directora de la escuela relata que, como parte de las tareas solidarias habituales del establecimiento, la maestra de los hijos pequeños de Blanca organizó junto con los compañeros una colecta para ayudar a la familia afectada por el ingrato accidente de su mamá. Les llevaron ropa y comida. El comentario generalizado al regresar al aula fue “la pobreza del hogar de sus amigos”. La impresión más recurrente se centró en las exiguas dimensiones de la casa, el estado de abandono y la falta de aseo de los miembros de la familia.

La casilla está ubicada en el medio de una calle, aún no trazada. Blanca y Nicolás, suponen que les llegará la relocalización, están confiados en que el municipio les dé una casa nueva. La casilla de una sola habitación está hecha de costaneros, con una división interna que delimita un espacio para dormir. Allí se ven varios colchones amontonados, en mal estado de conservación, sin forros y muy sucios. Hay también un conjunto de frazadas y varias rejillas de madera, especie de tarimas provistas por la Municipalidad, que no las ocupan porque quieren camas. Asimismo se distingue un sector destinado al comedor con un aparador y una mesa, con platos y ollas todavía en uso; afuera humea un fogón a leña que oficia de cocina.

El techo está construido en parte con chapas de cartón, con chapas de zinc y con el plástico negro “que repartió la Municipalidad” en ocasión de una emergencia climática. El piso es de tierra. El agua para el uso diario proviene de una fuente alejada de la casilla, un pozo sin brocal sin tapa, que abastece a varias viviendas. La letrina, ubicada al fondo del terreno, es pequeña, sin techo, con una puerta de lona; al momento de nuestra visita estaba evidentemente desbordada y el olor inundaba el ambiente.

Tienen una pequeña huerta con plantas de orégano y cebollitas. Blanca se queja de que el terreno no da para más “es muy pedregoso”; sin embargo el resto de la propiedad tiene basura diseminada en cualquier parte, incluso hay un malezal. Dicen que cuando pueden juntan todo y queman. Antes retiraban la comida del comedor. Ahora reciben leche y comida del plan de asistencia nutricional para los niños de bajo peso, consiste en una bolsa de alimentos compuesta por 1 kg de harina, arroz y fideos, y 2 kg de leche en polvo. Graciela es la encargada de retirar la provista cuando lleva al más pequeño para que lo pesen.

Una vecina cuenta que, en el barrio, Blanca, Nicolás y su familia son vistos como “muy dejados”. Todos de una u otra forma ya los han ayudado en diferentes ocasiones, en una oportunidad les llevaron un atado con ropas que dejaron a la intemperie hasta que se pudrieron. Estos actos de desidia cansaron a sus vecinos quienes poco se contactan con ellos.

Rosa María, la hija mayor de Blanca (producto de su primera unión), tiene 21 años, concluyó el 5to. Grado, no trabaja fuera del hogar, cobraba al igual que su madre el plan jefas y jefes, hoy en día se prepara para cobrar la asignación por hijo. Se juntó con Germán (47 años) hace más de 4 años, es el padre de sus dos hijas (Juana, la mayor tiene 3 años y Flora de meses, en etapa de lactancia).

Viven en una casilla a pocos metros de Blanca con quien se visitan a diario. Rosa María está embarazada nuevamente, no sabe precisar de cuántos meses porque tomó pastillas hasta hace cuatro meses, después estuvo internada con una de sus hijas en Posadas y enseguida parece que se embarazó porque no menstruó más. Sigue dando de mamar a su hija menor porque en el embarazo anterior había continuado con esta práctica hasta los cuatro meses y “no pasó nada”. Concurrió a la Salita y le indicaron hacerse unos análisis.

Germán no pasó del primer grado, no lee ni escribe; está desocupado desde hace tiempo. Fuma mucho por eso estuvo “mal de los pulmones”; el médico le había indicado unas radiografías para él y para toda la familia, pero no la hicieron. Los vecinos comentan que “es un tipo grande, estuvo en la cárcel acusado de asesinato”, y por supuesto cuestionan el modo de vida de ambas familias.

Las descripciones evidencian, entre otras desventajas, las limitaciones del mercado laboral local para incorporar a los adultos, no sólo porque son trabajadores de baja calificación, sino porque además sus condiciones de salud (afecciones en un brazo uno, en una pierna otro y fumador crónico un tercero) y/o sus antecedentes delictivos, no les permiten responder a las exigencias mínimas de un eventual puesto de trabajo. Cuando trabajan, lo hacen en el sector informal: servicio doméstico por día, peón rural itinerante, otras tareas de bajísima remuneración en las zonas rurales.

La trayectoria ocupacional de los hijos jóvenes continúa la de sus padres. Los ingresos exiguos provenientes de las irregulares actividades laborales y/o de las ocasionales rapacerías, se complementan con la percepción de planes sociales; no obstante el conjunto no alcanza a satisfacer los requerimientos de la supervivencia.

El analfabetismo de los adultos constituye una fuerte restricción para lograr un trabajo seguro y estable, que los confina a las ocupaciones estacionales y transitorias donde la fuerza física es el componente principal. El encadenamiento de las desventajas se reproduce en la generación siguiente porque los niños no ingresan al sistema educativo o, en el mejor de los casos si lo hacen, solo cursan los primeros grados sin adquirir las competencias básicas de aritmética y lectoescritura. El retiro temprano del sistema responde a simple desidia o bien para incorporarlos al mercado o a tareas domésticas, se agudiza entre los 10 y 12 años. Los adultos, preocupados por las urgencias domésticas, no vislumbran la educación como un recurso valioso que pueda incidir en la mejora a futuro de sus condiciones de existencia.

Los servicios de educación

El sistema público de educación primaria cubre la casi totalidad del territorio provincial, garantizando la oferta educativa aún en los parajes más alejados. La mayoría de los establecimientos cuenta con comedores y, si bien geográficamente resultan relativamente accesibles, los niños deben en algunos casos caminar dos o más km para concurrir a la escuela. Sin embargo, la disponibilidad del servicio no es condición suficiente para garantizar el acceso y menos aun la permanencia. Los siguientes ejemplos dan cuenta de la presencia de otras limitaciones.

Simón, Jacinto y Miguela, los niños itinerantes

Estos niños Simón de 8 años; Jacinto de 7 años y Miguela de 5 años viven con su madre Sara, 23 años, recién separada de su último concubino, en la casa de sus tíos Paulo y Cristina. Paulo, hermano de Sara tiene 24 años y es padre de una nena de 2 años y medio. La casa, refiere la tía Cristina, *“es chica, solo tiene dos ambientes y una galería. Allí mediante un cerramiento improvisamos una pieza para mi cuñada y sus hijos”*. Al momento del contacto, este grupo ampliado llevaba conviviendo alrededor de tres meses. Cristina contacta con Acción Social Municipal porque *“se enteró que unas personas especializadas están colaborando con las familias con problemas”*; y ella está viviendo con mucha aflicción una serie de episodios *“medio raros”* que protagonizan sus sobrinos varones. Los encontró en varias ocasiones teniendo sexo entre ellos o masturbándose mutuamente. *“Son muy chicos para hacer eso, tengo miedo por mi hijita y también por mi sobrina. A mi cuñada no se le puede hablar”*. Cristina entiende que la vida de su cuñada no fue fácil, abandonada tempranamente por su madre y criada con maltratos por su abuela, huyó en cuanto pudo de ese hogar. Más o menos a los 14 años tuvo su primer hijo (Simón), y enseguida nació el segundo varón (Jacinto); los dos de distinto padre. La nena (Miguela) es de la última pareja.

Simón en estos recorridos de su madre, pasa un período en Mártires a cargo de su madrina, dueña de un prostíbulo de campo donde es iniciado sexualmente alrededor de los 6 años. Llegaron a esta localidad, procedentes de Oberá, señala Cristina *“vivían muy mal, la madre rescata a Simón de la casa de su madrina, y se trasladan a Oberá. Las cosas no mejoran, los dos chiquitos mendigaban. Por eso vinieron a vivir con nosotros. Pero yo quiero lo mejor para mi hija. Necesito que me ayuden”*.

Después de varias entrevistas a solas con Cristina, se decidió visitar a la familia en un horario en que estuviera presente la mayoría de los integrantes de este grupo de convivencia. Cuando llegamos estaban todos menos el tío Paulo, nos recibieron en el patio; conversamos amablemente con las dos mujeres mayores sobre la adaptación a los cambios de localidad, escuela y hogar. Allí nos manifestaron *“algunos problemitas”* con el mayor de los niños: la maestra lo encontró en el baño con una compañerita. Por este hecho la madre fue convocada por la dirección del establecimiento, pero ella relativizó el hecho diciendo: *“son cosas de chicos, no hay que exagerar”*. Los tres niños concurren a la escuela, los dos mayores están en primer grado aún porque no logran completar un ciclo lectivo en la misma localidad y los trámites para el pase de una escuela a otra nunca se concluyen. Sara dice que así van aprendiendo y algún día terminarán sabiendo leer y escribir; ella tuvo poco contacto con la escuela porque su abuela *“no le dejaba ir seguido, faltaba mucho”*, repetía los grados hasta que la sacó de la escuela para que ayude en la chacra.

Se comentaron las posibilidades de integrar a ambas madres a las iniciativas productivas que impulsaba la Municipalidad; pero a la mañana siguiente Sara y sus tres hijos abandonaron la casa del tío Paulo y también la localidad. Se fueron como llegaron con lo puesto y un destino incierto.

La historia impacta por la crudeza de la violencia sexual perpetrada hacia niños y niñas en el propio ámbito familiar. No obstante, sin quitar importancia a este aspecto, nos interesa analizar aquí cómo se da el contacto con el sistema educativo y de qué modo los adultos analfabetos poco pueden aportar a la escolarización de los más pequeños.

Si nos detenemos a reflexionar sobre la situación de Simón, Jacinto y Miguela, todos concurren a la escuela pero su rendimiento escolar se ve seriamente afectado por las precarias condiciones de trabajo de su madre que no logra generar recursos propios y depende de otros grupos domésticos para garantizar la supervivencia de sus hijos y ante la emergencia de conflictos opta por cambiar de residencia de manera frecuente; su propia historia educativa le niega la posibilidad de lograr un trabajo estable.

No se percibe, en la actitud de Sara, una preocupación por mantener a sus hijos insertos en el sistema educativo, no comprende la naturaleza gradual del sistema, ni la importancia de avanzar en los aprendizajes como vía para alcanzar una adecuada inserción social. Es destacable además que las instituciones educativas no se muestran preocupadas por retener a estos niños y niñas en sus aulas, sus hábitos contrastan con los de los demás niños y más bien los expulsan con sus actitudes correctivas. Inscribir por tercera vez un niño de 8 años en primer grado, no sorprende a estos maestros, parecen trayectorias escolares esperadas para los miembros de familias como éstas.

El sistema educativo se ve superado en su función ante la magnitud de problemas que se acumulan en grupos familiares de vidas tan precarias. Tampoco es habitual que la escuela haga esfuerzos por articular con otras instituciones locales propiciando acciones integrales para problemáticas psicosociales complejas. En casos como el descrito, la deserción escolar termina siendo un alivio para la comunidad educativa: los maestros no se sienten responsables y los padres no se ven cuestionados, los niños quedan al margen y “se van de la escuela”.

La crianza de los niños

Insistimos en el valor de la educación dado que, no solo califica para el trabajo y acrecienta la posibilidad de obtener ingresos adecuados sino que, entre otras funciones, también promueve la inclusión temprana de los niños en el sistema de valores y normas básicas para la vida democrática y la adopción de conductas imprescindibles para el desarrollo humano: nutrición, aseo personal, profilaxis, cuidado del entorno. La calidad de los cuidados infantiles, sobre todo en la primera infancia, depende de una alimentación y una estimulación psico-socio-motriz apropiadas; requisitos imprescindibles para la formación de un sujeto autónomo.

Si los adultos que crían a los niños no disponen de las herramientas intelectuales y prácticas básicas para cuidarlos adecuadamente, la mala alimentación y la escasa estimulación no permiten que estos niños desplieguen sus potencialidades como sujetos sociales. Así advertimos “retrasos”, “quietudes”, “pasividad” y dificultades para desplazarse y para expresarse, que no responden a problemas genéticos o congénitos, sino a los modos en que se atiende y cuida a estos niños en condiciones tan precarias.

El componente educativo no es el único determinante que incide; obviamente, la composición de los hogares, las historias de los progenitores, las particularidades de las viviendas, las oportunidades del contexto de vida agregan eslabones a la cadena de desventajas. Las estrategias de cuidado infantil que despliegan estas familias responden a un conjunto de características de tipo estructural y también personales. Veamos el caso que sigue.

Antonia la querendona

Antonia nació en Santa Ana, tiene 31 años. Tuvo cuatro parejas, actualmente vive sola con sus 5 hijos y cursa un embarazo de 4 meses. Los hijos llevan el apellido de sus respectivos padres.

Antonia lee y escribe con dificultad aunque fue a la escuela hasta 5to grado, hasta hace poco fue beneficiaria del plan jefas y jefes y al presente cobra la asignación universal por los niños a su cargo. Los problemas nutricionales de los más chicos justificaron su ingreso al Programa de Asistencia Alimentaria de la Municipalidad, pero además intenta hacer una huerta con la ayuda de sus hijos mayores. Las responsables de Acción Social de la localidad opinan que el problema principal de Antonia es *“la inestabilidad y la variabilidad de sus parejas, ninguno queda más de tres meses”*.

Ella integró el grupo de mujeres que formó la Cooperativa de trabajo *“Solidaria”* para la construcción de un barrio de 8 viviendas populares conjuntamente con otra de varones, denominada *“Lapacho”*. Sus ingresos dependían del reparto de los cobros, cuyo monto variaba en función del cumplimiento de las etapas debidamente certificadas de la obra. Ahora, su situación de embarazo la puso en un aprieto para continuar participando de esta experiencia y debió retirarse, debido específicamente a que el grupo mixto de cooperativistas había acordado inicialmente, que las mujeres se comprometían a no embarazarse.

Sus hijos son: Francisco, de 11 años que abandonó la escuela en quinto grado; Sonia, de 8 años, concurre a la escuela y cursa 2do grado; Román, con 6 años, empezó primer grado; Tomás que tiene 5, concurre al nivel inicial y por último Juan, de siete meses que padece daños neurológicos severos y evidentes: no puede sostener su cabeza, razón por la que permanece todo el día acostado en un changuito.

Antonia, se separó recientemente de su último marido, esta circunstancia fue propicia para que regrese a la casa Francisco, el mayor de sus hijos. Él cada vez que la madre trae una pareja, busca refugio en la casa de unos vecinos. Según Francisco, *“su mamá toma mucho vino”* y por eso no cuida a sus hermanos menores, sobre todo al bebé. Juan está muy flaquito para la edad que tiene. Tiene problemas de visión, *“estrabismo”* según la mamá. A lo que Román agrega repitiendo: *“nació así porque mamá tomaba mucho vino durante el embarazo”*.

Esta familia vive en una casilla de costaneros de una sola habitación. Una divisoria, también de madera, separa el dormitorio de la cocina. Tiene techo de chapas de cartón y la mayor parte del piso es de tierra. Una pequeña parte es de alisado de cemento.

Disponen de un mobiliario básico: 3 camas, todas de una plaza, con colchones, sin sábanas y con frazadas; una cuna con colchón. En el comedor hay una mesa y unos bancos, una repisa con los utensilios de cocina (platos, fuentes, cubiertos varios, jarras y ollas) y algo de mercadería. Para cocinar, cualquiera de los miembros del grupo familiar enciende el fuego. Cuando llueve o hace frío, cocinan dentro de la casa, cerca de la puerta de entrada. Los días de sol o calor, el fuego se improvisa afuera.

El agua para el consumo doméstico proviene de un pozo ubicado dentro de la propiedad, en la parte de atrás. La letrina está ubicada al frente de la casa, también es de costaneros, sin techo, sin puerta; los soportes que sostienen la letrina sobre el pozo se encuentran en mal estado.

No disponen de redes familiares o vecinales; su vínculo más firme es una amiga, enfermera universitaria, que los visita con regularidad por el tema del hijito. La amiga opina que Antonia necesita otro tipo de ayuda además de la bolsa de alimentos.

Un niño a cargo de otros niños, así crece y se desarrolla Juan; según los criterios de sus hermanos, la madre no responde como adulta ante su crianza. El consumo de alcohol durante el embarazo pudo afectar al bebé, pero la continuidad de esta práctica lo sigue afectando en la medida en que ella no registra como problema el retraso de su hijo, ni su delgadez. Tampoco considera los efectos del alcohol sobre su embarazo en curso. El conformismo ante sus condiciones de vida no coopera para estimular y atender de forma *“especial”* a este niño con dificultades evidentes. La inscripción de Antonia a la cooperativa de trabajo pudo no solo asegurar un sustento, sino conectarla con otras mujeres con similares limitaciones pero con proyectos más ambiciosos: tener la casa propia, lograr constituir un grupo estable de trabajo, aprender un oficio, etc. Su desconexión no solo significó *“perder un trabajo”*, sino apartarse de un grupo de mujeres con otras perspectivas.

Las privaciones de la familia de Antonia no la constituyen en un caso singular, en varios pasajes de las historias precedentes se reiteran ejemplos de niños con retraso mental, con desarrollo físico inferior a la edad cronológica, con dificultades para relacionarse con sus pares, con grados de desnutrición preocupantes.

La alimentación adecuada se constituye en un imposible para estos hogares: lo producido en una pequeña huerta, lo que se pueda adquirir en el mercado con los escasos ingresos provenientes de planes sociales o esporádicos trabajos, el aporte de comedores comunitarios y escolares y los bolsones de alimentos distribuidos por la municipalidad y/o los centros de salud no alcanzan para asegurar la dieta necesaria para el desarrollo de los niños. Si a estos exigüos recursos, sumamos el escaso o nulo conocimiento sobre los requerimientos nutricionales de un niño pequeño, las posibilidades de estar bien alimentado en la primera infancia son casi inexistentes.

Las deficiencias en la alimentación y falta de estimulación muestran sus efectos en las trayectorias educativas: niños desertores tempranos del sistema o niños que evidencian etapas evolutivas irremediabilmente perdidas, anticipando severos impedimentos para desarrollar su potencial de humano.

La utilización de los servicios de salud

Más allá de los protocolos establecidos en los planes sociales: ¿cómo activar efectivamente los alertas y poner en marcha acciones concretas para mejorar los cuidados infantiles? La respuesta inmediata debería surgir desde los servicios de salud: controles del primer año de vida, controles de embarazo, atención del parto y el neonato, uso de métodos anticonceptivos, etc. Veamos qué ocurre con la utilización del sistema público de salud, el siguiente caso lo ilustra.

Isabel, la madre-niña

Isabel tiene 13 años recién cumplidos, está cursando un avanzado embarazo. Su familia está compuesta por su madre Jacinta (52), que solo fue a la escuela hasta 2do grado, y sus tres hermanos: Marcela (23), Ramona (18) y Héctor (16). Jacinta es diabética y alcohólica (le están tramitando desde la Municipalidad la pensión por invalidez)

Marcela fue a la escuela hasta el 3er grado, vive frente a la casa de Isabel. Tiene tres hijos: dos varones de 5 y 4 años, que viven con su padre (en realidad viven con la abuela paterna) y una nena de 1 año, de su pareja actual, que vive con ella.

Ramona, la segunda hermana, alcanzó el 5to grado, tiene dos hijos. Está en pareja, pero sus hijos son resultado de dos uniones anteriores. La mayor, una nena de 3 años vive con su padre en una localidad vecina, con características socio-demográficas similares, y el varón de 1 año y 8 meses vive con ella. Como *“el nene convulsiona”*, le dijeron en la Salita, que requiere mucho cuidado. Ramona, está *“juntada”* con Carlos *“un tipo que al parecer la cuida”*, opina la promotora de salud barrial. Carlos trabaja y ofreció ayuda de mercadería y ropa a Isabel para cuando nazca el bebé.

Héctor, el único hermano varón, trabaja como peón en una chacra cercana y *“viene de vez en cuando”*, se pelea mucho con la madre. Dejó pronto la escuela primaria, en 2do o 3er. Grado, su madre no recuerda bien. Los tres hermanos mayores son hijos del primer marido de Jacinta, por eso comparten el apellido, quien falleció este año, pero hacía mucho que estaban separados.

Isabel es producto de la segunda unión de Jacinta; su padre murió cuando ella tenía 3 meses, no lo conoció, *“por eso ella tiene el apellido de la madre”*, nos aclara. Es una niña de 13 años, rubia no muy alta, ojos celestes, aparenta más edad de la que tiene. Estaba embarazada de 6 meses cuando iniciamos el contacto con ella. Dejó de ir a la escuela este mismo año; ella cree que *“más adelante podrá asistir a la de adultos”*. El padre de su bebé se llama Daniel, tiene 16 años, es amigo de su hermano.

La promotora cuenta que Héctor llevó a Isabel al monte para que mantenga relaciones sexuales con Daniel, *“la vendió”*. Isabel dice otra cosa: que el padre de su hijo era su novio, pero que ahora *“no quiero saber nada”*, está ofendida porque se *“burló de mí”*. Y agrega, el otro día *“estábamos en el Puerto y él estaba con unos hombres, me miraban y se reían”*.

Cada vez que se nombra al padre del bebé Isabel se molesta, mira para otro lado, se va, no habla. Lo único que repite es que no lo quiere ver más, que ella va a criar sola al bebé, que no le interesa nada que tenga que ver con el muchacho. Según Jacinta, Daniel está arrepentido de haberla dejado, quiere hacerse cargo del bebé, *“pero Isabel no quiere saber nada”*. La promotora le aconseja que *“si él se quiere hacer cargo del bebé, que lo deje, que le compre cosas, que le compre la comida que nadie la va a obligar a estar de nuevo con él. Que una cosa es que el quiera cuidar al bebé y otra es que ellos estén juntos”*. Isabel aprecia a la promotora, es evidente, ya que la miró y le dijo que lo iba a pensar. Isabel agregó que no es la primera vez que Daniel embaraza a una chica, *“este es el cuarto hijo que va a tener”*.

Isabel controla su gestación en el puesto de salud del centro. La promotora la sigue de cerca, y junto con la responsable del área social de la Municipalidad ya están haciendo los trámites para incorporarla al Plan Nacer, nos comenta: *“así se le asegura la atención integral durante el embarazo, el parto y hasta los seis años de vida del niño”*.

Como Jacinta es diabética, Isabel acompaña a su madre a los controles que le hacen en la localidad y a veces en Posadas. La promotora nos comenta que no es fácil tratar a Jacinta, luego ejemplifica que la médica de la salita le recetó óvulos ginecológicos, pero Jacinta cambió la vía de administración del medicamento y, en ocasión de su visita domiciliaria, se quejó *“que eran muy grandes para tragar”*.

La casilla está ubicada cercana al centro cívico de la localidad. Es de madera, tiene dos habitaciones con piso de tierra. En una está la cama donde duerme Jacinta, un ropero que comparte con Isabel y una mesa mediana que sirve de apoyo a imágenes de santos y elementos personales. Algunas láminas de figuras del espectáculo y un almanaque cuelgan de la pared. La otra habitación está dividida en dos por una cortina, de un lado se ubica la cama de Héctor y del otro, está la de Isabel.

La casilla impresiona como endeble y poco resistente. Por ello fueron beneficiarios del Plan Techo; pero *“como no iba a aguantar”*, los obreros de la municipalidad construyeron por fuera el soporte de una especie de sobretecho. Hay otra habitación separada de la casilla que hace las veces de cocina. Hacia el fondo del terreno, bastante separada de la cocina y de la casa hay una habitación pequeñita de madera, que resguarda la letrina e incluye un espacio que usan para bañarse. No tienen agua corriente, ni luz eléctrica.

Isabel controló su embarazo en el puesto de salud. Por su edad, el caso es de alto riesgo y debería internarse dos semanas antes de la fecha probable de parto, con monitoreo permanente. No obstante estas prescripciones, no fue internada y luego del último control, la mandaron de vuelta a su casa (semana 30 o 31 no recuerda bien) y esa misma noche se *“descompuso”*. En la salita la atendieron y después de revisarla, la tranquilizaron y la enviaron a su casa a dormir. Regresó a las 6 hs de la mañana siguiente con avanzado trabajo de parto lo que obligó a trasladarla de urgencia al Hospital de Posadas donde nació el bebé, por vía vaginal, pocas horas después, sin ningún cuidado especial, ni para la madre ni para el hijo.

Al igual que el sistema educativo, el sistema público de salud tiene efectores distribuidos en todo el territorio provincial; con niveles de complejidad correlativos al tamaño y la densidad de la población de cada localidad y su cercanía a las ciudades. En los municipios pequeños la unidad de prestación más compleja es el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), que suele ser el único efector que dispone la población. Los CAPS se referencian con los hospitales de área situados a no más de 30 km, los que a su vez derivan los casos más complicados a algunos de los 3 centros hospitalarios públicos provinciales de máxima complejidad: Eldorado, Oberá y Posadas.

La presencia de los promotores de salud como parte del equipo técnico del CAPS debe garantizar que todas las familias reciban visitas domiciliarias con el propósito de: detectar embarazos y alentar el control prenatal, vigilar el cumplimiento de los calendarios de vacunación en niños, reconocer los alertas sobre patologías crónicas sin atención, así como registrar las condiciones de habitabilidad de los grupos domésticos y otras situaciones que se consideren *“de riesgo”*.

La historia de Isabel da cuenta de que el *“sistema de atención”* actuó de manera negligente en la atención del parto de una madre-niña; ya que en el nivel local y en el centro de mayor complejidad el caso pasó desapercibido y no se tomaron las prevenciones necesarias. No hubo complicaciones, pero pudo haberlas.

Los embarazos tempranos de las hermanas mayores de Isabel muestran las limitadas posibilidades de acceso a métodos anticonceptivos que tuvieron estas mujeres, el avance de la diabetes de la madre que la imposibilita para trabajar y el trámite en curso de una pensión por invalidez evidencia cuán reciente es la llegada de las políticas sociales y de salud a los hogares vulnerables.

Retomemos de los relatos anteriores situaciones como las de Blanca, Antonia o Margarita. Todas muestran las dificultades para sostener un contacto regular y efectivo con el primer nivel de atención, incluso ante enfermedades crónicas y/o complejas. Quizás las prestaciones médicas sean accesibles, pero los remedios, estudios y análisis requeridos no siempre forman parte de la oferta gratuita del estado, ni están al alcance de estos grupos si se ven obligados a comprarlos. La relación tensa entre usuarios y prestadores del sistema público de salud se expresa en ambos sentidos. Los

usuarios manifiestan su desconfianza hacia la efectividad del sistema afirmando que: “*cuando los necesitan no siempre están*”; los agentes de salud desconocen las condiciones de vida de los usuarios y desvalorizan sus saberes.

Propiciar en los usuarios hábitos de utilización de estos servicios, que valoren la promoción de la salud, resulta casi imposible para los agentes de salud -médicos, enfermeros, promotores, administrativos-, si no se cambia el abordaje de los casos, incorporando las variables sociales: el entorno de vida y las características singulares de la población. La población usuaria sobrelleva no solo sus padecimientos cualquiera sea su gravedad, sino la carga de una atención deficitaria, pero no tiene opciones para elegir.

Las vivencias de la sexualidad

En las historias de Margarita (primer caso presentado), Simón, Jacinto y Miguela (tercer caso) e Isabel (quinto caso) la recurrencia de situaciones de violencia sexual agudiza la crudeza de sus condiciones de vida. La sexualidad abarca la totalidad de la vida de los seres humanos, desde el nacimiento hasta la muerte, marcando de manera decisiva todas y cada una de las etapas determinantes del desarrollo. Las posibilidades de un desarrollo armónico dependen de sus condiciones concretas de existencia y como hemos visto, tanto adultos como jóvenes y niños atraviesan experiencias muy diversas, en ocasiones muy traumáticas, cuyos efectos conocemos apenas parcialmente.

Relaciones conyugales inestables, con alta rotación y descendencia fecunda (proles de hasta cinco niños con padres diferentes), limitado acceso a los métodos anticonceptivos para regular la natalidad, embarazos precoces tanto en madres como en hijas, constituyen indicios de las falencias en el ejercicio de los derechos sexuales, sobre todo en su faz reproductiva. Si observamos otras prácticas relativas a la sexualidad pero vinculadas al placer, la memoria nos lleva a recuperar algunos relatos dramáticos. La sospecha del embarazo de la hija de Margarita como incesto de segundo grado; la primera infancia de Simón en un prostíbulo, sus prácticas sexuales precoces en la escuela y el acoso a sus hermanos y primos, o el embarazo de Isabel siendo niña, producto de una relación que por momentos parece violenta y en otros romántica (¿relaciones sexuales consentidas o violaciones?). Todos los casos inducen a dudar si hubo placer, y si lo hubo no fueron ellos los beneficiados, sino los “otros”.

Niños y niñas al servicio de los placeres de los adultos, expuestos a experiencias que superan su capacidad de discernimiento, que van quemando aceleradamente las etapas de sus vidas; y quizás si buceamos un poco más en las historias de las mujeres adultas mencionadas en los casos, podríamos hallar situaciones que remiten a violencia sexual y/o de género. La historia que sigue conjuga diversas formas de ejercer esta violencia.

Paulina, la nena que come trapos

Paulina es una niña de 12 años, pero según la pediatra “*aparenta 5 ó 6 años, pesa poco para su talla, es muy callada*”; vive con Norma (33 años), su madre, Teresa (48 años), su abuela y su hermano Alberto (5 años). Sin embargo Norma tuvo 6 hijos en total, 3 varones y 3 mujeres. Los tres mayores son de un mismo padre, los dos siguientes comparten un segundo progenitor y el último es de un tercer compañero que presumimos ya no está.

Miriam (17 años), la mayor de los hermanos, solo alcanzó el 4to grado, no vive con ellos porque trabaja cama adentro en una casa de familia de San Ignacio; César (13 años) hace un tiempo que abandonó el hogar y no saben mucho de él, creen que vive con su padre y su nueva pareja en Posadas. Rocío Belén de 8 años, es niñera en Santa Ana; y como vive con la familia empleadora, parte del contrato fue que la mandaran a la escuela. Está cursando 2do grado; y la última hijita es Milagros Lourdes que tiene poco más de un año y fue dada en adopción porque según entendió quien es su papá: “*la madre no estaba en condiciones de criarla*”.

Paulina fue retirada de la escuela porque según su madre: “*estaba enferma*”, era compañera de Rocío Belén (2do grado con 12 años). Alberto concurre, a veces, a la escuela especial. La madre y la abuela son analfabetas, ya que nunca asistieron o solo alcanzaron los primeros grados de la primaria.

La madre está separada de su tercera pareja aunque actualmente convive con él, Marciano (71 años), y su hijo Víctor, (42 años, discapacitado físico, con aparente retraso mental y labio leporino). Teresa, la abuela, también vino a vivir con Norma y sus hijos a lo de Marciano, pero ocupa otra casilla en el mismo predio. Víctor, el hijo de Marciano nunca fue a la escuela, el padre cuenta que “*era una persona normal*” hasta que recibió una descarga eléctrica mientras trabajaba en altura y se cayó. Marciano dice que desde ese accidente quedó con dificultades para hablar, balbucea, y lo poco que logra articular “*no se le entiende demasiado*”. Además agrega que “*todavía es virgen, aunque el año pasado pagué una mina para que clave. Le encerré en una pieza y no hizo nada, tuve que aprovechar yo. Era una amiga de 17 años*”.

Marciano a veces arregla tractores o autos de los vecinos, otras, “cambalachea” o vende lo que produce en su huerta; de ahí que se autocalifique como “un mecánico-labrador”. El hijo desde el accidente, lo ayuda. No tienen ingresos fijos pero con lo que consiguen, para vivir les alcanza. Tienen una huerta poco cuidada, con maíz y mandioca. Norma, cuando está con él, se dedica a sus hijos y a las tareas de la casa.

El terreno que ocupan es propiedad de Marciano, la casilla es de madera, con piso de tierra y techo de chapas de zinc. La única habitación disponible para el desarrollo de las funciones domésticas de las familias de Norma y Marciano, está subdividida mediante un aparador y un ropero en tres ambientes: utilizan dos de ellos como dormitorio y el restante como comedor. Detrás y separada de la casilla está la cocina y al fondo bien retirada del núcleo principal, la letrina. Al frente, hay una canilla que abastece de agua al grupo familiar, dicen que procede “*de una perforación*”.

Norma llevó a su hija Paulina a la consulta médica por un trastorno intestinal: “*come trapos*”, dijo la madre, pero justo ese día no había atención pediátrica, entonces se trasladaron a la Municipalidad para pedir ayuda. La niña tiene mal aspecto, la coloración de su rostro es verdosa y su expresión evidencia dolor; Norma dice que vomita y está constipada desde hace varios días. Como estaba presente el equipo de la Universidad en el lugar, fue asistida por una de sus integrantes que es enfermera. Después de conversar con la niña, logra que ingiera agua y un yogur. Paulina recuperó el ánimo, pidió ir al baño y se le reavivaron los colores de la piel. Frente a la mejoría, Norma resuelve volver al día siguiente e intentar concretar la consulta médica frustrada.

Una semana después Paulina fue derivada de urgencia al Hospital Pediátrico de Posadas, donde ordenaron estudios radiográficos y bioquímicos; se le diagnosticó tricobezoar y se recomendó una intervención quirúrgica.⁵⁵ Asimismo solicitaron interconsulta con la psicóloga del Servicio. La operación fue exitosa y la recuperación rápida, se acordó que permanecería internada hasta que “*recupere peso suficiente y se cumpla la interconsulta solicitada*”.

La psicóloga informa posteriormente que Paulina desarrolló el tumor como “*síntoma de carencia afectiva. Recomienda que permanezca internada hasta completar la etapa diagnóstica y se resuelva como cumplirán el tratamiento, ya que la salita de su localidad carece de prestaciones especializadas*”. En presencia de la enfermera de turno y la psicóloga, inesperadamente la abuela introduce la versión de que Paulina había sido abusada sexualmente. La noticia conmociona a los profesionales a cargo y obliga a la Jefatura del Servicio a solicitar otra interconsulta, pero esta vez con el ginecólogo infantil.

La versión de la abuela complica a Marciano o a Víctor. Teresa insiste en Marciano, pero otros allegados comentan que la abuela facilita relaciones entre la niña y un vendedor ambulante de artículos de plástico: Paulina suele pasear en bicicleta con éste hombre durante la siesta.

No obstante, el médico cirujano ordena el alta de la niña aduciendo que: “*había recuperado peso suficiente y no existían razones para prolongar la internación*”. Para la externación no se notificó al Servicio de Psicología, ni se esperó el resultado de la consulta con ginecología. Paulina regresó prontamente al pueblo con su madre y su abuela; al llegar, por instrucción de la jefatura comunal, quedó a cargo de las cuidadoras de un hogar de día de reciente creación.

Norma hizo efectiva la denuncia del abuso sexual, de modo que la policía local detuvo a Marciano bajo los cargos de sospecha de abuso sexual contra la niña. El procedimiento se produjo sin inconvenientes: “*Yo lo conozco de hace tiempo a Marciano, él no es culpable. Además nosotros sabemos que la madre y la abuela reciben dinero o especies a cambio*”.

⁵⁵ Los médicos del Servicio nos aclaran que los tricobezoares son una rara patología, que afecta tanto a jóvenes como a adultos. Puede ocurrir a causa de la ingestión de objetos no digeribles como cabello, plástico o algodones, que no atraviesan el píloro. Cuando se presenta en mujeres jóvenes debe sospecharse de una psicopatología de fondo. Si se trata de niñas, debe desconfiarse de la funcionalidad de la familia. El cirujano del Servicio se sorprende por este caso: “es el primero que veo en casi treinta años de carrera en este Servicio”. Además nos aclara que algunos bezoares pueden ser tratados endoscópicamente pero los de mayor tamaño o con complicaciones, deben ser extraídos quirúrgicamente. Una vez tratado se debe hacer énfasis en la prevención de la recurrencia, con la intervención del Servicio de Psicología (Nota de campo, octubre/2004).

de paseos con Paulina. Se trata de un vendedor ambulante. Pero de éste ninguno se acuerda”, según comenta el Comisario.

Marciano estuvo preso 3 ó 4 días, entre un viernes y el lunes subsiguiente. El dictamen del perito policial fue negativo: Paulina no había sido desflorada. A continuación se realizó el peritaje judicial, cuyo resultado fue coincidente con el de la policía; de manera que Marciano recuperó la libertad y cayó la denuncia de Norma.

Después de este episodio Norma y sus hijos abandonaron la casa de Marciano y se cobijaron en la casa de un señor mayor (60 años), que se encarga de la vigilancia de un aserradero cercano a la ruta. La casa tenía piso de mosaicos, baño instalado, dormitorios bien delimitados y hasta un televisor. Según Paulina mientras vivieron con el señor mayor, *“pasaron muy bien”*. Sin embargo, Norma y sus hijos tuvieron que abandonar tan buen refugio porque el patrón reprendió a su empleado, el hombre mayor, por albergar gente extraña en su lugar de trabajo. Paulina aún lo visita, porque él *“no es malo y le compra el yogur”*. Desde febrero están viviendo con una tía que les da albergue *“por el momento”*. Según Norma, la niña se escapa todas las siestas para visitar al señor que vigila el aserradero, dice que no puede controlarla.

La cotidianeidad de Paulina y sus hermanos evidencia el alto grado de vulnerabilidad en que transcurre la vida de los integrantes de esta familia; los adultos responsables disponen de escasos elementos para proteger los derechos de estos niños y garantizarles los cuidados y atención adecuados. Las estrategias que implementan para generar recursos se centran en los niños y jóvenes: incluyen tanto expulsión de miembros (caso del hermano varón mayor, como de las mujeres empleadas como domésticas cama adentro), la utilización de la niña como bien de cambio para satisfacer los deseos de otros adultos con recursos (sea el vendedor ambulante de objetos plásticos, sea la pareja circunstancial de la madre, sea el señor mayor que los alberga), así como la entrega de una bebé (con sospecha de venta) luego de admitir sus impedimentos para criarla.

La condición de sujetos de estos niños y niñas se ve duramente cuestionada en estos actos, pero no solo bajo la responsabilidad de los adultos con los que conviven, sino también por los otros referentes que directa e indirectamente participan en sus vidas. El desarrollo psico-físico inferior a la edad cronológica de los dos niños a cargo de madre y la abuela, dan cuenta de la alimentación deficitaria y los escasos alertas para reconocer el retraso mental. La escuela que inscribe por segunda vez y en segundo grado a una niña con doce años de edad que aparenta seis años tampoco establece un alerta para sugerir la consulta al CAPS ni indaga los motivos de su escaso desarrollo. El niño más pequeño, según su madre *“es retrasado”* y por eso no lo inscribe en el jardín de infantes. Con intermitencia asiste a la escuela especial. Es evidente que en los controles del niño sano -si es que los hubo- tampoco los pediatras que lo revisaron alertaron a la madre sobre su trastorno de desarrollo y la importancia de una estimulación específica. Estos retrasos en el ritmo de crecimiento de los niños son tomados por su progenitora como una fatalidad: *“algunos salen grandes y otros crecen menos”*, pero no como resultado de las deficiencias alimentarias, y la falta de estimulación psicomotriz.

La escolaridad se ve truncada en los niños y jóvenes, ello no solo imposibilita la incorporación de conocimientos básicos, sino que los aísla del contexto inmediato. La niña empleada como niñera recibe como *“parte de su sueldo”* el derecho a concurrir a la escuela, como resultado de una responsabilidad que asume la patrona al tomarla a su cargo. Los adultos que cuidan a estos niños también son analfabetos, por tanto, sus actividades laborales concuerdan con su limitada formación educativa.

La itinerancia permanente caracteriza a este grupo, que se instala temporariamente en diversas viviendas, comparte hogares con desconocidos o acepta condiciones de hacinamiento y promiscuidad con resignación, pues no tiene mayores opciones. Y cuando éstas surgen, los acuerdos son transitorios.

El sistema de salud que acoge a Paulina resulta poco eficiente, y limitado en recursos pues debe concertar con el área de Acción Social Municipal para atender su caso; la derivación al Hospital Pediátrico de Posadas se resuelve rápidamente porque los antecedentes se suman; pero la respuesta de un hospital que prioriza los aspectos biológicos sin una mirada integral hacia la salud de la niña,

habilita la recurrencia de las situaciones de violencia sexual y a prestaciones incompletas, y por lo tanto de dudosa eficacia.

En este caso a la violencia estructural que padece la familia en los diferentes grupos domésticos que articula, se le agregan la violencia sexual y de género. Las mujeres cuidadoras son tan víctimas de violencia como los niños y niñas a su cargo, en éstos la corta edad potencia su vulnerabilidad.

Las condiciones estructurales de vida de estas familias analizadas plantean escasas opciones para organizar sus estrategias de supervivencia. La presencia del estado es percibida en la oferta educativa y de atención de la salud, también en las acciones complementarias para mejorar las condiciones de habitación (chapas de zinc, extensión de agua potable y de electricidad, etc.) y de alimentación (comedores infantiles y escolares, distribución de bolsones de alimentos, promoción de huertas familiares y comunitarias), pero escasamente en acciones que tiendan a potenciar las capacidades de gestión de los grupos. Los vínculos sociales que establecen más allá de las redes familiares y vecinales no les permiten constituir asociaciones para la lucha por sus derechos; a pesar de llevar más de veinte años en democracia, las prácticas políticas locales no se orientan a generar espacios de actuación pública.

Las formas de participación social

Si consideramos que la salud es un derecho y que dadas ciertas condiciones estructurales todos los sujetos podrían ejercerlo plenamente; cuando ello no ocurre, una respuesta típica de los prestadores es trasladar la responsabilidad a los individuos: “son dejados”. La expresión se justifica en que la “gente” no se agencia de los recursos necesarios por conformarse con un grado de bienestar inferior al que podría lograr. Vamos a analizar la participación social definida como el espacio de acción que pueden generar los sujetos en pos de lograr el ejercicio de sus derechos, sea individual o colectivamente. Este eje constituye un componente esencial de la salud concebida integralmente y pasa a ser una herramienta política potente cuando sirve para luchar por los derechos pero también puede ser utilizada para delegar en los “otros” las responsabilidades acerca de su bienestar.

En los casos presentados observamos que para lograr el pleno ejercicio del derecho a la salud, las familias deben superar las condiciones estructurales de pobreza. Las herramientas que disponen en términos individuales o grupales son escasas pues son múltiples los aspectos en los que se expresa su vulnerabilidad: desde las condiciones de habitación, la inserción en el mercado laboral, los ingresos generados, el acceso al sistema educativo y al sistema de salud, etc.

No obstante y con variaciones de grado, se advierte un conjunto de prácticas intencionales y voluntarias que dan cuenta del proceso salud/enfermedad/atención, generalmente protagonizadas por las mujeres adultas dentro de los grupos domésticos. Esta forma de participación social a nivel individual se expresa en el “auto-cuidado” y a nivel del micro-grupo, familia de co-residencia, se la advierte en el ejercicio del rol de “referente experto en salud” llevando a cabo variadas acciones para mantener la salud de los integrantes del grupo así como la gestión de recursos específicos cuando ésta se ve amenazada (Menéndez 2006).

Las familias adoptan una actitud pasiva frente a las propuestas estatales, capitalizan lo que les resulta útil y parcialmente se articulan en proyectos colectivos como las cooperativas de trabajo, o los micro-emprendimientos productivos; pero ante los problemas de salud y bienestar que merecen un abordaje comunitario no se logra concitar el interés de los grupos de vecinos.

La capacidad para generar y sostener redes sociales que les permitan resolver problemas (alimentación, cuidados infantiles, trabajo, etc.) no es un atributo recurrente en las historias analizadas, más bien son raros los grupos articulados en redes que trascienden las familias, las conexiones extra-familiares más nombradas remiten a relaciones con agentes estatales: promotores

de salud, responsables de Acción Social Municipal, maestros, agentes policiales, etc. Las referencias a redes vecinales se mencionan en pocos casos como soporte de la estrategia de vida, más bien se alude a ellas como referentes críticos ante las formas de existencia “elegida” por determinados grupos.

Formar parte de una red social no significa tan solo un haz de relaciones y recursos sino también una proyección de la existencia que supere la cotidianeidad y los incluya en un contexto más amplio como ciudadanos y no tan solo como “clientes”. Pero por la posición subordinada que ocupan estos grupos domésticos en sus contextos de vida, demandar o reclamar resulta casi imposible pues no se sienten habilitados a hacerlo aunque formalmente podrían por su condición de ciudadanos.

Hemos visto de qué modo los servicios estatales aún deficientes no son criticados, ni se plantean acciones de reclamo ante la imposibilidad de resolver su supervivencia; toman como “un favor”, “un regalo”, “una atención” acciones implementadas por funcionarios estatales que forman parte del ejercicio de sus derechos básicos, tales como ingresar al Plan Techo, o un traslado en ambulancia, o una bolsa de alimentos, etc. Décadas de descolocación con respecto a lo que se merecen o pueden reclamar por ser ciudadanos argentinos han llevado a estos grupos familiares a conformarse con “lo que les dan”, “lo que les toca” y no pueden verse como sujetos de derecho que gestionan recursos para garantizar una vida digna, saludable.

En el caso siguiente, la mujer “enferma” por quedarse en su casa: ensayó relaciones extra-domésticas por un breve período que “le sentaron bien”, pero el retorno a la vida doméstica resultó un horizonte abrumador para ella que había logrado resolver las urgencias familiares pero no pudo articularse en un proyecto productivo.

Ángela, la dulcera solitaria

Ángela (28 años) y Antonio (42 años) están juntos desde hace más de diez años. Formaron un hogar en el cual nacieron 5 hijos: Rafael, 10 años, Paulina, 8 años, Amílcar, 6 años; Josefa, 2 años y Fabián, 2 meses. Los que están en edad escolar, asisten a la escuela: Rafael cursa 3er. Grado, Graciela 1er. grado, y Amílcar está haciendo el Jardín de Infantes.

Antonio es analfabeto. Ángela, en cambio, llegó hasta 2do o 3ro, no recuerda bien, pero lee y escribe.

Ella cobraba un plan jefas y jefas, ahora está esperando la asignación universal por hijo. Hace un tiempo participó con las mujeres del Proyecto PROFAM⁵⁶ de las capacitaciones del Club de Abuelos y aprendió a fabricar dulces. El hace changas, “*va y viene con lo que se consigue*”, sea desmalezar un predio, como podar un árbol, cargar o descargar un camión.

Ángela es una mujer de aspecto agradable, delgada, vestida con ropas limpias, cabellos recogidos, aunque está descalza sus pies están limpios. Maneja un lenguaje claro, es amable. Amamanta continuamente a su bebé a quien se lo ve muy bien de peso. Retira la leche y la bolsa de alimentos de la Salita. Los niños comen en el comedor del barrio ubicado frente a su casa; a veces suelen retirar la comida y la traen para comer juntos en la casa. “*Es mejor*”, afirma Ángela.

El grupo familiar de Ángela y Antonio vive en los bordes del pueblo, donde el trazado urbano se pierde y el paisaje se parece más al campo; aunque la vivienda está a pocas cuadras del casco céntrico. La vivienda es la última casita del barrio más pobre de la localidad, aprovecharon un descampado. Ni la casilla ni el terreno les pertenece, comenta Antonio.

Al final del predio empieza el monte, al costado hay un caminito que termina en el arroyo que da nombre al barrio. Cuando el calor aprieta, lo usan para refrescarse, pero “los vecinos del Barrio nomás”. De este arroyo se abastecen de agua para el uso doméstico. A un costado de la vivienda, perdidos en el malezal, hay dos “*pocitos de agua*”, que son un recurso más para aprovisionarse de agua en las temporadas de sequía.

El entorno de la casilla está limpio y bien barrido, hay dos sillas y un banco de madera. Al frente de la vivienda disponen de un alero con piso de tierra donde hay una mesa de usos múltiples, tanto para comer, lavar la ropa, hacer tareas

⁵⁶ Proyecto orientado al fortalecimiento de mujeres y familias, ejecutado en los primeros años del 2000, con financiamiento del Banco Mundial a través del Consejo Nacional de la Mujer.

escolares; otra mesa se utiliza para cocinar, sobre ella se apoyan los utensilios de cocina, los cubiertos, una olla y algunos platos, todos lavados y ordenados.

La casilla es de una sola habitación. Allí tienen dos camas con 3 colchones nuevos que entregaron “*los de la municipalidad*” (todavía envueltos en plástico), frazadas, un televisor a batería, una cocina a gas. La letrina está en los fondos, sin puerta ni techo, con malezas alrededor. No tienen luz eléctrica, se alumbran con una lámpara a kerosén.

Cercana a la casilla de la familia de Ángela, vive la mamá de Antonio. Antes vivía con ellos, pero hace unos meses se mudó pues según Ángela “*era muy mala con los chicos*”.

Como Ángela vive bastante alejada de los demás vecinos, no se da con la gente del barrio; anteriormente había establecido vínculos con el grupo de “*mujeres dulceras*” con quienes compartió las capacitaciones y la producción artesanal de dulces y licores -promovida por la Municipalidad-, pero su participación fue de corta duración.

El grupo de “*las dulceras*” amigas de Ángela, se fue disgregando a medida que el proyecto cobraba mayor envergadura: “*tenían que atender el catering de eventos, participar en las ferias del pueblo; y eso las acobardó*”. Ángela ahora “*se siente mal*”, no solo por haber perdido su trabajo sino porque se desvinculó de las compañeras. Se siente aislada pues no logra sostener relaciones por fuera del circuito familiar, y estar en la casa no le satisface.

La corta experiencia de Ángela con el grupo de “*las dulceras*” le permitió vivenciar otras formas de vida, de relaciones pero no consiguió sostenerlas. Imaginar planes que excedan lo familiar parece imposible, no encaja en la cotidianidad de mujeres como Ángela, una propuesta política que las integre como representantes de sus barrios, en espacios de decisión está muy alejada de sus vidas por ahora.

En todos los casos hemos observado un limitado grado de asociación vecinal, grupos aislados territorialmente, otros cercanos por afinidad religiosa, compartiendo dificultades para acceder a recursos básicos como el agua potable, alimentos, etc. Sin embargo no articulan sus intereses particulares en proyectos grupales. Tanto los intendentes como otros referentes institucionales (maestros, enfermeras, etc.) coinciden al señalar que resulta difícil incentivar asociaciones en las zonas periurbanas cuando los asentamientos están alejados; no contribuye la desconfianza entre pares, tampoco ayuda tener compromisos que sobrecargan las tareas domésticas de sus propios hogares. Las comisiones vecinales que constituyen un primer indicio de agrupamiento para luchar por servicios comunes están interferidas por la cooptación de los partidos políticos (redes de punteros) y no siempre responden a las necesidades del barrio.

Otras agrupaciones como podrían ser grupos de mujeres micro-emprendedoras, cooperativas de trabajo, cooperadoras escolares no se articulan más allá de acciones muy concretas: las celebraciones patrias, la fiesta del día de la familia, el acto de fin de curso, acontecimientos que no logran concatenarse en un plan de trabajo conjunto, ni generan una experiencia de que valga la pena sostenerla, con éxitos y fracasos.

Las estrategias son de carácter individual: cada uno toma “*lo que le dan*”, “*lo que le toca*”, pero no comparten discusiones ni dudas por saber que más les corresponde o si lo logrado remite a un derecho o a una “*distinción personal*” o si “*se trata de un favor*”. Se advierte una alta dependencia de los referentes estatales sean de las áreas de educación, salud o municipal.

Estas precarias formas de organización entre vecinos y/o familias que comparten similares condiciones de vida con restringido acceso a fuentes de trabajo, a servicios básicos como agua potable, transporte, educación y/o salud, no los habilita a incorporarse como sujetos activos en las mesas intersectoriales para defender sus derechos.

De modo que, aun existiendo espacios institucionales en los cuales los conjuntos sociales podrían plantear sus requerimientos y gestionar recursos como los consejos sociales locales, los miembros de estas familias no logran integrarse, no alcanzan a afianzar las formas de asociación más básicas, pues como señala Boaventura de Sousa Santos “*tres condiciones son fundamentales para poder participar: tienes que tener tu supervivencia garantizada, porque si estás muriendo de hambre no vas a participar; tienes que tener un mínimo de libertad para que no haya amenaza cuando vas a votar; y*

finalmente tienes que tener acceso a la información” (Santos 2006: 79).

Pensar la salud desde una perspectiva integral y hacerla valer como un derecho, supone no solo considerar dimensiones que superen el orden biológico como los DSS sino ampliar sus componentes, adecuando los instrumentos de análisis a las situaciones relevadas en el plano empírico. Las herramientas teóricas tienen que ajustarse para hacer inteligible el recorte de la realidad que se pretenda explicar.

Consideraciones finales

Antes de intentar responder la pregunta del inicio ¿una vida saludable es posible? Haremos una rápida revisión de las ideas que fuimos desplegando para construir la respuesta.

En el marco global donde se plantean los lineamientos ideológicos que orientan las políticas de salud es evidente cierto dinamismo, pues a pesar de sostener ideas bases como la APS y la PS, sus significados y alcances se van redefiniendo según las coyunturas históricas y las posibilidades de cada país.

Es ineludible la articulación entre los niveles de intervención (internacional, nacional, local), por ello las propuestas políticas son multi-escalares, en reconocimiento de la mutua incidencia entre los niveles de acción: lo que ocurre en una localidad no está desvinculado de los planes nacionales ni de las líneas programáticas globales, no podemos mirar la parte sin considerar el todo, y admitir que el todo se compone de partes interconectadas.

También la relación entre el orden económico y el político es innegable; pero las rotaciones del sentido de esta relación han priorizado en determinados momentos la política al servicio de la economía resultando en el modelo neoliberal; o bien, han colocado a la economía al servicio de la política recuperando un enfoque de derechos; la salud en particular. Desmercantilizar la salud es una empresa titánica pero no imposible, devolver a los sujetos su condición de ciudadanos en este campo constituye un compromiso ético a cuyo servicio tenemos numerosas propuestas entre ellas, la estrategia de municipios saludables. Ésta plantea una conjunción de aspectos que componen una visión integral de la salud priorizando el entorno y apostando al desarrollo desde una perspectiva holística.

La participación social está en permanente redefinición según los términos de cada propuesta, del mismo modo que el peso de lo local en función de los intereses coyunturales. La PS es presentada como un elemento recurrente en las formulaciones políticas internacionales para garantizar el derecho a la salud, también en el orden nacional se la reconoce como un componente estratégico en el PFS y cuando ingresa en el ámbito provincial se la destaca como instrumento clave en la gestión de salud. A nivel local, donde se ven operativizadas estas ideas se advierten las diferentes ópticas desde las cuales se la considera.

Para la gestión municipal la participación social en salud que transcurre en el ámbito doméstico (individual y en los microgrupos), solo trasciende cuando no logra garantizar un mínimo básico (alimentación, higiene, educación, trabajo). Cuando una mujer no logra llevar adelante un embarazo con los controles necesarios o cuando un niño deja de concurrir a la escuela porque “es enfermizo”, o cuando la basura dispersa en un lote avanza sobre la calle, se advierte la ausencia de esta participación “natural”, antes invisible.

Lograr asociaciones entre grupos (sean vecinos, familias, profesionales, técnicos, mujeres, desocupados, etc.) para luchar por un objetivo común, constituye un nivel superior de PS que trasciende los intereses individuales o domésticos y se proyecta en el espacio público. Para incidir en las políticas locales se requiere este grado de participación, para posicionarse en la mesa multiactoral y plantear las demandas colectivas, disponer de información para gestionar recursos así como

evaluar y reprogramar -junto a los otros actores- el curso de la política local. Pero son necesarios ciudadanos, no solo sujetos, crear conciencia de ciudadanía es una asignatura pendiente.

Al ensayar la puesta en marcha de instancias participativas en la toma de decisiones en los diferentes niveles (nacional, provincial, local), advertimos severas distorsiones; un movimiento pendular que oscila entre los modelos de salud, *salutogénico* (Alma-Ata) y *patogénico* (neoliberal). Así, se pone el énfasis en un modelo y luego en el otro, se retorna al de origen y se vuelve a alejar y en este vaivén se activan y desactivan propuestas programáticas, se reorientan recursos económicos, pero no se resuelven los problemas de los conjuntos sociales más desfavorecidos. Y esto ocurre tanto en el nivel provincial como en el nacional, de modo que la estrategia de municipios saludables originalmente potente e inclusiva ha quedado librada a lo que cada intendente entendió y logró gestionar. El gobierno provincial en Misiones no prioriza esta línea, al contrario la coarta y muestra sus preferencias al ponderar la construcción del nuevo hospital en la ciudad de Posadas.

A pesar de que no se cuenta con el mismo apoyo y entusiasmo que hace cinco años, la RCyMS sigue manteniendo cierto “encanto”, siguen incorporándose municipios como adherentes o como integrantes, compartiendo el espíritu de la propuesta aunque admitiendo límites en los resultados. Aquí cobra peso la figura del intendente, no sólo por su convicción política ante la propuesta sino también por sus destrezas y habilidades personales, probadas en su capacidad de gestión y concertación en las diferentes escalas, que se evidencian en el éxito que alcanza con esta estrategia.

Un punto de inflexión en el desarrollo de la propuesta ha sido la conformación de las mesas intersectoriales o multiactorales, planteadas como una bisagra entre los diferentes sectores institucionales del ámbito local incluyendo a los vecinos a través de sus organizaciones para concertar acciones, distribuir recursos, articular estrategias y por sobre todo acordar cómo sería el entorno saludable a constituir para esos ciudadanos, es decir explicitar el nuevo escenario a lograr desde la propuesta de la RCyMS.

Pero como vivimos en “democracias de baja intensidad” según Santos (2006), pasar de democracias representativas a democracias participativas exige replantear los modos de hacer política, de escuchar y entender a los “otros”, de redistribuir los recursos no sólo en la sociedad local sino también en la provincial, nacional y global. Para ello nos advierte Santos que “la paciencia de la utopía es infinita” (Santos 2006: 88), podemos seguir luchando por vivir en un municipio saludable. Pero no sólo tenemos que acordar condiciones políticas y económicas sino que tendremos que abogar, en términos de este autor, por transformar “las subjetividades conformistas y con resignación” y crear “subjetividades rebeldes contra la banalización del horror”.

Los sujetos que han construido sus subjetividades incorporando como “esperables”, “naturales” la exclusión y la pobreza se ven en dificultades para establecer el alerta y reaccionar. Es imprescindible reorientar las formas de vida para construir sujetos con otros esquemas de percepción y acción, sensibles y atentos a las acciones y decisiones para lograr una vida saludable. Y esta situación se hace más crítica cuando quienes tienen la responsabilidad de formar ciudadanos desde sus puestos institucionales (maestros, médicos, enfermeros, agentes policiales y municipales, etc.) participan de la misma naturalización y no advierten los derechos amenazados y/o vulnerados.

Los determinantes sociales de la salud constituyeron ejes de acceso al plano empírico para recuperar aspectos de la salud sólo visibles desde una perspectiva integral; el entramado de relaciones que permiten reconocer estas dimensiones muestra la complejidad del abordaje del derecho a la salud. Las estrategias familiares de vida dan cuenta de las posibilidades y limitaciones que atraviesan los grupos analizados en pos de lograr su bienestar en contextos singulares, pequeños municipios de Misiones.

La presentación sucesiva de los determinantes fue un requisito de escritura más que de análisis, ya que resultó casi imposible detenernos en uno sin vincularlo con los otros. Trabajo estable y

educación básica en los adultos constituyen pilares a partir de los cuales se define la estrategia de vida de un grupo, la composición familiar resulta de la articulación de éstos en un contexto inmediato –la vivienda- por eso los distinguimos como *determinantes estructurales*. Y los diferenciamos de los *determinantes relacionales* que son los que dan cuenta de los tipos de vínculos que se establecen entre los integrantes del grupo en el ámbito de vida: estilos de crianza de los niños, modalidades de la sexualidad, formas de utilización del sistema de salud y grados de participación social.

Agregar la sexualidad como un componente de esta trama nos habilitó a exponer situaciones vivenciadas por niños y niñas antes silenciadas pero que constituyen una grave vulneración a sus derechos. Ampliar el concepto de participación social incluyendo como expresiones de éste a las prácticas de auto-cuidado y de atención del micro-grupo también dio ingreso como sujetos activos a las mujeres de las familias, consideradas muchas veces como pasivas. Las condiciones de habitabilidad objetivan las relaciones domésticas al resaltar la intimidad en el uso de los espacios y la responsabilidad en el cuidado de la prole y distribución de las tareas; también evidencian las carencias estructurales como deficiencias en el saneamiento ambiental, la precaria tenencia de la tierra, entre otros.

En líneas generales, los casos presentados muestran crudamente la precariedad de sus condiciones de existencia, expresada no sólo en sus escasos recursos materiales sino también en la estrechez de sus alternativas y oportunidades de cambio. La vulnerabilidad de estas familias se hace evidente en la imposibilidad de insertarse en el mercado formal del trabajo lo cual las obliga a generar magros ingresos a través de actividades informales, ilegales (niñas prostituidas, robos menores, contrabando), irregulares y de baja calificación. Las únicas actividades laborales regulares responden a iniciativas recientes de algunos gobiernos locales, bajo formas cooperativas de trabajo o promoción de micro-emprendimientos productivos. Las dificultades para poder trasponer los límites que impone la pobreza a través del logro de un ingreso regular y suficiente, dependen no sólo de la inelasticidad del mercado laboral sino que aumentan por la nula o deficiente formación educativa.

Aún y a pesar de reconocer los estrechos márgenes de maniobra, consideramos que “*Sí, es posible una vida saludable en los municipios pequeños de Misiones*”. Pero el desafío que implica diseñar las políticas para encarar la estrategia de municipios saludables requiere no sólo de la voluntad política y las capacidades técnicas, sino de tener en cuenta la multidimensionalidad de la pobreza, el dinamismo de los grupos para transitar de unas zonas de vulnerabilidad hacia otras y reconocer la exposición a mayores riesgos de algunas familias respecto de otras. Se trata, fundamentalmente, de pensar en estrategias de inserción cuyo ideal sería concertar en los consejos sociales locales un compromiso para llenar ese vacío social que genera la fragilidad del empleo y de las relaciones afectivas, elaborar un “programa práctico destinado a movilizar las capacidades del sujeto para salir de su situación de excluido” (Castel 1991: 9).

Referencias bibliográficas

Banco Mundial 1993 *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud*. Washington: Oxford University Press.

- Báez, Alina Esther 2002 *Evaluación de la descentralización sanitaria en Misiones. El caso del Hospital Madariaga*. Posadas: Editorial Universitaria de Misiones.
- Bartolomé, José Leopoldo 1985 La familia matrifocal en los sectores marginados. Desarrollo y estrategias adaptativas. *Runa* Vol. XIV (correspondiente a 1984). Buenos Aires.
- Bayón, María Cristina y Saraví, Gonzalo A. 2007 De la acumulación de desventajas a la fractura social. 'Nueva' pobreza estructural en Buenos Aires. En: *De la pobreza a la exclusión. Continuidades y rupturas de la cuestión social en América Latina*. Gonzalo A. Saraví (Editor). 1ª ed. Buenos Aires/México: Prometeo Libros-CIESAS..
- Bourdieu Pierre 1988 *Cosas Dichas*. Buenos Aires: Gedisa
- Bronfman, Mario 2001 *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires: Lugar Editorial-CRIM.
- Castel, Robert 1991 La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En: *El Espacio Institucional*. María José Acevedo y Juan Carlos Volnovich (Compiladores). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Comisión de Estudios de la Pobreza en la Argentina. CEPA 1995 *Mapas de la pobreza en la Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Economía de la Nación. INDEC.
- Chiara, Magdalena y Di Virgilio, María Mercedes 2006 La política social en la crisis de la convertibilidad (1997-2001): mirando la gestión desde las coordenadas municipales en el Gran Buenos Aires. En: *Problemas de política social en Argentina contemporánea*. Luciano Andrenacci (Compilador). Buenos Aires: Universidad Nacional de Gral. Belgrano y Prometeo Libros.
- Colomer Revuelta, Concha y Alvarez-Dardet Díaz, Carlos 2006 Promoción de la salud, concepto, estrategias y métodos. En: *Promoción de la salud y cambio social*. Colomer Revuelta, Concha y Alvarez-Dardet Díaz, Carlos (Compiladores). Barcelona: Elsevier. Masson.
- Czeresina, Dina y Machado Carlos de Freitas 2006 Promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias. En: *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. 1ª. Edición. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Durham, Eunice 1999 Familia y reproducción humana. En: *Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. María Rosa Neufeld, Mabel Grimberg, Sofía Tiscornia y Santiago Wallace (Compiladores). Buenos Aires: Eudeba.
- Escudero, José Carlos 2009 La salud que tenemos y la que podríamos tener. En: *ALAMES en la memoria. Selección de lecturas*. Francisco Rojas Ochoa y Miguel Márquez (Compiladores). La Habana: ALAMES/Cuba-Editorial Caminos.
- Fassin, Didier 2008 *Faire de la santé publique*. 2 édition révisée. París: Éditions de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Feo, Oscar 2008 Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. Comentarios sobre la experiencia venezolana. En: *Medicina Social salud para todos*. Volumen 3, Número 4, noviembre. (www.medicinasocial.info).
- Geertz, Clifford 1994 Conocimiento local: Hecho y ley en la perspectiva comparada. En: *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- Grodos, Daniel y de Béthune, Xavier 1988 Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. En: *Cuadernos Médicos Sociales*. Nº 46, diciembre. Rosario: Asociación Médica de Rosario.
- Laurell, Asa Cristina 1994 La salud: de derecho social a mercancía. En: *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. 1a. Edición. México: Universidad Autónoma Metropolitana de México Unidad Xochimilco/Fundación Friedrich Ebert Representación en México.
- López Arellano, Oliva Escudero, José Carlos y Carmona, Luz Dari 2008 Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. En: *Medicina Social*, Volumen 3, nº4, noviembre/2008.
- Menéndez, Eduardo 2006 Las múltiples trayectorias del a participación social. En: *Participación social ¿Para qué?* Eduardo Luis Menéndez y Hugo Spinelli (Compiladores). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menendez, Eduardo 2003 Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.1, pp. 185-207. ISSN 1413-8123.
- Menéndez, Eduardo 1994 "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" En: *Alteridades*, Volumen 4. Número 7. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. México.
- Menéndez, Eduardo 1993 Autoatención y participación social: Estrategias o Instrumentos en las Políticas de Atención Primaria. En: *Medicina tradicional: 500 años después*. Carles Roersch et al. (Compiladores). Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana.
- Menéndez, Eduardo 1990 Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. *Cuadernos de la Casa Chata*. Nro. 179. México: CIESAS.
- Moreno, Elsa 1984 Introducción. En: *Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias*. Publicación Científica Nº 641. Washington: OPS.
- Ministerio de Salud y Acción Social 1999 *Hospital público de autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*. 3a edición corregida y aumentada. Buenos Aires: Programa de Rehabilitación de la Infraestructura en Salud. UNEC.SPS.MSAS.

Neri, Aldo 1985 Políticas generales y organización sectorial. En: *Aumento de la capacidad operativa de los servicios de salud con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000*. Resumen de las ponencias del Grupo de Expertos. Discusiones Técnicas de la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Publicación Científica N° 482. Washington: OPS.

Olivera Roulet, Grisel 2005 Políticas de Salud, Eficacia y Profesionalidad en las Áreas Ejecutoras. Actas III Congreso Argentino de Administración Pública Sociedad, Estado y Administración. Repensando las relaciones entre Estado, Democracia y Desarrollo. San Miguel de Tucumán.

Organización Mundial de la Salud 2008 *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*. OMS. <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 2005 *Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local*. http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/Desarrollo_Local_Cumbre_ELS_corregido.pdf

Organización Mundial de la Salud 1993 *Informe mundial sobre la violencia y la salud Declaración contra la Violencia hacia las mujeres*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud 1986 *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil*. Serie PALTEX N° 7. Washington: PALTEX-OPS.

Organización Mundial de la Salud 1988 “Fortalecimiento de los ministerios de salud para el fomento de la atención primaria”. Informe de un Comité de Expertos. Serie Informes Técnicos 766. Ginebra: OMS.

PNUD 2009 Informe sobre Desarrollo Humano Argentina: http://www.undp.org.ar/docs/ Informes y Documentos ODM_2009.pdf

PNUD 2005 Desarrollo Humano Argentina. <http://content.undp.org/go/newsroom/2005/december/informe-sobre-desarrollo-humano-argentina->

Roemer, Milton 1980 *Perspectiva Mundial de los sistemas de salud*. México: Siglo XXI

Restrepo Helena 2001 Agenda para la acción en Promoción de la Salud. En: *Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable*. Helena Restrepo y Hernán Málaga. Colombia: Editorial Médica Panamericana

Santos, Boaventura de Sousa Boaventura 1998 *SUBJETIVIDAD, CIUDADANIA Y EMANCIPACION sobre el capítulo noveno del libro De la mano de Alicia. Lo social y lo político en la postmodernidad*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores. Ediciones Uniandes.

Santos, Boaventura de Sousa 2006 *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. Buenos Aires: CLACSO.

Segalen, Martine 2004 *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Ed. Taurus Universitaria.

Stolkiner, Alicia 2011 *Neoliberalismo y servicios de salud en argentina: estudio de caso* <http://artapp.net/NEOLIBERALISMO-Y-SERVICIOS-DE-SALUD-EN-ARGENTINA:-ESTUDIO-DE-CASO.html>

Testa, Mario 1993 *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

[Ugalde Antonio y Jackson Jeffrey](#) 1998 Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. *Cuadernos Médico Sociales* N° 73. Mayo. Rosario: Instituto Lazarte

Vuori, Hannu 1989 Atención Primaria de Salud en Europa: problemas y soluciones. En: *Revista Atención Primaria de la Salud*. Documento N° 9. Uruguay: Ministerio de Salud Pública-Unicef.

Zwi, Anthony 2000 Foro político: El Banco Mundial y la Salud Internacional. En: *Cuadernos Médico Sociales*. Nro. 78. Noviembre. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario.

Otros documentos consultados

Base Plan Federal de salud (2004-2007) http://www.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/pub_msan/PlanFederaldeSalud.pdf

Declaración de Alma Ata. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Declaración de Adelaide www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf

Declaración de Sundsvall http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf

Declaración de Yakarta http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf

Carta de Ottawa. <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

Declaración de México. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_s

[Declaración de Bangkok](http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkok.pdf) <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkok.pdf>

Diarios locales ediciones impresas y digitales.

Compilación Ortale - Enríquez Rosas

Fac. de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina)
ITESO Universidad Jesuita de Guadalajara (México)

Título del libro: **Política Social en América Latina y Género: Configuraciones/reconfiguraciones en la participación de las mujeres**

Responsable de Evaluación y Redacción de la Introducción: **Schiavoni, Lidia**

PRÓLOGO

Los textos que componen este libro remiten a investigaciones que dan cuenta de la posición de las mujeres con relación a los varones en muy diferentes ámbitos; sus autoras y autores analizan de qué modo las políticas de estado coadyuvan al logro de la equidad de género y nos plantean un panorama heterogéneo, con efectos inversos a los buscados en algunos casos y con limitados resultados en otros.

La pregunta que surge es ¿qué se busca con las propuestas que intentan modificar el lugar de las mujeres: empoderarlas o insertarlas en el proceso de desarrollo? La primera opción parte del reconocimiento de una posición subordinada frente a los varones que exige proporcionarles herramientas para alcanzar lugares equivalentes; implica admitir que requieren compensaciones, dada la vigencia del sistema patriarcal (dominación masculina). En cambio, la segunda apunta a sostenerlas en su rol tradicional y potenciar sus habilidades para superar situaciones de pobreza, porque más preocupa la condición de clase que la de género, suponiendo que una pueda separarse de la otra para ser superada.

Generar políticas públicas que se ocupen de mejorar la posición de las mujeres frente a los varones, significa colocar al Estado en el rol de garante de las relaciones igualitarias entre los ciudadanos, responsabilidad que se traduce aquí en las luchas por un equilibrio inter-géneros. No solo se trata de que todos alcancen determinado bienestar sino lograr que las mujeres adquieran cada vez mayor autonomía, para delinear o definir ese bienestar.

La participación más activa en el mercado laboral que hace visible el trabajo extradoméstico, ya sea realizado fuera del hogar o bien aportando otros ingresos al grupo familiar otorgó a las mujeres poder económico, pero tuvo como consecuencia la *doble jornada* de trabajo, pues no quedaron excluidas de las actividades domésticas, agregaron a su jornada habitual de trabajo la salida del hogar.

El contacto regular con el espacio público condujo a numerosas mujeres a participar en actividades políticas, inicialmente en el ámbito comunitario y luego a escenas institucionales de mayor envergadura (gobiernos locales, colegios profesionales, etc.), se obtuvo así la llamada *triple jornada*, pues ninguna de las actividades desplegadas reemplazó a las anteriores sino que se fueron recombinando.

En las últimas cuatro décadas los estudios feministas permitieron monitorear el posicionamiento de las mujeres en diferentes ámbitos, resultado de estas observaciones y sus correspondientes movilizaciones políticas han sido una serie de medidas orientadas a “mejorar” o cambiar la posición de las mujeres con respecto los varones, evidenciadas para nuestra región en los siguientes aspectos: 1) la visibilización del colectivo femenino; 2) el creciente reconocimiento de las actividades domésticas como trabajo; 3) la incorporación intensiva y regular en las actividades productivas generadoras de ingresos; 4) las incursiones en el espacio político comunitario y estatal; 5) la regulación de la fecundidad y actividades sexuales más placenteras. La combinación de estos aspectos permite suponer que las mujeres han ganado mayores márgenes para elegir o diseñar sus proyectos de vida, la mayor autonomía se expresaría en estas posibilidades.

Los acuerdos y compromisos internacionales que asumieron los países de la región, exigieron orientar políticas tendientes al logro de la equidad de género, así parte de la oferta programática se diseña en esa dirección, pero los obstáculos en la implementación de las acciones evidencia la persistencia del patriarcado. Funcionarios y técnicos de niveles intermedios adecuan según sus criterios los planes y proyectos, enfatizando una visión androcéntrica que limita el acceso de las mujeres a los bienes y/o servicios a usufructuar. Por ello se observan logros escasos con relación a los esfuerzos invertidos y resultados insuficientes para equilibrar las posiciones de género.

Los doce artículos que componen esta compilación constituyen análisis de los efectos de programas y planes orientados a mejorar el posicionamiento de las mujeres como colectivo social. Básicamente se revisan las propuestas de transferencias e ingresos condicionadas bajo diferentes formas (Plan Jefas y Jefes de Hogar y Plan Familias en Argentina, Plan Progresá y Plan Oportunidades en México, por ejemplo), alternativas de mejoramiento de las condiciones de trabajo (Mujeres Isleñas), la atención y los cuidados en salud desde prevención de la violencia doméstica hasta el acceso a métodos anticonceptivos y otras prestaciones relacionadas con la sexualidad (Plan Más Vida, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Prevención y Atención de la

Violencia Doméstica, ente otros), las posibilidades de participación política y concientización sobre la condición de mujeres con respecto a los varones (Políticas orquestadas desde el Instituto Jalisciense de la Mujer en México, Fondo Centroamericano de las Mujeres en Nicaragua, Programa de Educación Sexual y la presentación del patrimonio cultural en los museos, en Argentina etc.).

Los referentes teóricos que orientan a autoras y autores son compartidos, Nancy Fraser, Kate Young, Maxine Molyneux, Caroline Moser, Michel Foucault y Pierre Bourdieu circulan por los textos complementados con los aportes de Magdalena León, Mercedes González de la Rocha, Teresa Valdéz, Catalina Wainerman o Celia Amorós, entre las latinoamericanas. Las perspectivas teóricas que se ponen en tensión discuten acerca de si insertar a las mujeres en los procesos de desarrollo aún al precio de fortalecer su rol doméstico tradicional priorizando el bienestar de las familias o, empoderarlas para que logren mayor autonomía y puedan proyectar sus propias vidas sin responder primero a las necesidades y los requerimientos del grupo doméstico. Se observa una fuerte crítica a la primera posición – que se limita a resolver necesidades prácticas- y se interpretan los procesos de cambio a la luz del cumplimiento de intereses estratégicos, parafraseando a Molyneux, en pos de un mejor posicionamiento de las mujeres.

Los investigadores utilizan estrategias metodológicas cualitativas como cuantitativas, unos triangulando ambos abordajes, otros complementando datos primarios con el análisis documental e información estadística. Los informantes también son variados, entre las voces del estado se consultan tanto funcionarios con capacidad de decisión como técnicos de niveles intermedios; y entre destinatarias y destinatarios, las protagonistas son las mujeres aunque también participan varones en menor medida. Los trabajos dan cuenta de varios países latinoamericanos: México, Argentina, Perú y Nicaragua, con mayor peso los dos primeros, y remiten tanto a áreas urbanas metropolitanas como a comunidades indígenas.

Las propuestas programáticas de la región son similares –producto de semejantes constricciones estructurales de orden internacional-, el combate contra la pobreza exige generar respuestas rápidas y-aunque no necesariamente efectivas- y de amplio alcance: niñas y niños pequeños son prioridad; en segundo término jóvenes, y ancianos en menor medida. Las mujeres tradicionalmente responsables de garantizar el cuidado y la atención de estos grupos, se ven potenciadas desde los programas estatales en su función cuidadora desde el hogar; así son elegidas para el cobro de las

transferencias condicionadas de ingresos, para la recepción del refuerzo nutricional, del control de la natalidad, entre otras focalizaciones. Escasas son las propuestas que tienden a mejorar su posicionamiento en el mercado laboral, a potenciar su formación educativa y profesional, así como a concientizarlas acerca de su condición subordinada en la sociedad.

En México el Programa Progresá y luego Programa Oportunidades se semeja al Plan Jefa y Jefes de Hogar y Plan Familias de Argentina, consistentes –entre otras prestaciones- en la transferencia de ingresos condicionada. Se eligen a las “mujeres madres” como responsables del cobro y del cumplimiento de ciertos compromisos como la educación y la salud de los hijos, actividades femeninas en la división tradicional de trabajo a nivel familiar. *Karina Dionisi* a partir del análisis documental y entrevistas a funcionarios públicos da cuenta de cómo en Argentina – particularmente en provincia de Buenos Aires- el paso de las mujeres desde el Plan Jefas y Jefes de Hogar al Plan Familias supuso una clara elección desde el estado del rol asignado a las mujeres: cuidar la prole, garantizar la concurrencia a la escuela y los controles regulares de salud; limitar su permanencia en el espacio público y “devolverlas” al espacio doméstico. Los varones fueron “confirmados” en su rol proveedor, promoviendo su formación técnica- profesional y articulando la inserción en el mercado laboral.

Ivonne Vizcarra Bordi y Roque Ramírez Hernández observan a partir de tres historias de vida de mujeres indígenas de comunidades del estado de México cómo ingresan estos aportes monetarios –desde el Programa Oportunidades- y sus compromisos en la cotidianeidad de sus hogares: los montos dinerarios no son significativos pero llegan a través de ellas, lo cual las coloca en un lugar diferente e incluso capitalizan las escasas obligaciones extra-domésticas como espacios de socialización y contacto con otros grupos. Aún desde la confirmación del rol femenino tradicional, algunas de estas mujeres logran de estos planes efectos inesperados: mejorar su posición en el hogar y en su comunidad. Esto también lo advierte *Amalia Eguía* al analizar el papel de las mujeres en los programas Más Vida y Mujer Isleña en la provincia de Buenos Aires (Argentina) en sectores urbanos pobres y en las zonas del Delta; el primero apuntala el rol de cuidadoras en el hogar y el segundo las trata de potenciar como trabajadoras extra-domésticas. No es explícita en la formulación de los programas ni en su implementación la intención de empoderar a las mujeres, sino más bien de confirmarlas en su rol tradicional como responsables de la prole o bien apoyarlas para una más eficiente participación en la

producción. Y al igual que en el estudio anterior, algunas mujeres participantes de estos programas logran posicionarse mejor tanto en sus hogares como en el ámbito público, reconociendo que aún agregando horas de trabajo a sus actividades habituales sin remuneración extra lograron proyectarse de otra manera: como referentes comunitarias, en la gestión de servicios para el grupo, etc.

Rocío Enríquez Rosas centra su atención en las mujeres y los varones adultos mayores de sectores pobres, revisa la incidencia de la transferencia de ingresos a través del Programa Oportunidades en la ciudad de Guadalajara (México). Observa que por reducido que sea el monto, la recepción de dinero mejora la posición de las y los adultos mayores en el hogar al constituir un aporte a la economía doméstica; y destaca que las mujeres están más informadas de los controles de salud, sobre el monto que perciben, el destino de esos fondos, etc. a pesar de que son menos instruidas que los varones y muy pocas han tenido experiencia de trabajo extra-doméstico. Aportar esos ingresos al hogar las coloca en un lugar destacado aunque no haya sido ésta la intención inicial del Programa.

No solo importa la función de las mujeres en tanto responsables de la reproducción social sino que también la oferta programática enfatiza la atención sobre las mujeres en la reproducción biológica. Las acciones tendientes a controlar la sexualidad femenina se implementan desde diversos programas y apuntan hacia el logro de una mayor autonomía en el ejercicio de los derechos sexuales, por los menos en los discursos. Se observa un serio desfase entre lo que se enuncia en los documentos técnicos y las acciones implementadas tal como lo señalan *Soledad González Montes* y *Mariana Mojarro* para ocho regiones indígenas de México con altos índices de pobreza. Las autoras analizan los resultados de una encuesta nacional sobre salud en poblaciones indígenas y constatan que las mujeres incluidas en los programas de lucha contra la pobreza, reciben menor cantidad y calidad de prestaciones en los servicios de salud sexual y reproductiva, además disponen de menores márgenes de decisión con respecto a sus cuerpos (esterilizaciones sin consulta previa, decididas por sus cónyuges o el personal de salud), y si logran superar los umbrales de pobreza no es resultado de los efectos de los programas sino de la etapa del ciclo vital que atraviesan (hijos en condiciones de realizar aportes económicos al hogar, por ejemplo).

Las mujeres siguen siendo el blanco de las acciones en salud sexual y reproductiva aunque los proyectos enuncien la incorporación de los varones como co-responsables.

Susana Ortale al estudiar a las madres adolescentes en barrios pobres de la ciudad de La Plata (Provincia de Buenos Aires, Argentina) encuentra que siguen siendo las jóvenes las destinatarias de las acciones y que la modalidad de trabajo desde el sistema de salud y el entorno de vida las confina a desempeñar un rol tradicional donde la maternidad sigue constituyendo el eje de la vida de las mujeres. La formación educativa y/o la inserción laboral se orientan a garantizar un mejor bienestar para sus hijos y no como proyecto de desarrollo personal. Los discursos de los prestadores de servicios (de salud y de educación) como de las propias adolescentes remiten a la maternidad para sustentar la condición de mujeres a pesar de la intención expresada en los documentos técnicos (leyes y programas).

Valeria Llobet incursiona en las políticas orientadas a la infancia y la adolescencia, revisa las líneas programáticas del área metropolitana de Buenos Aires (Argentina) y se encuentra con grupos de población homogéneos donde la distinción de género se subsume en la diferencia inter-generacional. Tanto niñas y niños como jóvenes mujeres y varones son considerados como totalidades y no con las singularidades de género a pesar del marco normativo vigente. La condición femenina en la infancia pasa casi desapercibida y en la adolescencia solo se registra por su situación de madres precoces, confirmando desde otros entes estatales el valor de la maternidad para construir la identidad de género. Y esto no es casual, pues cuando leemos los aportes de *Lourdes Pujol* sobre los modos de implementar la educación sexual en la ciudad de Necochea (Provincia de Buenos Aires, Argentina) nuevamente resurge en los operadores programáticos este estereotipo de mujer madre tan instalado desde el sistema patriarcal a pesar de que la legislación actual (tanto nacional como provincial) y los lineamientos políticos ministeriales presentan otras modalidades de construir las identidades de género. Los discursos educativos se ven impregnados por la ideología patriarcal, expresada a través de los agentes de salud (médicos pediatras en este caso) y sustentada en los preceptos de la iglesia católica. Inmersos en un profundo debate, los padres apelan a la escuela como depositaria de la responsabilidad de educar a sus hijas e hijos en la sexualidad, minimizando su rol inicial como familia pero los educadores no se sienten preparados para asumir la tarea, y solicitan apoyo al sector médico que enfatiza los aspectos biológicos de la sexualidad y desde allí se filtran otros intereses como los religiosos. Los jóvenes se informan y valoran como interlocutores tanto a sus pares y familiares de diverso orden (abuelos, hermanos, padres) como a los medios de comunicación masiva. En este ámbito, de la educación

sexual, al igual que en el de la salud sexual y reproductiva, los marcos normativos (leyes y programas) apuntan a brindar información amplia sin discriminación de género y edades pero los agentes responsables de su puesta en marcha interfieren con sus prácticas de desconocimiento (caso de los educadores) y control (caso del equipo de salud y religiosos) impidiendo alcanzar las metas propuestas.

Las relaciones entre mujeres y varones son producto de las formas de socialización de los individuos, las instituciones sociales habilitan ciertos comportamientos para unas y para otros, así se van configurando diferentes identidades de género enmarcadas en variados contextos socio-culturales. Las leyes y políticas sociales forman parte del contexto de referencia en el cual se construyen los sujetos, por ello la importancia de explicitar a través de estos instrumentos los principios de la equidad de género. Los estados fijan prioridades y las leyes responden a éstas, la salud sexual y reproductiva, la educación sexual y la prevención de la violencia sexual y de género constituyeron en la última década ejes claves en los países de la región. Presentamos en los párrafos anteriores las formas de encarar los programas de salud y educación sexual, ahora nos centramos en la implementación de programas para prevenir la violencia hacia las mujeres, y específicamente la violencia doméstica. *Norma Fuller* indagó en Lima (Perú) sobre los efectos producidos por los cambios en la legislación y la oferta programática para prevenir y atender situaciones de violencia, haciendo foco en la conyugal. De la revisión de datos de encuestas nacionales obtuvo un panorama global y a través de entrevistas a mujeres y varones, algunos directamente vinculados con asociaciones civiles que trabajan sobre la temática, observó que para sus informantes la violencia que ejercen los varones sobre las mujeres no es efecto de una condición natural de lo masculino sino producto de sus formas de socialización, por lo cual puede ser revertida. Destaca el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil en la prevención y atención de las mujeres víctimas en concordancia con lo planteado normativa y programáticamente; pero señala la incipiente atención hacia los varones como co-responsables de las acciones para romper el círculo de violencia y cooperar con las mujeres en su recuperación y en la atención de la prole si la hubiere. Los tiempos requeridos por los circuitos formales superan la rapidez exigida en el plano operativo, se hace necesario ajustar los plazos y condiciones para brindar una efectiva atención a las mujeres víctimas.

Pero los cambios en los circuitos formales llevan tiempos largos, a veces décadas, esto lo ejemplifica claramente *María Teresita Solórzano Castellanos* cuando comenta la

historia del Instituto Jalisciense de la Mujer (Estado de Jalisco, México). A partir de líneas nacionales en concordancia con compromisos internacionales (CEDAW por ejemplo) se creó este Instituto con el propósito de generar políticas tendientes al logro de la equidad de género, se establecieron parámetros para medir las diferencias entre mujeres y varones para acceder a determinados estándares de salud, empleo, educación y participación política. La revisión de los datos de la última década da cuenta de un panorama alentador pero insuficiente, en educación y salud los indicadores señalan un mejor posicionamiento de las mujeres pero en cuanto a participación económica y política no. El relato sobre las vicisitudes para sancionar la ley de prevención de violencia constituye una muestra de los obstáculos que aún persisten como huellas del sistema patriarcal.

La experiencia de un proceso de evaluación que relata *Ana Perez Camporea* sobre grupos de mujeres jóvenes de organizaciones civiles en Nicaragua -participantes del Fondo Centroamericano de las Mujeres- evidencia cómo a través de la técnica “Contando nuestro caso” se generan espacios de participación política y de visibilización para las propias mujeres, se crean instrumentos específicos para acompañar y evaluar estos procesos de empoderamiento que permiten mostrar en la escena pública los logros y las potencialidades del colectivo femenino. Se priorizan los intereses estratégicos y secundariamente se pueden resolver necesidades prácticas, pero no son éstas las que definen el rumbo. En ese país el marco legal es muy precario aún en cuanto a la búsqueda de la equidad de género y por ello estas acciones desde el movimiento de mujeres son tan significativas pues generan presión sostenida para la sanción de leyes que tiendan a mejorar su posición en el escenario local.

Advertimos que el recorrido en pos de relaciones inter-genéricas equitativas es un largo camino, que lleva casi un siglo de luchas feministas y requiere varias décadas más para apuntalar lo alcanzado. El panorama hasta aquí descripto señala logros importantes en cuanto a los posicionamientos de las mujeres en sus propios hogares y en el espacio barrial, menos significativos son los resultados de la participación política en las instancias estatales y preocupantes los mensajes plasmados en los registros patrimoniales. Los aportes de *Cecilia Lagunas*, *Mariano Ramos*, *Paula Simoni* y *Damian Cipolla* revelan con crudeza la persistencia del sistema patriarcal expresada en las formas en que se selecciona y expone el patrimonio cultural en un país. En este estudio toman tres museos de Argentina (dos de la provincia de Buenos Aires y uno de la ciudad de Buenos Aires) y revisan críticamente los objetos elegidos y su disposición en las salas, los nombres y la

ubicación de las salas, los papeles femeninos contruidos en cada museo. Destacan que las heroínas argentinas dignas de estar presentes en un museo muestran un fuerte sesgo patriarcal: son las inmigrantes trabajadoras rurales, son las mujeres hogareñas urbanas, las intelectuales reconocidas por sus cónyuges. Solo en un museo, el más moderno, se destaca una figura femenina que escapa a los roles tradicionales reconocidos para las mujeres: una líder política.

La lectura de estos artículos nos permite transitar de un país a otro, de escenarios urbanos a comunidades indígenas, alertarnos con datos duros sobre panoramas amplios y complejos y a la vez recupera una pluralidad de voces que da cuenta de la diversidad de modos en que se expresa la persistencia de la dominación masculina. Reconocemos desde las líneas políticas estatales cierta tensión entre programas que intentan confirmar a las mujeres como cuidadoras del hogar y otros que abogan por brindarles herramientas para actuar con mayor autonomía; en este debate político se filtran además las actitudes y opiniones de quienes ejecutan planes y proyectos y los investigadores que observan y analizan estos procesos. Mujeres y varones partícipes de estas propuestas responden con sus prácticas poniendo en evidencia los intersticios de esta densa red de intereses y necesidades, produciendo potentes efectos inesperados en ciertos ámbitos (como la proyección comunitaria de algunas mujeres) y avales subordinantes en otros (como el cobro de las transferencias condicionadas).

No bastan los acuerdos internacionales ni las buenas intenciones políticas al generar leyes y programas, observamos que las instancias de ejecución también son claves para la lucha en pos de la equidad de género. Es recurrente la mención a los funcionarios y técnicos que caen en las trampas de la violencia simbólica que silenciosa y persistente actúa para confirmar la superioridad masculina; pero también son múltiples y variados los agentes sociales, mujeres y varones, que día a día nutren con sus prácticas procesos de cambio. No solo el colectivo femenino debe estar alerta sino todos, porque el proceso de construcción de otras identidades de género con posicionamientos equitativos en la trama del poder exige la participación de todos: del estado con sus ciudadanos, y entre éstos los investigadores. Por ello consideramos que este libro constituye un valioso aporte para dar cuenta de las disputas y los debates actuales en torno a las posiciones que ocupan las mujeres en la región.

Para la Compilación Báez y Jaime *Desarrollo y Ciudadanía en Misiones, Argentina: escenarios locales, procesos y políticas*

De educación sexual y otros saberes. Prácticas y conocimientos en cuestiones de sexualidad de jóvenes estudiantes de la escuela media. Posadas, Misiones.

Fretes Lucía Mabel*

Introducción

La sexualidad es un aspecto fundamental para el estudio de las prácticas humanas, pues no depende sólo de decisiones individuales, sino de diversos aspectos socio-culturales⁵⁷. La sexualidad humana no se puede analizar fuera del contexto sociocultural en el cual se la construye (Nieto 2003); requiere preferentemente una perspectiva constructivista que suponga las prácticas sociales como producto de los diferentes modos de apropiación que tienen los sujetos sociales de las reglas y normas vigentes, según las posiciones que ocupen en el espacio social. (Bourdieu 1991)

El individuo es tanto biológicamente como socialmente sexuado, desempeña roles sexuales, cada actividad de la vida está mediatizada por la sexualidad, tiene una identidad y una orientación sexual, mediatizadas por la cultura e insertas en una sociedad determinada. La sexualidad es una realidad compleja, pues a la multi-dimensionalidad del fenómeno se agrega que cada período de la vida tiene características propias (sexualidad infantil – prepuberal, postpuberal, etc.). (Fretes 2006)

A través de la educación entendida como parte del proceso de socialización⁵⁸, los individuos construyen su sexualidad; se convierten en personas auto-conscientes, experimentados en las formas de su cultura. Se transforman en sujetos sociales atravesando una serie de instancias organizadas de modo formal e informal que permiten transmitir, de una generación a otra, múltiples conocimientos.

La educación escolarizada forma parte de este proceso de socialización y se la define como un proceso de formación cultural, en el que se reconocen tres aspectos distintos: a) la adquisición de un bagaje común de conocimientos; b) la adquisición de instrumentos socializados del pensamiento y de la acción (lenguaje su utilización escrita y oral, conceptualizaciones y reglas lógicas, etc.) y, c) la adquisición de modalidades afectivas comunes (Nassif 1986). Consideramos la educación como el mutuo aprendizaje entre los que participan de ese proceso de formación, aportando cada uno sus conocimientos específicos y sus propias experiencias como sujetos.

La escuela surge como una agencia de socialización, es el eje del proceso formal de escolarización, de incorporación y reformulación de conocimientos pero además de apropiación de enseñanzas sutiles (orden, silencio en la clase, puntualidad, respeto y obediencia a la disciplina escolar) y como espacio propicio para la formación de grupos de pares según cohortes de edad. Los grupos de pares se forman a menudo en la escuela y el sistema de juntar a los niños en clases de acuerdo a la edad refuerza su impacto (Giddens 1989).

* Lic. en Antropología Social. Becaria Doctoral CONICET-UNaM. Miembro del Equipo de Investigación del Proyecto: "Sexualidad y Ciencias Sociales: aportes al campo de la salud", UNaM.

⁵⁷ Según Geertz: "El hombre encuentra sentido a los hechos en medio de los cuales vive por obra de esquemas culturales, de racimos ordenados de símbolos significativos. El estudio de la cultura (la totalidad acumulada de tales esquemas) es pues el estudio del mecanismo que emplean los individuos y los grupos de individuos para orientarse en un mundo que de otra manera sería oscuro." (Geertz 1992: 301)

⁵⁸ La socialización es el proceso por el cual el niño se va convirtiendo gradualmente en una persona auto conciente y capaz de conocer, diestra en las formas de cultura en las que ha nacido. (Giddens 1989)

La educación para la sexualidad, es pensada como un proceso que apunta a desarrollar los aspectos cognitivos sobre el conjunto de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales que confluyen en la construcción de la sexualidad humana, para producir una reflexión crítica sobre el conjunto de actitudes, creencias y valores que orientan el comportamiento sexual de varones y mujeres en una determinada situación social. “La institución educativa es uno de los lugares donde se presentan condiciones para hablar y trabajar aspectos diversos de la sexualidad y reproducción con los jóvenes. Cada institución educativa por medio de su proceso de enseñanza y aprendizaje legitima - de modo explícito o implícito - y determina pautas de comportamiento sobre sexualidad, reproducción, relaciones de género y de generación” (Villa 2007: 96-97).

Las nociones de que lo se debe enseñar, lo que está permitido, los valores que conlleva, alcances y prohibiciones, responden tanto a las representaciones sociales acerca de la sexualidad como de las prácticas de los docentes, padres, profesionales (de educación y salud), agentes de decisión, entre otros. No existe educación sexual aislada de la cultura. Los diferentes actores sociales confeccionan los alcances de lo que pueden enseñar desde un análisis (conciente o no) de la realidad sociocultural, constituyen negociaciones que remiten a un locus cultural específico para una época y sociedad determinada. Actualmente coexisten diferentes modelos de educación sexual, que remiten a distintas formas de ver y entender la sexualidad, y tienen su correlato con modelos históricos de educación sexual.

En la República Argentina, la salud y la sexualidad y por consiguiente su enseñanza, tuvieron un abordaje predominantemente médico biológico sustentado en una concepción de riesgo y de enfermedad directamente relacionado con sus consecuencias individuales y sociales no aceptadas, “anormales”. Esta forma de entender la sexualidad designa a los adolescentes como objetos de impulsos y desbarajustes hormonales que requieren satisfacción inmediata y sobre los cuales no pueden decidir (Villa 2007). La complejidad de las prácticas y representaciones acerca de la sexualidad, la concepción, y los cuerpos no permite establecer un consenso unilateral acerca de los alcances, los valores y las cuestiones principales a enseñar acerca de la sexualidad, ni de la sexualidad en sí misma. Existe una variabilidad de posturas que coexisten, algunas veces antagónicas, en otros casos complementarias (riesgo, biológicas, morales, etc.) que conjugan diferentes concepciones. Incluso a nivel micro, dentro de una misma institución educativa encontramos docentes que silencian la sexualidad (como postura política) hasta docentes que reivindican su propia orientación homosexual⁵⁹.

Existen diferentes modelos de educación sexual, los cuales remiten a distintas formas de ver y entender la sexualidad y tienen su correlato en modelos históricos acerca de ésta. Aller Atucha ofrece una clasificación que abarca siete modelos de educación sexual: moralista, erótica, biologista, mecanicista, patologista, integral y dialógica concientizadora. Los cinco primeros resaltan algún aspecto de la sexualidad, en general ligado a las concepciones morales y religiosas, y al conocimiento del cuerpo y la fisiología. La concepción integral considera al hombre como una unidad bio-psico-social, entendiendo la complejidad de la sexualidad así como su arraigo sociocultural. Y el modelo dialógico avanza sobre la educación sexual integral únicamente por remitir a una forma participativa de enseñanza basada en el taller (Aller Atucha 1995).

La posibilidad de que se discuta en la actualidad los modos de realizar educación sexual integral en forma curricular en las escuelas, es resultado de los cambios socioculturales, normativos, teóricos y científicos que se fueron dando en la sociedad occidental. La

⁵⁹ Como los movimientos *Queer*, que aparecen durante los años 1990 en la Rep. Argentina.

sanción en nuestro país de la Ley Nacional 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI) y de la Ley Provincial de Educación Sexual Integral (Nº 4410), permitieron rellenar un vacío normativo que se presentaba como un reclamo desde diferentes sectores sociales. Estas leyes forman parte de una serie de legislaciones y lineamientos internacionales que se sucedieron en los últimos años en las áreas de sexualidad, mujer y salud. Las leyes disponen la educación sexual integral para todos los educandos hasta el nivel superior no universitario, en forma transversal y contenida en diferentes materias. Incluyen información sobre aspectos biológicos y socioculturales en relación con la sexualidad; buscan promover la comprensión y el acompañamiento de las etapas de la sexualidad, vincular a la escuela y la familia; promover la salud sexual y la procreación responsables.

Sin embargo a pesar de la integralidad que se propicia en las nuevas normativas, en las instituciones escolares está pendiente la elaboración de planificaciones que integren las propuestas incluidas en las leyes, los docentes no han internalizado aún estas perspectivas en sus actos y son escasas las acciones sistemáticas en cuanto a la discusión y reflexión acerca de la sexualidad, por lo que se reproduce el modelo tradicional biológico de riesgo en lo posible a cargo de “especialistas”. La transversalidad propuesta en la ley, al no incluir una materia específica de sexualidad en un año curricular concreto, genera la potencialidad de recuperar en diferentes instancias (materias, situaciones educativas) la incidencia de la sexualidad en las prácticas sociales. Un enfoque sesgado de la sexualidad, históricamente limitado a las áreas de ciencias naturales y biológicas, ha señalado a estas ciencias como las únicas autorizadas para transmitir contenidos de un modo homogéneo y uniforme sin considerar las singularidades de los diferentes grupos humanos.

La desvalorización de qué piensan y hacen los jóvenes con respecto a la sexualidad: conocimientos, creencias y lenguajes utilizados han llevado a que el abordaje de esta temática en la escuela media se realice verticalmente, desde arriba hacia abajo, sin tener en cuenta las necesidades e inquietudes de los propios jóvenes. Por ello, el presente artículo sintetiza los conocimientos, intereses, temores y creencias acerca de la sexualidad en jóvenes estudiantes de escuelas secundarias de la ciudad de Posadas (Provincia de Misiones), las formas de transmisión de conocimientos de sexualidad, así como los contenidos de educación sexual actuales en la escuela media. Reconociendo que para proponer una serie de contenidos básicos para la educación sexual en la provincia de Misiones es necesario recuperar los conocimientos de los estudiantes así como sus intereses e inquietudes, rescatando los obstáculos para el tratamiento de temas de sexualidad y las dificultades para el acceso a la información dentro y fuera de los establecimientos educativos. La discusión acerca de los contenidos más pertinentes y eficaces para la educación sexual integral sigue en boga en nuestra Provincia, la presente investigación pretende aportar la voz de los mismos jóvenes objeto de la intervención educativa⁶⁰.

La estrategia metodológica utilizada fue principalmente cuantitativa, pues se trató de rescatar la complejidad del fenómeno desde las particularidades que adquiere en la región, las opiniones y conocimientos de los sujetos en una muestra significativa. Una primera etapa de revisión teórica y bibliográfica, así como de la legislación vigente sobre los temas de sexualidad y educación sexual en la Provincia de Misiones precedió a la exploración de

⁶⁰ Este trabajo está basado en los resultados de una investigación mayor realizada en el marco de la beca de investigación del CEDIT (Comité Ejecutivo de Desarrollo e Innovación Tecnológica. Gobierno de Misiones) acerca de los conocimientos, intereses, temores y creencias sobre la sexualidad en jóvenes estudiantes de la escuela secundaria de la Ciudad de Posadas, Provincia de Misiones, Argentina.

los conocimientos que disponen los jóvenes de Posadas concurrentes a escuelas medias⁶¹.

Los conocimientos y saberes de los jóvenes acerca de temas de sexualidad se obtuvieron a través de una encuesta auto administrada dentro del ámbito escolar, más el trabajo en pequeños grupos en el marco de talleres⁶² realizados en aulas universitarias. La muestra fue de carácter intencional, se trató de incluir escuelas céntricas y periféricas, en reconocimiento a la diversidad de estratos sociales existentes en Posadas⁶³.

En total se administraron 270 cuestionarios entre estudiantes de la ciudad de Posadas con una serie de preguntas cerradas y abiertas. El cuestionario contempló diversas temáticas relacionadas con la sexualidad, conocimientos sobre partes del cuerpo y su funcionamiento; disposición de redes sociales y de información sobre la temática; opiniones sobre diferentes temas relacionados con la educación sexual, aspectos de sexualidad y la posibilidad de su tratamiento en sus respectivas escuelas y en las diferentes materias curriculares. Se diseñó una matriz de datos y se procedió al volcado de las encuestas. La identificación de las variables y los niveles de medición, el plan de tabulados y la elaboración de variables complejas constituyeron diferentes momentos de trabajo con los datos.

Los resultados que a continuación se presentan se organizan de acuerdo a los ejes más relevantes surgidos del análisis de los datos en el siguiente orden: 1. Caracterización de los jóvenes estudiantes; 2. Educación sexual y sexualidad en las escuelas; 3. Interlocutores y redes de ayuda sobre aspectos de la sexualidad; y 4. Conocimientos, saberes y prácticas.

1. Caracterización de los jóvenes estudiantes

El rango de edades de los estudiantes varía entre 15 años y 22 años. El grupo mayoritario está comprendido entre los dieciséis y diecisiete años, y representa un poco más de la mitad del total de 270 de los encuestados. Esta distribución permite abarcar las edades correspondientes a los cambios psicofísicos reconocidos para la pubertad, así como el despertar hormonal y erótico; se corresponden también con el inicio de diferentes prácticas sexuales, por ejemplo las edades del inicio sexual- tema desarrollado más adelante-. En cuanto a la distribución de la muestra según **sexo** se observa una predominancia de las mujeres, diferencia positiva de 16% para el sexo femenino. Los estudiantes residen en diferentes barrios de la ciudad de Posadas, entre los que encontramos barrios de viviendas sociales o conjuntos habitacionales situados a más de 30 kilómetros del centro de la Ciudad.

⁶¹ Los jóvenes entrevistados concurrían a cuatro escuelas, dos del centro de la ciudad (EPET N°1 y Comercio N°6); y dos de las zonas periféricas (Comercio N° 18 y Bachillerato Polivalente N° 8).

⁶² Estas instancias de relevamiento formaron parte de un proyecto de articulación entre la escuela media y la Universidad Nacional de Misiones desde el proyecto de investigación "Vulnerabilidad y desafiliación social en un contexto de frontera: la sexualidad en el campo de la salud". FHCS, UNaM.

⁶³ Los establecimientos seleccionados responden a contactos de los docentes de nivel medio participantes del proyecto mencionado y los cursos elegidos respondieron a incluir tanto jóvenes que inician el ciclo medio como jóvenes que están concluyéndolo. Se visitaron cuatro escuelas (dos céntricas y dos periféricas) en diferentes turnos (mañana, tarde y noche) y de acuerdo a la disposición de los docentes se abordaron estudiantes del nivel EGB 3 y del Polimodal. Además se realizó un taller en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales en el cual participaron 115 estudiantes de turno mañana de tres escuelas (Comercio N°6, Epet N°1 y Polivalente N°8) donde se desarrollaron actividades en pequeños grupos y luego se distribuyó la encuesta.

Las escuelas aparecen como las instituciones privilegiadas en el proceso formal de socialización. Cada sociedad esboza una serie de contenidos, temas y formas de abordaje del abanico de conocimientos formales mínimos a enseñar y aprender. Este cúmulo de conocimientos es conocido como currículum que remite en última instancia a necesidades y características históricas y socioculturales de cada sociedad⁶⁴. Las divisiones y especializaciones en cuanto a las orientaciones de las escuelas medias conllevan además una división de materias a incorporar en las currícula. Según las orientaciones curriculares, unas escuelas enfatizan en los aspectos biológicos, de salud y de sexualidad, aunque en el caso de la nueva ley de educación sexual integral se supone que la transversalidad alcanzará a todos los sectores y a todas las orientaciones⁶⁵.

En cuanto al **nivel educativo**, nuestro universo de estudio se conformó con jóvenes estudiantes que han concluido la primera etapa de educación formal. La distribución según el año que cursan nos muestra que la mayoría se ubicó en los cursos superiores correspondientes al ciclo Polimodal: 37% en primer año, 46% en segundo año y 10% en tercer año. El resto se ubicó en los cursos de octavo y noveno grado de EGB3 equivalentes al primer y segundo año del secundario en el sistema anterior (vuelto a implementar desde 2009).

En cuanto a la **composición familiar**⁶⁶, estos jóvenes pertenecen a: 1) familias nucleares completas (64% de los casos), 2) a familias nucleares incompletas (20%) quienes en su mayoría conviven con la madre, y 3) sólo 3% convive con el padre. Mientras que 12% pertenece a familias extensas, únicamente 3 % de los jóvenes declaró residir con su pareja o solos. La mayoría de los jóvenes (más de 60%), posee un hogar compuesto de entre 4 y 6 miembros donde el grupo de hermanos cobra relevancia: familias de tres y cuatro hermanos (33%), los que pertenecen a familias numerosas (de entre 5 y 8 hermanos) comprenden 15 % de los encuestados y por último encontramos 23% de jóvenes que poseen un solo hermano.

Las familias constituyen espacios en los que circula información, ayudas, que pueden posibilitar o restringir las prácticas, conocimientos y marcar posiciones acerca de la educación sexual. “Desde una perspectiva antropológica no es posible abordar un objeto de estudio como el de la sexualidad o los comportamientos reproductivos en forma aislada de la totalidad de la vida social, del contexto de la vida cotidiana o de los patrones de estructura familiar y la organización de parentesco” (Leal Fachel y Fachel 1999:143). Los datos que conforman nuestra evidencia empírica muestran que la cantidad de miembros de los hogares y el tipo de familias encontramos que, ya sea para el caso de los jóvenes que residen en familias nucleares completas o incompletas así como en familias extensas, el grupo de adultos de contacto frecuente tiene particular importancia.

Otra de las características relevada fue la **adscripción religiosa**, dada su supuesta incidencia en el ejercicio de la sexualidad. De los encuestados, 41% no se reconoció como practicante sino como miembro pasivo; la mayoría pertenece a la religión católica,

⁶⁴ Nassif 1986

⁶⁵ El trabajo realizado en el marco del convenio de cooperación Universidad-Escuela Media nucleó a varios docentes de la ciudad de Posadas, quienes oficiaron de porteros o facilitadores para la realización de las encuestas. Los establecimientos corresponden a orientaciones curriculares diferentes, se los agrupó según escuelas técnicas, escuelas comerciales y bachilleratos polivalentes; lo que supone diferencias en las áreas responsables para el abordaje de los contenidos de sexualidad.

⁶⁶ La composición familiar permitió reconocer los diferentes tipos de familia; se entiende por *familia nuclear* al tipo de familia donde conviven padres e hijos, como un solo grupo familiar. Por *familia extensa* entendemos los casos de grupos familiares donde además existir un núcleo familiar (como el descrito arriba), conviven en el mismo hogar, otros miembros, con parentesco ascendente o descendente, lateral y/o colateral, y/o no familiares.

siguiendo en importancia la iglesia evangélica aunque con una frecuencia mucho menor: sólo 10%. También aparecen nombradas la iglesia Adventista y los Testigos de Jehová. Los jóvenes no evidenciaron una tendencia a la sanción moral sobre sus actividades o hacia los demás. Surgieron contados argumentos religiosos sobre ciertos temas (el aborto, la homosexualidad y el travestismo). Tampoco mencionaron referentes religiosos como interlocutores de sexualidad o personas a las que recurran por problemas sexuales. Otro dato importante, es que los jóvenes manifestaron que no les interesaría recibir información acerca del tema en la iglesia, o con líderes o personas pertenecientes a la iglesia.

Cuando los directivos de los establecimientos y los docentes de las diferentes áreas aducen argumentos religiosos con respecto a la imposibilidad de educar sexualmente en las escuelas, ponen de manifiesto sus propias barreras, temores y concepciones moralistas (Ramos 2006). Asimismo muestra que las trabas religiosas señaladas por los padres ante la implementación de la educación sexual en las escuelas se corresponden con creencias mayormente de sus propias generaciones, pero no con prácticas propias de los jóvenes.

2. Educación sexual y sexualidad en las escuelas

Las **modalidades** de educación sexual reconocidas en las escuelas refieren a charlas y talleres dictados por profesionales médicos y especialistas. No se realizan diagnósticos, ni existen espacios habilitados para la educación sexual. Algunos docentes reconocen que acompañan y orientan sobre problemas puntuales, generalmente embarazos precoces, sin embargo no existen programas y tareas específicas sobre temas de sexualidad. Los docentes manifiestan dificultades para implementar educación sexual, trabas que remiten a sus concepciones acerca de la sexualidad, a las diferencias generacionales y la disposición para realizar educación sexual. “El principal obstáculo que la mayor parte de los adultos estudiados reconoce para ser escuchados y llegar a los adolescentes en las problemáticas vinculadas con la sexualidad y la reproducción, es que ellos mismos tienen miedo de enfrentarse a las limitaciones de su propia sexualidad.” (Villa 2007:194,195) Investigaciones realizadas con docentes concuerdan en los siguientes obstáculos: 1- prejuicios y razonamientos que hacen del adolescente un objeto. 2- la falta de formación de grado y postgrado en sexualidad, género y educación. 3- el supuesto de que la sexualidad no es algo que deba problematizarse en la escuela. 4- el adulto no tiene intención de escuchar al adolescente quien es un mero objeto receptor de conocimientos en la relación pedagógica. 5- la falta de tiempos específicos en la escuela para abordar la problemática de la sexualidad. (Villa 2007). Para la ciudad de Posadas, Ramos reconoce entre los docentes de nivel medio similares obstáculos y dificultades para encarar la educación sexual en el ámbito escolar (Ramos 2006).

Dentro de los **contenidos** que se dictan en las escuelas medias en la Provincia de Misiones con respecto a la sexualidad encontramos aspectos precisos acerca de la reproducción y el cuerpo. En cuanto al área de Ciencias Sociales, en Ética se habilita la sexualidad como parte de los derechos sexuales y reproductivos, aunque no en todos los establecimientos se permite su tratamiento. Se establecen como contenidos básicos para Ciencias Naturales aquellos referidos a las partes del cuerpo que intervienen en la reproducción de la especie, incluyendo el desarrollo hormonal, los órganos reproductivos, el ciclo menstrual, la transmisión de caracteres a través del ADN, el desarrollo del embrión y las enfermedades de transmisión sexual, haciendo especial hincapié en el HIV-SIDA. Se supone que los estudiantes tratarán estos aspectos básicos al menos una vez en su paso por la escuela secundaria.

Cuando preguntamos a los jóvenes si **trataban temas de sexualidad** en las escuelas, 73% respondió positivamente. Con respecto a las escuelas en las que se tratan temas de sexualidad, no encontramos diferencias entre las escuelas comerciales y el bachillerato; sin embargo en la escuela industrial menos de la mitad de los jóvenes reconoce tratar temas de sexualidad.

Los jóvenes admitieron que en el ciclo EGB 3 se trataron temas de sexualidad en el área de Ciencias Naturales. Entre las **materias en las que se tocaron temas de sexualidad**, la más nombrada fue *Biología*, lo que establece que sigue siendo el área predominante para enseñar acerca de la sexualidad. Relacionada con esta materia se mencionó *Salud*, en algunos casos *Salud y enfermedad*, que en conjunto suman el 52% de los que respondieron. Como modalidad para algunos colegios se implementan seminarios a los que se los denomina EDI (Espacio de definición institucional⁶⁷), algunos jóvenes manifestaron haber hablado de temas de sexualidad en ellos. Aunque la mayoría (73%) relaciona poder tocar estos temas según cada profesor en particular: son los casos en que aparecen nombradas otras materias tales como Química, Historia, Filosofía, Sociología y Ética.

Si analizamos las materias en las que se tratan temas de sexualidad por escuela, encontramos que el bachillerato presenta una variabilidad más amplia en las que sus alumnos reconocen haber discutido o tratado temas de sexualidad: Biología, Psicología, Salud, Ética, Ciencias Naturales y Sociología. En este colegio también se mencionaron haber tenido charlas y es donde se advierte mayor equilibrio entre materias del área social y natural. Los colegios comerciales aparecen con mayor tendencia al tratamiento de temas de sexualidad en materias relacionadas con las ciencias naturales, diferenciándose Historia y Lengua en la escuela Comercio N° 18 y Filosofía en la escuela Comercio N° 6 como las materias sociales en las que discutió el tema. Por último en la escuela industrial los alumnos reconocen que únicamente han tratado temas de sexualidad en la materia Biología, que se cursa en el 9no de EGB3.

Los jóvenes que mencionaron haber tenido charlas y cursos específicos de sexualidad en el colegio, dictado por profesionales médicos señalan: *“un par de charlas vinieron a dar, pero no en una materia... Hay charlas cada año no muy seguidas, para mi entender faltan más.”* (Mujer 19 años, Escuela de Comercio 6). Esto pone de manifiesto que **la sexualidad está presente en la escuela**, los estudiantes reconocen que es un lugar adecuado para abordarla y que en efecto se tocan diversos temas. *“Siempre de alguna manera en todas las materias hablás o sale el tema”.* (Mujer, 17 años, Escuela de Comercio 18).

Entre los **temas de sexualidad que se tratan en las escuelas** volvemos a encontrar tópicos que remiten a los modelos tradicionales de educación sexual referidos al riesgo y a la enseñanza desde los cuidados. La mayoría de los jóvenes reconoció que se tocan los siguientes temas: Infecciones y enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, anatomía y embarazo. Las respuestas en sí mismas contienen representaciones acerca de la sexualidad vista desde su concepción del riesgo: *“aborto, cuidados a las enfermedades que contagia... que trasmite las relaciones sexuales”* (Varón 16 años, Escuela Industrial). Encontramos enumeraciones como: *“los temas son de genitales, enfermedades, prevención, formas de transmisión.”* (Mujer 17 años, Escuela Industrial) Los aspectos que aparecen como más recurrentes en las materias refieren al cuerpo (anatomía, los aparatos reproductores), el embarazo y la concepción y el aborto.

⁶⁷ Estos seminarios pueden adecuarse a contenidos diversos, por lo que dependiendo de la línea institucional del colegio y la prioridad de sus directivos se eligen los temas a trabajar.

Esto nos debe alertar acerca de los contenidos que se manejan en las escuelas y de cómo los mismos jóvenes los internalizan tomando a la sexualidad como un riesgo.

Las temáticas difieren según las escuelas, encontramos que los jóvenes concurrentes tanto a las escuelas comerciales y como a la escuela industrial manifiestan tratar temas referidos a los embarazos, al cuerpo y las infecciones de transmisión sexual. Únicamente los alumnos del bachillerato manifiestan tratar, además de los mencionados, temas tales como la autoestima, el inicio sexual y las violaciones. Se reconoce que existen temas puntuales que son más difíciles de aceptar para su desarrollo o tratamiento por los docentes que otros; la inminente llegada del inicio sexual con la posibilidad de contraer alguna ITS, lleva a muchos (no todos) educadores a tolerar que se discutan estos temas. Sin embargo, centrar la sexualidad en estos aspectos, considerados de riesgo, remite a posturas que instauran una barrera en los mismos jóvenes quienes adoptan la asociación entre sexualidad-riesgo.

Frente a otros temas no existe consenso para su abordaje en las escuelas: aborto, homosexualidad, placer, masturbación, siguen siendo considerados temas tabú (Checa 2003). Las diferencias generacionales entre docentes y alumnos también plantean una separación de creencias, enseñanzas, culturas y conflictos que generan fuertes diferencias para la aceptación de las prácticas de los jóvenes. En este proceso, en general no se involucra al joven como sujeto de su propia sexualidad, no se lo tiene en cuenta a la hora de planificar contenidos y decidir estrategias de aprendizaje. Se sigue suponiendo que el conocimiento se imparte desde el cuerpo docente y el joven actúa como receptor pasivo. “Los adolescentes serían sujetos destinatarios de pedagogías distintas, a veces contradictorias y simultáneas. Existe una tensión entre, por un lado la prescripción de identidades de género y discursos sobre la sexualidad que hacen objeto a los adolescentes, y por el otro, identidades civiles de los adolescentes como sujetos con capacidad propia para decidir sobre su sexualidad y reproducción, en el marco de la constitución y diferentes leyes.” (Villa 2007:204) Las formas de encarar la educación sexual conviven y presentan dificultades en todos los órdenes para establecer criterios que unifiquen contenidos y modos de abordarlos. La importancia de rescatar contenidos que logren un equilibrio entre saberes y actores involucrados es el principio para comenzar a pensar una educación sexual integral, compatibilizando intereses de los jóvenes y responsabilidades de los adultos.

Los jóvenes reconocen a la **institución escolar** como espacio natural de conocimiento, enseñanza y aprendizaje de temas de sexualidad. Los obstáculos que hacen referencia educadores, profesionales, directivos, padres, etc. remiten a sus propias representaciones sociales, limitaciones y barreras. El abordaje de diferentes temas relacionados con el placer, las prácticas sexuales, las orientaciones sexuales, violencia, abusos, forman parte de la realidad en la vida de estos jóvenes, quienes recurren a diversos interlocutores para resolver sus inquietudes; interlocutores que no siempre poseen los conocimientos adecuados o no los orientan hacia prácticas de cuidados, preventivas y de salud sexual.

3. Interlocutores, temas de conversación e interés acerca de sexualidad

Los temas de sexualidad circulan por los diferentes espacios de interacción de los jóvenes, así grupos de pares, amistades, compañeros de colegio, profesionales, etc. se vuelven referentes, interlocutores sociales, a la hora de recibir información, consejos o plantear sus inquietudes. Como agentes de socialización, fuera de los establecimientos escolares los jóvenes conversan acerca de su sexualidad, van formando sus ideas, concepciones y

generan un sistema de valores, actitudes y disposiciones compartidas, que conforman sus representaciones sociales.

Los **amigos** aparecen con mayor fuerza a la hora de conversar de sexualidad (70%), también son importantes otros interlocutores, los jóvenes abordan temas de sexualidad con sus padres (43%), parejas (43%), compañeros de colegio (38%) y hermanos aunque en menor medida (28%). Es relevante mencionar que los médicos y otros profesionales de la salud no son mencionados como interlocutores habilitados para hablar de temas de sexualidad. Tampoco referentes religiosos o patronos (entre quienes trabajan).

En general los educadores suponen que el discurso autorizado en cuanto a la sexualidad es el biomédico, sin embargo los jóvenes priorizan los vínculos (amistades, compañeros y parejas) y las **relaciones de parentesco** (padres, hermanos y otros familiares). Compartimos con Villa la siguiente afirmación: “Discutimos la noción de que la autoridad del docente o profesional para dar educación sexual se legitime en la transmisión de técnicas y conocimientos científicos – fundamentalmente médicos, biológicos y psicológicos- más que un conocimiento a transmitir la sexualidad es una experiencia personal y social, significados y práctica simbólica, y que ella además se articula con otras dimensiones (relaciones de género, de generación, de clase social, etc.)” (Villa 2007:226-227).

De esta forma los jóvenes ponen en evidencia que se plantean una noción más amplia de la sexualidad priorizando las relaciones sociales, la cercanía social como autoridad para tratar la temática. Las diferencias entre docentes también son mencionadas, con algunos profesores cuesta menos trabajar la temática. Esto nos permite visualizar que la sexualidad es plausible de ser abordada en la escuela por los docentes como parte de las enseñanzas corrientes y en forma transversal como propone la legislación vigente, y no necesariamente por especialistas externos que reproducen las distancias y la lejanía con los estudiantes ante los temas tratados

Los grupos de pares afectan a los jóvenes como agentes socializadores, en los que depositan expectativas y requieren aceptación ante sus prácticas, ajustan intereses y comparten experiencias. Villa considera que existen tres formas fundamentales en que los grupos de pares inciden en el ejercicio de la sexualidad adolescente: reforzando los estereotipos de género, actuando como elemento de presión para que se inicien sexualmente y como intercambio de referencias sexuales. (Villa 2007).

Resulta interesante que los jóvenes reconozcan tener problemas sexuales, ante los cuales utilizan su grupo de pares como red social de contención: primeramente se recurre a las amistades (50%), luego a los padres (38%) y en igual porcentaje a compañeros de colegio y hermanos (23%). A diferencia de lo que ocurre cuando preguntamos si conversan con los médicos acerca de temas de sexualidad (12%), los jóvenes recurren a los médicos cuando tienen problemas sexuales y no los pueden hablar con sus parejas. (31%).

Si retomamos las características de las familias de los jóvenes descritas en el primer apartado podemos resaltar, que:

- Las edades de los padres no significan impedimento para ser considerados referentes de los jóvenes para conversar acerca de sexualidad y recurrir ante problemas sexuales.
- Los jóvenes poseen capital social importante al interior de sus propias familias, que puede ser utilizado como medio de circulación de información y ayuda.

Otra de las formas reconocida para recibir información por los jóvenes: son los **medios de comunicación masiva** y en forma predominante la televisión. La televisión, según supone

70% de los jóvenes, informa acerca de temas de sexualidad y muestra explícitamente escenas sexuales. No realizan distinciones horarias, se pueden encontrar programas e imágenes acerca de la temática a cualquier hora del día. Entre los programas que se reconocen como informativos, se mencionan documentales, canales con programación documental en forma continua y los noticieros, con algunos informes especiales. Sin embargo, algunos jóvenes manifestaron también que en la programación regular, se encuentra mucha pornografía, precisando programas, canales y horarios. También manifestaron que en las novelas y películas se encuentra información y diversas formas de entender la sexualidad.

Los temas aludidos en la televisión en su mayoría son relaciones sexuales y escenas explícitas, programas acerca de bebés y concepción, documentales médicos y programas de sexólogos. Una joven resume otro de los grandes temas presentes: “*son generalmente campañas contra las ITS*” (Mujer 18 años, Bachillerato N° 8). En grupos focales también surgió como medio de información la red de Internet y los teléfonos celulares, ya que se puede bajar información desde cualquier lugar. Los jóvenes reconocen que mayormente se encuentra pornografía, y que a modo de juego “*la distribuyen a través de sus teléfonos celulares*”. Los jóvenes identifican aunque en menor medida, que existen otros espacios en los que se busca información: la salitas o centros de atención primaria de la salud (CAPS), el hospital público y los comedores comunitarios. Los estudiantes encuestados manifestaron no escuchar radio, y no mencionan este medio como un referente a la hora de informarse.

Los **temas de conversación** más comunes entre los jóvenes son las relaciones sexuales (72%), los métodos anticonceptivos (72%) y los embarazos (62%). El 48% de los jóvenes respondió que conversan de las violaciones, y la virginidad aparece como un tema importante (38%). El inicio sexual, la masturbación, el sexo oral y la pornografía son temas de interés aunque en menor medida. Se mencionaron otras prácticas sexuales como el sexo oral y anal.

Los jóvenes manifestaron interés en que se hable más abiertamente sobre sexualidad, en que se realicen charlas y encuestas al respecto: “*Creo y espero que con esto haya más charlas o clases sobre sexualidad cada año porque a muchos nos interesa.*” (Varón, 15 años, Bachillerato Polivalente), “*ojala hayan más charlas así me informo más del tema*” (Mujer, 16 años, Escuela de Comercio 18). También propusieron que se incorporen a los temas tratados en los cursos, y mencionaron que se deberían bajar las edades de inicio para la educación sexual. Asimismo manifestaron interés por tener reuniones en los colegios y que se les entregaran preservativos. Otro dato relevante, es que el 43% de los jóvenes reconocieron este medio – el cuestionario – como una forma de hablar y exponer sus ideas y preguntas acerca de temas de sexualidad. Esto nos está indicando la carencia de espacios de diálogo entre los jóvenes de la ciudad. Uno de los jóvenes expresaba “*es muy buena la encuesta porque tengo 20 años y sé nada más lo básico porque en la escuela no se habla y no sé mucho, solo que hay que cuidarse con preservativos.*” (Varón, 20 años, Bachillerato Polivalente); o la siguiente reflexión, manifestada por un joven al finalizar nuestro cuestionario: “*es muy importante la encuesta, ya que toca un tema muy importante para nuestra edad. A veces creemos que sabemos todo, pero hay mucho por aprender.*” (Varón 15 años Polivalente).

A la 64% de los jóvenes les gustaría conocer más acerca de temas de sexualidad, entre los que se encuentran preponderantemente: las relaciones sexuales (57%), los métodos anticonceptivos (55%), las ITS (54%), el aborto (54%), el embarazo (42%), la violencia (40%) y el cuerpo (38%). Otros temas mencionados como los aparatos reproductores, el

erotismo, la diversidad sexual, las orientaciones sexuales, el desarrollo psicosexual, la pubertad, la masturbación y la pornografía, se mencionan en menor medida.

4. Conocimientos, saberes y prácticas

Los jóvenes poseen un bagaje de conocimientos, saberes, experiencias y aptitudes acerca de la sexualidad y sus cuerpos adquiridos a lo largo de sus vidas; ellos entremezclan saberes y concepciones que encuentran en el medio social y realizan sus prácticas sexuales de la mejor manera posible. Al participar de la vida social, tienen en su haber capacidades y destrezas que les permiten desenvolverse en las actividades diarias, articulados con conocimientos y saberes de diferentes órdenes (formales, no formales) estructurados de muy diversos modos (completos, parciales, inacabados). No se trata entonces, de saber cuánto conocen los jóvenes sino de hacer inteligibles los diferentes conocimientos, saberes y prácticas que pueden confluir en la capacidad de acción de los individuos, para entender cuáles serían las formas posibles de diálogo entre los conocimientos esperados por el sistema educativo en materia de sexualidad y los saberes que los jóvenes ya disponen. La capacidad de acción de los estudiantes en el campo social no está determinada por los conocimientos biológicos, médicos, científicos, que se enseñan en los establecimientos formales.

Nuestros resultados concuerdan con estudios anteriores realizados con jóvenes en nuestro país sobre las prácticas sexuales y de salud reproductiva: los jóvenes reúnen conocimiento y saberes de diferentes espacios sociales, formales y de su cotidianidad para ordenar su vida y sus acciones⁶⁸.

4. 1. Cuerpos, partes, aparatos y saberes

El “cuerpo escolar” es un cuerpo biológico, en la escuela el cuerpo aparece como parte de las enseñanzas de biología, salud y como soporte de las actividades físicas. Las partes que se privilegian para la educación sexual son los aparatos reproductores, tanto femenino como masculino, uno de los contenidos curriculares más aceptado y tolerado por los diferentes sectores sociales en cuanto a la educación sexual. Esta es una manera de hacer visible el cuerpo, nombrar sus partes y otorgarle imágenes precisas. (Le Bretón 1995). Como parte de la visión biologizante del cuerpo, la anatomía y fisiología es un saber valorado entre los coordinadores de contenidos curriculares, el conocimiento de las partes del cuerpo se inicia a temprana edad y continúa hasta los años más avanzados.

El cuerpo al igual que la sexualidad es fundamental para la vida, ambos forman parte privilegiada del proceso de generación de identidad y sostienen la interacción social. Castañeda afirma que las relaciones entre los seres humanos y la cultura se van inscribiendo en el cuerpo; así cada sociedad construye sus propios cuerpos: sus percepciones, atributos, estructura, partes que lo forman y los nombres que se le asignan, (Castañeda et. al. 2001). Como expone Le Bretón, este saber aplicado al cuerpo, es en primer término cultural. Aunque el sujeto tenga sólo una comprensión rudimentaria del cuerpo, le permite otorgarle sentido al espesor de su carne, saber de qué está hecho, vincular sus enfermedades o sufrimientos con causas precisas y según la visión del mundo de su sociedad: le permite finalmente, conocer su posición frente a la naturaleza y al resto de los hombres a través de un sistema de valores. (Le Bretón 1995) De esta forma, el cuerpo vivido, el cuerpo social, es una construcción que trasciende la estructura biológica

⁶⁸ Ver estudios realizados con jóvenes en Argentina: Margulis 1994; Checa 1999, Villa 2006.

(Bourdieu 1986); los jóvenes poseen, simbolizan y portan un cuerpo en el que confluyen conocimientos y saberes de diferentes órdenes.

Entre los jóvenes reconocen diferentes **concepciones sobre los cuerpos**, con una primacía de la mirada biomédica (aspectos anatómicos y prescriptivos) a veces conjugada con expresiones populares espontáneas. Las diferentes percepciones y saberes acerca de sus cuerpos posibilitan o entorpece la apropiación de esos cuerpos para una sexualidad plena y placentera. Las concepciones de estos jóvenes revelan la conjugación de diversos saberes evidenciando una construcción social más amplia que supera los contenidos biológicos curriculares propuestos. Se puede evidenciar la abismal diferencia entre los conocimientos científicos “esperados” y los que los jóvenes manifiestan en sus respuestas. Un 76% de los jóvenes no disponen de un conocimiento acabado acerca de sus cuerpos, de los órganos reproductores, de sus funciones ni tampoco de los ciclos característicos de la pubertad. Es decir, si analizamos la incidencia del conocimiento formal, observamos que los conocimientos que manifiestan se encuentran particionados, discontinuos y no alcanzan a dar una explicación de las cuestiones más elementales. Esto estaría implicando que no solamente habría que revisar las formas en que se realiza educación sexual sino también la forma en que se apropian los jóvenes de estos conocimientos básicos.

Sin embargo, esto no significa que los jóvenes no posean saberes acerca de su cuerpo, estaría más bien evidenciando que los conocimientos adquiridos en la escuela se entremezclan con los conocimientos obtenidos de la experiencia, y con saberes obtenidos en ámbitos no formales, en la interacción con otros.

El **aparato reproductor**, tanto femenino como masculino, aparece como uno de los contenidos curriculares de educación sexual más aceptado y tolerado por los diferentes sectores sociales, se lo comienza a enseñar a temprana edad y continúa hasta los años más avanzados. Entre los jóvenes entrevistados esto se manifestó en el alto nivel de respuestas sobre el tema, sin embargo el grado de conocimientos que poseen sobre las partes que componen el aparato reproductor dista de ser el “ideal académico”. Encontramos dificultades a la hora de nombrar las partes que los componen, además no asocian esos conocimientos con las funciones de los órganos. La mayoría de los jóvenes no reconocen la totalidad de los componentes de los órganos reproductivos⁶⁹, se evidencian algunas partes (60% mencionó alguna parte) y obvian el resto.

Respecto del aparato reproductor femenino, encontramos que los jóvenes reconocen las partes que lo forman, aunque sin diferenciar las partes internas de las externas. Es notable que todas las partes reconocidas aparezcan mencionadas sin ninguna relación entre sí, como enumerando piezas inconexas y, en ningún caso se hace mención a la parte del aparato reproductor que se nombra con la función que le corresponde. A modo de ejemplo mostramos algunas de las respuestas: “[partes que componen el aparato reproductor femenino]: *vagina, ovario, trompa de Falopio, aparte nada más específicamente*” (Varón, 17 años, Bachillerato Polivalente). También: “[partes que componen el aparato reproductor femenino]: *coito vaginal, trompa de Falopio, el clítoris, la uretra*” (Mujer, 19 años, Escuela de Comercio 6). La vagina es el órgano más nombrado, seguido por las trompas de Falopio, los ovarios y el útero respectivamente. Entre los jóvenes se reconocen más los órganos internos que las partes externas, aunque nos quedaría cuestionarnos si efectivamente la “vagina” mencionada por los jóvenes estudiantes hace referencia al canal que une el útero con la vulva, o se confunde con el conjunto de órganos externos, como

⁶⁹ Ninguno de los jóvenes encuestados pudo mencionar la totalidad de los componentes de los órganos reproductivos.

se utiliza de forma popular. Los jóvenes se expresaron con los nombres científicos y académicos que reciben en sus clases en el colegio. Solamente encontramos dos nombres alternativos en el caso de la vulva: “pochola” y “concha”; en el caso del útero aparece el nombre de “matriz”. En el caso de los pechos aparecen mencionados como “mamas”, “tetas” y “senos”.

De igual forma, los jóvenes mencionan las partes que componen el aparato reproductor masculino, aunque acotadas a una o dos partes, que en general se condicen con los órganos externos. El desconocimiento que se evidencia a partir de las respuestas y la desconexión que se visualiza entre las funciones y las partes, nos lleva a pensar en una reducción de los conocimientos sobre este aparato que se traduce en la relación: *aparato reproductivo masculino equivale a pene*. Los jóvenes respondieron enumerando las partes que conocen sin orden, secuencia o parámetros. A modo de ejemplo mostramos algunas de las respuestas: “[partes que componen el aparato reproductor masculino]: *el del hombre es el pene*” (Mujer, 17 años, Escuela Industrial). También: “[partes que componen el aparato reproductor masculino]: *no me acuerdo: testículos, pene*” (Varón, 16 años, Escuela Industrial). Como se evidencia, el pene aparece como la parte más nombrada, seguida en importancia por los testículos y muy por debajo el escroto y la próstata. No existe alusión a las funciones ni a los cuidados de las partes que aparecen mencionadas, tampoco se muestra la relación entre ellas. Rescatamos las terminologías utilizadas para mencionar las partes del cuerpo, y encontramos que la mayoría de los jóvenes utilizó la nomenclatura biológica para cada parte. Sin embargo, se encontraron más menciones a nombres populares en el caso de los órganos masculinos que entre las partes femeninas. Esto se da en el caso del pene, que aparece mencionado además como “*pilin*”, “*guasca*” y “*pija*”. Otro caso paradigmático es la mención de los testículos con el nombre de “*huevos*”.

En síntesis, a pesar de que una amplia mayoría de los jóvenes considera conocer los órganos reproductores, desconocen las partes que los componen, no reconocen sus funciones y no los integran como parte del organismo en su conjunto. Las formas en que varones y mujeres mencionan y se apropian de las partes de cuerpo, son indicios en la relación entre cultura y naturaleza, así lo expone Le Bretón: “Las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad. Sirven para nombrar las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas” (Le Bretón 1995:13). A pesar de encontrar interrupciones entre los conocimientos que se esperan en estudiantes de la escuela media, los saberes acerca del cuerpo manifiestan un uso diario y la posibilidad de ejercer actividades en cada espacio social. Como exponíamos en un principio la capacidad de acción implica diferentes “saberes”, los jóvenes se apropian de los saberes en su vida cotidiana y en las diferentes agencias socializadoras, entre las cuales la escuela aparece como una más. Los saberes son aprendidos y diferenciados, reconociendo cuáles utilizar en cada ámbito de acción, que implica el manejo de habilidades, expectativas, formas de expresión y de interacción: los saberes son en un primer término culturales.

La **menstruación** es reconocida con referencia a la experiencia vivida y a los saberes provenientes de su cotidianeidad, antes que a los recibidos en la educación formal. Se la describe a partir de características que hacen a la frecuencia, tiempo de duración y la mención del sangrado: “[la menstruación] *es cuando la mujer ovula cada 28 días, sangra durante 4 días aproximadamente depende de cada persona*” (Varón, 16 años, Escuela Industrial). Las respuestas no hacían referencia a conocimientos formales del ciclo ovulatorio femenino, se evidencia al contrario que son conocimientos surgidos de la

experiencia: 43% de los jóvenes mencionan ciclos que van desde los 20 hasta los 31 días y el tiempo de sangrado oscila entre los 4 y los 7 días.

La menstruación también fue relacionada con el cambio de etapa de niña a joven: *“es la etapa cuando uno está por ser mujer”* (Mujer, 17 años, Escuela Industrial), que implica además la posibilidad del embarazo en la mujer: *“es cuando la chica está en etapa de tener un hijo”* (Varón, 17 años, Escuela de Comercio 18). Mientras que con las relaciones sexuales: *“es un período donde las chicas menstrúan por primera vez y ya están aptas para tener relaciones sexuales a partir de los 12 o 15 años”*. (Mujer, 19 años, Bachillerato Polivalente). También encontramos casos en los que se relaciona al sangrado con algo sucio o que expulsa algo que no sirve; se lo relaciona con una forma de purificación del cuerpo: *“es un líquido que viene cada mes es sangre fea que tira el cuerpo... la forma en que es desechada todo lo que el organismo está rechazando y lo hace a través de la sangre que no nos sirve”*. (Mujer, 17 años, Escuela Industrial). La idea de enfermedad y la relación con la menstruación es una asociación frecuente entre las mujeres de nuestra provincia⁷⁰. De esta manera podemos reconocer que en los conocimientos de estos jóvenes se mezclan saberes de otros ámbitos, que se articulan y entremezclan con los conocimientos recibidos en los colegios.

La **primera eyaculación** es menos reconocida que la menstruación de las mujeres, incluso para los mismos varones. Encontramos definiciones como las siguientes: *“[la primera eyaculación] es como una pequeña menstruación que les pasa a los hombres cuando sueñan o se imaginan cosas sexuales”* (Mujer, 16 años, Bachillerato Polivalente); *“es la primera vez que el hombre libera esperma”*. (Mujer, 19 años, Escuela de Comercio 18). Se espera que ocurra entre los 12 y los 15 años y se lo conoce también como “sueño húmedo” y “polución nocturna”. Los varones la asociaron con el cambio de etapa, con la posibilidad de concebir y con la posibilidad de tener relaciones sexuales: *“es uno de los cambios marcados de la niñez a la adolescencia.”* (Varón, 17 años, Bachillerato Polivalente); *“cuando uno está preparado para tener hijos”*. (Varón, 16 años, Escuela Industrial). La eyaculación en general se asocia con las relaciones sexuales, con la masturbación y con la excitación. También algunas respuestas hacían referencia a la “eyaculación precoz” o a que ésta ocurre antes del acto sexual.

4.2. Prácticas relativas a la sexualidad: nos iniciamos, practicamos y opinamos.

Cuando se habla de prácticas, se está haciendo referencia a la utilización de los conocimientos y saberes en acciones concretas, en las que se pone de manifiesto la cultura de pertenencia. Como expone Geertz, existen actividades compartidas en el mundo entero, lo que le otorga un acento particular y las respuestas diferentes que encontramos remiten a una cultura específica. Así *“Exigencias de orientación a las que sirven las estructuras culturales son genéricamente humanas. Los problemas siendo existenciales, son universales; sus soluciones, siendo humanas, son diversas.”* (Geertz 1992: 301). También la sexualidad es un proceso personal de aprendizaje y descubrimiento de la relación con el propio cuerpo y el de los otros. Este proceso posibilita el reconocimiento y la expresión de emociones y afectos en los vínculos de pareja; y como modo de establecer nuevas relaciones sociales con otras personas de la misma generación compartiendo códigos, estilos personales y culturales de vida. (Villa 2007).

⁷⁰ En experiencias con mujeres concurrentes a hospitales y centros de salud, realizadas entre los años 2004 y 2006, hallamos que se refieren al período de la menstruación como “cuando uno se enferma”, sobre todo en las de mayor edad, pues esa condición inhabilita una serie de prácticas (mantener relaciones sexuales, no realizar trabajos forzados, no circular bajo el sol, entre otras).

El ejercicio pleno de la sexualidad en la adolescencia conlleva un conjunto de diversos significados. En lo que respecta al inicio sexual genital, es un rito social de pasaje, un cambio de las identidades masculinas y femeninas, dicho inicio pone en funcionamiento una socialización según el género que clasifica y estigmatiza los comportamientos sexuales. Es decir, las prácticas relativas a la sexualidad implican la pertenencia cultural y nos están indicando las acciones hacia las que se orientan las enseñanzas de la educación sexual. Por este motivo presentaremos algunos tópicos claves en la etapa del desarrollo que atraviesan los jóvenes: relaciones sexuales, inicio sexual, masturbación, abortos, embarazos, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual. Y las opiniones acerca de las diferentes orientaciones sexuales.

Con respecto a las **relaciones sexuales**, prácticamente la mitad de los jóvenes estudiantes ya había tenido relaciones sexuales. Entre los varones es más frecuente aceptar haber iniciado su vida sexual activa que entre las mujeres, quienes en su mayoría manifiestan no haber tenido aún relaciones sexuales. Entre las motivaciones para comenzar a tenerlas, priman más los sentimientos, las relaciones sociales y aspectos relacionados al ámbito cotidiano. Se reconoce que éstos no son temas que se traten en la escuela por parte de los docentes. Las relaciones sexuales son vistas entonces, como una interacción social entre pares, como un vínculo reforzador de lazos en las parejas establecidas y también como expectativa del inicio de una relación más estable.

La primera experiencia sexual es considerada inolvidable, aunque evocando valoraciones positivas y negativas. En el primero de los casos existen jóvenes que la recuerdan como una experiencia agradable, linda, que otorga placer, como algo importante. [¿cómo recuerdas tu primera vez?] *“como una de las mejores cosas y hermoso”* (Varón, 17 años, Bachillerato Polivalente). Otro bloque de estudiantes consideró que la primera vez que tuvo relaciones fue una experiencia más, no le otorgaron una carga valorativa particular buena o mala; algunos de ellos manifiestan que es algo que debía ocurrir, algo normal. Por último, un número importante de jóvenes encontraban esa primera vez como algo *“ingrato”* y *“feo”*, algunos recordaban haber experimentado dolor y lo relacionaban con sentimientos de arrepentimiento e incomodidad: [¿cómo recuerdas tu primera vez?] *“Como uno de los momentos más incómodos de mi vida”* (Mujer, 18 años, Escuela de Comercio 18). No se mencionaron casos de violencia.

Las **edades de inicio sexual** se agrupan entre los 15 y los 16 años (45% de los casos), 30% entre los 13 y 14 años y 19% tenía 17 años o más. Es importante destacar 7% de los encuestados tenía 12 años y menos cuando se inició sexualmente, y una de las jóvenes se inició con un primo a los 9 años.

Se inician sexualmente con una persona socialmente cercana, resultando privilegiada la figura de la pareja. La mayoría de los jóvenes manifestó que su primera relación sexual fue con su novio/a o con su pareja (60%), como un evento esperable y normal. En algunos casos revelaron que aún continuaban con sus respectivas parejas, y un pequeño porcentaje (3%) ya se encontraban unidos en matrimonio. Resulta significativo destacar que también aparece con relativa importancia la figura del/la amigo/a, vecino/a y del/la conocido/a del barrio como para iniciarse sexualmente. Sólo dos varones manifestaron haberse iniciado sexualmente con prostitutas, y dos jóvenes mujeres que tuvieron su primera experiencia sexual con sus primos.

Entre aquellos que no habían iniciado sus relaciones sexuales, vuelve a aparecer la cercanía y el vínculo social como importante en el inicio sexual, consideraban que iniciarían sus relaciones sexuales con personas que los conozcan muy bien y se rescata el vínculo previo como el noviazgo o la amistad. El amor fue mencionado en la mayoría de

las respuestas femeninas, y aparece la reafirmación del valor: “*Tendría mi primera vez con alguien que me quiera y me valore*”. (Mujer, 14 años, Bachillerato Polivalente). La estética corporal fue otro elemento importante, tiene que ser atractivo, fuerte, etc. Además se mencionaron actores de novelas, estrellas de cine, etc.

Los jóvenes coinciden en que esperan la primera experiencia sexual con expectativas, entre las mujeres prima la seguridad y la búsqueda del refuerzo de los vínculos ya establecidos con sus respectivas parejas. Giddens analiza las incertidumbres que genera la organización de la familia en las sociedades actuales, en las que aparecen como tensiones a resolver en forma individual. Así expone: “En la actualidad las principales incertidumbres han de resolverse en el matrimonio, la familia y otros contextos sociales. Tenemos que “hacernos” nuestra vida en mayor grado que en el pasado. La creación de vínculos sexuales y maritales dependen actualmente de la iniciativa y selección individual, esto representa una mayor libertad para el individuo, pero la responsabilidad también origina tensiones y dificultades”. (Giddens 1992: 116). Por lo que podemos ver en las respuestas de los jóvenes, las actividades sexuales aparecen también como forma de afianzar lazos sociales y como expectativa de formación de vínculos duraderos.

El inicio sexual se manifestó como un paso normal y natural, que debía darse; con menos alarmismo, culpa o importancia relativa que la que le otorgan los adultos. Esta concepción nos marca la necesidad de abordar la educación sexual y la sexualidad en las escuelas, con la misma espontaneidad. Asimismo las edades del inicio sexual nos indican la pertinencia de realizar educación sexual desde temprana edad, adecuada a las necesidades de cada grupo de edad. Esto contribuiría a considerar como parte del ciclo vital el inicio sexual, las formas de cuidado y prácticas más saludables que acompañen este proceso.

Otra de las prácticas sexuales recurrentes en los jóvenes es la **masturbación**. En general los jóvenes lo remiten al acto de acariciar, manosear, frotar o tocar la zona genital, para obtener placer hasta el orgasmo. Entre las respuestas, se mencionó la frase “hacerse la paja” como equivalente a la masturbación, otro de los términos populares que utilizaron fue “calentura” como sinónimo de excitación. Se excluye al cuerpo del otro para obtener satisfacción, es algo que todos pueden realizar por sí solos. [La masturbación es] “*cuando un hombre tiene deseo de algo y se desquita tocándose, cuando los chicos se masajean sus partes para sentir placer, creo*”. (Varón, 17 años Bachillerato Polivalente). Se presenta como la experiencia previa al acto sexual. [La masturbación es] “*es la primera experiencia sexual de una persona, mayormente varones*” (Mujer, 16 años, Escuela Industrial). Aunque la mayoría alude a los varones, se reconoce que la masturbación es practicada tanto por varones como por mujeres. También se mencionó la posibilidad de masturbarse en pareja y uno de los jóvenes planteó la posibilidad de realizarlo entre grupos de pares, en este caso varones.

Los jóvenes valoran positivamente la masturbación, como una forma de placer, de generar satisfacción, como algo natural. Otra de las funciones que se le atribuyeron a la masturbación, fue la de lograr el orgasmo si no se alcanzaba durante las relaciones sexuales. No obstante encontramos algunas declaraciones que responden a valoraciones negativas de la misma, aunque en menor medida. La masturbación también se menciona como una forma de conocerse, de experimentar: [La masturbación es] “*es el acto de experimentación de todas las personas, consiste en tocarse uno mismo determinadas zonas del cuerpo*.” (Mujer, 17 años, Escuela de Comercio 18). Uno de los jóvenes mencionó la posibilidad de agregar elementos al acto de masturbación, masturbarse con objetos. En otro caso, se mencionó la fantasía, otra respuesta incluyó medios para

estimularse como la televisión, películas y la imaginación. Se reconoce que la imaginación es un ingrediente fundamental para la excitación “...una persona busca placer imaginándose estar con una persona” (Varón, 17 años, Escuela de Comercio 6). Algunos jóvenes en sus respuestas, proponen la masturbación como alternativa al acto sexual, ya sea por elección o por necesidad. [La masturbación es] “...un método que realiza una persona para satisfacer sus necesidades en el caso de encontrarse sola”. (Mujer, 17 años, Bachillerato Polivalente).

La masturbación es una de las prácticas sexuales más aceptada, la mayoría reconoce realizarla o que la realizó alguna vez. No aparecieron preceptos y prohibiciones religiosas, los jóvenes son más abiertos a tratar los temas de sexualidad de lo que esperan los adultos; reconocen que este tema no se habla en las escuelas, sin embargo para ellos es una práctica natural, corriente y sana que aporta beneficios personales y sociales.

4.3. Interrupción y embarazos

La interrupción inducida de un embarazo, o **aborto**, es una de las prácticas menos aceptadas entre los jóvenes, tanto varones como mujeres se pronunciaron en su contra. Las respuestas [pregunta: ¿qué opinión tienes sobre el aborto?] son recurrentes: “el aborto atenta con el derecho a la vida”, “es un acto de crueldad y equivale al asesinato”. Concretamente expresan: “que es un atentado a la vida y nadie tiene derecho a matar” (Mujer, 16 años, Escuela de Comercio 6); “Es una mierda, es una matanza” (Varón, 17 años, Bachillerato Polivalente). La muerte aparece como la relación más fuerte. Otra de las argumentaciones en contra del aborto, fue su ilegalidad, mencionando su calidad de delito, relacionado en primer término con el asesinato y segundo con su prohibición por ley. Pero también esgrimen argumentos que recaen en el “bebé”: los jóvenes lo libran de la culpa de los genitores y le atribuyen calificativos tales como “ese inocente,” (Mujer, 16 años, Escuela Industrial); “matan a ese bebé indefenso” (Mujer, 17 años, Escuela de Comercio 6). En algunos casos los jóvenes se posicionaron en contra de su legalización: “no debería ser legal” (Varón, 15 años, Escuela de Comercio 18). En esta instancia apareció la sanción moral con más claridad, para muchos jóvenes el aborto es un pecado, “es algo muy malo porque a un hijo te lo manda Dios y tiene derecho a vivir”. (Mujer, 17 años, Escuela Industrial).

El aborto es visto como una cuestión extrema, algo que se debe evitar, algunas declaraciones refieren al temor hacia los padres, en el caso de quedar embarazadas, o ante sus parejas; en general se trata de las jóvenes mujeres y sus padres. En otros se lo relaciona con afrontar las consecuencias y listo; el aborto aparece como último recurso: “a veces uno recurre a él (aborto) por miedo a enfrentar la situación con los padres” (Varón, 19 años, Escuela de Comercio 6).

El aborto aparece también como un indicador de la irresponsabilidad de los jóvenes “es una estupidez, ya que el embarazo ya está, la macana lo hiciste, tenés que asumir la responsabilidad”. (Varón, 19 años, Escuela Industrial); “es algo malo uno tiene que estar conciente de las consecuencias de tener relaciones sexuales.” (Mujer, 16 años, Escuela de Comercio 18). Es notable que las sanciones morales reposen en las mujeres y los mismos jóvenes lo atribuyan a la ignorancia de las mujeres que lo practican, pues suponen que se podría haber evitado el embarazo. Estas concepciones se corresponden con insistir en que embarazarse es un asunto femenino, y por eso ellas serían las responsables; pero también consolidan el lugar de “irresponsabilidad” en sus vidas sexuales que les otorgan los adultos a los adolescentes.

Dos de los jóvenes reconocieron haber practicado un aborto, la mujer expresó: *“es lo peor, porque yo lo hice”* (Mujer, 16 años, Escuela de Comercio 18) y el varón: *“es algo muy bueno y a veces malo, en el caso de mi novia abortó y los padres ni se enteraron.”* (Varón, 17 años, Escuela Industrial). En otros tres casos dieron a entender que lo habrían practicado, aunque lo afirmaron como colectivo *“nosotras lo hacemos...”*, aunque reconocen que el aborto puede tener consecuencias desfavorables para quien lo padece, como riesgoso y con peligro de muerte.

A pesar de que los jóvenes adoptan una postura crítica con respecto al aborto, en concordancia con la legislación vigente, algunos jóvenes distinguieron tres instancias en las que se permitiría y que ellos mismos avalarían una interrupción del embarazo: en el caso de ser producto de una violación, si el embarazo implica riesgo de vida, o por discapacidad. En dos respuestas se avaló el aborto, primero como decisión conjunta de la pareja o bien por cuestiones económicas: *“el aborto es complicado, pero creo que si la pareja no está de acuerdo con tener un hijo, está bien.”* (Mujer, 19 años, Escuela de Comercio 18); *“yo estoy a favor del aborto, claro que si quedo embarazada es mi responsabilidad, pero si mi situación no es buena lo abortaría.”* (Mujer, 17 años, Bachillerato Polivalente).

Se preguntó además, si conocían alguna persona que se hubieren practicado un aborto: casi la mitad de los jóvenes manifestó conocer personas que se practicaron abortos (48%), todas mujeres con edades entre los 14 y 17 años.

No existe una diferencia sustancial entre las opiniones entre varones y mujeres acerca del aborto, aunque los riesgos físicos del aborto son mencionados más por parte de las mujeres. De las respuestas de los varones, se visualiza que desligan responsabilidades sobre los embarazos en las mujeres, no hablan de sus responsabilidades ante un embarazo y la posibilidad de realizar un aborto como parte interviniente. Es claro el sesgo machista de estas posturas donde la responsabilidad de embarazo sigue siendo femenina aunque ambos participen del acto sexual.

Este posicionamiento ante el embarazo que coloca a las mujeres como las responsables se vincula con el abordaje del **embarazo** en los colegios, y las diferencias que se establecen entre adolescentes mujeres embarazadas y los adolescentes varones padres. Las reacciones en las escuelas ante un embarazo son contradictorias: puede plantearse el rechazo directo de la alumna, o se puede aceptar la concurrencia de la adolescente, pero paralelamente se buscan formas para expulsarla del colegio. Según Ramos (2006), los docentes de escuelas medias de Posadas señalan que ellos no están preparados para afrontar casos de embarazos, y que prefieren que las adolescentes embarazadas abandonen el colegio por lo menos ese año, aunque no se les pida lo mismo a los padres varones. Villa (2007) sostiene que mientras los varones son presionados a mantener relaciones sexuales como normal (ya que se considera que la sexualidad es una fuerza imparable en los varones que los impulsa y que ellos no logran dominar), se supone que las mujeres adolescentes cargan con la responsabilidad de las consecuencias del ejercicio de la sexualidad y se invisibiliza la paternidad del varón, lo que marca un fuerte sesgo de género a la hora de afrontar los embarazos. Las mujeres asumen el peso de afrontar el embarazo (en sus cuerpos) ante la comunidad educativa y sus familias, con las reacciones, presiones, señalamientos y culpas que se les atribuyen. De igual manera, las adolescentes mujeres que deciden (ellas u otros: madres, parejas, etc.) no continuar con el embarazo y provocar un aborto clandestino, deben afrontar sobre sus cuerpos las consecuencias físicas o psicológicas que puede provocar y las sanciones morales que traen aparejadas.

4. 4. Paso previo: Métodos anticonceptivos

Los **métodos anticonceptivos (MAC)** aparecen como contenido de la educación sexual en la escuela media generalmente en las áreas de Salud y Biología; al igual que los aparatos reproductores se tratan desde el inicio de la escuela media y hasta los años más avanzados dependiendo de la orientación del establecimiento. A pesar del reconocimiento de su existencia, los jóvenes no los utilizan al iniciar sus relaciones sexuales y tampoco como práctica sistemática. Entre los pocos que reconocieron utilizar alguno encontramos: preservativos, pastillas, *coito interruptus* y dispositivo intrauterino (DIU).

El **preservativo** constituye el MAC más promocionado entre los jóvenes por su doble función preventiva (de infecciones de transmisión sexual y de embarazos). La mayoría de los jóvenes, varones y mujeres, lo reconocen como un elemento masculino, sólo en pocos casos se mencionó el preservativo para la mujer (cuatro mujeres). Su funcionamiento está asociado con la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS): [el preservativo] “es una goma de látex lubricado que recubre el pene y evita contagios de transmisión sexual.” (Varón, 17 años, Escuela de Comercio 18). También se lo reconoce en su función anticonceptiva enfatizando su efectividad.

El preservativo está asociado directamente con el “pene”, se describe su forma de colocación, y que impide el contacto con la “vagina”, de este modo se resalta su función de barrera, como una forma de impedir que los espermatozoides lleguen a la mujer, [el preservativo] “es un plástico gomoso que te colocan en el pene para cuando estás teniendo relaciones, lo usas para no acabar adentro del sistema reproductor de la chica” (Varón, 14 años, Bachillerato Polivalente).

Con respecto al funcionamiento del **DIU** encontramos que casi la mitad no conoce cómo funciona, y el resto, a pesar de responder presenta ideas erróneas o parciales acerca del mismo. Lo asemejan a un preservativo femenino, cumpliendo la función de barrera bloqueando o eliminando los espermatozoides: “el DIU es colocado en la vagina para prohibir el paso de los espermatozoides” (Mujer, 17 años, Escuela Industrial).

El DIU se reconoce como un elemento externo que va “colocado” en la mujer – suponen la necesidad de un profesional para su colocación – aunque los jóvenes no reconocen exactamente dónde: unos señalaron en la vagina, otros en el útero, otros simplemente “adentro”. Como elemento se lo caracteriza por sus formas, como una “t”, como un espiral, o por su material ser de “cobre” o “alambre”. Los jóvenes mencionaron que dura más tiempo una vez colocado, aunque se lo reconoce por su función anticonceptiva, lo consideran abortivo.

El funcionamiento de las **píldoras anticonceptivas**, por ser algo que ocurre al interior del organismo provoca las más sorprendentes asociaciones. La gran mayoría de los jóvenes (85%) no sabe ni reconoce el funcionamiento de las pastillas anticonceptivas, se las presenta como algo propio de las mujeres, quienes tienen la responsabilidad de ingerirlas, se resalta la toma diaria y su función contraceptiva. “Se toma todos los días, viene marcado en la tabletita los días” (Mujer, 19 años, Bachillerato Polivalente). Se las asocia en algunos casos con los métodos de barrera pero internos, como impidiendo la llegada del óvulo, o la llegada del espermatozoide: “la tomás y evita que el espermatozoide se una al óvulo” (Mujer, 19 años, Escuela de Comercio 6).

Los **anticonceptivos de emergencia** son menos conocidos, se los asocia directamente con las relaciones sexuales. En la mayoría de los casos no se conoce su funcionamiento (90%), se supone la ingesta de las pastillas el día después de haber tenido relaciones sexuales y se las relaciona como un método abortivo. *“No sé bien si se lo toma el día después de haber tenido relaciones o el primer día de atraso”* (Mujer, 19 años, Escuela de Comercio 18).

Las **inyecciones anticonceptivas** no se utilizan y es un método poco reconocido, únicamente unos jóvenes respondieron que la frecuencia en que se coloca difiere del de las pastillas; pero ninguno pudo responder cómo es el funcionamiento de las inyecciones.

Las hormonas sexuales, a pesar de ser un tema incluido en los programas escolares, no forman parte de los recursos para comprender el funcionamiento de pastillas e inyecciones anticonceptivas. Las explicaciones de las que disponen estos jóvenes se limitan a lo que pueden observar en forma directa o a los efectos de su utilización, pero desconocen los circuitos biológicos que las hacen efectivas.

El **coito interruptus** es reconocido por la mayoría de los jóvenes como método (55%), explican que consiste en que el varón saque el pene antes de eyacular, se lo nombra como *“acabar afuera”*, también se lo definió como *“eyacular afuera”*. Algunos jóvenes reconocen utilizar esta forma: *“cuando voy a terminar saco”*. Sin embargo, el 70% de los jóvenes afirma que no es seguro, y que implica riesgo de embarazo. *“Es cuando el hombre termina afuera, para mí no sirve ya que cada movimiento del hombre salen espermatozoides”* (Mujer, 18 años, Escuela Industrial).

Con respecto a la **técnica de las fechas** se reconoce que depende de la regularidad de los períodos de menstruación en cada mujer. Lo consideran como un “método natural” aunque no muy seguro, y lo relacionan con períodos de abstinencia. *“En algunos casos funciona pero la mujer tendrá que ser un relojito pero eso es casi imposible para ella”* (Varón, 17 años, Bachillerato Polivalente). Únicamente dos mujeres explicaron cómo se tiene que contabilizar el ciclo, para conocer los días de fertilidad, aunque ninguna lo relacionó en el tiempo o con períodos pasados.

Cuando se preguntó por la utilización de **yuyos** como recurso anticonceptivo hubo únicamente catorce jóvenes que los reconocían, se nombró la “caña brava”, el “perejil”, y el “ajenjo”. En todos los casos se supone que se toman como infusión, té o en el mate.

Los jóvenes que utilizan métodos anticonceptivos se agencian para conseguirlos de distintas formas; la mayor parte los adquiere por cuenta propia, los compra; otros los buscan en centros de salud o a través de los médicos. También resulta relevante la circulación de MAC entre los jóvenes y algunos padres que los entregan a sus hijos. Las mujeres son las que más concurren al médico y los centros de salud para recibir anticonceptivos, mientras que los varones son quienes compran o reciben los anticonceptivos de amigos y familiares. Esto puede significar que se podrían potenciar las redes sociales, entre los jóvenes y las familias para distribuir los anticonceptivos.

En síntesis, los jóvenes, varones y mujeres, no utilizan en su gran mayoría, métodos anticonceptivos al iniciar sus relaciones sexuales y tampoco se utilizan como práctica sistemática. Es importante también que, a diferencia de estudios anteriores realizados entre mujeres adultas⁷¹, los jóvenes no mencionaron efectos adversos en los métodos anticonceptivos, ni contraindicaciones.

⁷¹ Cf. Informe Final del Proyecto Vulnerabilidad, desafiliación y exclusión social en un contexto de frontera II: la sexualidad en el campo de la salud. FHCS. UNaM. 2008.

Las diferentes concepciones que tienen estos jóvenes del cuerpo, de los aparatos reproductores, de las relaciones sexuales también influyen en la variabilidad de las prácticas anticonceptivas. La forma de entender (o desconocer) los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos condicionan su efectividad en el uso. Asimismo las concepciones acerca de la vida y la muerte también son importantes (como vimos en el apartado referido al aborto) en el uso y aceptación de un método. En este sentido, los jóvenes, tanto varones como mujeres, relacionan la anticoncepción con una barrera que impide que los espermatozoides lleguen a juntarse con el óvulo de la mujer, y en algunos casos con la misma mujer (como en el *coito interruptus*), suponen que los métodos actúan separándolos de alguna forma. Así las pastillas, el DIU, las inyecciones y el preservativo funcionan de la misma forma: como barreras.

Los jóvenes que utilizan MACs, lo hacen en forma mecánica sin conocer sus funciones y los principios de acción. En el caso de las pastillas el desconocimiento evidenciado ante su forma de funcionamiento nos lleva a dudar de la utilización en forma correcta y el resto se constituyen métodos poco confiables. Asimismo entre los que no utilizan métodos anticonceptivos se evidencia un conocimiento parcial de las formas de uso y mecanismos de acción, por lo que no se convierten en alternativas viables. No se relacionan los conocimientos que reciben en las escuelas, se parcializan los saberes, y se entremezclan con inquietudes y asociaciones de otros ámbitos. Los jóvenes no asociaron el aparato reproductor con el funcionamiento de los métodos anticonceptivos. No asocian ni relacionan el funcionamiento de las pastillas y las inyecciones con las hormonas; en cambio, asocian las píldoras con la función de barrera cumplida por otros métodos como el preservativo. Permanece la duda si estas relaciones incorrectas son las responsables de que los jóvenes asuman que *todos los métodos anticonceptivos también tienen acciones preventivas ante las ITS*; ignoran los efectos de los métodos y su funcionamiento, y en ciertos casos se continúa sosteniendo el carácter abortivo del DIU, por ejemplo.

4.5. Atención: Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Como señalamos antes, la aparición de las enfermedades de transmisión sexual ocasionó un replanteo en la educación sexual, desplazándose desde una concepción religiosa a una concepción de riesgo de la sexualidad. Las prácticas sexuales pasaron a ser consideradas posibles causales de muerte. La preocupación y el interés por prevenir las enfermedades venéreas se vieron potenciados por la aparición y difusión del HIV-SIDA -cuya cura sigue sin encontrarse- esto derivó hacia que la principal preocupación de padres, profesionales y docentes sea la de transmitir *los peligros que ocasionaban las prácticas sexuales*, enfatizando los discursos en los cuidados y las formas de prevención. Se consideró que la promiscuidad, la homosexualidad y la drogadicción eran factores de riesgo que debían ser evitados. Asimismo el adelanto de la edad del inicio sexual de los jóvenes, conllevó a que los temas de prevención, en general como parte de las materias referidas a la salud, ganaran su lugar en el currículo. En la provincia de Misiones se supone que un estudiante de segundo año de la escuela secundaria dispone de nociones de las siguientes infecciones de transmisión sexual: Sífilis, Blenorragia, Chlamydia, Papilomas (verrugas genitales), Herpes, Hepatitis B y VIH (SIDA); así como las formas de contagio y de prevención.

Entre los jóvenes estudiantes el SIDA aparece como la ITS más conocida, seguida por la Sífilis. Muy por debajo encontramos la Hepatitis B. Las enfermedades que menos conocen son la Blenorragia y el HPV. Sin embargo, cuando se indagó acerca de los conocimientos que poseen acerca de estas enfermedades e infecciones de transmisión sexual y sus

formas de prevención, encontramos que mencionaron características únicamente de dos: el SIDA como la más recurrente y la Sífilis. Así podemos observar que el conocimiento esperado en el caso de los estudiantes no se condice con las respuestas obtenidas, y en general las formas de prevención no responden a conocimientos escolares.

Con respecto a la **prevención de ITS**, un 62% de los jóvenes respondió que los cuidados a realizar se relacionan con los “métodos anticonceptivos”. Aunque los preservativos fueron mencionados en mayor medida, también aparecieron nombradas las pastillas y las inyecciones. Este dato nos muestra el desconocimiento de los modos de transmisión de las enfermedades y a su vez de la relación entre éstas y la anticoncepción: “*se previenen (las ITS) con preservativos y pastillas*” (Varón, 15 años, Escuela de Comercio 6). Otra de las formas de cuidado consiste en hacerse controles médicos, conocer a la persona con la que se mantienen relaciones sexuales y también se menciona la abstinencia: “*cuidándote, para el sida es no tener relaciones sexuales*” (Mujer, 16 años, Bachillerato Polivalente).

Con respecto a elementos que puedan transmitir ITS fuera del acto sexual, se mencionaron en seis casos las jeringas y en sólo tres casos la “maquinita de afeitar”. En este bloque también se evidencia la desarticulación entre los conocimientos de los aparatos reproductivos mencionados al principio y los conocimientos sobre las ITS y las relaciones sexuales. Aunque no en todos los casos corresponden a prácticas saludables, se priorizan los conocimientos y saberes de ámbitos no formales que se cruzan con aquellos recibidos en las escuelas.

4. 6. Otras opciones: homosexualidad, lesbianismo, travestismo y transexualidad

Al considerar las opiniones de los jóvenes estudiantes acerca de las diferentes orientaciones sexuales, podemos destacar a modo de síntesis, que:

- Un 65% de los jóvenes naturaliza la heterosexualidad y rechaza las demás orientaciones sexuales como homosexualidad, bisexualidad, travestismo y transexualidad.
- Se confunde la sexualidad con el sexo, considerados como una condición que “se recibe de nacimiento” y que algunos no “aceptan”.
- Los jóvenes buscan explicar las causas de las diferentes orientaciones sexuales en cuestiones biológicas innatas, la imposición por violencia física y sexual y sociales involuntarias (como la necesidad económica). No consideran la orientación sexual como una construcción que se desarrolla a lo largo de la vida, suponemos que esta actitud determinista (innata, no voluntaria, impuesta) puede constituir una defensa ante temores, dudas y conocimientos parciales acerca de las vivencias sexuales de los jóvenes, de los que puede pasar con su propia orientación y la de los otros.
- Este desconocimiento de la génesis de las diversidades sexuales genera rechazo y reacciones discriminatorias entre los jóvenes, también actúa como presión hacia la libre expresión de los individuos y grupos considerados como diferentes por miedo a las sanciones sociales y a las respuestas del grupo de pares.
- Los jóvenes consideran a homosexuales y travestis como grupos de riesgo frente a las ITS, actualizando los principios preventivos de hace más de veinte años. Mantener esta idea de los grupos de riesgo genera tensiones y rechazo a quienes se manifiestan abiertamente como diferentes y además torna innecesaria la prevención de las ITS con sus parejas heterosexuales. Tal como señala Villa “*El posible contagio de VIH se relaciona con las concepciones de grupo de riesgo, obstaculizándose la percepción del potencial*”

contagio y la adopción de acciones preventivas en vínculos con personas consideradas “conocidas”. (Villa 2007:242).

Un 40% de los jóvenes reconoce la **homosexualidad** y plantea diferentes posturas con respecto al tema. La mayor parte de las definiciones acerca de los homosexuales remite a la relación entre dos personas de sexo masculino, y es relacionada con el placer, lo socio-afectivo, el amor y las relaciones sexuales de dos individuos de un mismo sexo: [Homosexuales] *“son los que le gustan los hombres, hombres con hombres”*, (Mujer, 17 años, Escuela Industrial). Los travestis no son considerados homosexuales (aunque se trate de varones que se relacionan sexualmente con otros varones), pues una de las características que los distingue es su definición como mujer – en algunos casos con rechazo – pues los jóvenes consideran que los homosexuales son aquellos que no se muestran como mujeres, a diferencia del travesti. [Homosexuales] *“son las personas que no aparentan serlo, pero les gustan los de su mismo sexo”* (Mujer, 19 años, Escuela de Comercio 6). Son mencionados de diferentes formas: “gay”, “putos”, “trolos”. Un único caso mencionó al lesbianismo vinculado con la homosexualidad: *“los homosexuales es al que le gustan los hombres igual que a las mujeres se les llama lesbiana porque anda con otra mujer”* (Varón, 18 años, Escuela Industrial).

Se enuncian diferentes juicios de valor, en general, negativos con respecto a la condición de las personas homosexuales: son antinaturales, enfermos, anormales, etc. [Los homosexuales] *“son aquellos que difieren de su condición de hombre normal”* (Mujer, 19 años, Bachillerato Polivalente). Estas mismas afirmaciones se repiten para los travestis y transexuales. El descuido, la perversión y el riesgo de contagio de ITS también son asociaciones frecuentes: *“Para mí no está tan mal pero la cuestión es que ellos son los primeros que no se cuidan sexualmente”* (Mujer, 17 años, Escuela Industrial). Este último punto responde a una noción del riesgo depositada en estos grupos, y genera la posibilidad de prácticas poco saludables en sus relaciones sexuales. Algunos jóvenes, por contraposición, aprovecharon las preguntas para reafirmar su propia elección sexual: *“Yo soy macho y me gustan las mujeres”*. (Varón, 15 años, Escuela de Comercio 6). Un sólo joven se definió como homosexual: *“yo soy balín y qué”* (Varón, 17 años, Escuela de Comercio 18).

Las definiciones que presentan los jóvenes acerca del **travestismo** y la **transexualidad** se asemejan a las de la homosexualidad, aunque como distintivo aparece la manifestación pública de su condición. Los jóvenes rescatan que los travestis y los transexuales se asumen frente a la sociedad: *“Igual a los homosexuales nada más que te muestran cómo quieren ser, se visten los hombres como mujeres.”* (Mujer, 19 años, Escuela de Comercio 6). Los jóvenes describen a los “travestis” como chicos-varones que se creen mujeres, que se visten como mujeres, que se pintan, disfrazan como mujeres; valoración de la mujer, en contraposición con la homosexualidad. Para los jóvenes, los travestis tiene la aspiración de parecerse, aparentar o ser de otro sexo.

Ciertas definiciones implican las modificaciones en el cuerpo y el cambio de sexo, a partir de intervenciones quirúrgicas. La posibilidad de ser “un rato de cada sexo”, o de “llevar una doble vida”. Aquí se presenta una convergencia con la transexualidad, los jóvenes usan ambos términos indistintamente. Algunos jóvenes mencionaron en sus respuestas que los transexuales varían de sexo en forma cíclica durante seis meses: *“son hombres que se convierten 6 meses y 6 meses”* (Varón, 17 años, Bachillerato Polivalente). Numerosas respuestas hicieron referencia a la oposición de género, son de un sexo biológico pero manifiestan características diferentes: *“los transexuales son aquellos que tienen un sexo biológico pero se sienten opuesto a esto”*. (Mujer, 17 años, Escuela Industrial).

Entre los jóvenes surge la idea de que se trata de personas que no aceptan su sexualidad, que la niegan, se arrepienten de su sexualidad, o de su condición de hombres (varones). La sexualidad aparece como algo adscrito de nacimiento, impartido e igualado al sexo. Sin embargo reconocemos que **sexo** refiere “a los componentes biológicos que incluyen cromosomas, genitales internos, genitales externos, gónadas, aparato sexual interno, estado hormonal, caracteres secundarios, incluso el cerebro” (Stoler cito en Nanda, 2003: 234). Es la base biológica en la que se asienta y permite el desarrollo de la sexualidad, ésta es una construcción sociocultural mucho más amplia. Como señalamos antes, los jóvenes encuestados no tienen clara la diferencia entre sexo y sexualidad. En todas las respuestas se evidencia que los términos varón y hombre aparecen como equivalentes. El aspecto religioso surge como oposición a la homosexualidad: Dios creó hombres y mujeres, “*Está mal, para eso Dios creó al hombre y a la mujer*” (Mujer, 14 años, Escuela Industrial).

Un tercio de los jóvenes manifestó un rechazo directo ante las diferentes orientaciones sexuales, con repetidas afirmaciones tales como: “hay que matarlos”, “no los aguanto”, “me dan asco”, “una vergüenza”, “deben desaparecer”, “quemarlos”. Cercanas a las posturas de rechazo, encontramos también una visión condescendiente y paternalista: “*Hay que ayudar a todos esos (homosexuales, travestis y transexuales)*” (Mujer, 17 años, Bachillerato Polivalente).

Desde la Antropología, la distinción naturaleza/cultura permite discernir entre todo lo que es no-cultural -en el sentido de artificial- y partes de la cultura que son aceptadas incuestionablemente como “naturales” y por ello “normales”. Para Strathern (1979) en este proceso se equipara lo que es normal con lo que es legítimo, de modo que aquellos que desafíen las formas sociales existentes lo hacen diciendo que son artificiales y por implicación contra “natura”. Esto se aplica a la heterosexualidad como normalidad hegemónica, vista como natural, por lo que se rechazan las demás orientaciones sexuales como “antinaturales”, no se las reconoce como opción. De allí también se desprende la búsqueda incesante de las causas, tanto biológicas como sociales para establecer el “origen” de las orientaciones sexuales no heterosexuales.

La homosexualidad trae aparejada la sanción también desde la prescripción social, de lo que es y debe ser por oposición el varón, correlato a la figura del “macho” heterosexual, con una sexualidad activa. Villa expone que “Los varones sostiene masculinidades hegemónicas mediante la burla impiden la expresión de otras masculinidades, tratar de desnaturalizar la condena de otras masculinidades”. (Villa 2007:240) La tolerancia hacia las otras opciones sexuales tiene que ser trabajada desde una apertura hacia otras masculinidades, que impliquen tolerancia y respeto. Las mujeres, al ser más negada la homosexualidad femenina, no resultan tan expresivas con relación a su condición femenina, y quizás se permiten comportamientos masculinos sin sentir avasallada su femineidad. Pero por el momento se trata solo de hipótesis pues los estudios relativos a estos aspectos son escasos.

Conclusiones finales: buscando un puente de diálogo hacia la sexualidad integral

La juventud es una etapa del ciclo vital de las personas caracterizada por complejos multifacéticos donde la sexualidad se constituye como uno de los principales ejes conformadores de la identidad, los ciclos vitales de la especie son considerados universales aunque mediados por la cultura (Giddens 1992). Está fuertemente influenciada por los cambios corporales (modificaciones hormonales) como por los mandatos sociales y culturales que inciden en la construcción de la identidad de varones y mujeres, según la correspondencia de género y edad. (Checa 2003). Estos cambios requieren ser

procesados para lograr la apropiación del propio cuerpo y la práctica responsable de la sexualidad.

La adolescencia aparece como un concepto específico de las sociedades modernas, ya que los cambios experimentados en la pubertad son universales, pero en numerosas culturas no produce el mismo grado de confusión e incertidumbre que entre los jóvenes occidentales de hoy (cf. Mead 1985). Giddens manifiesta que esta incertidumbre está relacionada con las tensiones que se presentan entre las posibilidades de acción de los adolescentes y su posición legal en la sociedad donde son tratados como niños “Los adolescentes están a medio camino entre la infancia y la madurez y crecen en una sociedad sujeta a continuos cambios” (Giddens 1992:116). Estas tensiones también se manifiestan en diferentes niveles como duplas contradictorias, por ejemplo autonomía-dependencia; rebeldía-omnipotencia.

La sexualidad le otorga un ingrediente importante a los cambios manifestados en la juventud, comienza con el despertar erótico hormonal, las planificaciones acerca del futuro, la generación de vínculos más o menos duraderos, la ruptura y el cuestionamiento de los valores y enseñanzas previos, etc. Es por esto que diferentes autores, como Checa (2003), sostienen que la sexualidad no debe ser abordada en forma exclusiva desde su expresión biológica, sino como construcción social y colectiva, regida por pautas históricas y culturales propias de cada sociedad. Desde una perspectiva constructivista, suponemos que la convivencia de saberes diversos, sustentados en las experiencias vitales de los sujetos y orientados por preceptos compartidos según grupos de edad e inserción social. Como expone cuasi poéticamente Pearce “Nacemos y nos incluimos en pautas de interacción social semejantes a juegos que nosotros no hemos iniciado. Los escuchamos, comenzamos a sentirnos poderosamente involucrados, aprovechamos la oportunidad de participar, y al fin partimos, pero las conversaciones siguen. Creo que ésa es la sustancia del mundo social”. (Pearce 1995: 274).

Esto implica una perspectiva integrada de la sexualidad como construcción social y cultural, no como hecho dado, ni meramente biológico, sino variable en el tiempo tanto en la historia general como en la vida particular de cada sujeto. En nuestra tradición cultural la sexualidad forma parte del ámbito de lo íntimo “es parte de lo que llamamos subjetividad e individualidad, nociones que por sí mismas son valores apreciados en nuestra sociedad”. (Leal Fachel y Fachel 1999: 144). En la noción de sexualidad se imbrican naturaleza y cultura, ya en la década de los setenta líneas de pensamiento feministas reconocían a la naturaleza biológica de hombres y mujeres como una amplia base sobre la que puede construirse toda una variedad de estructuras, no como recinto limitador del organismo humano (Friedl 1975)⁷². En esta relación encontramos factores que se corresponden a características que serán “culturales” en la medida en que son producto de la vida social, pero también como expone Strathern, “naturales” en la medida en que son limitaciones a la realización de un individuo moderno que poco puede hacer al respecto (Strathern 1979). Incluso el cuerpo, que parece evidentemente como “natural”, es indefectiblemente una construcción social: “El cuerpo ha sido inventado, la forma en que sostenemos nuestros cuerpos, la forma en que nos movemos, evidencian nuestra pertenencia a una cultura” (Castañeda *et. al.* 2001: 528).

En la sociedad actual encontramos aún un amplio predominio de la concepción de la sexualidad basada en el modelo de riesgo, donde las consecuencias de su ejercicio se convierten en su esencia. Asimismo las enseñanzas acerca de la sexualidad se restringen

⁷² Ver además Kottak 1995

a los efectos de las relaciones sexuales: embarazos, enfermedades y las formas de prevenir ambos. Esta visión se basa fundamentalmente en los aspectos biológicos, y por ende, las consecuencias que las prácticas sexuales pueden ocasionar se dan casi exclusivamente en el campo de la salud física. Esta concepción de la educación sexual implica además una determinada visión del cuerpo; por ejemplo, en los manuales de Biología para la escuela media, el cuerpo se presenta como una concatenación de elementos organizados por sistemas: desde el átomo pasando por las moléculas, organelas, células, tejidos, órganos conformando sistemas de órganos, cada parte con su función, y así integrados forman el “organismo: cuerpo humano” (Frid *et. al.* 2000). La enseñanza del cuerpo consiste en transmitir conocimientos de cada uno de esos sistemas (o aparatos dependiendo el autor) entre los que se incluyen los sistemas reproductivos masculinos y femeninos.

La normativa vigente que propone la educación sexual integral (ESI) a través de las Leyes Nacional 26.150 y Provincial 4410, instaura una nueva etapa en cuanto a la educación sexual en la República Argentina, pretende un alcance universal en cuanto a los sujetos educandos en todos los niveles de formación, inclusive en las escuelas de orientación técnica y formación docente, e imprime una definición amplia de educación sexual, resolviendo una de las cuestiones fundamentales: la integralidad. Aquí se plantea la posibilidad de resolver los sesgos históricos de la educación sexual, integrando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Este paso es fundamental porque supera la tendencia biologicista, reafirma la pertinencia de los aspectos socio-culturales de la sexualidad, e incluye otros planos que conllevan acciones, desde lo afectivo y lo ético. La mera inclusión de estas dimensiones resulta un avance por sobre los modelos de educación sexual anteriores y permite una discusión amplia sobre sus alcances.

La sexualidad y sus formas de educación se leen desde un contexto socio-cultural determinado, que marcará a su vez lo que es posible y deseable, cuanto más se integre ese conocimiento que se quiere transmitir a la cultura y sociedad en ese tiempo y espacio, más factible será obtener los resultados esperados para esa comunidad. La enseñanza de ESI necesariamente implicará una serie de contenidos cuyos enfoques no son compartidos por todos los educandos, por eso requiere una adecuación que no imponga los contenidos en forma vertical sino que se establezcan a través del intercambio entre docentes y estudiantes. De esta manera se intenta sortear las barreras institucionales y personales que se han interpuesto a la educación sexual curricular y escolar expresadas en “temas tabúes” que, como fuimos señalando, continúan siendo de difícil tratamiento. Sin embargo para que este abordaje resulte viable se requiere un ejercicio de reflexión dentro de la misma comunidad educativa, para analizar sus alcances y posibilidades, al cuestionarse acerca de la sexualidad, de su sexualidad, de la de los otros. No es tarea resulta dada la multiplicidad de contextos, pero es absolutamente necesaria para lograr una educación sexual integral realizable.

A pesar de la vigencia de la ley, la educación sexual amplia y comprometida, que abarque temas como el placer, las relaciones sexuales, las fantasías, los temores, los mitos, las orientaciones sexuales, la familia, el inicio sexual, la diversidad sexual, los prejuicios, el anclaje sociocultural de la sexualidad, etc. sigue siendo una materia pendiente. Es necesaria una práctica sistemática en las escuelas para el abordaje de los temas sexuales de un modo integral, atendiendo a que todavía existen presiones sociales con respecto al tratamiento abierto de la sexualidad. Como concluye Ramos para nuestra provincia, estas barreras incluyen a padres, docentes y directivos, e instituciones como la iglesia; trabas de orden moral, ético y religioso, que impiden un tratamiento articulado de los temas (Ramos

2006). Estas limitaciones sin embargo no tienen relación con lo que los jóvenes están esperando del sistema educativo: para ellos el lugar habilitado y privilegiado para que se realice educación sexual es el colegio.

La construcción de la sexualidad por parte de los jóvenes, así como la apropiación de sus cuerpos, no deviene únicamente de lo que aprenden en el colegio, sino que forma parte de un desarrollo que comienza en el momento mismo de la concepción y que los acompañará la vida entera. En este proceso los conocimientos que los jóvenes encuentran en el ámbito formal se entremezclan con los saberes que se traen de ámbitos no formales, de instituciones de las que participan como miembros de una sociedad. Boaventura De Souza Santos sostiene que invisibilizar los conocimientos es una forma de comprimir el presente dejando fuera experiencias y saberes imprescindibles para adecuar nuestras teorías a las realidades sociales. Esto se desprende de “la idea de que el único saber riguroso es el saber científico, y por lo tanto, otros conocimientos no tienen la validez ni el rigor del conocimiento científico”, en este proceso se descalifican y/o eliminan las prácticas sociales que basadas en conocimientos; populares, indígenas, campesinos, urbanos, etc. (De Souza Santos 2006: 23).

Desconocer los conocimientos y saberes provenientes de diferentes ámbitos que disponen los jóvenes ha llevado a prácticas de enseñanza que limitan su voz en el proceso de planificación y elección de temas a enseñar: la desvalorización de qué piensan y hacen los jóvenes con respecto a la sexualidad; conocimientos, creencias y lenguajes utilizados han llevado a que el abordaje de estas temáticas en la escuela media se realice verticalmente, desde arriba hacia abajo, sin tener en cuenta las necesidades e inquietudes de los propios jóvenes. Refiriéndose a estos enfoques de enseñanza, Manfredi, expone: “Se olvidan que todo ser humano tiene capacidad de pensar porque vive, produce, se relaciona con otros y enfrenta constantemente desafíos nuevos que los obligan a reflexionar. Desde el punto de vista cognitivo, olvidan que todo acto de aprender es un proceso constante de elaboración y reelaboración de conocimiento”. (Manfredi, 1986:48 Traducción propia)

La diversidad de modos para encarar la educación sexual presenta dificultades en todos los órdenes en el momento de establecer criterios que unifiquen contenidos y estrategias pedagógicas. La importancia de rescatar los contenidos que logren un equilibrio entre saberes y los actores involucrados es el principio para comenzar a pensar una educación sexual integral. La misma tensión dialéctica que aparece en cualquier formación social, entre tendencias conservadoras que se proponen garantizar la supervivencia mediante la reproducción del *statu quo* y de las adquisiciones históricas consolidadas (socialización) y las corrientes renovadoras que impulsan el progreso, el cambio y la transformación, tienen lugar de forma específica y singular en la escuela. (Sacristán y Pérez Gómez 1992).

De la presente investigación se desprende además que existe una distancia abismal entre los conocimientos curriculares que se espera que los jóvenes adquieran como parte de las enseñanzas formales, y los conocimientos que ellos expresan. Es decir, ni siquiera los aspectos curriculares más consensuados y de enseñanza sistemática en la comunidad educativa (basados en el riesgo) son apropiados por los jóvenes de manera acabada: los jóvenes conocen en forma parcial las enfermedades de transmisión sexual y desconocen las formas de cuidado, a su vez los jóvenes no reconocen las formas de funcionamiento de los MAC y disponen de precarias nociones acerca de sus aparatos reproductivos. Es importante remarcar que si bien los jóvenes no se apropian de los conocimientos curriculares, ello no significa que carezcan de conocimientos o saberes, ya que poseen habilidades y destrezas que les permiten vivir, pensar y ejercer su sexualidad. Queremos poner de manifiesto cómo se distancian los conocimientos esperados y los saberes

aprendidos, lo cual también limitará la posibilidad de instaurar una educación sexual integral que brinde herramientas para el ejercicio de una sexualidad plena y gratificante.

Las diferentes percepciones y saberes que poseen acerca de sus cuerpos y de los cuerpos de los otros hacen también al campo en que se desarrollará la educación sexual: posibilitan o entorpecen la apropiación de esos cuerpos “Los niveles de información afectan la decisión” (López 1997: 14). Los jóvenes no sólo tienen dificultades para nombrar las partes que componen sus aparatos reproductivos, sino que además ni siquiera asocian esos conocimientos con las funciones de cada órgano. No hay una articulación entre los aspectos que conocen: órganos reproductivos, menstruación y primeras eyaculaciones, relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. En todos los casos actúan como conocimientos sueltos o áreas desvinculadas. En el caso de los aparatos reproductivos podemos observar un tratamiento más cercano al conocimiento formal expresado en el uso de términos científicos para mencionar las partes que los componen. Sin embargo, en el resto de los tópicos encontramos el paso a un saber mixto, conceptos adquiridos en otras redes de socialización se vuelven importantes ya que el lenguaje utilizado alterna términos vulgares y científicos. Reconocemos entre los jóvenes encuestados diferentes acercamientos a los cuerpos, con una primacía de la mirada biomédica (aspectos anatómicos y prescriptivos) conjugada con expresiones populares espontáneas.

La conjunción de saberes manifiesta por los estudiantes debe enriquecer nuestra percepción de su sexualidad y llevarnos a buscar una *ecología de los saberes* como la que propone Boaventura De Souza Santos. No se trata de desacreditar a las ciencias, sino hacer un uso contra hegemónico de la ciencia hegemónica: “Donde el saber científico pueda dialogar con el saber laico, con el saber popular, con el saber de los indígenas, con el saber de las poblaciones urbanas marginales, con el saber campesino” (Boaventura De Souza Santos 2006: 27). Esto no significa que todo vale lo mismo, según el autor tenemos que interesarnos por lo que un determinado conocimiento produce en la realidad; la intervención en lo real. En este sentido, corresponde saber qué conocimientos y saberes necesitamos para entender nuestras sexualidades, para practicarlas en libertad y en armonía con nosotros mismos y nuestros pares. De Souza Santos propone dos ejemplos: para llevar al hombre a la luna necesitamos el saber científico riguroso, en cambio, para preservar la biodiversidad no sirve la ciencia moderna, que al contrario la destruye⁷³. Entonces debemos pensar una educación sexual que dialogue con los saberes científicos y los saberes de los jóvenes, rescatando aquellos que permitan el ejercicio de una sexualidad plena y placentera, así como prácticas saludables y de autocuidado.

Cabe destacar que en este contexto la **educación sexual integral**, como se pretende desde la legislación vigente, necesita no sólo incorporar aquellas áreas y conocimientos que faltaban en el modelo tradicional, también deberá replantearse la noción de cuerpo que se propone, las formas de transmisión de los conocimientos, así como la articulación de los aspectos que se enseñan. Para ello será necesario buscar un puente de unión entre los diferentes saberes que se ponen en juego: el saber formal y aquéllos que se conjugan desde saberes populares. Es importante generar estrategias que permitan no sólo la transmisión e intercambio de conocimientos, sino también la aceptación, la tolerancia, el respeto y la comprensión del otro, para así generar espacios que permitan la libre determinación de las orientaciones sexuales.

⁷³ Para leer los ejemplos completos consultar: Boaventura De Souza Santos; 2006: páginas 26 y 27.-

Propugnar un cambio, no significa volver a reificar conceptos hegemónicos, ni que la sexualidad integral sea la panacea de todas las sexualidades, sino más bien lograr integrar las sexualidades vigentes, las sexualidades silenciadas, las sexualidades ocultas, hacer un intercambio de saberes, rescatar las voces de “todos” para lograr un conocimiento abarcativo, lograr herramientas que permitan la apropiación de las sexualidades y los cuerpos. Esto servirá también para generar una educación sexual que pueda entender y aceptar las sexualidades que aún no se han construido. Además es necesario repensar las estrategias de aprendizaje para abordar este proceso como una construcción conjunta, que superen la visión de los jóvenes como mero sujeto de aprendizaje: tomar a los jóvenes como protagonistas. En este sentido Manfredi propone tomar a la educación en su función emancipatoria: “La posibilidad de ser protagonistas del proceso de sistematización, reorganización y reelaboración de conocimiento que puedan caminar para establecer una nueva síntesis de conocimiento científico y el saber que proviene de su propia práctica colectiva”. (Manfredi, 1986:49 Traducción propia). No menos importante, es lograr sostener las acciones en el tiempo en forma sistemática. Las acciones pasadas, intermitentes o circunscriptas a la voluntad de los establecimientos escolares, sus directivos y docentes, no resultaron eficaces como se advierte en los hallazgos del presente estudio.

Los saberes de los jóvenes acerca de la sexualidad adquieren especial relevancia a la hora de pensar en una educación sexual integral que resulte apropiada para el desarrollo de una sexualidad plena, placentera y responsable. Esto requiere que nuestras propias concepciones y saberes no se transformen en obstáculos; por ello conocer lo que realizan los sujetos en sus prácticas sexuales constituye un paso elemental para establecer los contenidos a tratar y las estrategias didácticas a utilizar. Nuestra responsabilidad para con los jóvenes será revisar nuestras sexualidades, reconocer nuestras limitaciones y aceptar y debatir con la misma naturalidad que ellos, las diferentes posturas existentes: la sexualidad no es una sola y ellos están dispuestos a aprender junto con nosotros- en nuestro rol docente- la diversidad

Referencias bibliográficas

- Aller Atucha Luis María 1995 *Pedagogía de la sexualidad humana. Una aproximación ideológica y metodológica*. Buenos Aires: Galerna.
- De Souza Santos Boaventura 2006 *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social. Encuentros en Buenos Aires*. Buenos Aires: CLACSO
- Bourdieu Pierre 1991 *El sentido práctico* Madrid: Taurus Humanidades
- Bourdieu Pierre 1986 Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo En: Julio Varela Álvarez (compilador) *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La piqueta.
- Castañeda Xóchitl, Brindis Claire, Castañeda, Itsa. 2001 El círculo de lo sagrado y lo profano: regulación de la sexualidad en adolescentes de áreas rurales. En: Stern, C. y García, E. (compiladores) *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México*, *Sexualidad, salud y reproducción*, Documentos de trabajo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México: El Colegio de México.
- Checa Susana 2003 *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós
- Frete, Lucía 2006 *Reuniones en sala de espera. Propuesta metodológica para la educación sexual activa de adultos. Análisis de una experiencia. Hospital Dr. Ramón Madariaga*. Tesis de licenciatura (inérita). Posadas, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM.
- Frid Débora; Gordillo Gabriel y otros. 2000 *Libro de la naturaleza*. Buenos Aires: Estrada
- Friedl** Ernestine 1975 **Women and Men: An Anthropologist's View**. New York: Holt, Rinehart, and Winston
- Geertz, Clifford 1992 *La interpretación de las culturas* España: Gedisa
- Giddens Anthony 1992 *La transformación de la intimidad. Sexualidad y erotismo en las sociedades modernas*. San Pablo: UNESP

Giddens Anthony 1989 *Sociología*. Madrid: Akal.

Informe Final del Proyecto 2008 *Vulnerabilidad, desafiliación y exclusión social en un contexto de frontera II: la sexualidad en el campo de la salud*. FHyCS UNaM – (inédito)

Kottak Conrad Philips 1995 *Antropología* Madrid: Mac Graw Hill

Le Bretón David 1995 *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires Ed. Nueva visión

Le Bretón David 2002 *Sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión

Leal Fachel Ondina y Fachel Jandyra 1999 *Cultura reproductiva y sexualidad en el sur del Brasil*. En: Mara Viveros Vigoya, Gloria Garay Ariza. *Cuerpos y desigualdades*, Bogotá Colombia: Facultad de Ciencias Humanas – Colección CES.

López Elsa 1997 *Anticoncepción y aborto, su papel y sentido en la vida reproductiva* Buenos Aires: Instituto Gino Germani, UBA Colección Sociedad.

Manfredi Silvia María 1986 Em busca de uma proposta metodológica em sintonia com uma educacao popular voltada para a emancipacao (pág 47-52) En: *Contexto y Educacao* Brasil: UNIJUI.

Mead Margaret 1985 *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Planeta Agostini

Nassif Ricardo 1986 *Teoría de la educación. Problemática pedagógica contemporánea*. España: Cincel.

Nanda, Serena 2003 *Hijra y Sahdin. Ni hombre ni mujer en la India* En: Nieto, José Antonio (compilador) *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural* España: Ágora / Tolosa.

Nieto, José Antonio 2003 *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural* España: Ágora / Tolosa.

Pearce Barnett 1995 *Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad*. En: Fried Schnitman (compilador) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Barcelona: Paidós.

Ramos Rodolfo 2006 *Representaciones sociales de docentes de una escuela media acerca de la sexualidad y de la educación sexual. Estudio de caso*. Tesis de Maestría (inédita) Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social.

Sacristán, Jimeno; Pérez Gómez, Ángel 1992 *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.

Strathern Marilyn 1979 *Una perspectiva antropológica* En: Harris, O. y Young, K. (compiladores) *Antropología y feminismo*. Barcelona: Anagrama.

Villa Alejandro 2007 *Cuerpo, Sexualidad Y Socialización. Intervenciones e investigaciones en salud y educación*. Buenos Aires: Noveduc.

ANEXO I: Publicaciones

I.2 Artículos de Revistas

Para ser publicado en la Revista del CEDEAD

Título: El difícil papel de las mujeres víctimas en situaciones de explotación sexual, incesto y violencia conyugal.

Autora: Lidia Schiavoni (Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones)

Presentación

A partir de mi experiencia como investigadora he podido acceder a testimonios de personas que atravesaban y/o atraviesan situaciones de violencia sexual o de género, y en sus relatos -todos muy dolorosos- no siempre se situaban en el rol de víctimas, aludían a dramáticas vivencias como si no fueran tan críticas o les ocurrieran a otras personas, con cierto distanciamiento.

Si pensamos en *explotación sexual, incesto, violencia conyugal...* se nos presentan imágenes mentales que nos permiten reconocer en cada una de estas situaciones quiénes son las víctimas y quiénes son los victimarios. Probablemente no tengamos dificultades para discernir quiénes ejercen cada rol; ¿pero tenemos plena seguridad al identificar a cada sujeto en su rol, y éstos cómo se reconocen? ¿Se ven en los mismos papeles que les asignamos nosotros o se reconocen en otros, cuáles serían? Estos son algunos de los interrogantes que pretendemos responder en este artículo.

Hemos tomado para abordar el tema casos provenientes de investigaciones e intervenciones realizadas en torno a la violencia sexual y/o de género en Misiones: un estudio entre 1998-1999 sobre prostitución infantil¹, otro sobre incesto realizado entre 2009 y 2010², y también casos de mujeres capacitadas para la prevención de la violencia hacia fines del 2010³.

¹ Schiavoni, Lidia (Coordinadora y equipo) *La prostitución infantil y juvenil en Posadas. Estudio introductorio*. Informe Final. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM. Posadas, setiembre de 1999.

² Turcatto, Iracilda *La trama social que posibilita la recurrencia del incesto en el Alto Paraná. Estudio de casos en la ciudad de Eldorado (Misiones, Argentina)*. Tesis para acceder a la Maestría en Antropología Social. PPAS. UNaM. Diciembre 2010.

³ *Talleres de Capacitación*. Proyecto PROGEN-UNaM, Barrio San Jorge, Posadas (Misiones). Septiembre-diciembre 2010.

Las protagonistas en su entorno

Describimos sintéticamente el contexto de vida de las mujeres entrevistadas, pues el entorno condiciona sus oportunidades y alternativas. Misiones hace más de dos décadas se caracteriza por ser una de las provincias argentinas con mayor proporción de población rural, también sobresale por sus altos niveles de pobreza (pertenece al norte pobre del país) y ha mostrado limitada capacidad para resolver los problemas sociales más urgentes (hambre, desnutrición, trabajo infantil, violencia hacia las mujeres, entre otros). Persisten la vulneración de derechos y la reproducción de escenarios sociales injustos que amplían la brecha entre ricos y pobres: el acceso a la educación formal es limitado y lograr un trabajo digno resulta difícil; las condiciones de habitación son precarias y los servicios de salud insuficientes; así se restringen las posibilidades de participación en la vida comunitaria para alcanzar un nivel de vida razonable (Informe de Desarrollo Humano en la Argentina 2005; PNUD, 2009). Las mujeres entrevistadas han visto seriamente limitadas sus alternativas de vida: en condiciones de pobreza estructural, con niveles de instrucción bajos, y serios apremios familiares (orfandad o abandono desde pequeñas, proles numerosas) ante lo cual escapar de los abusos y el maltrato resulta casi imposible.

A partir del contacto con informantes que habían padecido situaciones de violencia sexual y de género, recuperamos sus testimonios. De la contrastación de éstos con los relatos de otros actores participantes de las mismas situaciones, advertimos que las protagonistas no siempre se reconocían víctimas, y en determinadas circunstancias aunque los agentes estatales las ubicaran en ese rol, ellas lo negaban. También corroboramos que los victimarios en pocas oportunidades admiten su condición de tales. Desde los medios periodísticos se insinúan diferentes posiciones ante la violencia sexual y de género: estigmatización de las víctimas, justificación de los victimarios, halo de dudas y sospechas sobre las condiciones en que sucedieron los hechos, entre otras. Seleccionamos cinco relatos para poner en evidencia las dramáticas historias vividas por mujeres en Misiones, luego de la presentación de cada uno, señalaremos aspectos relevantes que dan cuenta de este difícil ejercicio del rol de víctimas:

Caso 1.

Patricia nació en Aristóbulo el Valle (Misiones), ahora tiene 12 años desde los 8 años vive en la casa de su tía Juana, en el bar-prostíbulo. P. estaba muy enferma y fue socorrida por su tía quien la llevó al hospital de la zona para que le curaran las heridas; luego la llevó a vivir con ella, donde la hace trabajar de niñera y ayudante de los trabajos de la casa, limpiar, cuidar a los chicos, cocinar etc.

Patricia concurría a la escuela, pero abandonó en el tercer grado, porque su madre, siempre la perseguía pidiéndole dinero, y finalmente no la dejó ir más a la escuela. Vivían en una chacra que no era de ellos, todos trabajaban en la tarea y se iban por las chacras de la zona por varios días.

Cuando vino a vivir con su tía Juana, otra hermana suya vivía en ese lugar, ambas la rescataron de la calle, puesto que su madre alcohólica siempre la corría de la casa, y andaba dando vueltas y vueltas por los vecinos. Su madre vive con su padrastro y sus ocho hermanitos, su padrastro es también alcohólico..."*Cuando ella y él tomaban nos corrían de la casa...mi mamá nos quería vender solo por bebidas*". La mamá aceptaba, cambiar un poco de vino o cualquier bebida alcohólica a cambio de servicios sexuales de sus hijas. "*A mí me agarró un tipo grande ya, y le dió la caña a mi mamá*".

Esta situación de violencia, castigos físicos, maltratos y abandono hizo que los chicos poco a poco se fueran de su casa, y así una de sus hermanas que hoy tiene quince años, Rita, también vive en lo de Juana, junto a su bebé de 8 meses. Tanto Patricia como su hermana Rita fueron violadas por su padrastro, con conocimiento de la madre.

Patricia tenía una amiga de 21 años que vivía acá en Posadas, y que la trajo para trabajar como prostituta, pero si bien es cierto que Patricia ganaba más dinero aquí (\$30 equivalente a U\$30 actuales) por cliente, no se quedó en Posadas porque no tiene a sus familiares... "*acá tengo todo*".

Además en Posadas varias veces cayó presa por razzia de la Policía y sintió mucho miedo.

Cuando se refiere a su tía Juana, señala que las cuida, pueden comer lo que quieren, además controla que los clientes usen preservativo, y que cada cliente pague \$15, de los cuales \$10 le que dan a ellas y \$5 son para su tía.

Solo cuando no vienen clientes al bar salen a buscarlos por la calle; en el bar-prostíbulo se ocupan por las noches; los clientes que vienen son todos "chicos y buenitos", además Patricia tiene algunos clientes fijos. Patricia no tiene quejas de los clientes, afirma que *"son buenitos... me tratan bien..."*

Comenta que en ese bar siempre están entre cinco y seis chicas; algunas son de Posadas y una de Dos de Mayo, unas se quedan ahí varios meses y *"otras se van de la Juana"*.

Patricia reconoce que si sigue en lo de su tía Juana tiene que seguir en actividades de prostitución, porque... *"siempre tengo que atender a los clientes"*, además tiene que *"querer a los que le dan plata"*. Reconoce que quiere salir de esa situación "de la joda", y prefiere trabajar en casa de familia en Posadas.

P. es maltratada por su madre quien le exigía hacerse cargo de las tareas domésticas y del cuidado de sus hermanos menores; *asume estas condiciones como parte de lo que le toca vivir a una niña de esa clase social, no se considera víctima de la violencia estructura que atraviesa su familia*. Fue violada por su padrastro con conocimiento de su madre, *pero no se escandaliza ante el hecho, también su hermana- y quizás su madre - pasaron por los mismos actos y siguen viviendo; víctimas pasivas del abuso sexual, de situaciones incestuosas*. La madre obligaba a P. a mantener relaciones sexuales con varones adultos a cambio de bebidas alcohólicas; *el intercambio en sí no la sorprende, sí le molesta que son tipos desconocidos y grandes, la cosificación de su persona no se registra*. En sus actuales condiciones de vida con su tía, no advierte daño alguno: trabajo doméstico y prostitución, control del pago y el uso de los preservativos. *La vida en el bar-prostíbulo es buena: hay comida suficiente, tiene a sus familiares (hermana, sobrino, tía) y considera justo pasar parte del dinero recaudado a quien la cuida y protege*. P. no se siente explotada por sus clientes, la tratan bien. *El pago recibido compensa los servicios que ella presta, además sus clientes son jóvenes y buenos*. Trabajar como empleada doméstica en Posadas es la meta con la que se ilusiona; *es el único indicio para rebelarse ante su condición de joven prostituida*.

Las condiciones estructurales son constrictoras, la familia de origen no dispone de los recursos afectivos y materiales para cuidarla, el prostíbulo familiar se impone como el mejor lugar. Los referentes adultos le confirman con sus actos que esta elección es

correcta, ella les cree y la actúa. Su ideal de trabajar como doméstica en otra ciudad constituye la única pista para imaginar "algo mejor".

Caso 2.

Lucía tenía cuatro años cuando el padre asesinó a su madre, ocho hermanos quedaron huérfanos. Lucía perdió contacto con su padre, y luego con sus hermanos, mezcla indescriptible de rencor y dolor hacia su padre.

La mamá trabajaba en el Hospital de Iguazú, limpiando consultorios, y su papá hacía changas por el pueblo (cortando pasto y arreglando jardines), después del asesinato de la madre Lucía no tuvo noticias de su padre por mucho tiempo...y la familia se desintegró. Una monja del Colegio de Fátima (Posadas) los trajo desde Iguazú a Posadas a ella, a dos de sus hermanas y a su hermano varón... Las nenas fueron internadas en el Hogar de Niñas "Paula Albarracín", y al varón se lo llevó el padre Javier a la Capilla "Beato Roque Gonzalez"; este sacerdote lo ayudó a terminar la primaria, y comenzar la secundaria, luego lo trasladaron al seminario diocesano, donde estuvo dos años...esta experiencia, fue muy buena para su hermano.

Durante la primer infancia, los días de Lucía transcurrieron en el Hogar de niñas, las reglas eran muy estrictas, siempre había horarios para comer, bañarse y para ir a la escuela, no estaba permitido tener amiguitas que no fueran del Hogar, había que aceptar a todas las demás de ahí, sin derecho a reclamar nada, porque las celadoras eran muy exigentes ...como Lucía no tenía a nadie que la sacara los fines de semana, sus salidas estuvieron permitidas solamente para ver a su hermano en el seminario de Fátima. Terminó la escuela primaria, y luego comenzó la secundaria.... esto significó un acontecimiento muy importante para Lucía, pues llegó el momento de plantear a las autoridades del Hogar, el deseo de trabajar fuera de la Institución; ya para entonces Lucía tenía 16 años. Con todas las esperanzas puestas en un trabajo, que le permitirá esa libertad tan ansiada, poder *"charlar y reír con otras personas que no fueran las del Hogar, escuchar otras voces y experimentar otras sensaciones"*. A través de sus compañeros de secundario consiguió un trabajo de telefonista en una radio F.M. de Posadas.

Tuvo su primera experiencia sexual con un compañero de la radio, Ismael. Era una noche de fiesta para todo el personal, ella quería ir pero las reglas del Hogar no le

permitían; en un acto de rebeldía se escapó por la ventana. Ismael con engaños se aprovechó, entre forcejeos y cuestionamientos, mantuvieron relaciones sexuales sin siquiera tener afinidad con él. Durante cinco años Lucía trabajó en la Radio, los dos primeros aún vivía en el Hogar. Cursaba el segundo año en la EPET n° 2 cuando quedó embarazada, se refugió en un Hogar de tránsito para madres solteras en el Barrio Sesquicentenario, de Posadas. Tuvo un varón que murió a los cuatro meses de un paro respiratorio; siente un profundo agradecimiento hacia la encargada de este Hogar, una mujer que había vestido los hábitos de monja, y que sabía escucharla y le brindó apoyo ante tanto dolor.

Regresó al Hogar Paula Albarracín (aún no había cumplido los 18 años), fue recibida con limitaciones, las aceptó pues al fin y al cabo esa era su única "casa". Como la consideraban con cierto grado de responsabilidad, le permitían algunas salidas; en una de éstas conoce a una señora "amiga" que le ofreció trabajar en la calle. Lucía ante la desesperación por tener algo de dinero aceptó la propuesta y salió con esta mujer y sus cuatro hijas, quienes también estaban en la calle prostituyéndose.

A los pocos meses Lucía se enamoró de un muchacho de su edad, 17 años, y decidieron ir a vivir juntos; él la conocía del barrio pero no sabía a qué se dedicaba, hecho que produjo grandes peleas, insultos y decepciones en la pareja. Pero él necesitaba dinero constantemente pues "se falopeaba", y ella lo traía todos los días aunque él le reprochara su manera de ganarlo. Lucía, emplazó a su marido, aclarando que él no tenía ningún derecho a reclamar, pues no aportaba nada a la casa; él aceptó la situación, pero la relación se fue desgastando. Al año de estar conviviendo, y sin dejar la prostitución Lucía quedó embarazada, nació una nena, él no quería ver a su hija...pasados varios días, preguntó por la beba, y recién allí la conoció...

Cuando Lucía volvió a su casa percibió que nada había cambiado, todo estaba por hacer: las cuentas en el almacén sin pagar, nada para comer, y encima *"había que preparar el cuerpo, ahora debilitado por el parto, para empezar nuevamente a ofrecer servicios y sacar ganancia"*... Esta situación de desamparo, soledad y explotación, le produce a Lucía un sabor amargo en sus recuerdos; ahora había que trabajar para tres y no solo para dos.

Cuando Lucía salía a la calle, la beba quedaba al cuidado del marido o su suegra... Pasado un año, recibió la visita de una hermana mayor que fue a conocer a la beba. La

visita le trajo mucha alegría, pues podía contar en su rol materno con alguien allegado a ella... éstas expectativas generaron en Lucía más fuerza para prostituirse y creía, estar construyendo junto a su esposo un ideal de familia al que no tuvo acceso... Pero su esposo eligió a su hermana como esposa y se quedó con la hija; amenazó a Lucía que haría pública su actividad de prostituta ante un Juez si generaba problemas. Solo los domingos veía a su hija un rato, como si fuera ella la tía y no la madre.

L. quedó huérfana de madre porque su padre la asesinó; los hermanos se dispersaron y fueron criados bajo la tutela de la iglesia: nenas en un orfanato de monjas y varón en un seminario de curas. *Víctima de la locura del padre y de las decisiones de la iglesia, no se reconoce como tal sino que ante la ausencia de los padres, por suerte la iglesia los amparó.* El acceso al nivel secundario, le permitió trabajar como telefonista en una radio; pero las primeras relaciones sexuales fueron forzadas y antes de los 18 años; varias relaciones amorosas y luego un embarazo inesperado, su pasaje a un hogar de tránsito para madres jóvenes y el niño que muere a los pocos meses, retorno al orfanato original. En su historia de vida se advierten hechos gratos como el inicio del colegio secundario, un trabajo extra-hogar, el nacimiento de un hijo; *pero en la secuencia de episodios no se reconoce como víctima, ni de los apetitos del compañero de trabajo (no lo denunció), tampoco de las limitadas alternativas de vivienda (hogares de la congregación), ni de la inesperada muerte del niño (desconoce la causa).* Prostituirse en la calle se presenta como una oferta de trabajo. *No se reconoce víctima de sus clientes, el dinero recibido compensa -según sus parámetros- lo que expone de su persona.* Forma pareja con un joven adicto que tolera sus actividades prostituyentes a cambio de la manutención y las drogas; *explotada por su pareja que no trabaja continua en la prostitución, sigue siendo explotada por sus clientes.* El nacimiento de su hija y el reencuentro con una hermana mayor plantean un nuevo horizonte que se ve opacado por la relación amorosa establecida entre su pareja y su hermana y el alejamiento de su hija. *Presa de la desinformación (desconoce que las prácticas prostituyentes son legales en forma autónoma) pierde el contacto con su hija sin elementos para salir de la prostitución y/o recurrir a terceros para recuperar a su hija.* La historia de Laura revela la acumulación de situaciones de violencia que padeció esta mujer a lo largo de su vida y los modos de soportarlas con escasos atisbos para

superarlas. La temprana ruptura de las relaciones afectivas y las limitadas respuestas estatales para revincularla con su familia ampliada, no le permitieron capitalizar los logros obtenidos en los ámbitos educativo y laboral. La sumisión sostenida a la pareja y a los clientes en la prostitución revela los escasos discursos que le señalaron otro modo posible de ser mujer: ni las monjas, ni sus compañeros de trabajo, ni el personal de salud, marcaron las situaciones de injusticia que atravesaba y la posicionaron para luchar por otros horizontes. La fueron conformando en su rol de “perdedora” como si ella eligiera esas situaciones y no que se las impusieran, los daños ocasionados son poco registrados. Ella no se siente una víctima sino una “persona con mala suerte”. Los mensajes del contexto siempre le confirmaron que las desgracias que le ocurrían eran comunes a otros, o el “justo precio” del afecto y/o un “buen pasar.

Caso 3.

Isabel, vivía en Bernardo de Yrigoyen y trabajaba como empleada doméstica en una despensa, el muchacho, Ramón, cadete en el mismo negocio, allí se conocieron. Entablaron relación como novios y él le propuso venir a Posadas porque tendrían mejores oportunidades. *Isabel comentaba que estuvieron viviendo una semana como marido y mujer... muy lindo todo... hasta que... fue un día y él dijo, mirá las cosas están muy feas yo no consigo trabajo, se nos terminó la plata así que vamos a tener que hacer algo, ¿y qué vamos a tener que hacer? y vas a tener que salir a trabajar a la calle, y la gran sorpresa de la chiquita de 12 años... venía de la chacra y que lo único que había hecho era trabajar de niñera.... y había mantenido esta relación sentimental con el muchacho... fue una sorpresa total, según comentaba, no?... pero por el gran amor que le tenía a su príncipe... hizo que de alguna manera aceptara la propuesta... pero una aceptación que nosotros sabemos bien... está basada en el estado de necesidad y el enamoramiento... ¿pero quién fue la encargada de arreglar la cuestión? La cuñada. Entonces el muchacho le dice: vos te vas a ir... a un lugar... yo te voy a dejar, te voy a bajar del auto, vas a conversar con una señora que ella es la mujer de mi hermano y ella te va a explicar lo que tenés que hacer... Así que... se fue allá estuvo parada en una esquina con la cuñada y la cuñada lo único que le dijo fue: mirá acá va a parar un tipo... en un auto o caminando... pero mejor en auto, esto era en la avenida Santa Catalina y ... no me acuerdo cuál es la que está sobre un hotel, el tipo viene y vos decile que... si*

quieren salir con vos tu precio es 50 pesos, que te tiene que pagar en forma anticipada y que tiene que ir a ese motel que está ahí. Así lo hizo unas cuantas veces y con las indicaciones exactas, exactas porque es una chica del interior con 12 años no puede saber eso si no que tiene que ser perfectamente enseñada, y vos llegas al motel y ya tenés que pedirle la plata guardas en tu carterita que vas a tener después te vas al baño, te higienizas y venís, vos, al lado de la mesita de luz eh?... seguro va a estar ahí vas a encontrar un preservativo, sabés lo que es un preservativo, hacele poner al tipo y ... bueno ... después mantené relaciones... si el tipo quiere alguna cosa más de las comunes que vos hacés con tu novio, por ejemplo, vas a tener que pedirle un poco más de plata, entonces si el te da, le cobrás , guardás y ... después haces lo que el te pide, eh?... A mí me impresionó cuando ella me contaba con lujos y detalles, porque... yo decía que en Bernardo de Yrigoyen un motel no debe tener todos los requisitos con los que debería funcionar. Entonces ella me decía, sí porque hay una puertita, hay un teléfono eh?... algunos me preguntaban si yo quería tomar o comer algo y yo por lo general no quería nada, si quería tomar Coca Cola ellos levantaban el teléfono y pedían, y después golpeaban la puertita y traían la Coca y yo tomaba , a veces los hombres tomaban algo también ... eh.. y los relatos acerca de ... como se manejaba con ... con el dinero que ganaba ella en su trabajo, todo hasta el último centavo que ella obtenía de su labor diaria que arrancaba a eso de las 5 de la tarde hasta las 10 de la noche no era mucho tiempo, ese era el tiempo que trabajaba y a veces un poco más temprano a las 4 de la tarde hasta las 8 de la noche más o menos..... Entonces ese dinero que obtenía le llevaba todo a y era buenito también, cuando se iba a Paraguay me compraba ropa, comíamos cosas ricas, y por la mañana yo dormía toda la mañana, era muy bueno... ¿pero qué pasó? Parece que él empezó a salir con otra chica y ella advirtió esa situación y se puso muy celosa no?, ese fue el desencadenante para que ella cuente la historia sino nunca se iba a saber tampoco. Entonces un día ella estaba muy mala porque le vió cruzar a él con otra chica cuando ella estaba trabajando, como ella había tenido una cierta experiencia en los manejos de nuestra policía pidió a uno de sus acompañantes , pidió que le lleve a la Seccional 3º de Policía y ahí contó toda la situación, eso era a las diez de la noche, la gente de la policía se sintió en una desesperación tremenda, nos llamaron, estábamos de turno, tomamos las primeras medidas del caso, como ser la internación de la niña en algún lugar.... Se trató

de localizar a la persona, costó un poco porque en este caso había una confusión con el hermano que también hacía la misma tarea... Pero se pudo determinar quién era... el que estaba trabajando con... ella y se lo detuvo a él y a la cuñada que fue un poco la iniciadora.... La cuñada era una mujer de unos 28 , 29 años...Sí experimentada, así que manejaba un grupo de personas....Claro, sí, lo que pasa es que la nenita de 12 años tenía un buen cachet dentro de... lo que... no es lo mismo seguramente una persona que está ahí con... la experiencia... ah, con el cuñado sí, sí, compartían las ganancias , pero esencialmente la plata la manejaba... el muchacho ...era solamente con... el novio de ella y yo supongo que... por ahí lo que dejaron vislumbrar fue que parte del dinero iba a parar para la cuñada que también hacía de controladora, de protectora en el lugar..." (Relato de un fiscal, Juzgado Penal de Posadas, 1998).

I. trabaja siendo una niña como empleada doméstica en un almacén a cambio de "casa y comida". Esta situación "es aceptable" pues se trata de una niña de padres separados que se entrega a otros adultos para que trabaje a cambio de su supervivencia: *ni los padres ni los adultos receptores reparan en la edad de la niña y su temprana victimización*. Su vulnerabilidad afectiva facilita el fuerte enamoramiento hacia un joven compañero de trabajo quien la prostituye, le ofrece el "apoyo de su cuñada experimentada". La relación afectiva con su pareja no le permite reconocer la explotación que éste ejerce sobre ella al introducirla *en los circuitos de prostitución, donde pasa a ser victimizada por su compañero, la regenteadora y sus clientes*. I. no reconoce violencia en el trato con sus clientes, tiene muchos resguardos según las instrucciones recibidas, la tratan bien, le convidan bebidas si quiere, pagan por estar con ella. El dinero pasa a su pareja quien reparte con la entrenadora y supervisora en las calles. Ni siquiera al considerar este aspecto advierte la explotación de su pareja, *la entrega del dinero es lo esperable, lo necesitan para vivir juntos*. Cuando advierte que su pareja tiene otra novia, sufre mucho; allí "se siente traicionada", por la infidelidad descubierta. Víctima del desencanto, *decide denunciarlo a la policía: es su primer acto de defensa de condición de mujer-esposa y como objeto de explotación*. Caen presos los tres: su pareja, la cuñada y el hermano que regenteaba a la cuñada. Este episodio marca *la primera ruptura que le permite visualizar su condición de víctima, se rebela, no se arrepiente de la denuncia*, admite que "la jodieron" los tres. Isabel es internada

en un hogar de niñas, pero no se siente a gusto ni la ropa que lleva corresponde al lugar de albergue; se encuentra marcada por la ropa y las costumbres aprendidas, diferentes a las de otras chicas de su misma edad. *Desde el Juzgado no logran localizar familiares de la niña en Bernardo de Irigoyen. Retorna a su condición de víctima por el abandono familiar, no hay quien reclame por ella y en el Hogar no la quiere tener en forma permanente, "su experiencia de vida no es la típica de una niña".*

Esta historia breve en años pero densa en maltratos y desamparos muestra cómo desde la familia de origen, las relaciones afectivas establecidas y el propio sistema judicial victimizan a esta niña quien ajena a su voluntad no encuentra lugar en el mundo, no tiene familia de referencia y no encaja en las organizaciones cuidadoras disponibles.

Caso 4.

Marta nació en Eldorado, es la segunda hija de un grupo de 7 hermanos, la madre abandona el hogar cuando ella tenía 10 años harta del maltrato y violencia hacia ella y sus hijos; tenía conocimiento de los abusos del padre hacia las hijas mayores pero pide ayuda a su familia y no la recibe. Decide migrar a Bs. As. Llevándose la más pequeñas de 5 años.

P. la mayor tuvo una hija producto de estas violaciones y abandona el hogar paterno dejando a su hija bebé, huye a casa de una tía en un barrio cercano y luego migra a Bs. As.

Los otros hermanos se van yendo de la casa cuando tienen entre 13 y 14 años los varones (buscan trabajo por su cuenta, pierden el contacto con la familia) y las mujeres entre los 12 y 13 temerosas de los abusos del padre, buscan refugio en casa de sus tías que habitan en barrios cercanos. M. queda sola a cargo de su sobrina con discapacidad y al poco tiempo resulta embarazada de su padre. El cambio en su situación de hija a "ama de casa a cargo de niños" termina de plantarla como la "señora del hogar" y de ese modo continúan los abusos de su padre con ella de forma natural.

Grandes revuelos en la escuela por su embarazo, su padre acusa al portero y ella acepta esa denuncia; abandona la escuela antes del parto, su primer hijo nació en el hospital y lo anotaron como hijo de padre desconocido con el apellido de la madre nada más. A los pocos años tuvo otro hijo que nació en la casa y su padre atendió el

parto, lo mismo ocurrió con los dos hijos siguientes, todos varones. El último según su padre nació muerto y lo enterró en el patio de la casa. Los anotaba en el Registro Civil de un pueblo cercano como nacidos en parto domiciliario de padres desconocidos, y con el apellido de la madre.

Los vecinos, los maestros de la escuela y unas tías, hermanas del padre, hicieron denuncias por la radio y en la policía sobre los abusos del padre hacia la hija e inclusive mencionaron los hijos producto de esas relaciones como la niña con discapacidad y los tres varones. Pero ante las indagaciones de los agentes policiales, de los periodistas, M. siempre negaba los hechos. Se mantenía recluida en su casa al cuidado de los niños, saliendo solo por asuntos de enfermedad, alguna reunión en la escuela y en la iglesia.

Solo pudo considerar la relación con su padre en otros términos cuando en las reuniones de catequesis se habló de las formas de violencia hacia las mujeres y pudo pensarse a sí misma en otros términos. El proceso personal de reconocimiento de su situación, 25 años de relaciones incestuosas con su padre y el nacimiento de cuatro hijos a quienes les dijo que el padre de ellos habían sido novios circunstanciales que no quisieron hacerse cargo y por eso los crió junto a su padre. Dolor y rabia acompañaron este proceso de toma de conciencia de M. al recordar su años de infancia y juventud.

Actitudes de agentes policiales (demorar el pase de la denuncia al Juzgado más de 48 horas, aludiendo "qué apuro tenés ahora si esperaste 25 años? Ahora sos la mujer y bécate", comentó una agente de la Comisaría de la Mujer) y de la defensoría (el testimonio de ella no era prueba suficiente para poner preso a su padre, solo el recuerdo de que poseía un arma de fuego sin permiso fue más fuerte que la presencia de 5 niños productos de los abusos y el cadáver del más pequeño oculto en el patio) pusieron en tela de juicio su tragedia y jugaron con los tiempos burocráticos sin pensar en la situación de crisis de la víctima. Apoyo pastoral y de los medios de comunicación (radio local principalmente y diarios provinciales) destacaron la gravedad del caso y la conectaron con el servicio de salud mental del hospital local.

El padre abusador, de su hermana mayor y luego de ella, ostenta ante sus hijos su autoridad como derecho adquirido por ser el padre. Los golpes y maltratos a su mujer e hijos, llevan a ésta primero y los hijos después, a abandonar el hogar. La mujer adulta y los hijos que huyen se sienten víctimas y se alejan del hogar. Cuando la hermana

mayor dio a luz a una niña hija de su padre que nació con retraso mental, la abandona y también huye, en su condición de víctima. M. queda como ama de casa y a cargo de la niña y agrega a sus funciones domésticas el rol de esposa; *no se reconoce como víctima, le parece que es normal lo que le ocurre: la ausencia de su madre y hermanos le confirma su nuevo rol de esposa y ama de casa.* Se embaraza del primer hijo de su padre, la maternidad fortalece su rol de esposa-madre; tampoco en esta situación se siente víctima de los abusos y acosos de su padre. A pesar del escándalo en la escuela y el barrio, se niega a entender lo que dicen vecinos y maestros, el miedo la paraliza. Pero *no alcanza a reconocer su situación de víctima porque es muy fuerte su rol doméstico de esposa-madre.* Abandona la escuela luego de tener al niño en el hospital; se encierra en la casa con los niños y su padre, rompe vínculos con el afuera. Confirma ante sus hijos la preocupación del padre por cuidarla a ella y a ellos ante el "abandono de sus padres", y pasa a configurar la novela familiar del incesto, atrapada en el juego del padre y comprometiendo a sus hijos y sobrina. Aunque es permanentemente amenazada con un arma de fuego si cuenta lo que ocurre en la casa, el miedo la controla y no le permite vislumbrar salidas. *Leves indicios de su condición de víctima le llegan desde la escuela, el centro de salud y es en las reuniones de catequesis donde se entera de diversas formas de explotación y violencia hacia las mujeres.* La iglesia es el único espacio seguro para su padre, jamás imaginó que allí se le revelarían otras posibilidades de vida. En ese contexto reconoce que su situación no es normal y decide pedir ayuda. Después de varios meses de reflexión *se siente una víctima de su padre y también de su madre y sus hermanos que la dejaron sola.* Agentes policiales y Defensor actúan minimizando su situación; se altera ante la lentitud de los tiempos burocráticos y se ofende ante la reprimenda de la agente policial. *Se apoya en quienes entienden su situación de víctima de larga data,* teme por la salud de sus hijos al enterarse de que el abuelo es el padre y de lo que ha padecido ella durante esos años. Recién a los 35 años puede pensar en sus hijos desde un rol de madre activo y protector. La prisión el padre la tranquiliza, se siente apoyada por sus vecinos. Su situación de víctima requiere protección, resiste las presiones del padre para que retire la denuncia y "todo vuelva a su lugar". Ella no duda y mantiene la denuncia espantada del tiempo que transcurrió en ese calvario sin "darse casi cuenta". *Intenta superar su condición de víctima y la de sus hijos también victimizados.*

Este relato muestra las dificultades para reconocerse como víctima que ha sufrido M., quien no logró decodificar los mensajes del entorno y quedó cautiva de los deseos y el poder de su padre. Sus padecimientos la fueron paralizando, la inmersión en la vida hogareña desdibujó la fuerza del contexto y recién cuando en su condición de adulta y con la saturación del maltrato, tuvo la posibilidad de pensar en la explotación y la violencia hacia las mujeres, repensar su situación y reaccionar. Inimaginable para su agresor que el grupo de catequesis produjera esta ruptura, aunque ella misma reconoce pequeños quiebres previos a la decisión de la denuncia. Las décadas transcurridas alarman frente al sufrimiento acumulado y la importancia de ser contundentes con los mensajes desaprobatorios.

Caso 5.

Perla tiene 45 años, nació en un campo de San Carlos (Corrientes) y cuando tenía 8 años quedó huérfana de madre, siguió viviendo con su padre y sus hermanos varones menores que ella junto a su abuela paterna. A los 10 años, después de su primera menstruación comenzó a ser abusada por su padre. Primero se sorprendió pero luego él insistía en que esas cosas también pasan entre padres e hijas; no obstante Perla lo comenta con su abuela y ésta le dice “aguantá, esas cosas les pasan a las mujeres” ... Y no habló con el padre ni la protegió de sus avances. A los 12 años el padre la trae a Posadas y la interna en un orfanato donde vive hasta los 18 años. Ahí comenzó a ir a la escuela (durante su vida en el campo nunca fue a la escuela, sus hermanos varones sí) pero “no me entraban las cosas en la cabeza, la maestra me hablaba pero yo no podía dejar de pensar en lo que mi papá me había hecho.... Eso me perseguí todo el tiempo y no me dejaba pensar en otras cosas... No le podía contar a nadie porque no me iban a creer.... Sufría sola...” No sabe leer ni escribir.

Al cumplir los 18 años tuvo que abandonar el Hogar, pocos meses antes se había enganchado con un muchacho unos años mayor que ella que trabajaba como chofer; se fueron a vivir juntos y tuvo cuatro hijos con él. El hijo mayor murió a los pocos meses de nacer porque ella estaba muy enferma de sífilis, luego de un tratamiento que hicieron los dos tuvo a los otros hijos: dos varones y una mujer.

Como la plata no alcanzaba para los gastos de la casa, su marido le exige que comience a trabajar, así fue como entró en los circuitos de prostitución los 22 o 23 años. “Sacaba

buena plata pero no me gustaba, te tocan todo y hacen con vos lo que quieren...”

Varios años estuvo en las calles y cuando su abuela murió y Perla fue al campo al entierro, regresó y su marido le había hecho una denuncia por abandono de hogar y le quito los tres hijos que tendrían entre 7 y 12 años. Peleó ante la Defensora pero como su suegra declaró que ella era prostituta y nunca estaba en la casa y no se ocupaba de los hijos, no tuvo forma de quedarse a cargo de ellos, además le prohibieron verlos.

Pasaron casi 10 años, ella seguía en la calle como prostituta, tuvo algunas relaciones de pareja pero todos interesados en sacarle la plata (no los mencionó como cashos pero parece que esa era la función que cumplían) hasta que se enteró que su hijo mayor estaba internado en Manantial por adicción a las drogas, fue a verlo y el muchacho la rechazó aduciendo que ella nunca se preocupó por ellos e incluso su hija que lo acompañaba no quiso hablar con ella y le dijo “cosas muy feas, que no los quería que nunca me había cuidado en los embarazos, que tomaba bebidas alcohólicas, que los tenía siempre sucios, todas cosas inventadas” por su ex-marido y su ex-suegra.

Después de cumplir los 40 “nadie te busca en la calle, ya no podés sacar dinero”, Perla se encontraba muy mal de salud con una afección pulmonar, estuvo internada casi dos meses en el hospital. Al salir se acompañó con un muchacho más joven que ella (25 años) del mismo culto (evangélico) y viven junto a la hermana de él y su pareja. Su actual cuñada tuvo un bebé que no quería criar, lo dejó en el hospital; Perla y su marido lo retiraron y lo crían como su hijo: el nene les dice mamá y papá, está junto a ella todo el día. Ella ahora no trabaja fuera del hogar porque su pareja gana bien (trabaja en la construcción).

Participa desde hace casi un año en un proyecto barrial de formación de promotoras para la prevención de violencia contra las mujeres, aporta con su experiencia de mujer maltratada.

P. sufre relaciones incestuosas con su padre y lo comenta con su abuela; *se siente víctima: él le causa daño y no puede eludir la situación* (vive en el campo, alejados de todo), admite las marcas (no puede concentrarse en la escuela). Durante los años transcurridos en el Hogar no se sintió víctima sino una niña rescatada. Cuando establece relaciones afectivas con una pareja y éste la introduce en la prostitución para mantenerla familia *se siente explotada por su pareja y por sus clientes, el pago no compensa lo que ella siente; se siente víctima*. Al ausentarse por la muerte de su

abuela, su pareja le ha quitado los hijos por abandono de hogar y descuido; reconoce el maltrato del compañero y la complicidad de su suegra al quitarle los hijos que era "lo único bueno que tenía en la vida". Pelea ante la Defensoría pero no logra recuperarlos. Cae enferma, los años de prostitución la tratan mal y se retira. *Se siente víctima por los daños sufridos* (abusos del padre, maltrato del marido y la suegra, rechazo de sus hijos) *su falta de oportunidades* (prostitución o prostitución) *y los efectos en su persona* (analfabetismo, desgaste físico, pérdida de interés en la vida). Su "salvación" pasa por la incorporación a un culto religioso, una relación de pareja "amorosa" (él es más joven, la cuida, no le reprocha nada) y la adopción de un niño. *Considera que está saliendo de su situación de víctima aunque hay cosas que no se pueden cambiar que la siguen dañando* (abusos del padre, maltrato del padre de sus hijos).

La resignación de la abuela de P. al negarle apoyo en su infancia muestran la naturalización de los actos incestuosos, la vida en el orfanato experimentada como un premio denota la falta de opciones. La prostitución como medio para ganar dinero se visualiza en el momento como la única alternativa y la responsabilidad ante sus hijos lo justifica todo, hasta soportar las relaciones sexuales con los clientes. La pérdida de los hijos la destruye, la avanzada tuberculosis que la tuvo tres meses internada en el hospital con riesgo de muerte es reconocida por ella "casi como un suicidio". Su nueva vida, es producto de la "salvación" al ingresar a un culto evangélico, formar una nueva pareja y criar un niño, pero estas reparaciones le resultan insuficientes. La revisión de su pasado le devuelve numerosas situaciones victimizantes que reclamó: ante su abuela, ante su pareja, ante el sistema judicial, pero no le respondieron.

Quizás una primera lectura comparativa entre estos relatos exija tener en cuenta la edad de nuestras informantes cuando las contactamos, la perspectiva de una niña de 12 años es diferente de la de una mujer de 45 que ha atravesado semejantes situaciones. Del mismo modo, las alternativas laborales que se le presentaron a una mujer analfabeta no han sido las mismas que tuvo una con educación secundaria. La condición de abandono desde muy pequeñas, tornó más vulnerables a estas niñas: unas por ser huérfanas de madre, otras por pertenecer a grupos familiares en crisis donde las mujeres adultas huyeron para salvarse. Las respuestas de cada contexto han

sido diferentes, algunos con mensajes más claros que otros; pero de todos modos la naturalización de la violencia hacia las mujeres primó situándolas en el lugar del sufrimiento, con limitadas oportunidades para experimentar el rol de víctimas.

El **término VÍCTIMA** ha sido objeto de extensos debates por sus múltiples connotaciones: desde constituirse en una etiqueta que engloba muy diferentes fenómenos, hasta establecer señas en los sujetos que los estigmatizan. Así utilizamos en nuestro vocabulario diversas nominaciones para fenómenos semejantes: mujeres maltratadas, mujeres víctimas de la violencia sexual, víctimas de la violencia de género, mujeres golpeadas, mujeres sobrevivientes, entre otros (Schneider 2010).

La elección de alguno de estos términos implica no solo una palabra sino una idea, si mantenemos el uso del término **víctimas de la violencia sexual y/o de género** es porque éste nos resulta contundente para dar cuenta de los fenómenos que intentamos describir. Y aunque muchas mujeres y niñas no se reconozcan víctimas de la violencia, somos nosotros, los "otros" quienes tenemos que situarlas en este rol, tan difícil de asumir por los confusos y ambiguos mensajes que les devuelve sus contextos de vida.

Si tomamos como **VÍCTIMAS** a las personas que sufren un daño (de diverso tipo, sea físico, moral o material) en una situación impuesta (que no pueden evitarla), que les deja una marca o un estigma (señas difíciles de borrar corporal, psíquica o socialmente)⁴. Las historias presentadas revelan la sucesión de episodios que fueron "marcando" la vida de estas mujeres aunque en numerosas oportunidades - observamos en los relatos precedentes - las mujeres no se sintieron víctimas, por las dificultades para registrar la violencia ejercida contra ellas. Si analizamos otra definición que señala "la víctima es la persona que padece la violencia a través del comportamiento del individuo - delincuyente- que transgrede las leyes de su sociedad y cultura" (Marchiori 2009:2), aquí la referencia al "otro" que genera los actos violentos devuelve el carácter social de esta condición, generada en la interacción con "otros"

⁴ Según Naciones Unidas (1985) "se entenderá por víctimas a las personas que, individual o colectivamente hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros incluida la que proscribe el abuso de poder".

que no respetan las normas y reglas sociales. Y cuando quienes tienen que señalar esta falta de respeto hacia las normas desde su responsabilidad como adultos (por ejemplo una abuela, una madre) inclusive como funcionarios del estado (un maestro, un defensor, un agente policial) desconciertan sobre su real sufrimiento a los sujetos que padecen la violencia. La negación de las situaciones, la minimización de los efectos de los actos van conformando el proceso de naturalización que impide a las propias víctimas reconocer su situación de tales, el ejercicio del rol de víctimas.

¿Cómo asumimos un rol social? Durante el proceso de socialización vamos internalizando las pautas de nuestro sistema socio-cultural y así construimos nuestras subjetividades. En todas las sociedades son necesarios los comportamientos normatizados para garantizar el funcionamiento y reproducción del orden estructural; asumimos diferentes roles según los contextos de interacción; éstos constituyen la bisagra entre la estructura social y los sujetos. Pero no todos internalizamos las mismas reglas y pautas, cada sujeto incorpora y actualiza de modo singular los roles que desempeña. **Cada rol se caracteriza por una serie de atributos específicos** pero esto - como señala E. Menéndez (1999)- “no implica necesariamente una interpretación uniforme, homogénea, fija de los comportamientos, ya que solo reconoce una serie de atributos básicos...” (Menéndez 1999:24).

El desempeño de un rol supone que el sujeto se comporte de acuerdo con los atributos básicos que lo definen en ese entorno, los “otros” responden según las expectativas del rol en juego. Así, si nosotros definimos el rol de víctima a partir del sufrir un daño, no poder escapar de esa situación y las marcas visibles e invisibles que deja esta vivencia; cuando quienes atraviesan situaciones de violencia sexual y/o de género y no se reconocen como víctimas no es porque le falten los atributos específicos del rol sino que **las respuestas de su entorno le niegan el ejercicio de ese rol al naturalizar los daños sufridos, la inevitabilidad de la situación o ignorar las marcas** (sean físicas, psíquicas o sociales).

Otros atributos que ponen en juego los “otros” como la sospecha sobre la forma de actuar de las víctimas (supuesta actitud activa ante el hecho, provocativa), la pasividad y la paralización (sin capacidad de reacción, no resisten, aceptan los hechos), el sometimiento, pueden considerarse aspectos complementarios pero no definitorios del rol de víctima. Estaríamos ante diversos modos de ejercer el rol de víctimas, como

pasivos o activos, de modo permanente o transitorio, etc. Pero básicamente lo que nos interesa destacar es **cómo los sujetos analizados experimentan los hechos que protagonizan** y esto no depende exclusivamente de ellos sino fundamentalmente del contexto, es decir de **las reacciones de esos "otros" frente a esos hechos**. Por ello al plantearnos cómo se construye el rol de víctimas tenemos que considerar no solo la perspectiva de los protagonistas sino la concertación con los "otros" en las situaciones de interacción, lo que define el contexto socio-histórico.

Un sujeto que desarrolla su vida en sociedades como las nuestras, ejerce una multiplicidad de roles, y muchos de éstos se hallan en contraposición o resultan incompatibles entre sí, segmentando de ese modo la subjetividad de los actores. Para triunfar en el mercado laboral se requiere alta competitividad en el rol de trabajador pero, este atributo resulta incompatible con el ejercicio de las relaciones materno-filiales en el ámbito doméstico; por ello, se requiere cierta plasticidad para jugar con éxito en los diferentes contextos de interacción. Pero, paradójicamente **este ejercicio de fragmentación que resulta tan útil para desempeñarse en la complejidad**, resulta un instrumento imprescindible para soportar situaciones dislocantes como las que han atravesado nuestras informantes: ser madre y hermana a la vez; hija y esposa; compañera y esclava; niña y proveedora, entre otras variaciones. "Dados los espacios y procesos sociales donde el sujeto debe desempeñarse, (...) cada uno de los sujetos necesita desarrollar un trabajo de articulación de roles, así como un trabajo para convencer a "los otros" de quién es él como sujeto, en función de los roles que está cumpliendo" (Menéndez 1999:28). Este dinamismo en los escenarios y las formas de interacción han llevado a concebir la subjetividad como provisional e intercambiable pero que no como quiebre de la identidad de los actores.

Podemos reconocer entre las dificultades para asumirse como víctimas que han tenido las mujeres entrevistadas, ciertas implicancias del rol que las desvalorizaba aún más: la sumisión, la subordinación, el sentimiento de inferioridad, la vergüenza, los prejuicios y la desconfianza de los demás hacia sus actos. **La no asunción de su condición de víctimas es producto del proceso de naturalización de prácticas aberrantes y violentas hacia las mujeres y más aún hacia las mujeres niñas.**

La condición de víctimas que se juegan en el ámbito doméstico no necesariamente se traslada al campo laboral, aunque los efectos sobre los sujetos conducen, si los

procesos violentos son sostenidos, a una paulatina retracción o acostumbramiento a los padecimientos que hacen tolerables situaciones de injusticia e inequidad en otros espacios sociales. Ser víctimas de violencia sexual y/o de género no transformó mecánicamente a las mujeres protagonistas de los relatos en sujetos pasivos, mantuvieron latentes (registros de discursos incorporados en la primera infancia, por ejemplo) o divisaron algunos indicios (mensajes que les habilitaron a pensar se de otra manera) que les permitieron vislumbraron que no todo lo que les pasaba a ellas les pasaba a otras. Así cuando lograron darse cuenta de que lo que les ocurría no era “lo normal”, “lo habitual”, apelaron a su capacidad de agencia, lucharon de diferentes modos (hablando, denunciando, huyendo) pero reaccionaron e intentaron superar esas situaciones con diversos grados de éxito. Por ello, **la condición de víctimas no es una etiqueta inamovible, es histórica, resultante de un proceso de construcción de ese rol así como de desarticulación del mismo**, una vez superadas las situaciones de violencia.

A modo de reflexiones finales

El análisis sobre los casos relatados da cuenta de serios desbalances en las relaciones de poder, entre víctimas y victimarios, en posiciones difíciles de cambiar por los efectos de la **dominación masculina** (Bourdieu 2000; Segato 2003) ejercida tanto directa como sutilmente en las prácticas de la vida cotidiana. La persistencia del sistema patriarcal se hace evidente en estas sospechas que se agregan al comportamiento de las mujeres que “parecen merecer lo que les pasa”; o las justificaciones para compartir responsabilidades, “los dos tenemos que aportar, vos también tenés que trabajar” sustentando la ilusión de cambios en las relaciones de género que más bien incrementan la desigualdad al ocultarla aún más pues lo que se presenta como oportunidad laboral es explotación.

Los hechos relatados ponen en evidencia cómo nuestras protagonistas se hallaban ante situaciones inevitables, en un **“estado de dominación”** en palabras de Foucault (2007): [cuando] “las relaciones de poder, en lugar de ser móviles y permitir a los diferentes intervinientes una estrategia que las modifique, se encuentran bloqueadas y fijadas. Cuando un individuo o un grupo social llegan a bloquear un campo de relaciones de poder, volviéndolas inmóviles y fijas, e impidiendo toda reversibilidad del

movimiento –mediante instrumentos que pueden ser tanto económicos, como políticos o militares-, estamos ante lo que se puede denominar un estado de dominación” (Foucault 2007:57).

Tomar conciencia del estado de dominación y de sus límites requiere cadenas o secuencias de interacciones, contactos con “otros” que nos permitan reconocer cuál es nuestra situación; el aislamiento, la soledad, el encierro solo confirman la “naturalidad” de lo que nos ocurre y la “inevitabilidad” de su recurrencia. Las mujeres que atraviesan procesos de victimización en pocos momentos logran advertir lo que les ocurre, y si ante estos “chispazos” la respuesta que reciben de su entorno es la minimización de los hechos, el descreimiento o la naturalización, confirman que “deben seguir así” que “no hay otras opciones”. Por eso **asumir el papel de víctimas resulta difícil** porque es situarnos en una relación desventajosa que nos hace daño, difícil de sortearla – pero no imposible- y que nos ha marcado.

A modo de cierre, nos interesa destacar que las dificultades para sumir este papel de víctimas no residen necesariamente en las mujeres quienes “no registran lo que les pasa”, “son relajadas”, “no escuchan a sus hijas”, “no les importa nada” sino en **las respuestas que fueron recibiendo a lo largo de sus vidas** cuando compartieron sus experiencias de violencia y no les creyeron, minimizaron sus efectos, o les exigieron resignación. Lamentablemente estos fueron procesos acumulativos, se fueron agregando situaciones de violencia de diversos órdenes que en algunos casos demandaron décadas para darse cuenta de su condición de víctimas pues se va formando una coraza protectora que permite que los efectos del maltrato y la violencia nos lleguen cada vez más difusos.

Las diferentes reacciones de las mujeres ante similares padecimientos exigen trabajar sobre el eje diacrónico para comprender las situaciones actuales, por ello quizás como aportes desde la Antropología Social para intervenir en casos de violencia sexual y/o de género sea **recomendar la reconstrucción de los relatos de vida**⁵ y no solo

⁵ Como se trata de una larga tradición en el campo antropológico numerosos investigadores han utilizado las historias de vida como forma de recuperar la visión de los sujetos sobre sus propias vidas, se pueden consultar textos como los de O. Lewis *Antropología de la pobreza*. Fondo de Cultura Económica. México, 1961, F. Ferrarotti *La Historia y lo Cotidiano*. Centro Editor de América Latina, Bs. As. 1990, entre otros.

quedarnos con los diagnósticos socio-ambientales que constituyen una fotografía, no logran revelar cómo se van configurando estas secuencias de maltratos y violencia.

Bibliografía mencionada:

Bourdieu, Pierre *La dominación masculina*. Barcelona. Ed. Anagrama, 2000

Foucault, Michel *Sexualidad y poder y otros textos*. Barcelona, Ed. Folio, 2007.

Marchiori, Hilda *Criminología. La víctima del delito*. México. Editorial Porrúa. 2009.

Menéndez, Eduardo "Continuidad/discontinuidad en el uso de conceptos en Antropología Social" en Neufeld, M.R., Grimberg, M., Tiscornia, S. y Wallace, S. Compiladores *Antropología Social y Política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. Bs. As. Eudeba, 1999.

Naciones Unidas *Documento del Séptimo Congreso de Naciones Unidas sobre prevención del delito y tratamiento del delincuente*. Milán, 1985.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) *Informe sobre Desarrollo Humano Argentina*. 2005.<http://content.undp.org/>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre Desarrollo Humano Argentina*. 2009<http://content.undp.org/>

Schneider, Elizabeth "Mujeres maltratadas y la elaboración de leyes feministas: definición, identificación y desarrollo de estrategias" en Di Corleto, Julieta (Comp.) *Justicia, género y violencia*. Bs. As. Librería Ediciones, 2010.

Segato, Rita L. *Las estructuras elementales de la violencia*. Bs. As. Ed. Universidad de Quilmes, 2003.

ANEXO I: Publicaciones

I.3. Publicaciones en Congresos

GT19 Políticas Públicas y Sexualidad: Aportes desde la antropología Social

Ni míos, ni tuyos: dónde quedan los jóvenes menores en las políticas de atención a víctimas de trata de personas en la Provincia de Misiones.

Autor: **Fretes, Lucía Mabel, UNaM - CONICET,**

Introducción

El objetivo de este trabajo es generar una mirada crítica acerca de la implementación de las acciones y políticas públicas de atención a las víctimas jóvenes rescatadas de trata de personas, remarcando que la adopción de posturas transversales deja en un terreno de desprotección a los mismos jóvenes y sus derechos. Un análisis acerca del recorrido que transitan las jóvenes menores víctimas de trata de personas⁶, dentro y fuera de los Organismos Estatales desde el momento de ser rescatadas hasta su reinserción social denota una puja de poder interministerial, una división tácita de tareas, separación formal de las responsabilidades en la atención y, como corolario, acciones reales que no respetan ese acuerdo y que actúan en detrimento de las acciones de atención de las víctimas.

Tomamos esta situación como ejemplo para problematizar las políticas sociales relativas a la sexualidad, salud y violencia; viendo cómo las decisiones a nivel Estado pueden traer consecuencias de mayor precarización de las condiciones de las víctimas. El análisis se encuentra atravesado por tres conceptos claves: género, juventud y poder.

Para esto hemos trabajado sobre información relevada entre fines de 2009 y marzo de 2011 en la ciudad de Posadas, centro que nuclea los diferentes órganos estatales relacionados con la atención a las víctimas y del que se distribuyen las acciones en el

⁶ La adopción del género femenino en este trabajo tiene que ver con un dato empírico: las mujeres abarcan todos los casos de rescates de redes de trata de personas en la Provincia de Misiones, esto tiene que ver además con el sesgo marcado que refuerza el vínculo entre trata de personas y explotación sexual, no encontrándose otras tipificaciones del delito (tráfico de órganos, explotación laboral o servil, etc.).

resto de la Provincia⁷. Se realizó trabajo de campo, consistente en observación de acciones, reuniones ministeriales y de comisión legislativa, trabajo de rutina en diferentes oficinas públicas, etc. Se realizaron entrevistas a diferentes actores claves: funcionarios, técnicos y encargados⁸, se recopilaron entrevistas informales y charlas de pasillos. Se analizaron documentos (planes, programas, leyes) y datos secundarios, como notas y artículos periodísticos, material proveniente de los cursos y capacitaciones propuestas desde los organismos de gobierno. En otras palabras, se utilizó la etnografía para interpelar el fenómeno trata de personas desde un nivel micro y así ver las características específicas que adquiere esta puja de poder en la intervención a víctimas menores rescatadas en la Provincia de Misiones, que se constituye como núcleo fuerte de trabajo respecto de la temática en el país⁹.

Trata de personas características generales

La trata de personas es un fenómeno complejo que incluye el tráfico para la explotación sexual, trabajo servil, venta de niños y bebés (adopción y tráfico de órganos), en el que se reconocen tres aspectos: acción (el reclutamiento, transporte, transferencia, detención o recibo de personas); medios (amenaza, fuerza, formas de coerción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder, vulnerabilidad); propósito: (lograr el consentimiento de una persona y adquirir el control con el propósito de explotación). (Schiavoni, et.al.2010). En este sentido, el fenómeno pone el énfasis en la coacción directa y en la no voluntariedad de la situación. (De la Isla et.al 2008:15).

Existen dos formas de trata de personas, la primera "*trata interna*", implica el traslado de víctimas de una provincia a otra (siguiendo rutas de norte a sur, este a oeste, y otras dentro del territorio nacional y la "*Trata externa*" que tiene dos variantes, tanto al ingresar extranjeras de países limítrofes (preferentemente Paraguay y Brasil) para su

⁷ Salvo organizaciones de la sociedad civil, los órganos que trabajan con trata de personas se centralizan en Posadas y derivan capacitaciones, acciones, entrevistas, etc. al resto de la provincia, e incluso provincias vecinas (Corrientes, Santa Fé y Entre Ríos).

⁸ En esta instancia no se incluyen entrevistas en persona a víctimas rescatadas por acuerdos institucionales, aunque se incluirán en una etapa posterior. Se reconoce la voz de los jóvenes desde testimonios y declaraciones de los mismos en documentos estatales.

⁹ Entre los Organismos Públicos, una de las Provincias de referencia para el trabajo con trata de personas es Misiones. Se reconoce como más importante la Fundación María de los Ángeles en Tucumán, aunque ellos trabajan en forma autónoma y con fondos internacionales.

explotación en Argentina, como exportar víctimas (nacionales y extranjeras) a otros países. (Isla y Demarco, 2008:31)

La secuencia que transitan las víctimas al ingresar a las redes de trata ha sido ampliamente tipificada¹⁰, e implica una serie de condiciones originales de las víctimas que permiten su ingreso y captación (contextos de vida, vulnerabilidad, condiciones del grupo y pueden existir eventos o hechos detonantes, como abusos o violencia). En segundo lugar se da la captura, a través de diferentes ofertas (trabajo, salarios altos, casamiento, etc.) la preparación, contacto y reclutamiento. Se traslada a la víctima (por medios terrestres principalmente colectivos, autos y remises en las ciudades). Una vez en destino se reconoce la condición, se revelan las actividades y se las entrena (depende de la docilidad de la víctima, sino se las relocaliza, golpea, droga, amenaza, etc.). Por último realizan las actividades (serviles, prostibularias, etc.). En algunos casos se producen planes e intentos de escape. El rescate se da generalmente por denuncias de terceros, investigación de fuerzas de seguridad (policía, gendarmería, aduana y prefectura) o requisas por otros delitos o en el traslado¹¹.

La novedad de la trata de personas reside entonces, en la articulación de estas prácticas delictivas en un mismo concepto, contemplando en una secuencia de acciones con miras a un fin determinado, que de otra forma no serían punibles (traslado, captación, etc.). En este sentido, cada uno de las prácticas delictivas afines – el tráfico de personas, la explotación sexual, la supresión de identidad, el secuestro, etc. – aparecían como delitos aislados, por ende se juzgaban como causas separadas. De igual manera, aunque se va configurando la articulación de redes trasnacionales, semejantes a una mafia organizada con fines de explotación, estas prácticas delictivas se circunscribían a una jurisdicción determinada dentro de un Estado-Nación. (Fretes, 2011). En este proceso de construcción de la trata de personas como delito, se firma en la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional – el 15 de diciembre 2000 – dos protocolos relativos al combate al tráfico de migrantes por vía terrestre, marítima y aérea y la Prevención, Represión y Sanción a la Trata de personas, en especial mujeres y niños¹². La conformación como práctica y

¹⁰ Cf. Isla y Demarco 2008, Schiavoni et. al 2010 y 2011, Barboza et al. 2006, entre otros.

¹¹ Schiavoni et.al 2010.-

¹² Denominado comúnmente *Tratado de Palermo*.-

su consagración en el marco internacional consiguió estipular lo que está dentro y fuera de los alcances de la trata de personas.

La trata de personas como hecho social puede existir porque es parte del imaginario social y de concepciones de género¹³ compartidas tanto por explotadores (usuarios, tratantes, etc.) como por la comunidad, y en esto se incluyen jueces, policías, funcionarios políticos, medios de comunicación, etc.(Rosato, 2006). Esta se sustenta en una institución basada en la división de género: el patriarcado. El mismo se define como el sistema de *“relaciones sociales sexopolíticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurada por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva oprimen a las mujeres también de forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia”* (Fontenla, 2007:258). Entonces la trata de personas aparece como la configuración de un delito, como *“un problema de derechos humanos y una manifestación persistente de la desigualdad de sexos y la condición de subordinación de la mujer a escala mundial”*. (Isla y Demarco, 2008:34) y como una práctica social, entendida esta última como un conjunto coherente, no siempre consciente, de comportamientos y actitudes identificables, en virtud de las relaciones sociales. (Kergoat, 1997)

Esto resulta importante porque las formas de entender, vivenciar, practicar e inclusive legislar referente a la trata de personas es diferente según el lugar y la combinación de fuerzas sociales, políticas y económicas de un momento histórico dado. Así las formas que adopta la trata de personas como fenómeno se conforman desde las generalidades que vienen dadas desde los organismos internacionales, las redefiniciones que vienen dadas por los gobiernos nacionales y locales, las legislaturas y las prácticas locales.

Características que adquiere la trata de personas en Misiones

¹³ La categoría de género propone un análisis relacional de lo social, que pueda incorporar las prácticas sociales y la interacción desde las construcciones culturales (movibles, contradictorias y complementarias) de las diferencias de sexo, y las conmutaciones que se haga de las mismas; teniendo en cuenta que la misma se incrusta en la totalidad de las prácticas sociales, mediada por un amplio espectro de instituciones (políticas, económicas, sociales) y que aparecen implícitas en las construcciones simbólicas, como el propio lenguaje (Conway et.al. 2001)

En concordancia con los lineamientos internacionales, en la República Argentina la trata de personas experimenta su ingreso en la agenda pública y la instalación de la misma como delito visible, culminando con la sanción de una Ley Nacional de trata de personas. La Ley 26.364 -conocida como la Ley de Trata- se promulgó en abril de 2008 con el objetivo de prevenir y sancionar el delito de la Trata de Personas y la asistencia a sus víctimas. (Fretes, 2011). A la que adhiere en el mismo año la Provincia de Misiones.

En la ley se definen cuatro ejes fundamentales para la acción del Estado: Prevención, Sanción, Protección y Asistencia Integral. En este sentido encontramos establecidos los derechos, protección y asistencia integral de las víctimas como conceptos que interrelacionan entre sí: derechos de las víctimas, la reserva de identidad y la confidencialidad de las actuaciones judiciales, así como la no punibilidad de las víctimas (art. 5). Para Noli esto tiende a garantizar la eficiencia y eficacia de la investigación para el esclarecimiento de la verdad de los hechos y la posterior condena de las redes de tratantes (Noli, 2010)

De esta manera se involucra la maquinaria del Estado en consonancia para dar el marco de acción y responder "por y para" las víctimas de la trata de personas, como garante de los derechos de sus habitantes. En estas dos líneas de acción respecto de la trata de personas, podemos encontrar el accionar de las fuerzas de seguridad, la justicia y el accionar del Estado desde sus órganos ejecutivos con respecto a las políticas públicas y sociales.

En particular las formas que adquiere la trata de personas en la Provincia de Misiones, podrían resumirse en la búsqueda y selección de jóvenes de nivel socioeconómico medio, medio-bajo o bajo; a las muchachas las llevan engañadas, con la promesa de un mejor trabajo; la realizan tanto mujeres como varones de la misma ciudad o forasteros que recorren los barrios y abordan a jóvenes con "buen cuerpo", ofrecen "altas sumas de dinero" y alternativas de trabajo en ciudades más al sur, proponen puestos como mozas, mucamas, empleadas domésticas y ayudantes de cocina, etc. En algunos casos vinculadas a restaurantes, bares y hoteles, y en otros sólo el ámbito doméstico; las que se resisten son obligadas a trabajar hasta que reúnen el dinero y pueden regresar; otras aceptan el cambio de rubro y llegan a quedar meses y hasta años. Al llegar descubren que allí también "trabajan" personas conocidas y en algunos casos muy

allegadas como primas, sobrinas, vecinas, compañeras de colegio. (Schiavoni, et al. 2010)

En relación a la temática de estudio en particular, se destacan diferentes factores como parámetros que inciden en la búsqueda de niños y mujeres: el perfil sociocultural identitario particular de Misiones (conjunción inmigratoria de origen, características fenotípicas, etc.), zona de frontera, turismo internacional, pobreza, exclusión social, etc.

Las acciones referentes a la lucha contra la trata de personas en la provincia de Misiones datan desde el año 2006 marcadas por una participación activa de la sociedad civil. Durante los dos años siguientes las organizaciones civiles asumieron las acciones de prevención y atención a las víctimas conformando un bloque que se denominó "Coalición Alto a la Trata". (Schiavoni, 2010) Por su parte, las acciones estatales respecto de la temática se encontraban desarticuladas y respondían a inquietudes personales de algunos funcionarios. De esta forma encontramos en el Ministerio de Desarrollo Social que se habían realizado acciones aisladas de atención a víctimas de trata de personas en menores, aunque no se llegó a conformar una Dirección o Secretaría concreta.

Ya a finales de 2007 y principios del año 2008, articulando con diversos organismos estatales, se crea el Ministerio de Derechos Humanos con un área específica abocada al trabajo con trata de personas dentro de la Secretaría de Igualdad de Oportunidades: el Departamento de Lucha contra la Trata de Personas. Los equipos formados en el Ministerio corresponden a un rejunte coyuntural de trabajadores inspirados por el tema y con voluntad de servicio de los más diversos orígenes: Ministerio de Salud, Luz Eléctrica, Ministerio de Educación y algunos contratados específicamente para el Ministerio de DDHH. Lo que supone un largo camino de acuerdos sobre la temática a abordar que no han sido resueltos aún, que dejan entrever tensiones en la forma de hacer y pensar la temática, y que muchas veces no permiten un análisis crítico a la hora de monitorear las acciones de cada profesional¹⁴.

¹⁴ Algunas funcionarias no poseen títulos universitarios, son vistas como elementos políticos que no cumplen otros roles. Aún entre los técnicos encontramos tanta diversidad que la palabra del profesional basta (ya sea un trabajador social, un abogado, un psicólogo) se adoptan sin revisión crítica. Hay que hacer notar que el Ministerio de Derechos Humanos, creado como mencionamos en paralelo a la ley de trata de personas, se va constituyendo como institución en función de su objeto de intervención "los derechos humanos". Estos últimos concebidos, no en

Por su parte las organizaciones civiles trabajan por su cuenta, aunque se los convoca a las capacitaciones y debates. Acuerdan el seguimiento de ciertas víctimas y colaboran con el aviso de denuncias (no llegan a ser denuncias, actúan como informantes policiales). Participan de la mesa de diálogo y mantienen comunicación directa con los funcionarios de los ministerios. El camino de estas organizaciones ha sido inverso al de los Departamentos estatales, ya que a partir de la ley de trata, han perdido participación en la temática en vez de consolidarse como fuerza de acción.

Al poco tiempo de la sanción de la ley se firmó un protocolo de atención provincial (que involucraba también colaboración mutua con Paraguay y Brasil), vigente a la fecha, que contiene los lineamientos de la atención a las víctimas de explotación sexual y trata de personas con un enfoque de horizontalidad en las competencias de diferentes ministerios.

El protocolo de acción de la Provincia de Misiones¹⁵ determina que en el rescate de víctimas de trata de personas se debe realizar en conjunto con las fuerzas de seguridad y debe participar personal del Ministerio de Derechos Humanos. En el caso que la víctima resulta ser menor debe darse participación a la Dirección de menores del Ministerio de Desarrollo Social. Está prevista la atención médica integral a las víctimas a cargo de un Hospital especial ubicado en las afueras de la ciudad de Posadas, así como proveer los medicamentos necesarios; estas aparecen mencionadas como acciones dependientes del Ministerio de Salud. Por otra parte, se supone la contención de las víctimas hasta las declaraciones y testimoniales en la justicia, a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (menores) y Ministerio de Derechos Humanos (mayores) junto con la evaluación del contexto de vida, posibilidades de regreso y vuelta a la sociedad. Finalmente, los Ministerios de Educación y Trabajo se comprometían a brindar alternativas de finalización de estudios y capacitaciones para la inserción laboral respectivamente.

De esta manera se fija como competencia del Ministerio de Derechos Humanos la atención de las víctimas de trata de personas adultas desde su rescate hasta la vuelta al hogar. Las acciones acerca de la temática confluyen en este organismo el que tiene a

su concepción abstracta omnicomprensiva, sino vivenciados de manera singular desde las mismas prácticas en forma de intervención.

¹⁵ La denominación completa sería "Protocolo de atención a las víctimas de explotación sexual y trata de personas". Firmado por Paraguay y Argentina, en Iguazú, localidad que es el epicentro de la triple frontera, lindera con Ciudad del Este (Paraguay) y Foz do Iguacu (Brasil)

cargo ayudar, coordinar y proteger a las víctimas rescatadas, así como las capacitaciones a los diferentes actores involucrados y la visibilización de la temática con campañas permanentes de sensibilización ciudadana. Se ocupó desde su creación de organizar una serie de capacitaciones en diferentes niveles: en la justicia (desde jueces hasta empleados), a las fuerzas de seguridad (desde policía, prefectura, gendarmería, etc.), en la formación terciaria y profesional con cursos y charlas, en la escuela primaria y secundaria con charlas de concientización a los alumnos, etc.

El seguimiento de la víctima a posterior de su rescate también fue acaparado por el Ministerio de DDHH con la finalidad de prevenir la victimización secundaria – por la mención de nombres, el estigma social, recordar el maltrato, etc. – con un hermetismo acerca de los nombres y del acceso a las víctimas rescatadas¹⁶. De esta manera se sostuvo a la lucha contra la trata de personas como baluarte de las acciones dentro del ministerio, abarcando la mayoría de los recursos disponibles y acaparando en la práctica las acciones que corresponden a los otros ministerios¹⁷.

Este último punto es sumamente relevante, en cuanto a que gracias a esta puja, el presupuesto que se destina a la temática es mayor en el Ministerio de Derechos Humanos, lo que lleva a desventajas en la infraestructura, profesionales contratados, etc. Y como paradoja, la mayoría de las víctimas rescatadas de redes de trata de personas son menores (especialmente jóvenes). En este sentido, la adopción entonces de estrategias de acción interministeriales¹⁸, termina por fragmentar las responsabilidades por cohortes y dejan finalmente en un terreno de desprotección a los jóvenes menores, quienes se resienten en el proceso de atención post rescate, ya que aquellos que se ocupan efectivamente de su atención (Min. Derechos Humanos) no son legalmente responsables por su atención y quiénes deberían encargarse (según los papeles) lo hacen a medias.

El siguiente apartado analiza los enredos institucionales que se presentan a posterior a la detección de un caso de trata de personas para la explotación sexual en jóvenes y

¹⁶ Antes del 2008 las víctimas eran abordadas por organismos de la sociedad civil, por periodistas, etc. era común el llamado y las entrevistas incluso por parte de periodistas de medios de comunicación nacionales.

¹⁷ Por ejemplo, aunque el ministerio de Desarrollo Social sigue teniendo la responsabilidad de la atención de las víctimas menores y su seguimiento, en la práctica su participación es menor, y termina en última instancia acaparando todas las acciones el Ministerio de DDHH.

¹⁸ Podría denominarla como política transversal, ya que implica la horizontalidad de las acciones entre sectores de gobierno, pero el término *transversalidad* ha sido marcada desde una línea política con el kirchnerismo que no se aplica para este caso particular.

adolescentes menores, mostrando las tensiones interministeriales y el lugar de los jóvenes en este proceso.

Enredos institucionales: competencias y actores

Este enfoque de horizontalidad en las competencias plasmado en el Protocolo de atención provincial se había acordado para uniformizar las acciones que se venían realizando en forma aislada por los organismos del estado y organizaciones de la sociedad civil, e implicó una división generacional arbitraria entre víctimas adultas mayores y menores, separando asimismo en forma tajante las acciones relativas a menores y mayores de edad¹⁹. La separación principal se efectuó entre dos Ministerios: el Ministerio de Desarrollo Social²⁰ que quedaría con la atención de las víctimas menores; y en el Ministerio de Derechos Humanos para la atención de víctimas mayores²¹. Esta división implicó además, un puja de poder político por el manejo de la temática, que finalmente termina ganando el Ministerio de DDHH.

A partir de la puesta en vigencia del Protocolo, se vislumbra una especialización progresiva y aumento de poder relativo entre las acciones que realizan uno y otro Ministerio. Para Derechos Humanos la trata de personas pasa a ser su política pública prioritaria durante los primeros tres años²² como emblema de sus acciones. Abarcan la proposición y dictado de las capacitaciones para todas las áreas restantes: para las fuerzas policiales, para la justicia, post-títulos docentes, otros Ministerios, etc. Por el contrario el Ministerio de Desarrollo Social (DES) deja la temática como una más de su cartera y se retira progresivamente de la escena. Encontramos que no existe una partida presupuestaria para la atención de víctimas menores de trata de personas, se manejan fondos a discreción y no se contempla un departamento específico con profesionales asignados, sino que es manejado por una funcionaria que va delegando

¹⁹ Las edades corresponden a la legislación argentina.

²⁰ Fundamentado en que la niñez y la infancia históricamente fueron abordadas por este Ministerio, quien posee diferentes Secretarías abocadas al tema.

²¹ El resto de los ministerios mencionados en el Protocolo funcionan como auxiliares: en el tratamiento médico al momento y en los casos que se requiera (Ministerio de Salud); capacitaciones laborales (Ministerio de Trabajo) reingreso al sistema educativo o finalización de estudios (Ministerio de Educación) y el Ministerio de Hacienda comprometía los fondos para la realización de las tareas. En este sentido todos los Ministerios auxiliares funcionan para ambos estratos menores y mayores, aunque coordinados por el Ministerio correspondiente según sea la edad de la víctima.

²² En este momento el Ministerio está abocado a un nuevo programa "Hambre Cero" destinado a la prevención y atención de niños desnutridos de la Provincia que nuclea la mayor parte de sus recursos. Sin embargo los primeros tres años de su funcionamiento la prioridad de sus acciones se correspondían a la atención de víctimas de trata de personas.

las acciones según sea el caso. Difícilmente se los encuentre trabajando en terreno, aunque participan aleatoriamente (en la casa refugio, en la justicia) a posterior de los rescates.

La tensión entonces entre las competencias de los ministerios en la atención a las víctimas apareció desde la primera entrevista, en una de las oficinas me decían *"ellos parecen hacerlo todo porque son los primeros en ser llamados al rescate... y salen en los diarios, pero no es todo así"*. (Funcionaria de DES, mujer 46 años). Asimismo un alto funcionario de DDHH, comentaba *"minoridad no quería mostrarnos el bebé que supuestamente iba a Buenos Aires a ser vendido. Me tuve que plantar, es importante ver si los chicos comen, si están bien, si le dan pan todos los días o sólo matecocido, nosotros garantizamos el cumplimiento de los derechos humanos"*. (Funcionario de DDHH, varón, 55 años). Asimismo mostraremos cómo se da esta tensión en el camino posterior al rescate de una víctima de trata de personas.

Las formas en que ingresan las víctimas al sistema de atención del Estado pueden ser tres: a posterior de un escape, en el que la víctima denuncia, o bien se contacta con el Ministerio interviniente, la detección accidental por las fuerzas de seguridad o una investigación de las fuerzas de seguridad que culmina con un allanamiento y rescate de las víctimas, en estos dos casos se convoca al Ministerio de Derechos Humanos.

El camino de atención que recorren las víctimas después del rescate las redes de trata de personas implican diferentes momentos que se pueden resumir en:

- La atención psicológica in situ, ya sea en un allanamiento, como en la detección por fuerzas de seguridad en rutas, aduana, terminales de ómnibus, etc.
- El traslado de la víctima a la casa refugio
- la instalación y permanencia de la víctima en la casa refugio hasta la primer testimonial ante la justicia.
- Traslados al Hospital público (establecido por el protocolo) para la atención médica.
- El restablecimiento de la víctima en su lugar de procedencia, u otro que se establezca (hogar, instituto, etc.)

Así el primer Ministerio a ser convocado en la práctica es siempre DDHH, esto se dio porque DES no cuenta con un psicólogo propio, entonces por convención en las fuerzas de seguridad se recurre al psicólogo de DDHH. Así comentaba una funcionaria

de DDHH: *"El ministerio de Desarrollo social debería hacerse cargo de las víctimas menores, pero ellos no lo hacen porque no tienen psicóloga y además no tienen un lugar apropiado para que las menores se queden, entonces nos llaman y así hacemos el pre pos y el seguimiento, no hay compromiso serio."* (Funcionaria DDHH, julio 2010) Su primera intervención se da en el momento del allanamiento. Este momento en sí mismo resulta altamente traumático: las fuerzas de seguridad, generalmente consiste en un grupo numeroso de personas que ronda al menos las quince integrantes, ingresan al lugar (casa, bar, etc.) abruptamente y a los gritos, con armas en sus manos. La situación resultante es muy fuerte: mujeres llorando, las personas tendidas en el piso, ruptura de cosas. Se observan algunos escapes y corridas. Se suele palpar a las personas (víctimas, clientes y sospechosos), se las clasifica según estos roles y se las separa. En general esta clasificación suele determinarse en la investigación previa, salvo algunos casos en los que se confundieron tratantes con víctimas, o se maltrató a víctimas pensando que eran cómplices o entregadoras. En algunos casos se separa a todo el grupo, utilizando entrevistas individuales para detectar a los implicados.

El clima en un allanamiento es de nerviosismo, alteración y de mucha tensión, que es vivida tanto por las víctimas, como por los perpetradores, y más aún por los miembros del equipo civiles (psicólogos, profesionales, miembros del Ministerio, etc.).

Después de separar a las víctimas se realiza un primer momento grupal con la psicóloga donde se les explica el motivo del allanamiento, lo que está pasando, se tranquiliza y se hace la primera atención a las víctimas. A posterior se realizan entrevistas individuales a cada una, en las mismas se les reitera los motivos del allanamiento y comienzas algunos testimonios y preguntas. La psicóloga manifestaba que suelen expresarse tres cuestiones fundamentales: angustia, culpa y agresividad.

Se trabaja en el momento ya que existen cuestiones que no se vuelven a tocar, o que las mujeres víctimas prefieren no recordar, o no testificar después. Por lo que se trata de resolver una primera testimonial en el acto. Muchas veces esto no resulta, ya que algunas mujeres tienen incorporadas las versiones y la condición a la que fueron expuestas y tienden a defender su estado. De la misma manera las primeras versiones acerca de las edades, procedencias y nombres que manifiestan las víctimas son los que han sido enseñados por sus perpetradores, es decir falsos. Por último también se manifiestan declaraciones de permanencia por decisión personal y propia voluntad:

"yo estoy porque quiero, acá me dan todo, vos me va a mantener a mí..." (Víctima, 16 años).

Estas versiones resultan del intersticio legal que se filtra en la ley de trata de personas con la imposibilidad de penar la prostitución propia en adultos al manifestar consentimiento, en estos casos resulta mucho más difícil probar la explotación. Igualmente importante es marcar que muchas veces estas decisiones y versiones son marcadas, enseñadas a las víctimas por mecanismos de poder y violencia simbólica desde el mismo ingreso en la red de trata de personas.

En segundo lugar se lleva a las víctimas a una casa refugio. La provincia de Misiones fue una de las primeras en el país en tener un albergue específico para albergar víctimas rescatadas. El Ministerio de DDHH es el organismo encargado de sostener las acciones de la casa refugio, de la instalación de las víctimas y su posterior contención. Existen otros dos albergues en el interior de la provincia, que se comparten con casos de violencia, empero, analizaremos aquí el único refugio específico para casos de rescate de trata de personas.

El albergue en el cual se alojan las víctimas está situado en las cercanías de la ciudad de Posadas (pequeña localidad a 25 km), es atendido por dos mujeres adultas seleccionadas por un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados) que sostienen turnos de trabajo de doce horas. En el tiempo en que no hay víctimas en la casa, en general no hay presencia a tiempo completo. Así pues, "las cuidadoras" como se hacen llamar, son las encargadas tanto de mantener limpias las instalaciones, como cocinar y cooperar en la recuperación de la salud de las internas (administración de remedios, curaciones, etc.) y apoyarlas en su cuidado personal (higiene diaria, actividades lúdicas, etc.) y el lavado de sus ropas. (Schiavoni, 2010)

Para las jóvenes menores de 18 años la responsabilidad recae en la Subsecretaría de la Mujer del Ministerio de Desarrollo Social, sin embargo ellos no poseen casa refugio, entonces se utiliza la misma que para las mayores y se alberga a las menores hasta su declaración, comentaban: *"Esa casa está a cargo de este Ministerio. Pero la Dirección de Menor también consiguió una casa para ellos, pero que la cual no está en condiciones de ser habitada. El año pasado hubo inconvenientes con unos menores, porque es una casa exclusiva para víctimas de Tratas Menores de edad. Hubo*

inconveniente por el hecho que la casa no contaba con los elementos necesarios para vivir dignamente” (funcionario de DDHH, varón 35 años). Esto no sin problemas, ya que las necesidades de adultos y menores no son las mismas: la vulnerabilidad resultante de la edad, los conflictos familiares, la necesidad de constatar que no haya habido complicidad con los tratantes en el seno familiar y la demanda de los menores es mayor. Este punto también es destacado por las cuidadoras del lugar, una refiriéndose al Ministerio de Desarrollo Social comentaba: “para lo único que sirve es para venir y ver” nos trajeron una bolsa de pan y un pedazo de carne y qué hago con eso. Los pedidos los realizo acá (Ministerio de DDHH), porque ellos no se hacen cargo... Yo no debería tener que cuidar, lo hago pero que no vengan a maltratar, o querer mandarme porque no soy empleada DE ellos.” (Cuidadora 30 años)

En este punto cabe resaltar que las cuidadoras (ambas mujeres) no son personas con una formación técnica o preparación para este tipo de actividades, sino más bien personas a las que se convocó a partir de militancia política y que realizan la labor por planes sociales y sin nombramientos o pertenencia institucional.

En particular la falta de capacitación y de organización de la casa refugio ha traído algunos casos de complicaciones, peleas entre las víctimas de trata de personas, intentos de escape, algunos episodios de violencia hacia las cuidadoras. Así Schiavoni afirmaba: *“En esta instancia no se generan relaciones de amistad entre las mujeres internadas sino que los vínculos son conflictivos y las tensiones permanentes, todas han atravesado situaciones límites y en este acompañamiento van recuperando los recuerdos de lo que pasaron: engaños, malos tratos, violencias de todo orden, riesgos, etc.” (2010:7)* Estos conflictos se resuelven llamando a la psicóloga o al personal del ministerio, sin embargo el refugio no es pensado como un espacio de contención y trabajo permanente con las víctimas. Vale la pena decir que no existen programas paralelos de asistencia a la víctima.

Por otra parte, la casa refugio está pensada únicamente para víctimas mujeres, tampoco existe personal masculino encargado del lugar; pero esto corresponde también a la concepción de la trata de personas en la provincia en la que no se consideran víctimas masculinas, y se prevé únicamente víctimas de explotación sexual. La permanencia de las víctimas en la casa refugio puede durar hasta tres meses, se supone que es el plazo en el que se realiza la declaración testimonial en el juzgado.

Además supone el tiempo en el que se realizará una investigación y diagnóstico del grupo familiar de origen, así como las condiciones para el retorno al hogar, o bien la instalación en algún hogar a largo plazo. Las alternativas para estos últimos son limitadas me comentaba un miembro del equipo: *“Por ejemplo en Misiones no hay centros que reciban a mayores de 16 años, reciben hasta 12 años, y no son tan limpios, o tiene comodidades, también no hacerlos cerrados, que salen de un lugar para meterlos en otros. Además los centros que hay para chicas más grandes están repletos.”* (Mujer 30 años)

Los casos muy puntuales que superaron la estancia de noventa días sin posibilidad de inserción en algún hogar o casa apropiada (segura), se han resuelto de manera informal. Es destacable que en dos de los casos se ha incorporado a la víctima en las casas de miembros del equipo de trabajo, que si bien muestra el compromiso de las personas que trabajan en la temática no reviste en una solución a largo plazo, ni en una presencia institucional del Estado en forma seria.

La elección del destino de la víctima, así como la vida en las casas refugio, en muchos casos aparecen como momentos de violencia institucional²³, como estados tutelares de las víctimas. Se decide el traslado de las víctimas y se las encierra en pro de su no re-victimización. Este proceso se realiza en forma mecánica desvinculando la decisión de las víctimas, esto se ve más claramente en el caso de los menores que no “pueden” elegir (que curiosamente constituyen la mayoría de los casos rescatados). Asimismo se decide el tiempo de permanencia debido a la lentitud o rapidez de los procesos judiciales y de gestiones para la vuelta al hogar. Esta tutela que se imprime a las víctimas recién rescatadas perpetúa su encierro, y la no decisión en las cuestiones básicas supone la continuidad de la tutela de uno sobre el otro, lo que se hace es cambiar el tutelador: del tratante al Estado.

En el tiempo que las víctimas permanecen en la casa refugio se dan traslados al Hospital público para la atención médica, esto es importante ya que las víctimas de trata de personas en general poseen necesidades médicas y psicológicas inmediatas y a largo plazo resultantes de sus condiciones inhumanas de vida, medios sanitarios

²³ Esto se analiza en otro trabajo, Cf. Fretes 2011b Entendemos la violencia institucional como aquella que *“(…) comprende daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos. Entre los ejemplos figuran largas esperas para recibir tratamientos, lo cual puede contribuir en traumas psicológicos y daños físicos, a la intimidación, al maltrato verbal, a amenazas, a la falta de medicamentos y a costos excesivos por los servicios”* (De Bruyn, 2005:s/p)

deficientes, nutrición insuficiente, inadecuada higiene personal, ataques brutales, tanto físicos como emocionales, a manos de los traficantes, condiciones peligrosas del lugar de trabajo, riesgos derivados de su ocupación y carencia general de una atención de salud de calidad. (Manual ONU, 2007) La condición física de las víctimas en general se encuentra disminuido, hay que tener en cuenta que son sometidas a lesiones físicas, violencia simbólica, se han expuesto al uso y abuso de su cuerpo en forma de explotación sexual, también son expuestas a diversas enfermedades. Siempre dependiendo del tiempo transcurrido en las red de trata de personas. También en muchos casos son obligadas a consumir estupefacientes o drogas psicoactivas para mantenerlas controladas o bien ellas recurren a las mismas por no poder sostener el grado de explotación al que son expuestas. (Isla y Demarco, 2008)

Según lo estipulado por el protocolo en Misiones las víctimas son llevadas a realizar exámenes médicos y entrevistas iniciales en el centro de salud específico para víctimas de violencia. El mismo atiende casos de violencia doméstica, violaciones y trata de personas. Sin embargo las acciones realizadas por los médicos fueron cuestionadas en las entrevistas.

La asistencia médica tendría que prestarse en todos los casos de manera apropiada y sensible a los aspectos culturales y las condiciones de las víctimas. Han surgido casos de víctimas llevadas al hospital de referencia que han permanecido por horas esperando el turno del médico, esto es junto a una patrulla y un policía de custodia y a un personas del Ministerio de DDHH; en estos casos la sensación de re-victimización es plena, esto a pesar de que los turnos son pedidos en forma específica y con miramientos de la condición de la víctima. Así comentaba un informante: " No te garantizo bien si es la Directora o quién, pero sé que hay un personal superior que sabe, que tiene que atenderse, pero muchas veces los enfermeros, médicos de guardia no están en conocimiento de esa prioridad que tiene la victima de trata".(Varón 27 años)

Es destacable a su vez, que no existan centros de habilitación de psicofármacos, siendo este uno de los problemas más comunes en las víctimas rescatadas, tampoco la provincia cuenta con centros de rehabilitación de psicofármacos para menores de edad, lo que se entendería esto se entiende para el caso de personas comunes en sus casas y tutela de sus padres (aunque deberíamos cuestionar si en realidad no es mejor

contar con centros de este tipo debido a la baja en las edades de consumo de estupefacientes), empero cuando la víctima ha salido de una red de trata de personas y son sometidas a condiciones de consumo forzoso a muy bajas edades, resulta imprescindible contar con tratamiento específico, y centros especializados de desintoxicación para menores.

Se trata en todo momento de preservar la identidad de las víctimas, un funcionario de alta jerarquía mencionaba: *"Aparece además la necesidad de proteger a las chicas, porque la prensa está ansiosa por entrevistar a las mujeres, pero escriben esta es la que satisfacía a tres varones, y la drogaban y todo el mundo comienza señalar"*. (Ministro de DDHH, 2010) Sin embargo no impide que en la ciudad de origen se sientan igualmente señaladas, por las ausencias, los embarazos e hijos producto de la situación de trata de personas, o bien porque la familia hizo mucha publicidad en el afán de encontrarlas. En todos los casos el principio orientador de estas acciones es la de prevenir la victimización secundaria, prohibiéndose la exposición innecesaria de la víctima, la confrontación o comparecencia conjunto de la víctima y el agresor, etc. Sin embargo en la transversalidad propuesta resulta inefectiva, ya que para conseguir medicamentos hay que elaborar actas con nombre y apellido y causa. Comentaba una empleada de DDHH: *"hay que revisar el protocolo para ver cómo resguardar y mantener la identidad de las víctimas, porque tiene carpeta en el Madariaga por problemas oncológicos, está sin medicamentos porque en el hospital no había y no me dan sin certificado o nota"* (empleada ministerio, mujer 40 años).

Se supone además que el juez puede pedir el uso de Cámara Gesell para las testimoniales de las víctimas menores de edad, cosa que se realiza en todos los casos²⁴. Sin embargo la justicia federal en la provincia de Misiones no posee una Cámara Gesell propia, por lo que se debe recurrir a la del Poder Judicial Provincial. Esto implica la espera del turno, demoras en las testimoniales y los juicios, así como mayor permanencia de las víctimas en la casa refugio y por consiguiente más tiempo de encierro y tutela.

²⁴ La Cámara Gesell consiste en dos habitaciones con una pared divisoria en la que hay un vidrio de gran tamaño que permite ver desde una de las habitaciones lo que ocurre en la otra –donde se realiza la entrevista–, pero no al revés. Gesell la creó para observar las conductas de los chicos sin que éstos se sintieran presionados por la mirada de un observador.

Asimismo con respecto al espacio físico de la Cámara Gesell provincial se encuentran diferentes dificultades: la misma es extremadamente pequeña, las salas de espera son reducidas y no poseen divisiones, lo que permite la presencia de la familia de las víctimas junto con los abogados defensores de los tratantes, así como miembros del poder judicial federal, miembros del poder judicial provincial, miembros del equipo del Ministerio de DDHH, etc. Una corte de personas que puede jugar en contra de las testimoniales de las menores, haciendo el efecto contrario del que se quería lograr con el uso de esta herramienta.

Sobre este tema me comentaban: *“Claro lo que pasa es que la sala es muy pequeña, en los primeros casos en que se hizo había una psicóloga asignada (la de DDHH) y nosotros (justicia provincial). Vinieron todos los jueces, vinieron a ver afuera, no entraba nadie, se hablaba por la computadora, es desgastante, mucha tensión y eso es jurisdicción federal y ellos no tienen Cámara Gesell, y nosotros hacemos, pero hay una móvil y nosotros tenemos que ir al interior a veces a san Vicente, cinco horas de viaje, sólo por un caso, es agotador, y bueno deberían hacer una propia”*. (Justicia provincial. 30 años)

Por último se contempla integra la devolución de la víctima a su lugar de origen, que en general implica la vuelta a con las mismas condiciones de vulnerabilidad y pobreza que permitieron su ingreso a la red de trata y por último el seguimiento posterior de los casos. Se busca en general el contacto con las familias, sostenida en la concepción planteada por Álvarez donde el Estado deja a la familia roles como la educación de los hijos, la guarda y el cuidado y posee un status especial, fundamental para comprender el problema, mucho más en casos de violencia: la concepción fuerte que está detrás es que lo mejor es mantener las relaciones familiares. (Álvarez, 2002)

Sin embargo esta preferencia por la familia puede llegar a ser contraproducente. No solamente el contexto de origen expulsor de la víctima, puede contener situaciones de violencia familiar, conflictivas y violentas en su grupo familiar, condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad; sino que no se prepara emocionalmente a las familias para el ingreso de la víctima, para que puedan recuperar a la víctima. (Schiavoni, 2010)

Sumado a la condición social, familiar y cultural del lugar de origen, funciona como un eje de violencia el abandono de los casos a posterior de la reinserción, que se constituye como el último espacio de protección estatal. En años anteriores el

seguimiento posterior lo realizaba la ONG Alto a la Trata, sin embargo el peso de la organización frente a las acciones del Estado ha disminuido, muchas veces las víctimas no tienen contacto con la ONG, y en pro de mantener su identidad reservada, tampoco le dan acceso a sus datos.

A modo de conclusiones

En estos momentos que transitan las víctimas menores de trata de personas encontramos que la articulación entre los ministerios que pretende el protocolo de acción es muy frágil en la práctica. Las acciones son acaparadas por uno de los ministerios en detrimento de los otros y las responsabilidades de los otros ministerios no se cumplen (por ejemplo la contención del menor, el trabajo y las capacitaciones posteriores). Así comentaba un funcionario de DDHH *“En el caso de la Trata de Persona es un organismo que tiene que trabajar conjunta o e exclusivamente. Nosotros a través del Protocolo de Acción se llevo a cabo a la participación necesaria, pero en ningún momento exclusiva y demás. Tratamos de desligar y tratar de que cada órgano encuadre dentro de su actividad, pero nosotros trabajando sobre todo... los menores dependen de la Dirección del Menor, encargada de resolver esta cuestión, pero la mayoría de las veces quedamos, quedamos mal paradas por cuestiones de ellos”.* (Funcionario, varón 35 años)

Asimismo se destaca que en todos los casos se convoca primero al Ministerio de DDHH aún en los casos de menores, esto se da por los incumplimientos sistemáticos por parte del Ministerio de DES, nos comentaba una empleada de DDHH. *“nos pidieron que nos hagamos cargo nosotros. Porque las chicas son menores y le corresponde al Ministerio de Minoridad y como ellos no cumplieron con la fecha del Juzgado, entonces nos pidieron la asistencia a nosotros, que nosotros sí ya habíamos trabajado el año pasado con ellos.”* (Mujer, 35 años)

Sin embargo en las acciones concretas genera descontento entre los empleados de los ministerios, por ejemplo decía una funcionaria de DES: *“Hay un protocolo que se hizo en nación, Secretaría de la niñez y adolescencia, que indica que hace, que le toca a cada uno, los pasos que competen a cada área. Fijate que siempre que sea un menor, nos llaman a nosotros. Derechos Humanos siempre sale en las noticias con los rescates, “se recuperan 20 víctimas de trata de personas misioneras y allí estaba el Ministerio de*

Derechos Humanos" pero no porque no trabajemos sino porque a ellos les toca el rescate. Además a ellos les toca los adultos y a nosotros niños. Si no existe un protocolo nos metemos todos, todos opinamos y a la hora del caso concreto nadie hace, todos se miran, o hacen todos juntos y pensemos que los que hablamos son personas y se dan cuenta. Nosotros recibimos los niños, reubicamos, vemos la situación legal, pasar acá. Ver si puede volver o no. Si fue la familia la que la entregó." (Empleada DES 45 años, mujer).

Asimismo desde el Ministerio de DDHH: "la idea es hacer que el trabajo sea de calidad y que sea un buen trabajo. Entonces no podemos hacernos cargos de todas las víctimas nosotros, para eso ya está la Secretaría de la Niñez que tiene un Departamento en Trata y que ellos están con los chicos menores... mira yo pienso que cada organismo del Estado debería hacerse responsable de esta temática y realmente trabajar en este organismo, que firmaron el Protocolo, pero ahí quedo, nunca más. Vos le enfrentas, le pedís ayuda, le pedís informes sobre lo que están haciendo y no hay caso...Y nosotros que tenemos poco recurso, tenemos poco personal, tenemos que estar y hacemos según nuestras evaluaciones, digamos, un buen trabajo. Pero tenemos que estar buscando, viendo, pidiendo de alguna forma y lo conseguimos. ¡No! Conseguimos las cosas pero sería fácil si cada uno de los Organismos hiciera lo suyo... (Empleada DDHH, 2010 mujer 28 años)

Otro punto importante es que la mayoría de los casos rescatados son víctimas menores, así nos comentaba el abogado de DDHH *"La mayoría de los casos son menores, pero un hecho simple, nuestra legislación permite que cualquier caso que sean menores de 18 años, sea Trata de Persona, es el elemento más simple determinante, o sea, cada vez que se encuentre una chica menor o un chico menor, directamente se encuentra encuadrado dentro de la figura de Persona. En el caso del mayor necesitamos que haya engaño, en la captación, el transporte. Necesitamos que existan los elementos como el engaño, el abuso de autoridad y demás. En el caso de la víctima menor solo hay que demostrar el hecho de la Trata, el transporte y la explotación no hace falta más nada. (Abogado de DDHH, varón)*

Las comunicaciones interministeriales se zanján a través de llamados y redes informales de solución de problemáticas: se comunican las cabezas de direcciones y secretarías, a través de redes sociales previas (amistades, afinidad política, parentesco,

etc.) solucionando problemas coyunturales. Sin embargo, no podemos pensar que las líneas sociales informales recreadas en las instituciones se puedan sostenerse en el tiempo o superen un cambio de gobierno. *“Entonces hacen un trabajo compartido todo lo que es Secretario a Secretario o Ministro a Ministro o Director a Directora, eso son los vínculos. Algunos, ya sea por cuestiones de compañerismo o afinidad con algún integrante del grupo, pero la mayoría de las veces mandan directamente sin preguntar, es una forma de desligarse del problema y este problema a partir de ahora es tuyo.”* (Funcionario de DDHH, varón 35 años) Asimismo en DES se exponía: *“Y con la justicia, a cualquiera, hay que llamar y chapear. (risas) y es así... fijate que hay mujeres que van dos o tres veces y no las atienden, entonces llamo “ llamo del Ministerio de Desarrollo, sí, ¿quién es el defensor de turno?... ha te llamo por este caso...” bueno seguro atienden. Con las instituciones también, por gente conocida, no debería ser así.”* (Funcionaria de DES, mujer 50 años; mayo 2010)

Por último cabe destacar que este manoseo de las víctimas menores no se realiza sin conflictos con las víctimas, en Agosto de 2010 una menor realizó una denuncia al Ministerio de DDHH por no haber recibido la atención adecuada. El caso se resolvió rápidamente, según el protocolo le corresponde al Ministerio de DES, así quienes efectivamente atienden a los menores se desligan de la responsabilidad de la atención, porque lo hacen sin que les corresponda.

En una conferencia una de las principales referentes de la UFASE - Organismo Nacional que se encarga del rescate y atención de víctimas de trata de personas de la Nación – reflexionaba acerca de la necesidad de articular la atención conjunta a las víctimas: *“¿Por qué solo la mujer, con niños? Fijarnos sí no hacemos los mismos que los explotadores al separarlos, 16 más 19 años, No hay que dar asistencia compulsiva, es diferente en niños y niñas”.* (Bonato, 2010) En nuestra Provincia en particular, la desarticulación entre mayores y menores, descalifica la atención de los mismos. Esto se da por una coyuntura particular entre Ministerios, que se fue conformando en la práctica, en las acciones concretas.

Las competencias se dividieron artificialmente, las acciones se realizaron en paralelo, pero las responsabilidades siguen dependiendo del papel. Esto implica que un Ministerio se ocupe efectivamente de los menores, pero sin la responsabilidad efectiva

de sus acciones. Asimismo que otro Ministerio no realice las acciones estipuladas en el Protocolo, ya que existe quien lo hace.

“Es una situación compleja, porque cuesta mucho articular con los otros ministerios, es muy dificultoso, por eso hay protocolos. Hay dos lugares, el técnico y el funcionario, Porque a veces hablas con el funcionario, si no lo escribiste, el funcionario se olvida y bueno vienen los contradichos. Es muy difícil coordinar entre ministerios. Nos gana la realidad, nos gana todos los días.” funcionaria de DES, mujer 50 años; mayo 2010)

En esto podemos entender que en los voluntarismos y la adopción de modas en cuanto a las políticas sociales, como la transversalidad interministerial, se vuelve un contrapío a la hora de implementar políticas si las distinciones no están regladas. ¿Qué pasa con los jóvenes en el medio? ¿De quién es la responsabilidad? Desde el Estado se han encarado una serie de medidas (sanción de leyes, implementación de programas específicos) orientadas al colectivo femenino y a la juventud que suponen avances en el acceso a posiciones de mayor poder, la atención y rescate en situaciones disruptivas de sus derechos, pero la evidencia empírica muestra serias diferencias en la implementación de las mismas.

Se desprende que cada Organismo del Estado debería contar con las herramientas para solucionar los problemas concretos, así como personal adecuado y fundamentalmente recursos. Las acciones del Estado respecto de la trata de personas en menores, resulta coartada por la división interministerial.

En este sentido la segregación por edades y la diferenciación vino a actuar en detrimento del tratamiento y de la operacionalización de las tareas. Entre quienes hacen sin responsabilidad y quienes se responsabilizan y no hacen. En el medio los jóvenes son quienes se encuentran con mayor vulnerabilidad, reclamando su espacio. Si los que deben hacerse cargo de los jóvenes lo hacen por voluntarismo, que pasará con un recambio de gobierno. Las acciones protocolares de justicia y salud (hospital) articulan directamente con los ministerios por lo que no aportan diferencias en el tratamiento de los menores, esto refuerza aun las tensiones que venimos planteando.

Quiero finalizar con la reflexión de una informante de Desarrollo Social: *“Nosotros tenemos poder para definir la vida, (hizo gesto con la mano señalando un papel cada vez que nombraba una frase) a este damos, este sí, este queda, este vuelve con familia, este va a defensoría. No se asume la responsabilidad, no se toma la responsabilidad.*

Muchas veces vemos en 4 años que bien que hicimos en darle el niño a su familia de vuelta y no esperar al juez, y a veces vemos nuestros fracasos. O faltó acompañamiento, nosotros vemos que no hay un soporte para ver que pasa después. Pero hay que ver que definimos vidas, del niño, de sus familias". (Funcionaria de DES, mujer 50 años; mayo 2010)

Efectivamente en las políticas públicas se define el destino y la vida de los menores y jóvenes, habría que repensar las líneas divisorias para que la unidad en la atención pueda zanjar estas diferencias en la atención de los mismos, después de haber sido rescatados de un hecho que marca sus vidas con todo tipo de violencias.

Bibliografía

BOURDIEU, P. (2010) *La dominación masculina y otros ensayos*. 1^{ed}. Bs. As. Ed. La Página SA.

Rostagnol S.; Viera, M. (2006) *Derechos sexuales y reproductivos: Condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay*. En " Realidades y Coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad" (en prensa), compilado por Susana Checa y publicado por Paidós.

CARVALLO H. ROMERO A. SPRANDEL. M. (coord.) *La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en las legislaciones de Argentina, Brasil, Paraguay: alternativas de armonización para el Mercosur*. Asunción, OIT Programa IPEC. Suramérica, 2004. ISBN 92-2-315799-4

De la Isla M. y Demarco L. Comp. (2008) *Se trata de nosotras. La trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual*. Editoras Las Juanas. Bs. As. 2008. Imprenta de las Madres de Plaza de Mayo.

BARBOZA Lourdes M. MARTÍNEZ María Teresa (2006) *Manual de intervención en la trata de personas*. Sec. Mujer Presidencia de la Rep. De Paraguay. Asunción Paraguay. Centro de estudios de la niñez y la juventud. CENIJU

Conway, Jill, Susan Bourque y Joan Scott (2000). Conway, Jill, Susan Bourque y Joan Scott (2000). "El concepto de género", en Lamas, M. El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México. PUEG/ Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa Pág. 21-33.-

Kergoat Daniéle (1997) "Por una Sociología de las relaciones sociales" en Hirata Helena y Kergoat Daniéle. La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio. Buenos Aires Piette del Conicet (pág 15 a 30

Schiavoni L. y Krautstofl_E. "Redes de trata de personas en una Zona de frontera del Mercosur (Misiones, Argentina). Respuestas de la Antropología en un contexto de globalización". En. 70th Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology. 24 al 27 de Marzo de 2010- Hyatt Hotel, Mérida, México.-

Informe sobre el 1º Congreso Nacional contra la Trata y el Tráfico de Personas Villa María 2010 4) Lunes, 31 de mayo de 2010.-

X Congreso Argentino de Antropología Social

Buenos Aires, 29 de Noviembre al 02 de Diciembre del 2011

Grupo de Trabajo: **Políticas Públicas y Sexualidad. Aportes desde la
Antropología Social**

Título de la Trabajo: **Salud sexual y reproductiva en adolescentes: Sistema
de salud y políticas públicas**

Lic. Patricia Venialgo Rossi – Kriss Orozco Jara – Ana Lucía Hassel.

Universidad Nacional de Misiones- Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Departamento de Antropología Social y Cultural

Resumen

En este trabajo se analiza la implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva orientada a adolescentes, a partir del análisis comparativo de estrategias de equipos de salud de dos Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Posadas, CAPS N° 5 y CAPS N°21. A partir de la observación de estrategias implementadas para promoción, recepción y seguimiento de ese grupo etario, se revisan las diferentes representaciones del equipo de salud, en relación a las/os adolescentes como sujetos de intervención. Se retoman trayectorias que reflejan hábitos de cuidado, atención; y accesibilidad al sistema en mujeres y varones menores de 19 años en relación a sus contactos con el sistema de salud, identificando necesidades y demandas. Se profundiza entonces la cuestión de género que contemplan políticas y programas, y la manera en que son entendidas y efectivizadas. Se utiliza metodología cualitativa, con técnicas como entrevistas individuales y grupales. Observación en campo.

Introducción

El estudio se propuso analizar la implementación de políticas públicas, orientadas a jóvenes en el sector salud²⁵. Para ello se compararon las prestaciones de salud para jóvenes en dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), uno con servicios especializados para jóvenes y el otro no. Inicialmente nos propusimos comparar efectores de diverso rango, CAPS y Hospital de Maternidad, pero en las primeras exploraciones en terreno advertimos que el Hospital no diferenciaba a estas mujeres madres – adolescentes-del resto de las usuarias. Luego de un tiempo de estancia en campo, notamos que la afluencia de usuario/as jóvenes era mínima y que éstas (los casos detectados eran en su totalidad mujeres) no recibían un trato especial sino que eran incorporadas a los servicios generales prestados a las usuarias adultas. Era además poco significativo el número de casos de jóvenes que realizaban los controles prenatales y de post-parto en el hospital, éste sólo las convocaba para la instancia del parto. Así advertimos que desde el equipo de salud, una vez que las jóvenes accedían al hospital eran tratadas como adultas desapareciendo la consideración de la edad y las características propias de este período vital. Estas condiciones limitaban los aspectos a comparar por lo que se resolvió descartar este espacio, optando por los centros de salud, que compartían elementos cotejables y una fuerte diferencia en la propuesta programática no así en sus resultados según nuestras observaciones. Nuestro ingreso a los CAPS se dio a partir de la propuesta de realizar charlas sobre salud sexual y reproductiva con las usuarias, aprovechando el tiempo en las salas

²⁵ En el marco del proyecto de investigación "Sexualidad y ciencias sociales: aportes al campo de la salud" (16H\287) de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales UNaM a mediados del 2010.

de espera antes del inicio de la atención médica. Esto facilitó el acceso a dichas instituciones y permitió que el equipo de salud y la población usuaria se familiarizara con nuestra presencia y circulación por los CAPS, así se concretaron otras tareas en campo como observaciones y entrevistas. Se revisaron asimismo las líneas de acción del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. La opinión de la población usuaria constituye un insumo básico para analizar los alcances de las propuestas y sus resultados. En esta presentación se plantean conceptos básicos para analizar el problema que suscitó nuestro interés, luego una descripción de los espacios de trabajo; la presentación política de las acciones programáticas y por último las consideraciones de los estilos de trabajo en los Centros de Salud y los resultados observados en la población usuaria.

Fundamentos teóricos

Las políticas públicas son aquellas acciones que revelan una determinada modalidad de intervención en relación a una cuestión de interés, representan al Estado en acción. Suponen la construcción de acuerdos y consensos ante un tema, selección de estrategias de acción y asignación de recursos. En este sentido la juventud no siempre ha sido un tópico sobre el que se haya problematizado o que haya concitado el suficiente interés como para ser incluido en la agenda de gobierno. Algunas de las condiciones para que eso suceda son: que obtenga mucha atención o sea de amplio conocimiento público, que buena parte de la sociedad considere que es un tema digno de atención, que sea de competencia de algún organismo público y esta franja etaria no siempre ha caído en estos parámetros. Los jóvenes o adolescentes, dependiendo del enfoque disciplinar que los observa, aparecen definidos como categoría social a fines de los siglos XIX y principios del XX. En el devenir de los desarrollos teóricos distintas disciplinas los han caracterizado a partir de diversos aspectos. A partir de la edad, a partir de cambios corporales, de la madurez biológica y cambios psicológicos, prefiriendo la psicología y la medicina, entre otras, el término adolescentes. Para la sociología y la antropología, la categoría elegida es juventud y agrega la noción de construcción socio-cultural e historicidad. Contempla las relaciones con los adultos, la participación en la cultura con sus propias producciones (subculturas), la cuestión del poder y la incorporación al mundo productivo laboral. Es en este marco, y sólo a partir de entonces que las/os jóvenes cobran suficiente visibilidad como para que surjan desde el estado acciones orientadas específicamente, las denominadas "políticas de juventud", antes inexistentes. Se puede afirmar entonces, que éstas son: *"toda acción articulada que se oriente tanto al logro y realización de valores y objetivos sociales referidos al período vital juvenil, como así también, aquellas acciones orientadas a influir en los procesos de socialización involucrados."* (Balardini,

en Dávila 2003:25). Según los fines perseguidos estas pueden compensatorias, reparatorias o de promoción, entre otras. Además es importante subrayar que si bien en sentido amplio se habla de un genérico "política de juventud" es importante considerar la existencia en la realidad de "*políticas de juventudes*" atendiendo a las diversas tipologías de acción y a la diversidad de manifestaciones del colectivo juvenil.

Se pueden tipificar las políticas públicas de juventud según la naturaleza del Estado que las implementa y las características que se asignan al colectivo juvenil. Según Sáez Marín (1988) se pueden identificar tres grandes tipos: *Para la juventud*, caracterizado por el paternalismo, el proteccionismo y el control social; con los adultos estimulando conductas pasivas. *Por la juventud*, o sea por medio de los jóvenes, caracterizado por la movilización y el adoctrinamiento, instrumentalizando a los jóvenes. Y un tercer tipo más moderno: *Con la juventud*; basado en la participación activa y la toma de decisiones de los jóvenes y no impuesta desde arriba. La tendencia, desde el afianzamiento de los modelos democráticos, es impulsar modelos con y desde la juventud lo cual se ve plasmado en los programas que analizamos.

Es preciso aclarar que en este trabajo, optamos por la categoría juventud; la consideramos pertinente por introducir la idea de construcción social y la posibilidad de abarcar diversidad de manifestaciones históricas. Observamos que estamos considerando un conjunto con alta heterogeneidad, y si bien los programas utilizan el término "adolescente" y un recorte de edad, optamos por la categoría que nos permite ver la diversidad y las particularidades de cada grupo, fruto de su entorno social específico. La cuestión de género atraviesa las propuestas programáticas. El género en tanto construcción social e histórica, establece relaciones sociales que contemplan condicionantes normativos de lo masculino y lo femenino. Relaciones de poder que si bien admiten muchas posibilidades, históricamente ha implicado la dominación masculina y la subordinación femenina. No se restringe solo a la relación entre los sexos sino que abarca procesos complejos que se expresan en instituciones, símbolos y valores. La conceptualización del equipo de salud -a veces mencionado como equipo técnico- surge hacia la década del „70, cuando en Inglaterra aparecen las primeras elaboraciones acerca de la atención médica integral comunitaria, orientada a la familia, con enfoque multidisciplinario, e implica comunicación y cooperación entre varios profesionales de la salud, la noción de integralidad no puede ser alcanzada por un solo profesional sino por un grupo que opere como equipo: asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas, pero con un objetivo común, para proveer a los pacientes y familias la atención más integral posible. De la Revilla define el equipo de salud como un grupo de profesionales *sanitarios y no sanitarios* que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una

elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan. Este enfoque de trabajo basado en las prácticas colaborativas es la base de funcionamiento de los programas e implican la dependencia del grupo de las diferentes habilidades de cada actor para funcionar con eficiencia en pos de metas y objetivos comunes.

Metodología

La estrategia metodológica ha sido de tipo cualitativo, con dos modalidades: una permanencia en campo regular con concurrencia semanal en los Centro de Salud (dos o tres días según las actividades en las salas de espera) y otra intensiva (entre febrero y abril) con visitas domiciliarias con las informantes seleccionadas²⁶.

Ingresamos a los CAPS con la propuesta de realizar talleres con adolescentes donde se tratarían diferentes temas sobre la sexualidad. Estas actividades fueron consideradas de gran interés en ambos espacios, se realizaron semanalmente encuentros grupales en los que participaban tanto jóvenes como adultos y/o niños y niñas pues se desarrollaban en las salas de espera con variada concurrencia. Los encuentros más numerosos fueron de 25 personas y los menos concurridos de 7 participantes. La amplia mayoría era femenina. En estas reuniones y según la participación de los sujetos, seleccionamos nuestros informantes, se eligieron 15 jóvenes de cada CAPS, 30 en total, a quienes entrevistamos en sus domicilios particulares. Se complementaron las entrevistas a la población usuaria con entrevistas a los integrantes del equipo técnico; además de instancias de observación en las salas de espera, compartiendo momentos de trabajo, reuniones evaluativas y actividades de promoción generadas por el Ministerio de Salud. Los encuentros en salas de espera se volcaron en una planilla *ad hoc*, las observaciones se registraron en el cuaderno de campo así como las entrevistas informales con los integrantes del equipo de salud; entrevistas concertadas con éstos se grabaron. Y las entrevistas domiciliarias también se grabaron, los recorridos por los asentamientos se volcaron en los cuadernos de campo. Registro fotográfico se hizo de los interiores de los CAPS y de algunos encuentros grupales.

La organización de los datos se realizó por Centro de Salud, en la instancia de interpretación se recurrió a las comparaciones entre los entrevistados y según su procedencia.

Caracterización de los espacios de trabajo

²⁶ Aunque intentamos entrevistar a los varones padres, resultó imposible lograr su participación. Todas las entrevistadas resultaron ser mujeres jóvenes y en algunos pocos casos estuvieron presentes en parte de las entrevistas sus compañeros, pero no emitían opinión sino más bien controlaban el discurso de ellas.

El CAPS N°5 se encuentra ubicado en el barrio Yacyretá, en la ciudad de Posadas, donde funciona desde noviembre del 2010 el “Centro Integral de Atención Adolescente” (CIAA), coordinado por una médica especialista en ginecología infantojuvenil. El centro de salud fue promovido por la gestión ministerial, como resultado de la relocalización de familias por la Entidad Binacional Yacyretá (EBY), nombre que se le da al barrio donde se ubica el centro de salud. El CAPS está conformado por nueve consultorios y cuatro salas de espera: Sala de espera de la Guardia médica, Sala de Espera central y dos salas pequeñas en los pasillos. Además cuenta dos dependencias administrativas y una farmacia, ambas solo funcionan en el turno mañana. Dispone de una guardia médica todos los días a partir de las 6 de la tarde hasta las 6 de la mañana, horario donde comienzan a atender los consultorios externos; los días sábados, domingos y feriados la guardia es de 24 horas. Cuenta con un servicio de seguridad privada las 24 horas.

El equipo técnico está conformado por 39 personas: Directora (medica clínica), cinco administrativos, diez médicos, nueve enfermeros, ocho promotores de salud. Al momento de la presentación de este trabajo se incorporaron al equipo técnico, una obstetra, una psiquiatra, una psicopedagoga y una trabajadora social, lo que conforma un plantel de 41 personas. Los usuarios de este CAPS, no constituyen un grupo homogéneo según los datos de las promotoras de salud: 30% de la población habita en barrios construidos por la EBY (Entidad Binacional Yacyretá), casas de ladrillos o bloques de cemento, con luz eléctrica, cañerías de agua potable en el interior de las viviendas; y el restante 70 % vive en condiciones de extrema precariedad, viviendas de tablas sin juntas, chapas o cartones; pisos de tierra o alisado, sin conexión de agua potable domiciliaria ni baños con descarga de agua. Estos usuarios tienen dificultades para asegurar la subsistencia diaria y están expuestos a diversos tipos de amenazas: sociales, ambientales, etc²⁷. Padecen deficiencias en la accesibilidad de servicios urbanos, de salud, educación, recreación.

El CAPS N°21 se encuentra en el barrio Independencia, en la zona sur de Posadas. En la última década debido al alto nivel de crecimiento y urbanización de la ciudad ha quedado ubicado en una zona intermedia entre el cinturón periurbano y la zona más urbanizada

²⁷ 3 Basura acumulada en los patios, surcos de aguas negras que atraviesan los mismos. Niños jugando en los patios de tierra junto a las fermentaciones y los olores permanentes de residuos en descomposición. El trabajo de campo en dichos asentamientos se realizó en diferentes horarios, prefiriendo el horario matutino hasta las 13:00 hs. Tomamos conocimiento a través de nuestras informantes que los varones que empiezan a circular a partir del mediodía no realizan actividades laborales ni asisten a la escuela, en su mayoría consumen alcohol, marihuana y/o estupefacientes frecuentemente. Nuestra presencia en el lugar en horario vespertino, no siendo vecinas del mismo, no era recomendable según insistían nuestras entrevistadas, por lo que nos recomendaron abandonar el lugar antes de las cuatro de la tarde, no sin antes advertirnos sobre las luchas entre bandas de distintos sectores que en el momento menos esperado se convierten en tiroteos. Uno de tales enfrentamientos se dio en vísperas de una de nuestras visitas.

conectada con el casco céntrico. Ha mejorado la cobertura de servicios: electricidad, agua potable, transporte público, asfaltado de avenidas y empedrado de calles, entre otros. Su población, antaño más homogénea, propietarios de clase media y media baja, se mezcla ahora con vecinos de clase media baja habitantes de complejos habitacionales aledaños (planes provinciales y de relocalizaciones de la EBY) y grupos de clase baja que aprovechan terrenos fiscales libres al lado o cerca de grandes avenidas muy transitadas.

Este Centro de Salud surgió a partir de la iniciativa de los propios vecinos hace más de diecisiete años, quienes se agruparon en comisión y gestionaron los recursos para conseguir el espacio físico y la construcción del pequeño edificio. Más tarde gestionaron la asignación de personal médico y de enfermería a través de los organismos de salud provinciales. Su origen es por tanto netamente comunitario, para cubrir la falta de servicios primarios de salud por la lejanía con el centro de la ciudad y de los hospitales disponibles. Las instalaciones consisten en una pequeña galería de acceso, una sala de espera en la que confluyen varios salones destinados: uno a consultorio, otro a farmacia, una sala de enfermería con un pequeño depósito y un baño. Cuenta con un patio pequeño detrás y al costado del edificio, parte del cual está cubierto por una suerte de quincho con chapas de cartón y piso de tierra. Un logro de este año, ha sido la adquisición con fondos del gobierno, de un tanque de agua, de extrema necesidad debido a los cortes en el suministro de la misma que afectaban el normal funcionamiento de las actividades.

Otra particularidad de este Centro es que la dirección se encuentra a cargo de una Licenciada en Enfermería, lo que ha significado desencuentros o escaso diálogo con el equipo médico cuyas actitudes expresan el no reconocimiento de su autoridad. El equipo se conforma con tres médicos (pediatra, clínica y ginecólogo), obstetra, trabajadora social, dos enfermeras más, cinco promotoras de salud; y personal de seguridad privada. Las tareas administrativas, como asignación de turnos y llenado de fichas son realizadas algunas por las enfermeras y otras, como el llenado de fichas de planes tipo Nacer, o Mamá, por las promotoras.

Por lo antes descrito, estos CAPS ofrecen similares servicios a la población usuaria, aunque el CAPS N°5 es el único que dispone de una atención especializada para las/os jóvenes. Veremos los resultados más adelante.

Sobre los Programas y sus propuestas: lineamientos, acciones e impacto

A partir de la creación del Programa Nacional de Salud Integral el Adolescente (PNSIA) dependiente de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, se generó en 2007 un fuerte apoyo desde el orden nacional para desarrollar un Programa Provincial de Atención Integral al

Adolescente, desde el Ministerio de Salud Pública de la Provincia. Este programa²⁸ está enmarcado en los planes nacionales, poniendo especial énfasis en la Atención integral al Adolescente como propuesta programática, y en todas aquellas acciones de la provincia y municipios que tengan como beneficiarios a los adolescentes y jóvenes (entre 10 y 19 años), particularmente aquellas que promuevan la participación de los propios jóvenes: Organizaciones Sociales y Sociedades Científicas. Se propone una fuerte articulación con otros programas, dependencias y áreas del Ministerio como ser Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Prevención y Atención de VIH/SIDA, Municipios Saludables, Médicos Comunitarios, Área de adicciones, entre otros.

El lanzamiento a nivel provincial se realizó en 2010, en el marco de las Jornadas "Estrategias de reducción del segundo embarazo adolescente"²⁹, con asistencia de autoridades y personal de los distintos hospitales del interior, coincidiendo con la convocatoria latinoamericana del 26 de Septiembre, "Día Nacional para la Prevención del Embarazo No Planificado en las y los adolescentes"³⁰. El convenio suscripto entre los Ministerios de Salud de la Nación, de Salud Pública de Misiones, UNICEF y la Sociedad Argentina de Pediatría, se busca fortalecer a los Centros de Atención Integral del Adolescente en Misiones (CAPS N° 5 Yacyretá - Posadas), profundizando la capacitación de los recursos humanos de salud y equipando los efectores donde funcionan³¹. Se trata entonces de fortalecer el "Modelo de Servicio Amigable y de la Calidad para Adolescentes" con la entrega de equipamiento para mejorar las condiciones de accesibilidad de las/os jóvenes a los servicios de salud³².

Con la presencia de a Coordinadora Nacional del PAIA, y otras autoridades provinciales, el ministro de área destacó que estas acciones "tienen que ver con un proyecto de atención al adolescente" y recalcó que Misiones "es la única Provincia del país que tiene abierto cuatro Centros de Atención Integral del Adolescente que funcionan en Posadas,

²⁸ *Programas Provinciales. Programa de Provincial de Salud integral del Adolescente.* Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. <http://www.salud.misiones.gov.ar>. 28 de agosto de 2011

²⁹ Se reconoció que en la Maternidad del Hospital Ramón Madariaga de Posadas, 20% de los nacimientos son hijos de madres adolescentes, proporción que se sostiene con oscilaciones poco significativas en los últimos cinco años.

³⁰ <http://www.ampmnoticias.com>. <http://www.salud.misiones.gov.ar>. <http://territorioidigital.com.ar>. <http://www.mediosdelmercosur.com>. <http://www.saludnews24.com.ar>. <http://www.misionesonline.net>. <http://www.regionosalud.com>. <http://www.nortemisionero.com.ar>. <http://www.noticiasdel6.com>. <http://laprensamisiones.blogspot.com>. <http://www.canalcuatroposadas.com.ar>. Consultados entre el 25 y 30 de agosto de 2011.

³¹ *Ibid.* 29 de agosto de 2011

³² Los profesionales del CAPS N°5 recibieron cajas de herramientas para la instalación de espacios de atención que incluye un televisor y DVD para la sala de espera, una CPU y monitor, banner para la separación de espacios, orquidómetro, modelo de enseñanza del uso del preservativo, folletería y material gráfico y la guía de procedimientos para la atención de los adolescentes. Ver "El Centro de Atención para el Adolescente recibió equipamiento para mejorar la calidad de atención". <http://www.actualidadsur.com/noticia.php?id=9443>. 26 de agosto de 2011.

Apóstoles, Oberá y Eldorado". Agregó: "Se está trabajando para que estos Centros de Atención Integral del Adolescente puedan funcionar en los 75 municipios de la Provincia y atender a esta importante franja de la población que no están contenidos".

Dentro de las líneas generales del programa de atención integral y de su articulación con programas como el "Nacer" y el "Plan Mamá", se han estado efectuando a lo largo de este año y medio (según fuentes periodísticas locales³³), actividades como cursos de capacitación a Directores de hospitales, Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y a Jefes de Áreas Programáticas y Zonas de Salud sobre el marco metodológico en la atención integral del adolescente. Teniendo en cuenta los objetivos oficiales planteados a nivel ministerial, actividades como la incorporación de equipos de trabajo interdisciplinarios (médicos, paramédicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas, sociólogos, educadores, comunicadores sociales, abogados, etc.); para generar dentro del Programa proyectos intersectoriales e interinstitucionales que incorporen a la atención de los jóvenes un equipo técnico conformado por "miembros de los servicios que se capacitan, así como los profesionales que rotan por los servicios de atención integral a adolescentes no son simples destinatarios de conocimientos, sino sujetos activos en la búsqueda de la calidad de sus prácticas, pudiendo identificar barreras al acceso, dificultades en las prácticas, necesidades de la población y puedan encontrar soluciones en la gestión de los servicios."³⁴

En los medios periodísticos la propuesta para las/os jóvenes planteada por el Ministerio ha tenido un alto impacto; hora bien nos interesa revisar cómo se efectiviza en los CAPS y cómo la recibe la población usuaria.

Los estilos de atención y las estrategias de trabajo en los CAPS

Para analizar la implementación de cada una de las líneas del Programa, y las actividades que se ponen en marcha en los centros de salud, haremos una revisión de los servicios que se prestan en los CAPS para las/os jóvenes, observamos diferencias en las propuestas de trabajo no así en los efectos logrados.

El CAPS N°5 como señalamos antes, es el área de la ciudad de Posadas donde se ejecuta el Programa de Atención Integral a Adolescentes (PAIA) cuyos objetivos son: brindar

³³<http://www.ampmnoticias.com>.<http://www.salud.misiones.gov.ar>.<http://territorioidigital.com.ar>
<http://www.mediosdelmercosur.com>.<http://www.saludnews24.com.ar>.<http://www.misionesonline.net>.
<http://www.regionalsalud.com>.<http://www.nortemisionero.com.ar>.<http://www.noticiasdel6.com>.<http://laprensamisiones.blogspot.com>/<http://www.canalcuatroposadas.com.ar>. Consultados entre el 25 y 30 de agosto de 2011.

³⁴ "En Misiones y otras tres provincias arranca hoy una capacitación en salud para adolescentes"
<http://www.saludnews24.com.ar> – 13 de Junio de 2011

herramientas para contrarrestar problemáticas que afectan a las/os jóvenes, fundamentalmente en temas de sexualidad; pretende instalar un modelo "preventivo" y desarticular el modelo "curativo"; incluir la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad; facilitar la participación del adolescente en el cuidado de su salud; promover el desarrollo de los adolescentes y jóvenes en todos los aspectos (facilitando el conocimiento de su cuerpo y de su sexualidad; construyendo su autonomía y autoestima; acompañando en la asunción de nuevos roles a enfrentar en su vida adulta como ciudadano, trabajador, pareja, etc.).

Estos objetivos se pretenden alcanzar a partir de una atención diferenciada por parte de un equipo interdisciplinario que abarque los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El personal de este nivel –atención primaria- que atiende adolescentes tiene formación básica en los temas señalados, profundizando los conocimientos y la formación en su área específica para resolver situaciones de riesgo. El programa de Atención Integral del Adolescente contempla actividades como educación para la salud promoviendo el auto-cuidado y cuidado mutuo en la práctica cotidiana, facilitando el mejoramiento de la calidad de vida y la adopción de estilos de vida saludable; salud sexual y reproductiva, promoviendo derechos sexuales y reproductivos, proveyendo métodos anticonceptivos, facilitando decisiones libres e informadas, brindando atención pre y postnatal de calidad y centrada en la familia o pareja, desarrollando actividades de prevención como así también medicamentos básicos específicos para distintos tratamientos incluidas las ITS.

El Programa de Salud sexual y reproductiva y procreación responsable (PNSSyPR) iniciado en 2003; busca promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades, en el campo de la salud sexual. Acceder a información científica, a atención de calidad con buen trato y continuidad, a métodos anticonceptivos y preservativos gratuitos. Y a generar condiciones para el ejercicio de estos derechos. Promueve la "consejería" en salud sexual, es decir, la posibilidad acceder gratuitamente a asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones responsables. Este programa aunque no estaba específicamente orientado a la población joven, los incluía como partes de sus destinatarios sin mediar la presencia de un adulto a partir de los 14 años.

En el CAPS N° 21 las prestaciones brindadas desde nuestra llegada a campo, eran las de atención pediátricas, ginecológica y clínica. En relación a las líneas de acción promovidas por los programas PAIA y PNSSyR se pueden mencionar: las consejerías individuales y grupales sobre salud sexual, la entrega gratuita de MACs y preservativos. No funciona un servicio de atención diferencial orientado a adolescentes, ni se planteaba una política institucional para la recepción de este grupo de edad. Los servicios brindados a las mujeres mayores de doce y

menores de diecinueve años, son los mismos que para las adultas y están a cargo del mismo personal, aún cuando se trate de consultas por anticoncepción o embarazos. El Centro tampoco desarrollaba estrategias de promoción, ni realizaba actividades de educación sexual con anterioridad a nuestra llegada.

El equipo de salud del CAPS N°21 no realiza actividades en conjunto con las escuelas, las comisiones barriales u otros actores significativos. Salvo eventuales actividades recreativas para los niños en fechas especiales con una orientación asistencial más que promocional (fiestas del día del niño con sorteos y premios, festejo del Aniversario del CAPS, etc.).

En el CAPS N°5 en cambio, y debido en gran medida al interés que suscitó en el ámbito político la creación del CAIA, se presenta una mayor diversidad de actividades al margen de las prestaciones comunes de un centro de atención primaria. Por ejemplo, se distribuyen folletos para promover la reinserción escolar y la finalización del secundario a través del SiPTED (Sistema Provincial de Teleducación y Desarrollo); también trabajos conjuntos con las escuelas cercanas consistentes en talleres con cursos de nivel secundario con jóvenes de entre 12 y 14 años que se complementaban con visitas guiadas por el Centro de salud, a cada alumno se le abría una historia clínica para que posteriormente fueran usuarios del programa; sin embargo muy pocos volvieron a consultar³⁵. La representación de obras de títeres para la promoción de métodos anticonceptivos entre adolescentes³⁶.

Otra actividad es un ciclo llamado "Taller de Inteligencia emocional", realizado por un grupo de tres promotoras del Centro de Salud, consta de 15 encuentros, donde se trabaja con madres de niños menores de tres años donde *"les enseñamos a cuidar a los chicos, como darles de comer, que vacunas hay que ponerles y todo eso"*. Estos talleres están enfocados solo en el cuidado de los niños y para "madres" en sentido genérico, no existiendo una atención diferenciada en relación a las madres "adolescentes" que concurren.

Se realizan talleres sobre la violencia en el noviazgo, como parte del Programa de Médicos Comunitarios, coordinados por tres profesionales, Trabajadora Social, Psicóloga y Ginecóloga. Debido a las numerosas consultas sobre e tema, este equipo relevó a través de

³⁵ Aumentó numéricamente la cantidad de historias clínicas pero constatamos en la práctica el número de consultas se mantuvo invariable en los primeros meses, y en el último trimestre hubo incluso un importante descenso.

³⁶ La obra versa sobre la historia de una pareja de adolescentes donde ella queda embarazada. Se pretende incluir el tema de anticoncepción pero solo en un diálogo de la obra *"porque no usaste forro...boludo no sabes que podés contagiarte de ITS"*. En el mismo tenor, se pretende toca el tema aborto *"che y la mama de ella no quiere que tenga...pero nosotros estamos re contentos...nosotros queremos tener"*. Al final de la historia, él deja de estudiar porque su suegro le consigue un trabajo en un taller mecánico y finaliza: *"si es nena se llamara Sofia y si es varón se llamara José"*. Sin una reflexión de por medio y con las palabras de la Coordinadora (PAIA) *"no se olviden que acá funciona el Centro... Estamos para ayudarlos"*.

encuestas en el colegio secundario del barrio las prácticas entre los jóvenes durante el noviazgo, con los resultados se produjo un video y un informe, material nunca se socializó ni fueron aprovechados para dar continuidad a esta línea de trabajo³⁷.

Es evidente que la propuesta programática del CAPS N°5 incluye actividades específicas para las/os jóvenes así como propone acciones generales donde éstas/os se ven involucrados. Pero a pesar de estas diferencias en las actividades desarrolladas, la población juvenil no logra apropiarse de estos espacios. Por ello indagamos acerca de los modos de trabajo de los equipos de salud, antes de analizar las opiniones de las/os usuarias/os.

De los estilos del equipo de salud

El equipo de salud en ambos CAPS comparte la dificultad para encarar el trabajo efectivamente como *equipo*. Cada integrante funciona como una entidad separada del resto con diversas consecuencias que repercuten sobre los usuarios. Por ejemplo: la coordinación de los horarios de atención se cambia con mucha frecuencia y no siempre se comunica de manera clara a los usuarios con carteles visibles y suficiente anticipación. Tanto es así, que los mismos han naturalizado el hecho de llegar con previa cita y encontrarse con que los turnos del día fueron cancelados porque el médico de turno no atiende o hubo capacitación a enfermeras. Esta descoordinación e incomunicación se repite al interior de los equipos, donde los administrativos reciben órdenes y contraórdenes y la comunicación suele ir en un solo sentido a algunos pocos y no a todos los implicados en el funcionamiento del Centro de Salud. La papelería exigida para la atención tampoco favorece la fluidez de contacto y uso del sistema público de salud, mucho menos para un público juvenil poco habituado a ello.

En el CAPS N°5 hay que sacar turnos muy temprano, entre las cinco y seis de la mañana para la atención por la tarde. Las usuarias que deseen realizarse un PAP o tengan indicación médica, deben sacar turno con anticipación pero no puede ser el mismo día que la atención ginecológica porque ésta es por la tarde y los PAPs se realizan por la mañana. En el CAIA algunos turnos tienen cupo, así por ejemplo se anotan diez pacientes por día cuando a lo mejor llegaron quince o más.

En el CAPS N°21 se atienden todos los que llegan y se anotan, pero suele suceder, que como se anotan con aproximadamente una hora de anticipación a la hora de llegada del

³⁷Esta forma de implementación de proyectos generó desánimo entre los involucrados: *“Nosotras hicimos todo (Psicóloga y trabajadora social), hasta un video hicimos, los informes, bajamos las encuestas, después otras personas se llenan de flores con nuestro trabajo”*. Se planteo por parte de la Coordinadora (PAIA) volver a X realizar este tipo de talleres en la escuela, sin embargo no logran ponerse de acuerdo debido a la experiencia del año anterior.

médico, que éste llame por teléfono y suspenda la actividad del día, dejando a los usuarios con una espera inútil.

Los estilos de recepción de las jóvenes en ambos Centros responden más a predisposiciones personales que a pautas de trato a las usuarias, consensuadas como política de la organización. Así las consejerías en el CAPS N°21, son realizadas por la enfermera que dirige el Centro por su predisposición personal y empatía con los jóvenes. El ginecólogo no era el responsable porque era *"parco en el trato con los pacientes"* (según declaraciones de una enfermera). En el CAIA del CAPS N°5, la ginecóloga que recibe a las jóvenes que van en busca de MACS tiene un promedio de atención de cinco minutos por paciente, lo que pone en duda la realización de consejerías de calidad en ese lapso de tiempo. La administración de métodos anticonceptivos sigue siendo tarea de ginecología y obstetricia, si bien los médicos clínicos y pediatras pueden realizarla, por cuestiones burocráticas derivan las consultas a este sector.

Pasados siete meses de la inauguración del CAIA se logró establecer los viernes como día de atención al adolescente en el turno mañana con los médicos clínicos y a la tarde las consultas ginecológicas y obstétricas; sin embargo el cambio constante de horarios o la ausencia de los profesionales impide la fijación de un horario estable lo cual repercute en la afluencia de jóvenes al Centro.

En el caso del CAPS N°21 al ser las jóvenes "absorbidas" entre las usuarias adultas no se notan diferencias si bien padecen también los problemas en relación a incertidumbre en la atención.

Las derivaciones al psicólogo, nutricionista, trabajador social se realizan sin una previa explicación al usuario en el caso del CAIA. En cambio, en el CAPS N°21, las derivaciones a otros especialistas del hospital central o para estudios específicos las realizan siempre los médicos y se acompañan de explicación, aunque a veces el discurso profesional no resulta claro porque no utilizan un lenguaje accesible ni se cercioran de haber sido entendidos. Durante nuestra estancia en el CAPS N°21 observamos cómo los usuarios salían del consultorio y recurrían a las enfermeras para volver a preguntar por las derivaciones o análisis pedidos. Incluso recurrían a nosotros para saber en qué consisten los estudios solicitados, su importancia, cuáles deberían ser resultados "normales", etc.

La comparación entre los estilos de trabajo en un CAPS y otro evidencian que las actitudes no se logran tan solo con propuestas programáticas sino que requieren una disposición del personal que resulta más accesible y preocupado por incorporar a sus usuarias/os en el caso del CAPS N°21 que en el CAPS N°5 donde funciona el Centro especializado para las/os jóvenes, CAIA.

La mirada desde la población usuaria

Desde las entrevistas realizadas a la población usuaria surgieron similitudes y diferencias. Las similitudes enfocadas fundamentalmente en la percepción de la población sobre la eficiencia de la organización y la burocracia administrativa de los centros. También con la necesidad de revisión, cambio o simplificación de las mismas. Las diferencias centradas más en la calidad del trato directo con el usuario, tiempos de atención, accesibilidad para pedido de aclaraciones diversas al personal médico, de enfermería o administrativo. Tipo de discurso o lenguaje empleado por el equipo de salud, etc. Permanencia o rotación del personal del equipo de salud y su repercusión en la población.

En entrevistas realizadas a usuarias de ambos CAPS, surgió con fuerza la disconformidad con ciertas normas administrativas que dificultan el acceso a los servicios, como el hecho de tener que anotarse con muchas horas de anticipación a la llegada de los médicos, con la limitación en la cantidad de pacientes a atender que es variable y no necesariamente condice con la cantidad de usuarios llegados en un determinado momento o día de la semana. Con la suspensión arbitraria de la atención sin que el usuario tenga la posibilidad de saberlo con anticipación. Con el cambio, también arbitrario de días y horarios de prestación de determinados servicios lo que dificulta organizar agenda para esas prácticas o imposibilita la formación de una rutina que propicie la continuidad de controles y tratamientos en el caso de la población que precisa venir con cierta asiduidad a controlarse alguna dolencia o a realizar chequeos o controles frecuentemente.

En cuanto a las diferencias tienen que ver con las diferentes conformaciones de cada uno de los CAPS. El CAPS 5 de mayor tamaño, con mayor cantidad de personal y con unos cambios que incidieron directamente en la asignación de nuevos cargos, remoción y/o reasignación de personal todo lo cual genera cierto extrañamiento entre la población usuaria y la institución. Existe mayor distancia en el trato, y tanto para el equipo médico como para el usuario el otro es un personaje alejado y poco familiar del que poco se conoce y con el que es difícil la identificación y la empatía. El CAPS 21 en tanto si bien atiende a una población ahora bastante heterogénea, mantiene un trato más familiar, favorecido por el tamaño del equipo de salud que permite un mayor contacto y traspaso de información entre sus integrantes sobre los usuarios. El reconocimiento de un sentido de pertenencia de los usuarios y la poca rotación del personal, el hecho de que integrantes de distintas edades de una misma familia, o distintas generaciones (abuela, madre e hijas) se hayan atendido con los mismos profesionales permite una mayor cercanía en el trato y una mejor percepción de los usuarios sobre el mismo y sobre la calidad de las prestaciones. Ésto a su vez devuelve al equipo de salud un sentido de reconocimiento por parte del usuario. Todo ello, se suma sin embargo a la alta naturalización

que existe en las poblaciones de ambos centros, a pesar de las quejas, de las disfuncionalidades que detectan en cuestiones administrativas o en relación a la calidad de los servicios en algunos casos.

Conclusiones

El modelo de "servicio amigable" se apoya en la consideración de la centralidad del usuario, entre otros ítems; contemplado en relación a su contexto particular y en la eficiencia y calidad de las prestaciones de servicios prestadas por un "equipo de salud". Estas premisas básicas poco se cumplen en realidad. En ambos equipos, y sin importar la diferencia de tamaño, hay gran disparidad de orientaciones y opiniones por ejemplo en relación a la entrega de MACs a adolescentes y el tema nunca fue tratado a nivel de los equipos. Cada quien por consiguiente se guía al momento de la atención según sus parámetros y opiniones. Los lineamientos nacionales se pierden en las singularidades de los profesionales. La directora del CAPS N°21 intenta conciliar las diferencias, sin embargo al no haber líneas de trabajo definidas por consenso, ni objetivos a alcanzar en referencia al trato con la población joven, las sugerencias son anecdóticas y se pierden ante situaciones que poco tienen que ver con lo estrictamente programático. En el CAPS N°5, más que conciliación se suele dar imposición de tareas lo que también genera malestar. La vigencia del Modelo Médico Hegemónico no permite seguir las orientaciones o sugerencias, de una autoridad no médica, además de esta diferencias jerárquicas disciplinares al interior de los equipos, donde los médicos se encuentran en lo más alto de la escala, los otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales y/u obstetras son tratados como inferiores y no necesariamente consultados para organizar las acciones; el personal de enfermería aunque profesional, es ubicado en el medio y los administrativos y los promotores en el último escalón.

De tal manera los promotores de salud, que son quienes recorren las casa y tienen entre otras tareas la responsabilidad de acercar a las jóvenes embarazadas a los CAPS, restringen la colaboración al mínimo necesario y la mayor parte de las veces se trabaja a desgano. Los médicos por su parte mantienen la idea de que éstos no saben nada y tampoco tienen ganas de trabajar, desprestigiando permanentemente a este sector. La violencia institucional se repite en el destrato al personal de enfermería, aun frente a los usuarios.

Tanto la intersectorialidad como la interdisciplina son entendidas de manera laxa, y confundidas ambas con leves y discontinuos contactos entre sectores, instituciones o profesionales, sin objetivos consensuados claramente, ni asignación de actividades, responsabilidades, roles y competencias. Por ejemplo cuando se convoca las escuelas al CAPS N°5 y sólo se fichan alumnos, sin articular con docentes, ni aún con los distintos profesionales

del Centro en las distintas áreas. Los datos generados por esas acciones pasan a engrosar las estadísticas, pero en la realidad caen en el vacío pues no tienen repercusión real sobre la población a la que pretenden dirigirse. Así la interdisciplinariedad pasa a ser la realización de actividades conjuntas pero puntuales, no como lógica de trabajo, ello se observa cuando cada área trabaja en forma autónoma en función al sector de trabajo.

Las acciones de promoción de la salud, la mayoría de las veces se plantea más por su efecto mediático (obra de títeres, chocolate y pelotero para los niños) que por su impacto real sobre una problemática específica o una delimitada población, la población juvenil que pretende ser convocada con actividades que se dirigieron en realidad a adultos (educación emocional) o infantes (chocolate, títeres). En estas condiciones, aunque las propuestas son interesantes, generan reacciones contradictorias o abiertamente negativas entre los usuarios. La falta de comunicación intrainstitucional es un factor preocupante, que no necesariamente tiene que ver con el tamaño del grupo o los equipos de trabajo, sino más bien con las disposiciones personales.

El público juvenil, de por sí reacio al contacto con el sistema de salud y sin una cultura de promoción y prevención, se encuentra en una situación de fragilidad al vincularse con servicios que funcionan en estas condiciones; cuando el o la joven llega al Centro de Salud se encuentra con dificultades para acceder a información sobre horarios y prestaciones, días de atención cambiados, profesionales que no respetan horarios. Derivaciones sin explicación que no favorecen la continuidad de los tratamientos. Mensajes contradictorios entre los mismos integrantes del equipo técnico del Centro. Hay un verdadero y profundo desconocimiento de las características propias de la franja etaria juvenil, sus dificultades, necesidades, formas de comunicación y preferencias, hasta el sentido común es ignorado. A pesar de que desde los programas en cuestión se espera que los profesionales sean sujetos activos que identifiquen problemáticas y propongan soluciones, en la práctica se observa que son incapaces de reconocer barreras de acceso, algunas incluso generadas por ellos mismos.

De las capacitaciones al personal de los Centros solamente participa la coordinadora del PAIA siendo ella la encargada de socializar los conocimientos adquiridos a los equipos, actividad que casi no se realiza. Cuando se realizan evaluaciones sobre el programa por los responsables a nivel nacional, participa sólo parte del equipo, designado por la coordinadora, los integrantes del equipo de investigación que desarrollamos tareas en el CAPS N°5 participamos una vez a pesar de la solicitud y disposición a hacerlo periódicamente; tampoco lo hacen los promotores de salud, y otros médicos del CAPS. Similar situación se da en el CAPS N°21, donde no se socializan los conocimientos de las diversas capacitaciones a las que asisten mayormente los médicos, aunque también enfermeras y promotoras pero en diferentes circuitos.

No existe una instancia de trabajo en equipo donde se comparta lo adquirido, más bien son como eventos aislados que simplemente tienen que ver con requerimientos de formación y actualización profesional. Las representaciones que tienen los equipos de salud sobre los adolescentes evidencian estas limitaciones para encarar las acciones desde otra perspectiva, identifican a éstos con individuos desinteresados en su superación personal, tanto en relación a ocupaciones laborales como a su instrucción. Despreocupados de su independencia económica, e irresponsables ante la sexualidad, las relaciones de pareja y la maternidad-paternidad. Integrante del equipo del CAIA señaló: *“yo no sé cómo no les entra en la cabeza, yo les digo: ¿no te jode que tengas que pedir para comprarte una bombacha...tu desodorante?...les pregunto si quieren hacer algo... tejer por ejemplo y nada... yo les mando a que hablen con la Psicóloga haber si ella por lo menos les cambia la cabeza”...*

Sin importar la edad, ante la maternidad y con el fuerte prejuicio de que ésta es producto de su irresponsabilidad, las usuarias son incorporadas a la categoría de adultas y las expectativas sobre su comportamiento se asimilan a las mujeres adultas. Si bien el PAIA tiene corta vida (está por cumplir un año) es esperable que realicen ajustes, pero por sobre todo una autocrítica de los equipos. El PNSSyR tiene más de seis años de vigencia y ya contemplaba las líneas de acción como por ejemplo, la transversalidad de género, la calidad de atención, la integralidad, etc. Ante estas situaciones los usuarios usan la única arma eficaz ante tal disparidad de poder frente a profesionales y las instituciones: no vuelven, salvo que sea por extrema urgencia. Es necesario decir que todavía no es una realidad completamente tangible el modelo de servicios amigables centrado en el usuario, es necesario recorrer el camino que se acerca a la población, escucha sus voces y mira, reconoce y se adapta a las particularidades de su entorno. Según nuestras indagaciones, el usuario todavía continúa a merced de un sistema que funciona al margen de sus necesidades y demandas reales y concretas. Donde la mayoría de las veces por necesidad, se termina sintiendo un rehén.

Bibliografía

ALONSO, Valeria “Abordajes de los servicios de salud y perspectivas profesionales acerca de la adolescencia y el embarazo” en GOGNA, Mónica (2005) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES, Unicef, Argentina.

ALPÍZAR, Lidia y BERNAL Marina – *“La construcción social de las juventudes.”* Última Década. (On line) 2003, Vol.11, n 19 (citado 2010-08-30) pp.105-123 Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50718-

22362003000200008&lng=es&nrmiso> ISSN 0718-2236 doi: 10.4067/s 0718-2236
200300200008

DAVILA LEON, Oscar - *"Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes"*. Última década. [Online]. vol.12,2004, n.21 [citado 2010-08-25], pp. 83-104. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2236. doi: 10.4067/S0718-22362004000200004.

HARO, Jesús (2004) "Entrevistas grupales en la investigación del ámbito sanitario. Criterios y estrategias para campo y análisis." Trabajo social y salud. Vol 48, 2004, págs. 139-187

DÁVILA, Oscar editor (2003): Políticas públicas de juventud en América Latina: Políticas Nacionales. Chile, CIDPA Ediciones.

SÁEZ MARÍN, Juan (1988): El frente de juventudes. Política de juventud en la España de la posguerra (1937-1960). Madrid: Siglo XXI Editores.

VILLA, Alejandro comp. (2009) Sexualidad, relaciones de género y generación: perspectivas histórico culturales en educación. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires.

RODRÍGUEZ, Ernesto. Políticas Públicas de Juventud en América Latina: Empoderamiento de los jóvenes, enfoques integrados, gestión moderna y perspectiva generacional Disponible On line en: http://www.pj.gov.py/ddh/docs_ddh/PoliticasyJuv2.pdf consultado el 22/08/2011
Programas Provinciales. Programa de Provincial de Salud integral del Adolescente. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. <http://www.salud.misiones.gov.ar>. 28 de agosto de 2011

<http://territoriodigital.com.ar>

<http://www.mediosdelmercosur.com>

<http://www.saludnews24.com.ar>

<http://www.misionesonline.net>

<http://www.regionsalud.com>

<http://www.nortemisionero.com.ar>

<http://www.noticiasdel6.com>

<http://www.canalcuatroposadas.com.ar>

Consultados entre el 25 y 30 de agosto de 2011.

Gobierno de la Provincia de Misiones
Comité Ejecutivo de Desarrollo e Innovación Tecnológica

Jornada de Iniciación y en la Innovación

Becarios de Investigación del CEDIT
Resúmenes y Trabajos

Centro de Convenciones y Eventos

Posadas – Misiones – Argentina

18 de Abril de 2011

Licenciada en Antropología Social y Cultural. Facultad de Humanidades y Ciencias
Sociales. Universidad

Nacional de Misiones. patriciavenialgorossi@gmail.com

Trayectorias hacia maternidades adolescentes.

¿Elecciones o contingencias en salud sexual y reproductiva?

C. Patricia Venialgo Rossi

Resumen

Este trabajo aborda el embarazo adolescente a partir de la reconstrucción de trayectorias de vida de mujeres jóvenes menores de 19 años, de sectores populares y usuarias del sistema público de salud. A partir de estrategias metodológicas cualitativas e instancias participativas se rescata la visión, representaciones y vivencias de las protagonistas en relación a este hecho. Se considera también su relación con el sistema de salud, con el equipo de salud y en general las dificultades que se presentan para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, los apoyos o carencias en relación al cuidado del hijo. Se realizó en la unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga (período 2009-2010), específicamente en la Residencia de Madres y en el Centro de Atención Primaria N° 21 de Posadas. Finalmente entre los factores que adquieren mayor peso en las trayectorias hacia la maternidad en mujeres de sectores populares, destacan: la cuestión de falta de información en referencia a cuestiones de sexualidad en general, la disparidad de poder para el ejercicio de la autodeterminación, frente a adultos y varones, la falta de acceso a servicios de salud o las dificultades debidas tanto a cuestiones estructurales como vinculadas a la percepción sobre el equipo de salud o la propia imposibilidad de expresarse abiertamente sobre sexualidad, tanto como limitaciones en la autonomía.

Presentación

La preocupación sobre el embarazo como problema de Salud Pública y como tema de incumbencia e intervención del Estado surge en la década de 1960, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994 se constituye en prioridad internacional. La maternidad adolescente es señalada como un problema relevante en toda América Latina y a su vez los países del Mercosur, especialmente Argentina y Uruguay presentan las tasas más elevadas (Según Informe sobre Desarrollo Humano para Mercosur 2009-2010. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD). En tanto que en la realidad nacional la provincia de Misiones presenta un elevado porcentaje de embarazos adolescentes, con un 21% de nacimientos en mujeres menores de diecinueve años (Según Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

La provincia de Misiones, cuenta desde hace varios años con disposiciones y otros instrumentos que posibilitan el accionar y la intervención sobre la cuestión,

algunas incluso anteriores a iniciativas nacionales, como el **Decreto 92/98**, por el cual se crea el **Programa Provincial de Planificación Familiar Integral** que contempla la atención de niños y adolescentes, aún haciendo la salvedad: “cuando se les presten los servicios del Programa, propiciarán siempre que sea posible y conveniente la presencia y/o autorización de los padres, tutores curadores y/o quienes ejerzan el mencionado rol dentro de su grupo familiar”. La **Ley 3782** mediante la cual se reconoce a las alumnas embarazadas 40 días de inasistencias justificadas, y que garantiza el amamantamiento. La **Ley 4205/05** que modifica el período de amamantamiento a un plazo de 60 días a partir de su reincorporación al establecimiento educativo. Y la **Ley Provincial 4494** que reemplaza al **Decreto 92/98** y adhiere a la **Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Reproductiva**. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que viene haciendo efectiva la entrega de métodos anticonceptivos desde su implementación, con mayor alcance, continuidad y menores inconvenientes en los últimos años. Sin embargo no se registran cambios sustanciales en relación a los índices de embarazo en esta franja etaria.

Se considera por tanto, importante el abordaje de la temática para identificar más claramente los factores que inciden sobre esta realidad, ya sea como fuentes o refuerzos de la situación de desigualdad observada en referencia a las opciones con que cuentan los adolescentes frente a su salud sexual y reproductiva. El tema propuesto para esta investigación se propuso entonces reconstruir las trayectorias de mujeres jóvenes pertenecientes a estratos populares, que estuvieran atravesando el embarazo y la maternidad para acceder a sus representaciones sobre este hecho, las implicancias sobre su cotidianeidad, proyectos de vida y cuidados de salud sexual y reproductiva. Se pretendió también lograr una descripción de los servicios de salud disponibles, las posibilidades y dificultades de acceso según la experiencia de las mismas adolescentes, abordando el estudio de casos en la Unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga.

Marco Teórico

Antropología, la juventud como construcción sociocultural

Las sociedades crean formas diversas que institucionalizan y sirven para organizar la transición de la infancia a la edad adulta, estas varían según el momento histórico y el lugar. El sentido común intenta reorganizar esas variaciones, buscando algún factor común que permita pensarlo como un evento más homogéneo. Al intentar

esta mirada se descubre la adolescencia como un hecho universal revelado a partir del fenómeno biológico del acceso a la madurez reproductiva y los cambios físicos de la pubertad. Pero ningún acontecimiento biológico transcurre en un vacío social, por lo que es necesario tener en cuenta la variabilidad de las interpretaciones y repercusiones que tendrán, dentro de los distintos grupos e historias, esos cambios físicos. Así quedan unidos, el hecho biológico de la pubertad, la madurez reproductiva, y la apreciación social que implican ambos.

En las visiones socio-antropológicas de la juventud se incorporan las diversas situaciones que intervienen desde lo social, cultural e histórico como factores constitutivos de las diversas formas de ser joven. Es necesario, tomar en cuenta la especificidad histórica y social de las formaciones humanas consideradas como adolescencia y juventud. **(Margulis M., 2008)**

El antropólogo, Carles Feixa, destaca que subalternidad y transitoriedad, que caracterizaron a los jóvenes mucho tiempo han servido como base para descalificar y despreciar los discursos y en general las producciones de los jóvenes. La juventud vista de este modo, implica condiciones de acceso desigual a recursos y poder. Bourdieu, retoma la cuestión de las desigualdades de poder, entre jóvenes y adultos. En cualquier campo, “los viejos” intentan mantener a los que les continúan, en estado de “juventud”, de irresponsabilidad, de falta de poder. Así, se puede ver que para que exista juventud, deben darse una serie de condiciones sociales: normas, comportamientos, cualidades e instituciones que distingan a los jóvenes frente a otros grupos de edad. Y por otro lado, imágenes culturales asociadas específicamente a los jóvenes. Deben tenerse en cuenta además, las pertenencias de género, étnicas, sociales y económicas.

Los jóvenes-adolescentes de este trabajo

En el marco de este trabajo se considera a los adolescentes incluidos en el concepto de juventud. Son concretos, diversos, ubicados en un contexto histórico, socioeconómico y familiar específico que los dota de singularidad. Por cuestiones relativas a la sistematización de algunas evidencias y al trabajo de campo, se tiene en cuenta el rango de edad de doce a diecinueve años.

Se entiende la adolescencia como una etapa de la vida con interés por sí misma, no ya como período de “transición” o “pasaje hacia”. La experiencia de los adolescentes es un “ahora”, con una duración de varios años en la vida. Es una construcción social y cultural sujeta a un contexto histórico y una realidad concreta en la que además se dan

disparidades de acceso al poder y a los distintos tipos de capital (según los entiende Bourdieu), que sin embargo no es determinante y definitiva sino que es resistida y reconstruida por los mismos adolescentes desde sus experiencias cotidianas.

Salud Sexual y Reproductiva

El concepto de salud sexual y reproductiva surge en la década de 1980 desde el campo de la salud y las políticas públicas. En 1978 en Alma Ata la OMS reconoce la “planificación familiar” junto con la salud materno infantil como aspectos integrales de estrategias de atención primaria de la salud. Estas medidas fueron promoviendo la discusión en torno a los derechos sexuales, la injerencia del Estado para su garantía, y el acceso a servicios en relación a reproducción.

El área que vincula salud, sexualidad y reproducción es compleja porque entrelaza complicadas percepciones permeadas por cuestiones morales, religiosas, y de género. Factores biológicos siempre se ven afectados por factores sociales y culturales, y no son suficientes únicamente la comprensión de la biología y de la fisiología reproductiva y sexual humana, para entender las formas de experiencia de la sexualidad y la reproducción. Las formas de cuidado que se desarrollan en torno a ellas, que tienen que ver con ideales y valores.

Es necesario además, incorporar la subjetividad en referencia a la percepción y experiencia individual para evitar los sesgos biologicistas. Esto permitiría dotar de sentido acciones de los sujetos que parecen contradictorias y sin lógica y que los individuos o grupos llevan a cabo aparentemente en detrimento de su salud, bienestar o la preservación de la propia vida. Ya que como dice Sikos “Los sentidos que los conjuntos –y por ende, los individuos – atribuyen a la sexualidad pueden ser contradictorios con los fines de la salud y no se reducen a la preservación de la salud y la evitación de la enfermedad.” (Sikos G. en Pantelides E. 2000)

Embarazo/maternidad adolescente

Estos términos representan tradicionalmente, en el ideario de la mayoría de las personas, una asociación inadecuada o poco feliz. Durante mucho tiempo tanto desde el ámbito de la investigación como de las políticas públicas se ha asociado embarazo y adolescencia con efectos adversos en la salud tanto de la madre como del hijo, con la noción de riesgo, como “problema” y en general con una valoración negativa. Hay una tendencia más reciente, basada en nuevos análisis, a minimizar los riesgos médicos

considerando los datos que muestran que esto se da sólo en embarazos muy precoces (antes de los quince años). En referencia a la influencia de este hecho como un factor de desventaja en relación a situación económica y educativa, también hay opiniones divididas. Se debate si el embarazo adolescente es un factor que incide en la reproducción de la pobreza o si la pobreza es causa o factor coadyuvante para embarazos precoces. Por otra parte se acepta que existen riesgos médicos pero estos no se deben únicamente a la edad per se sino que es necesario contemplarlos a la luz de carencias estructurales para no caer en el alarmismo. Este trabajo intenta observar el fenómeno bajo otra perspectiva, intentando comprender el embarazo adolescente en su complejidad, desde la voz, vivencias y representaciones de las protagonistas, teniendo en cuenta un momento y contexto concreto, la diversidad antes que la homogeneidad y las singularidades de la población elegida.

Metodología

La estrategia metodológica adoptó una perspectiva cualitativa, que combinó instancias participativas. Las indagaciones se llevaron a cabo en la unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga (en un período comprendido entre 2009-2010). Dentro del Servicio de Neonatología, la mayor parte de los contactos y de las indagaciones se realizaron específicamente en la Residencia de Madres (espacio destinado a internación de mujeres de escasos recursos o con residencia alejada que tuvieran sus hijos internados en la Unidad) y en salas de espera y patios circundantes de la Unidad. En el Centro de Atención Primaria N° 21 de Posadas (CAPS 21), en la sala de espera, en el patio del mismo y en algunos casos visitas domiciliarias a usuarias contactadas en el mismo Centro.

La población de estudio incluyó a usuarias del sistema público de salud, de nivel socioeconómico bajo, de áreas urbanas y rurales. El nivel de instrucción promedio considerado fue primaria completa y secundaria incompleta. Se consideraron como criterios de exclusión: Mujeres de la República del Paraguay, debido a que si bien comparten mucho de la idiosincrasia de la zona, pertenecen a una realidad cultural y nacional con aspectos singulares, además la mayoría de esos casos gozaban de mejores condiciones socioeconómicas y poseían mayor nivel educativo que el considerado para la muestra. Mujeres de nivel socioeconómico medio o mayor nivel educativo (secundaria completa o más.) Mujeres de la etnia guaraní. Mujeres indigentes o con problemas de salud mental. Por razones éticas también se excluyeron, considerando el

estado de vulnerabilidad psíquica y emocional: Mujeres que estuvieran atravesando un posparto complicado por motivos diversos, con complicaciones de salud debido a motivos ajenos al parto o cuyos hijos estuvieran pasando por complicaciones o problemas severos de salud.

Embarazo adolescente. Trayectorias, representaciones, repercusiones.

Para acceder a los objetivos de reconstruir trayectorias de vida y conocer las repercusiones del embarazo en mujeres se optó por una metodología cualitativa que permitió acceder a las significaciones de los actores en referencia al embarazo. Las instancias de entrevistas en profundidad, observación y los encuentros grupales permitieron acceder a ideas y creencias asignadas desde el sentido común y la práctica de vida cotidiana de estas jóvenes madres al embarazo, la maternidad y el cuidado de los hijos. Se realizaron veinticinco entrevistas en profundidad, quince en el Hospital y diez a usuarias del CAPS 21. Se realizó además un encuentro semanal en cada uno de los espacios de trabajo durante toda la estancia en campo (2009-2010).

El análisis muestra que el embarazo antes de los diecinueve años es un evento sorpresivo e inesperado que irrumpe en las vidas de las jóvenes adolescentes. Esto se relaciona con representaciones que implican la imposibilidad de planificar tal hecho. *“Es algo que pasa nomás”, “los hijos vienen cuando quieren, no cuando vos querés”, “es así nomás para las mujeres”*. Existe una creencia bastante arraigada y casi fatalista de la predestinación de la mujer para la maternidad, de la imposibilidad de evitar ese destino por mucho tiempo: *“aunque te cuides, si te vás a quedar (embarazada), te quedás”*. También es frecuente una postura pasiva y despreocupada, aun conociendo las consecuencias. El embarazo se ve como aquello que les sucede a los demás, hay cierta noción de invulnerabilidad que se suma a las imprecisiones en la información sobre funciones biológicas. *“Mi amiga y mi hermana quedaron (embarazadas), y yo decía a mí no me va a pasar...y acá estoy.” “No creí que me iba a embarazar porque era mi primera vez.”*

En el extremo opuesto se encuentran aquéllos casos en los que el embarazo fue una meta a alcanzar. Entre las jóvenes adolescentes contactadas, incluso dos casos de catorce años, existió el deseo del hijo y la búsqueda del embarazo. En estos casos manifiestan haber tomado conciencia ante el hecho consumado del hijo nacido, de que la visión que las llevó a desear tal embarazo era bastante idealizada y se correspondía poco con la realidad, aún así no reniegan de la situación y se muestran felices. *“Yo veía*

ya a mis amigas con sus bebés,... y yo también quería un bebé, no estaba de novia ni nada, pero yo quería el bebé no el padre... pero creía que era sólo ponerle linda ropita y sacarlo a pasear...nunca me imaginé el bebé llorando toda la noche o enfermo, ni hablar de la plata para los pañales...mi mamá me decía: vos querés jugar a la muñeca nomás te pensás que es fácil... ”.

También las imprecisiones en la información sobre sexualidad y procreación llevan a la idea muy extendida de que la anticoncepción durante mucho tiempo, desde edades tempranas o antes de haber tenido por lo menos un hijo, es causa de esterilidad. La esterilidad es un fantasma con mucho peso en las nociones de estas mujeres que basan su construcción de género en la capacidad reproductiva. Mujeres de diecisiete y dieciocho años, algunas iniciadas sexualmente dos o tres años antes, manifestaron abandonar el uso de MACs por temor a la imposibilidad de tener hijos. *“yo me cuidé desde los quince, es mucho, “era” muy jovencita, ahora voy a tener este bebé y después a lo mejor me cuido otra vez, o le tengo un hermanito dentro de dos años y ahí sí ya está...”*. En el testimonio la que habla tiene dieciocho años y habla de la propia juventud en tiempo pretérito. Se ve en los testimonios el hecho de que sus representaciones acerca de la juventud poco tienen que ver con franjas etarias. *“A mí me molesta cuando vienen las enfermeras y te dicen mamita esto y mamita lo otro...o te tienen de acá para allá, yo ya soy una mujer grande...”*, *“cuando dicen pobrecita hay que ayudarle...no sé qué me da, con diecisiete años y con un hijo ya es una mujer hecha y derecha...”* Los testimonios son de jóvenes mujeres de diecisiete y dieciocho años, a las que desde otros ámbitos se las cataloga sin demasiados análisis en la categoría de “adolescentes” con todo el peso de los estereotipos de persona “en transición hacia” su completa formación, lo que no se condice en absoluto con las representaciones que ellas tienen de sí mismas. Hay que considerar que a veces, en contextos de mayores carencias económicas, fundamentalmente las mujeres, adquieren a edades tempranas responsabilidades similares o iguales a las de los adultos, como el cuidado de niños menores, las tareas del hogar, y aún el trabajo fuera de la casa para ayudar a los ingresos familiares, lo que puede ser un factor que influya en esta construcción. Lo contradictorio, es que esta asunción de responsabilidades no siempre implica mayor autonomía, por lo cual surgen insatisfacciones que derivan no pocas veces en el anhelo de un embarazo, y llegada del hijo es el medio por el cual se accede finalmente a las “ventajas” de la categoría adulta. Dice Andrea *“a los diecisiete años yo ya estaba apurada por tener mi hijo, por formar una familia...en mi casa no era lo mismo yo no*

decidía nada, ni permiso para salir tenía...pero esa casa, la de mis viejos la hicimos mis hermanos y yo con mi papá.

Construimos la casa cuando teníamos diez, doce años...después de la escuela en vez de ir a jugar teníamos que acarrear ladrillos. Papá nos dejó y salimos a trabajar los tres para ayudar a mi mamá que se quedó en casa con los más chicos vendiendo bollos, empanadas. Pero era así como que yo ya había cumplido en casa, ahora quería mi propia familia.” (Entrevistada 21 años, tres hijos) El caso de Andrea muestra una situación común a muchas jóvenes, de un contexto de exigencias, responsabilidad y pocas satisfacciones. Amén de la pertenencia confusa a dos ámbitos: el de la propia edad y el de los adultos en el que sin embargo no existe plena participación.

La maternidad no necesariamente se asocia con la vida en pareja “*yo quería el hijo no el padre...*”, si bien es un ideal común. Pero cuando no se da, ya sea por la falta de compromiso del varón, por decisión propia o más generalmente de los adultos más allegados, igualmente se conserva la sensación de autorrealización y de ascenso de categoría. En el entorno familiar las jóvenes pasan a ser consideradas en el círculo de las mayores, acceden a participación y diálogo con las mujeres adultas (madres, abuelas y tías fundamentalmente, a veces con hermanas mayores) con las que no siempre tuvieron esa relación. La maternidad parece “haberlas iniciado” y recién entonces hablan por ejemplo más abiertamente de cuestiones que hacen a las relaciones de pareja, la convivencia y el matrimonio, el sexo, y la crianza de los hijos. En los casos en los que está ausente la figura de la pareja, se activan redes parentales que proveen recursos materiales y de apoyo de diversa índole que logran paliar en buena medida la desprotección a la que quedan expuestas. Más del noventa por ciento de las contactadas no trabaja por lo cual estos apoyos son fundamentales. Más del cincuenta por ciento se encuentra fuera del sistema educativo ya sea por abandono a partir del embarazo, porque ya estaban fuera por razones diversas o porque pensaban abandonarlo en el transcurso del embarazo o al tener el hijo. Muy pocas se plantean seriamente la continuidad de los estudios en esta instancia. Hay sin embargo mayor número de ellas, interesadas aunque fuera vagamente en la idea de conseguir algún tipo de trabajo o desarrollar alguna actividad remunerada u oficio.

Al interior de las familias existen fuertes dificultades de diálogo para abordar cuestiones atinentes a la salud sexual y la anticoncepción. Las jóvenes buscan paliar estas carencias buscando información fuera del hogar, entre pares o a través de la experiencia.

El contacto con el sistema de salud tanto para la prevención en general como para la prevención del embarazo en particular es prácticamente nula. Se limita a la búsqueda de servicios ante situaciones de enfermedad. Sí comentan haber acompañado a sus madres a llevar a sus hermanos a controles y vacunaciones por ejemplo, por lo que se deduce que la prevención es para que la realicen las madres con los hijos pequeños. Aún durante el embarazo los controles son pocos, discontinuos y tardíos. Las jóvenes adolescentes de áreas urbanas y mayor nivel educativo registran mayor cantidad de controles y manifiestan una mayor predisposición y toma de conciencia respecto de la importancia y funciones del seguimiento pediátrico y de vacunación. Si bien la mayoría no lo manifiesta directamente, por las observaciones realizadas en campo y las entrevistas con promotoras, enfermeras y personal administrativo, se pudo notar que el acceso a beneficios sociales también es un incentivo para ello.

Servicios de salud

Los servicios de salud prestados desde el ámbito de la salud pública son los mismos que se brindan a las mujeres adultas, no existen servicios diferenciales para esta población en particular en relación a salud sexual y reproductiva, embarazo, parto y nacimiento. En todo caso al no existir políticas de atención a este colectivo, las adaptaciones en la atención quedan supeditadas al voluntarismo de médicos y enfermeras que interesados en la temática, capacitados a tal fin o por simple sensibilidad intentan otro tipo de diálogo, acercamiento y atención en contacto con las adolescentes. Por lo registrado con integrantes del equipo de salud, las jóvenes son tratadas como actores pasivos y no como sujetos activos y responsables ante sus propias prácticas. La mirada biomédica moldea una visión de los adolescentes como portadores de características biológicas y funcionales particulares que derivan en determinados comportamientos. Lo que no puede ser explicado por estos motivos, se justifica en la pertenencia de clase. Desde el equipo de salud rara vez mencionan las parejas. No reconocen la importancia que adquieren en las vidas de las jóvenes, dando por hecho que cursan solas embarazo y maternidad. La mirada sobre el entorno familiar de las adolescentes es altamente homogeneizante. Se considera a la adolescencia en general como un período de efervescencia sexual y a la adolescencia de los sectores populares como carente de control sobre sus impulsos, con escasos valores morales, carente de información y resignada ante sus condiciones de vida, resignación que lleva al abandono, la despreocupación o la “dejadez”.

El personal de enfermería comparte en cierta medida algunos de los sesgos de la mirada biomédica de la adolescencia y ciertos prejuicios en torno al abandono y la despreocupación pero al estar en un contacto de mayor cercanía, la mirada se vuelve algo más abierta y se incorpora por ejemplo la cuestión de la diversidad. Prevalece sin embargo la tendencia a crear o manejar estereotipos.

El equipo de salud se considera un agente con poder tanto desde la percepción de las jóvenes como desde las mismas actitudes de doctores y enfermeras. Las adolescentes sienten que se las desvaloriza y médicos y enfermeras minimizan la capacidad de las jóvenes de tomar decisiones informadas. La información y las prescripciones son administradas según estos presupuestos, así el equipo de salud no goza de la confianza de las jóvenes ni es un referente preferido por éstas. Existe una distancia que es necesario acortar.

Consideraciones finales

El resultado aproxima a ciertos hallazgos que deberían ampliarse, pero que tal vez se puedan considerar como puntos de partida de análisis y revisiones más exhaustivas. Las mujeres jóvenes de este estudio carecen de suficiente información sobre MACs y sexualidad en general, son temas tabú en la familia. Los principales referentes son los pares por lo que las imprecisiones abundan. Las adolescentes incorporan y construyen sus significaciones en torno a sexualidad, maternidad, relaciones de pareja, el ser mujer; fundamentalmente por la observación de sus modelos cercanos que comparten similares carencias en cuanto a información. Al no haber una cultura de contacto asiduo con el sistema de salud y no considerar al equipo de salud un referente, y sumarse las dificultades para hablar sobre sexualidad, la maternidad no siempre es una opción.

La mayor parte del tiempo es un evento sorpresivo con el que las jóvenes tienen que aprender a lidiar apelando a todos los recursos emocionales, cognitivos y materiales de que dispongan. El embarazo temprano o los proyectos de convivencia son muchas veces, formas de acceder a la categoría de adultos y a las decisiones. Ante la falta de alternativas y proyectos de vida, el hijo se convierte en el proyecto, en la fuente de satisfacción. En estos casos el rol maternal puede otorgar otras satisfacciones negadas en otros ámbitos. A veces puede significar la adquisición de un status más valorizado dentro de su contexto.

Por todo lo mencionado se ve la necesidad de generar líneas de acción específicas para las adolescentes. Elaborar estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, orientadas a este colectivo en particular. Es necesario además trabajar en la sensibilización del equipo de salud para adaptar su accionar ante estos casos. Como así también elaborar estrategias orientadas a las familias, fundamentales en las trayectorias hacia la maternidad de estas jóvenes, para propiciar la apertura al diálogo sobre sexualidad y el reconocimiento de su importancia en la prevención.

Agradecimientos

Al CEDIT y al Dr. Carlos Enrique Schvezov en su calidad de Presidente de esta institución, por la beca otorgada que posibilitó esta investigación.

A Lidia Schiavoni y Gladys González directora y con directora respectivamente.

A los responsables de las instituciones de Salud donde se realizó el trabajo de campo, a las usuarias que respondieron entrevistas y participaron de encuentros grupales.

Bibliografía

AISCAR, Sonia Cristina (2005) La maternidad en sectores populares. Representación social en las mujeres y relación con la atención de su salud. Ed. Espacio, Buenos Aires

GOGNA, Mónica (2005) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES, Unicef, Argentina.

KORNBLIT, Ana Lía (2004) Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires, Biblos, 2da. Edición 2007

MARGULIS, Mario (1996) La juventud es más que una palabra. Buenos Aires, Biblos, Edición 2008

PANTELIDES, Edith y BOTT Sara (2000) Reproducción, salud y sexualidad en América Latina. Buenos Aires, Biblos – OMS.

Directora Lidia Schiavoni

Co Directora Gladys González

Becario Patricia Venialgo Rossi

ANEXO I: Publicaciones

I.4. Publicaciones de Resúmenes

MESA 3

Docencia – Transmisión del Oficio

Titulo

¿Fórmulas para “criar” antropólogas y antropólogo?

Autor/es

Schiavoni, Lidia. lischia05@yahoo.com

Pertenencia Institucional

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones (FHyCS-UNaM)

Resumen

Nos preocupamos por ensayar diferentes modos para la transmisión del oficio; cada vez que incorporamos un nuevo becario al proyecto de investigación resurge la pregunta sobre ¿cómo entrenar a otros en las metodologías cualitativas?

Hace más de diez años que dirigimos proyectos de investigación y en ese rol nos ha tocado formar investigadores, algunos completando su último requisito académico (la tesis de grado) y otros transitando la formación de carrera de investigador (becarios de iniciación, de perfeccionamiento, tesis de postgrado), es decir nos encontramos con sujetos con diferentes grados de formación y con “intenciones de hacer campo”.

El aprendizaje de las técnicas elementales (observaciones y entrevistas) suele constituir un insumo que estos jóvenes aportan de su formación de grado pero ¿cómo realizar el ingreso al campo y tejer los primeros contactos? ¿cómo evaluar las relaciones y elegir las más potentes? ¿qué valor adquiere las conexiones personales previas y las habilidades para relacionarse con “Otros”? Estas son algunas de las primeras cuestiones.

Pero una vez en el campo se suceden otros interrogantes ¿cómo lograr la permanencia necesaria? ¿cómo mantener el alerta sobre los modos en que se va planteando y derivando el problema? ¿qué decisiones tomar y cómo logramos respetar el derecho de prueba que tiene el “novato”?

El apoyo en la búsqueda de estrategias para redefinir un problema, qué camino seguir y aceptar las fundamentaciones en juego (operativas, teóricas, personales) constituyen momentos claves que se van encadenando en un proceso de investigación cualitativa y nos toca a nosotros como orientadores aceptar y compartir la incertidumbre que enmarca muchas veces ese proceso.

Del mismo modo que en las instancias anteriores, hacer entender en qué consiste la salida del campo, ¿por qué es necesario dejar puertas abiertas y a la vez cerrar expectativas? Constituyen pasos críticos del proceso de aprendizaje.

En forma paralela la discusión sobre las posibles formas de registro, las ventajas y desventajas década una (notaciones y grabaciones) van matizando esta permanente

toma de decisiones que se complejiza al sostener la instancia analítica de modo casi simultáneo y con las consecuentes redefiniciones de los ejes y temas a priorizar, a recuperar, etc.

Nuestro enfoque se sustenta en la Antropología Reflexiva (Bourdieu y Wacquant 1992; Godelier, 2008) cuando admitimos que la práctica de la etnografía clásica restó importancia a cuestiones muy relevantes que estructuran el trabajo de campo: desde pensar en escenarios cercanos (geográfica y temporalmente), admitir la incidencia de las singularidades del/la investigador/a en el modo en que establece los vínculos con los "otros", considerar a los "otros" como sujetos equivalentes –aunque diferentes- al/la investigador/a, aceptar ciertos compromisos o involucramientos afectivos y/o políticos con los grupos estudiados y por lo tanto compartir –aunque sea de modo informal- los avances en el proceso de investigación.

Compartir las diferentes instancias al participar como integrante de un equipo de investigación, nos señala C. Wainerman (1997), es la estrategia más adecuada para aprender a hacer investigación aunque muchas veces las tareas que nos encargan parezcan un poco tediosas y a veces hasta absurdas. Pero quien orienta conoce el recorrido y por ello propone los trillos.

Al pensar en una propuesta para la transmisión del oficio a partir de nuestra corta experiencia como formadores, reconocemos que acompañar, estar con el "otro" es la clave. El desafío de formar a otros en las metodologías cualitativas, compartir el trabajo de campo, supone recuperar la lógica de entrenamiento de los gremios medievales, donde aprender el oficio es el "estar junto al otro" mientras desempeña su rol (de investigadores para nosotros), con numerosos mensajes explícitos y múltiples mensajes implícitos.

La intención en esta presentación es compartir la forma en que hemos abordado la tarea de transmitir el oficio investigando diferentes aspectos de la sexualidad en grupos de sectores pobres de diferentes localidades de la provincia de Misiones: desde el reconocimiento de los propios cuerpos y las prácticas de cuidado hasta situaciones de violencia sexual como la prostitución infanto-juvenil y el incesto.

Preguntas disparadoras:

¿Cuándo consideramos a un investigador "entrenado" para trabajar con metodologías cualitativas?

¿Es posible aprender a hacer investigación con metodologías cualitativas sin participar de todo un proceso como miembro de un equipo?

¿Qué aspectos de la estrategia metodológica deben estar explícitos en los informes y artículos: técnicos, personales, inter-accionales, contextuales?

**XXVIII CONGRESO INTERNACIONAL DE ALAS
6 a 11 de septiembre de 2011, UFPE, Recife-PE**

Grupo de Trabajo: *GT 22 - Sociologia da Infância e da Juventude / Sociología de la Infancia y la Juventud*

Título del Trabajo: LA SEXUALIDAD INFANTIL DESDE LA MIRADA DE LOS ADULTOS. Las voces familiares, escolares y sanitarias en una región de frontera. Misiones, Argentina.

Nombre completo e institución de autor(es): Lidia Schiavoni y Alina Báez. Secretaría de Investigación y Post-grado- Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Misiones (Argentina).

1. Introducción

En esta presentación vamos a analizar las representaciones de los docentes, pediatras, enfermeras, madres y padres sobre la sexualidad infantil, como constitutiva de la subjetividad humana, considerando que sus discursos inciden en las experiencias sexuales de los infantes y de los jóvenes. Con argumentos sustentados en las experiencias de vida así como en las disciplinas dominantes de sus formaciones profesionales, los adultos construyen sus recomendaciones y consideraciones acerca de las prácticas sexuales de los jóvenes con carácter científico y, por consiguiente ejercen la autoridad. Contribuyen de este modo a instalar formas de entender y respetar los derechos sexuales y reproductivos, e incluso actuar frente a situaciones, a veces dramáticas, de maternidad precoz o de violencia sexual.

Investigaciones sobre desarrollo local y pobreza y salud sexual y violencia durante más de una década nos remitieron a diversas voces sobre la sexualidad de las niñas y niños. Mayoritariamente, la sexualidad infantil se hacía presente a través de la violencia que ejercen los adultos, y en escasas oportunidades, hallamos menciones a los cambios de intereses por la edad; los registros indican una fuerte negación de la condición de sujetos sexuados a niños y niñas. Vislumbramos diversidad de percepciones según las posiciones ocupadas en diferentes ámbitos institucionales: la familia, la escuela y los centros de salud; y los contextos de interacción: ciudades y localidades semi-rurales.

Esta problemática en Misiones (Argentina) –región de frontera multicultural- se tornó cada vez más visible a partir de la denuncia de casos de violencia intrafamiliar y de explotación sexual, así como por la magnitud de la

tasa de maternidad precoz estimada tres veces por encima de la del país. Otro aspecto coadyuvante ha sido la actualización en los últimos años del marco normativo nacional y provincial que fortaleció la promoción de la educación sexual formando parte de los contenidos curriculares en la escolaridad desde el nivel inicial como la distribución gratuita de preservativos y folletería explicativa en los centros de atención primaria de salud. Asimismo la creación de la comisaría de la mujer y de organismos administrativos (INADI y Ministerio de Desarrollo Humano) para atender los asuntos de discriminación y violencia en sus diferentes formas.

2. La emergencia de la sexualidad infantil

Desde hace más de una década investigamos sobre temas de sexualidad infantil³⁸. Iniciamos con investigaciones sobre explotación sexual comercial infantil en Posadas entre 1998 y 1999³⁹, y luego en Puerto Iguazú entre 2003 y 2004⁴⁰. En 2005 participamos en el equipo que realizó el Diagnóstico sobre la Situación de la Infancia en la Triple Frontera (Argentina, Brasil y Paraguay) abarcando 15 municipios de la zona norte de Misiones⁴¹.

En estas investigaciones se privilegiaron las entrevistas y la observación de escenarios significativos. Entre los informantes se contactaron tanto a víctimas como a referentes institucionales gubernamentales y no gubernamentales. Los resultados de estos estudios fueron compartidos en reuniones de discusión y difundidos por medios periodísticos así como publicados por los organismos patrocinadores.

³⁸Consideramos infantil hasta los 18 años e concordancia con la Convención Internacional de los Derechos del Niño, límite que ha sido recuperado por Argentina desde 2009.

³⁹ "Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en Posadas" Equipo Coordinación General Lic. Silvia Chejter CECYM. Bs. As. Responsable en Misiones Lidia Schiavoni. Publicada como *La niñez prostituida (2001)* Unicef Argentina. Silvia Chejter.

⁴⁰Diagnóstico Local. Puerto Iguazú, Misiones, Argentina en el marco del "PROGRAMA LUZ DE INFANCIA"

Para la prevención y erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. AECI-OIT.

⁴¹ Análisis de la situación de la Infancia y la Adolescencia en la Trile Frontera. Argentina, Brasil y Paraguay. Depto. de Antropología Social. FHyCS. UNaM.- Unicef. Septiembre de 2005. Publicado por Unicef Situación de la Infancia en la Triple Frontera. Coord. Gral. Marcia Sprandell. Noviembre de 2005.

A partir de 2006 se replantean los ejes de indagación ampliando la perspectiva hacia la salud, la educación y el desarrollo local y adoptando como estrategia de trabajo la articulación de las instancias de investigación y de transferencia. Abordamos la sexualidad en el ámbito de la salud⁴² con la implementación de los Programas “Salud Sexual y Reproductiva” y “Red de Municipios y Ciudades Saludables”; y en el ámbito de la educación⁴³ siguiendo la discusión y sanción de las leyes de “Educación Sexual Integral”, y de “Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas”.

El cambio de enfoque y estrategia significó apelar a otras técnicas de relevamiento como talleres, reuniones grupales, involucramiento en diversos espacios de acción y gestión, entre otros. De manera que el material empírico proviene de diversas actividades de capacitación sobre educación sexual con docentes y directivos de escuelas primarias y secundarias; de salud sexual y técnicas de promoción con integrantes de equipos de salud de hospitales y centros de atención primaria (CAPS); y con las organizaciones comunitarias y referentes de las fuerzas de seguridad, la promoción de los derechos de los niños y niñas. Otras de las fuentes recuperadas han sido los informes de las reuniones con población usuaria en salas de espera de planificación familiar y consultorios pediátricos donde recogimos los testimonios de madres y padres. También se rescatan los registros de talleres con grupos de mujeres promotoras de salud barrial donde expresaron sus inquietudes y preocupaciones con respecto a la sexualidad de sus hijos. La exhibición y posterior debate de la película “Nina” de Sofía Vaccaro en diversas escuelas secundarias de municipios de la zona norte y centro, planteó el tema de la sexualidad juvenil y permitió recoger opiniones tanto de docentes como de estudiantes.

El cambio en las estrategias de investigación también comprendió la extensión del ámbito de estudio alcanzando diversas localidades de las zonas norte, centro y sureste de Misiones. En el conjunto de provincias del norte argentino que sobresalen por los altos niveles de pobreza, limitada

⁴² Proyecto UNaM “Municipios por la salud: participación social y gestión asociada”, 2006-2007. Proyecto UNaM “La sexualidad en el campo de la salud” 2006-2008.

⁴³ Proyecto UNaM “Salud, educación y ciudadanía en poblaciones vulnerables”, 2009-2011. Proyecto UNaM “Ciencias Sociales y Sexualidad”, 2009-2011.

potencialidad económica y problemas sociales desafiantes y urgentes, así como una imperiosa necesidad de innovación en políticas de estado, Misiones agrega singularidad geopolítica: extenso límite internacional con Brasil y Paraguay, y una importante dinámica de intercambio comercial y tránsito vecinal, que genera condiciones virtuosas y viciosas para el desarrollo social, económico y la integración regional.

Esta provincia constituye una área crítica,⁴⁴ tanto por la persistencia indicadores sociales negativos (contribución mayoritaria de los menores de 15 años a la estructura por edades de la población, escaso acceso a la educación, trabajo infantil e importantes niveles de desnutrición, entre otros), como por las limitaciones frente a las oportunidades de innovación (elevada proporción de población rural constituida mayoritariamente por agricultores minifundistas, con escasa o nula integración a una cadena de agregación de valor). No obstante cambios importantes en las políticas económicas y sociales a nivel país, en Misiones se mantienen las condiciones estructurales que consolidan desigualdades y reproducen la pobreza, a la vez que amplían la distancia social entre los grupos.

3. Los órdenes institucionales en el proceso de formación de los sujetos

En el proceso de formación de los sujetos sociales participan diversos órdenes institucionales, de cuya conjugación resultan diferentes grados de ajuste a las pautas culturales de la sociedad. Si bien en la etapa de socialización primaria es prioritario el orden familiar, actualmente participan con fuerte incidencia los medios de comunicación masiva y la salud; en la socialización secundaria cobra relevancia la educación, pero también la religión y el orden jurídico.

Los modos de internalización de las normas sociales varían según los contextos de vida y los agentes sociales en interacción, así la complejidad de la trama social en la que se insertan los sujetos permite una mayor o menor amplitud de perspectivas, expresadas en sus visiones del mundo. Las representaciones sociales se evidencian en la interacción social, en acciones y discursos, a través de las prácticas las reglas sociales se efectivizan. Moscovici

⁴⁴ Informe sobre Desarrollo Humano Argentina 2005 y 2009. <http://content.undp.org/>

las define como “...un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación...” (Moscovici, S. 1979:18). Si las consideramos como una modalidad particular de conocimiento cuya función es la orientación de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, reconocemos que hay diversos modos de “mirar y conocer el mundo” según la posición que ocupamos en él.

El contexto histórico y social en el cual se construyen las representaciones sociales es clave para comprender la información que contienen, el modo en que se articulan las diferentes piezas, y los espacios diversos de usos de tales representaciones. Pues como bien señala Moscovici “... Ninguna noción se presenta con su modo de empleo, ninguna experiencia con su método y, al recibirlas, el individuo las usa como le parece. Lo importante es poder integrarlas en un cuadro coherente de lo real o deslizarse en un lenguaje que permita hablar de lo que habla todo el mundo...” (Moscovici, S. 1979:37).

En general, no somos conscientes de nuestras representaciones sociales pues constituyen parte de nuestro sentido común, son categorías mentales que incorporamos a medida que nos vamos socializando. Estas emergen o se hacen evidentes en las situaciones de conflicto o crisis porque ponen de manifiesto posiciones diferentes con respecto a un mismo objeto, a los fines de nuestro análisis interesan las representaciones acerca de la sexualidad infantil.

Con base en el material empírico disponible, seleccionamos los órdenes institucionales correspondientes a la familia, la educación y la salud dada su importancia en el proceso de socialización y en la construcción de las representaciones sociales. Señala Yolanda Puyana: “... Las teorías acerca de la socialización enfatizan *el papel de la madre y el padre* en la formación de la subjetividad, la manera como un nuevo ser aprehende la vida social, internaliza la cultura, adquiere el lenguaje, incorpora el universo simbólico y el *no social*...” (Puyana, Y. 2003:14). De este modo los individuos se transforman en miembros activos de la sociedad; las interacciones con sus padres y madres son aprendizajes sobre prácticas y concepciones de la sociedad. En el proceso

de socialización se van modelando las sexualidades y se constituyen las identidades sociales, así los individuos desarrollan su capacidad de vivir y conectarse con el entorno, organizan sus sistemas cognitivos. Las representaciones no se construyen desde cero, como producto histórico rescatan en su argamasa ideas, imágenes, prejuicios y juicios que se sustentan en hechos reales.

"...Vos mamita no vayas a dejar que ningún hombre te toque porque el hombre grande es malo [se dirige a una hija de 10 años]; cuando tengas 15 años, 16 por ahí te va a gustar alguien, pero no es la cosa que vos te vayas a cualquier lado y te toqueteen... (Mujer de 45 años, madre de tres hijos de entre 10 y 5 años, vendedora de panchos, Puerto Iguazú, 2003)

"Cuesta hablar.... Porque no nos prepararon para eso. Te preguntan y te quedás seca, sin respuesta..... Pero yo sé que hay que hablar, no sé cómo... [Se le facilitó un folleto para jóvenes púberes/adolescentes que incluía temas como la masturbación, las primeras relaciones de pareja, el inicio sexual, el uso de los MACs, etc.. La mujer lo miró y se detuvo en varias páginas y luego comentó] "Está bien, se entiende todo algo así hay que decir porque está claro, así medio chamamé como está acá.... Estos es lo que quieren saber y también a uno le preocupa". (Mujer usuaria de Planificación Familiar, 42 años, 5 hijos entre 15 y 4 años. Posadas, 2008).

"No se hablan de esos temas aquí en la salita, y en casa, según... los varones no preguntan casi... el mayor cuando yo estaba embarazada quería saber cómo iba a salir ese hermanito de ahí adentro. [¿Qué edad tenía el gurí entonces?] "Tendría cinco o seis, y le dije que lo sacaba un doctor y nada más... porque no sabía que decir ¿cómo le explicás el parto a una criatura que no entiende nada?" (Mujer, 28 años, madre de tres hijos, 8, 3 y 1 año. CAPS 5, Posadas, 2011)

"Nadie te avisa nada... te arreglás sola... si te asustás, jodete... Así nomás es... Yo estaba empleada en una casa, tendría 11 años cuando me manché la primera vez y me dio miedo, creí que me iba a morir porque nunca me había pasado ni escuché esas cosas. No sabía qué hacer, me dolía todo hasta la cabeza me dolía. No se me ocurrió protegerme ni nada y se ve que la ropa se me manchó. Le dije a mi patrona que me quería ir a mi casa porque no me sentía bien, ella me preguntó qué me pasaba y yo casi no podía hablar pero se me notaba todo. Ella me tranquilizó y me dijo que eso era normal a mi edad; me preguntó si me habían hablado antes del "asunto". Le dije que no y ahí ella con paciencia me dijo que les pasa a todas las mujeres, que no me asustara y me trajo unos pañitos para ponerme, me dijo cuando cambiarme y me dio una pastilla por los dolores. Al final no me fui a casa me quedé ahí nomas...." (Mujer, 26 años, 4 hijos de entre 8 y 2 años. Posadas, 2011).

"Sí hay que decirle a las chicas lo que les va a pasar, yo me crié en un internado de huérfanas y nadie nos decía nada... cuando a uno le venía

la primera vez de la cara de susto las compañeras se daban cuenta y las mayores te avisaban como era la cosa, pero las hermanas [se refería a las monjas que las cuidaban] no decían nada. Por eso yo a mis hijas les aclaré bien pronto cuando empezaron a preguntar por qué yo usaba “esos pañalitos” si no era un bebé. Ella tendría 8 y mi hijo 6, y a los dos les dije que todas las mujeres sangramos por abajo una vez al mes y por eso nos tenemos que proteger con esos pañitos, pero que no duele ni te morís por eso. Se quedaron tranquilos y después ellos mismos me preguntaban ¿y mamá... este mes, ya pasó?” (Mujer 38 años, 4 hijos entre 17 y 8 años. Taller de Mujeres, Posadas, 2011).

“A mí el pediatra me explicó todo cuando él nació, no sé si porque yo era primeriza y tan joven y encima estaba sola, pero el médico me dijo todo. Cómo tenía que correrle el cuerito para limpiarle bien el pito, que no me asustar si se le ponía duro porque era un varón y eso iba a pasar si le tocaba por ahí, por eso nunca tuve problemas,.. yo me animaba a preguntar y siempre me contestaban, le llevaba al mismo doctor porque le tenía confianza”. (Mujer 37 años, madres de 6 hijos entre 19 y 6 años. Taller de Mujeres, Posadas, 2011).

“Yo le había hablado con mi marido al gurí más grande porque ya traía una novia a casa y entonces pensamos que iban a tener relaciones y nosotros no queremos nietos. Así que entre los dos le hablamos del forro y yo le llevé de acá unos como para que se prepare. Y resulta que cuando él fue a intentar entrar el pito se le torció y no pudo,... y al final no hicieron nada, pero él se asustó mucho y creyó que era impotente. Le contó al padre primero y después mi marido le dijo que al médico le iba a acompañar yo porque él trabaja mucho. Y fuimos al neurólogo... no al urólogo, sí así me dijo la que anota en el hospital. El gurí entró solo (17años) pero después me contó lo que le dijo el doctor. No le revisó ni nada, solo hablaron y le dijo que eso podía pasar peor no era un problema físico sino de acá [señaló la cabeza] así que se pusiera tranquilo nomás y todo le iba a salir bien. Y así fue nomás, porque después pudo sin problemas. (Mujer, 36 años, 3 hijos entre 17 y 14 años. Taller de Mujeres, Posadas, 2011).

Las *madres*, asumiendo sus propias historias que dan cuenta de una sexualidad negada, ignorada, cuyas manifestaciones en la pubertad han sido dramáticas (sustos con las primeras menstruaciones, vergüenza con las eyaculaciones nocturnas, miedo por el desarrollo de un cuerpo que no se domina, etc.). Unas delegan en otros (médicos, patrones, etc.) la responsabilidad frente el desarrollo sexual de sus hijos; además aprecian y alientan que la escuela se haga cargo orgánicamente de la educación sexual, pues admiten disponer de limitada información y no siempre correcta. Otras consideran importante abordar en familia los temas de sexualidad pero no saben “cómo”, reconocen que la sexualidad ha sido “una realidad negada” que

tratan de cambiar frente a sus hijos, solicitan apoyo u orientación para introducir los temas y demandan “conocer bien el tema” para acompañar el proceso de desarrollo de sus hijos. Y un tercer grupo, se manifiesta habilitado en el tema y actúa activamente como guía y referente en su familia.

“Nosotros decimos que todo igual para las mujeres y los varones pero después no es así... porque nosotros [se refería a su mujer que estaba sentada en el banco de enfrente] tenemos nenas y varones, y a las guainas que son mayores yo no les deajo salir hasta cualquier hora, no le aliento que tenga novio, me parece que todo lo sexual para ellas es pronto... pero para los otros, los gurises, no... Les cargo porque ya tienen 14 años y no trajeron ninguna novia a casa, les corro con que si no empiezan pronto van a ser medio boludos y esas cosas les digo... Pero ahora que pienso, ... hacemos diferencias porque nos cuesta pensar que nuestras nenas pueden mantener relaciones sexuales, o que pueden quedar embarazadas, uno parece más mezquino con las hijas que con los hijos...” [Mientras el marido hablaba, la mujer asentía con la cabeza, como si no se opusiera a lo que dice y hace su compañero]. (Padre, 38 años; acompañante de su mujer, 35 años, usuaria de MACs en el hospital. Posadas, 2009).

“Y le digo mirá vos tenes 13 te empiezan a gustar los chicos y ellos también van a gustar de vos, te van a levantar, y se van a tocar a besar y después ya sabes se pasa a lo otro y tenes que cuidarte, nunca hacer lo que no querés y siempre con un forro, por eso hay que darles a todos a las nenas y a los varones.” [¿La chica ya menstruó?] “Ah... creo que sí pero se ocupa la madre... yo le aclaro lo que son las cosas con los varones...” (Varón, 27 años, padre acompañando a su mujer con una niña de meses por el control del “niño sano”. CAPS 21, Posadas, 2011)

Pocos padres participaron en nuestros encuentros, algunos comparten la opinión de las mujeres, aceptan con resignación que “la realidad los supera” y que si no se ponen al tanto y abren los espacios familiares “la vida de los hijos se les escapa” para no correr el riesgo de repetir sus propias historias. Otros, adoptan una actitud decidida en el acompañamiento del desarrollo de sus hijos tanto varones como mujeres.

Los testimonios analizados dan cuenta cómo los procesos de socialización agenciados a través de la madre y el padre, contienen una dimensión familiar además de una social, porque sus prescripciones y sus prácticas están articuladas con sus contextos culturales y los significados que cada comunidad otorga a la sexualidad infantil. De ahí que surjan diferentes posiciones frente a la sexualidad de los hijos e hijas.

En *la escuela, la sexualidad* se hace presente en los temas que se abordan en clase (aparatos genitales, reproducción y embarazo, infecciones de transmisión sexual, derechos sexuales, etc.), en los juegos y expresiones verbales y gráficas de los alumnos (dibujos y palabras en pupitres y baños), y ante situaciones de violencia sexual (abusos familiares y violaciones, embarazos precoces en niñas de 9 a 15 años). El reconocimiento de que los niños son seres sexuados, que durante el contacto con la escuela van desarrollando sus cuerpos y modificando sus intereses, no siempre son tomados como indicios de su sexualidad; son excepcionales los casos de las docentes que se “hacen cargo” de los cambios en sus alumnos y generan actividades adecuadas a las etapas del desarrollo psicosexual, como los siguientes ejemplos:

“Cuando me doy cuenta que les vuelan los pajaritos y que ya no pueden atender en clase, propongo actividades para interesarlos” (¿Cuáles por ejemplo?) “Y... teníamos que trabajar el tema de las cartas, cómo se escriben, los diferentes estilos, entonces les propuse que eligieran a quiénes querían escribir y se miraban entre ellos y se reían... me avivé que no propondrían nada y en vez de plantear a una tía, a un primo... les dije imaginemos que estamos enamorados y queremos contar lo que nos pasa, puede ser a nuestro amor, a alguna amiga, a nuestros padres, elijen ustedes.... La mayoría escribió a su amor, los más chicos a una tía o una abuela, pero los otros más grandes se prendieron rápido”. (Maestra de Lengua de 7º, 34 años. Posadas, 2008).

“Nosotras trabajamos temas de sexualidad con los más chicos, tratamos el cuerpo, cómo se forma un bebé [trajeron las láminas que usan en clases] mostrándoles cómo en la panza de la mamá van creciendo, primero la cabeza y el cuerpo y luego se van diferenciando los brazos y las piernas, se reconocen después los dedos de manos y pies y así todo el resto....” (Maestra de 1º, 32 años. Posadas, 2008).

La escuela es reconocida por otros agentes sociales (jueces, defensores de menores, médicos) como un espacio de expresión de la sexualidad infantil pero asociada con la detección de situaciones de violencia.

“Generalmente, los casos de violencia infantil se conocen a través de la escuela. Las maestras son las que perciben síntomas y los cambios en las conductas en los niños y en los jóvenes” (Defensor de Menores, 57 años, Eldorado, 2005).

En las escuelas primarias, cuando la sexualidad de los niños se presentaba como malestar de sus alumnas y/o comentarios de los niños sobre situaciones

de abuso sexual en sus casas, las maestras -en general- reaccionaban solidariamente e iniciaban el circuito de denuncia en el Juzgado o en las comisarías, y luego desde su función escolar mantenían contacto con los niños y niñas quienes pasaban por controles y revisiones médicas y visitas de trabajadoras sociales y de Acción Social Municipal.

También reconocían sus limitaciones frente a los casos detectados y se sentían impotentes al no poder acompañar el proceso de recuperación de sus alumnos excepto tolerando inasistencias y manteniendo su regularidad en la escuela.

Expresaron interés en participar de cursos de Educación Sexual porque las situaciones que atravesaban sus alumnos los superaban y no tenían herramientas para abordarlas (situaciones de abuso sexual intra-familiar, niñas prostituidas, travestis circulando por el barrio, comentarios de películas pornográficas que veían en las casas, etc.). Admitían que se les cruzaban sus historias personales con la labor profesional y muchas veces se daban cuenta que no podían diferenciar sus actitudes como maestros de las que tenían como padres.

En el nivel secundario, en cambio, genera posicionamientos contrapuestos. Por ejemplo, los profesores (Historia, Lengua, Biología, Ética, Tecnología) y preceptoras de una escuela de Pto. Iguazú, durante el taller de discusión de la película “Nina” en noviembre de 2009, señalaban que las familias no entienden lo que les pasa a sus hijas: “les ponen horarios rígidos que no tienen que ver con la forma de vida que quiere una joven”, “pretenden que ayuden en la casa con los hermanos y ellas quieren salir y joder...”, “poco les importa el estudio porque les atraen otras cosas, están más preocupadas por los chicos que por los libros”. Y ante esta falta de comprensión en los hogares, “muchas se escapan y pasan varios días en la calle, en casa de sus amigas, con algún novio pero se pierden de sus casas”. Sin estímulos para estudiar y ante la preocupación de los padres y madres por las ausencias de las jóvenes, el personal de la escuela decidió adoptar-sobre todo en el turno noche- una actitud tolerante ante las inasistencias, la entrega de carpetas y trabajos prácticos y priorizar la concurrencia y permanencia de las jóvenes en la escuela en atención “al momento de la vida que están atravesando”, la adolescencia, donde las preocupaciones sexuales se imponen sobre las

intelectuales. Los docentes proponen ejercicios y juegos para “expresar los sentimientos”, “reconocer qué les pasa y por qué se desajustan de sus familias”. La desconexión entre alumnos y sus familias preocupa al personal escolar pues constituye una condición de vulnerabilidad extrema que facilita “caer en las redes de trata”. Para evitar la deserción implementaron estrategias de contención de acuerdo a sus recursos: hacer amigable la escuela, y en cierto modo lo habían logrado pues algunas madres recurrían a la escuela para saber el paradero de sus hijas (Personal docente de escuela secundaria, Puerto Iguazú, 2009).

Como en el caso anterior, durante la discusión de la película “Nina” los jóvenes plantearon conocer actividades de prostitución de sus compañeras (menores de 18 años) tanto en la ciudad como en pueblos cercanos ante la absoluta sorpresa del cuerpo docente que incluso suponía que la mayoría de sus alumnos y alumnas no se había iniciado sexualmente. La actitud de los docentes puso en evidencia la negación de la sexualidad juvenil y los desajustes que ello genera en el vínculo educativo. (Profesores escuela media, Aristóbulo del Valle 2009).

Los maestros y profesores que han tratado de eludir el tema amparándose en que “es una cuestión familiar” admiten que sólo lo abordaron ante situaciones críticas (alumnas embarazadas, feto hallado en el baño del colegio) y con la participación de “expertos” ajenos al establecimiento educativo (médicos, trabajadores sociales). Reconocen que la exigencia de la educación sexual en las currícula requiere la revisión previa de su propia sexualidad, condición básica para poder reconocer a sus alumnos como “seres sexuados”. Manifiestan interés en formarse para encarar con herramientas apropiadas este desafío pero consideran difusos los lineamientos del ministerio local para dar cumplimiento a la ley provincial.

La educación como ámbito privilegiado en el proceso de constitución del pensamiento, presenta aspectos dinámicos reconocibles tanto en la disposición de los docentes para formarse en temas “nuevos” así como para encarar actividades en respuesta a los intereses de sus alumnos. Se muestran proclives a revisar sus esquemas cognitivos, ajustar sus representaciones sociales y sus prácticas al nuevo marco normativo en consonancia con las demandas y experiencias del alumnado. Señala Jodelet al respecto “... la

representación nos pone en condiciones de captar la dinámica del pensamiento social. Podemos observar en ella los marcos de categorías y las lógicas que aseguran la sistematización de las nuevas experiencias, ideas e imágenes en cuya concreción opera” (Jodelet, D. 2003:103).

En el *equipo de salud* se sostiene la perspectiva de la hegemonía médica, las opiniones más fuertes son las de los médicos, expresadas principalmente por pediatras y ginecólogos obstetras, con posicionamientos variados; esto también se observó en otras especialidades como médicos generalistas, legistas, sanitaristas.

Al grupo más rígido, la sexualidad infantil, negada inicialmente, se le impone ante la violencia sexual y la crudeza de los casos. Reaccionan frente al daño físico y enjuician a las familias por su condición de pobreza, sus limitaciones para atender y cuidar a sus hijos y por canjear a sus hijos como objetos.

“Se hacen los controles de talla y peso, pero no se habla de otra cosa que de la desnutrición si los chicos no crecen bien,... Pero del desarrollo sexual no... para qué... la gente se arregla sola. Además, antes del Plan Familia o de la asignación [se refiere a la ABUH] los chicos de más de dos años solo venían para el control del inicio escolar y si estaban enfermos, pero para otra cosa no...” [¿Consultas o advertencias previas a la menstruación a las primeras eyaculaciones?] “No, en esos temas se arreglan solos... mirá ahora que está el Centro del Adolescente [se refiere a un Programa Nacional de Atención Integral del Adolescente que funciona en ese CAPS] nos cuesta hacerles entender que tienen que venir para la prevención aunque no estén enfermos”... (Médica pediatra, 35 años, CAPS 5 Posadas 2011).

“El problema son los chicos que vienen de otros lugares”, “las vacunas están incompletas por las condiciones de vida de la colonia”, “esta eso de que al médico se viene si se está muy enfermo”, “la gente se pone contenta porque recibe el bolsín y la leche y no tiene conciencia que la desnutrición es una enfermedad. (Médico, 48 años, Pto. Esperanza. 2005)

“Las chicas, de 14 y 15 años, se van por una semana a los campamentos en el monte por \$100, y viene todas enfermas con sífilis y gonorrea y vienen a que les cure. Aún se ven padres que cambian a sus niñas por una provista, por una semana, a los camioneros que entran en el monte por madera y las llevan para compañías en el campamento. Esa práctica ancestral, no reconocida, es real”. (Médica obstetra, 57años, San Pedro, 2005).

“Es importante destacar que la tasa específica de natalidad provincial para el grupo de 10 a 14 años es casi el doble (1,5 por mil) que la media

nacional (0,8 por mil) y los departamentos de Guarani, General Belgrano y San Pedro tienen, a su vez, tasas mayores al doble de la media provincial (3,3; 3,3 y 3,4 casos por mil respectivamente). Es indudable la relevancia que puede adquirir el abuso sexual y la explotación sexual comercial infantil en la génesis de estos valores. (...) Todos los datos relacionados con la maternidad adolescente se inscriben en el marco de distintos sucesos que intervienen en ella: aspectos culturales que estimulan la precocidad en el inicio de relaciones sexuales y la maternidad precoz como proyecto de vida; dificultades para llevar adelante un proyecto de vida distinto a la maternidad, atropello a derechos sobre la sexualidad (autodeterminación y decisión informada adecuada incluida la anticoncepción), explotación sexual infantil, abuso infantil, condiciones de vida (hacinamiento, pobreza, analfabetismo) y otros". (Médico sanitarista, 46 años, Salud Pública Administración Central, Posadas 2005).

Al segundo grupo, la sexualidad infantil se le presenta de modo secundario, otros son los motivos de consulta: control del niño sano, infecciones urinarias recurrentes, dolores de panza; pero admiten que sus pacientes son seres sexuados y desarrollan actitudes alertas ante ésta ya sea derivando a otros especialistas casos críticos, o bien concertando con los responsables adultos una mayor atención, y hasta denuncian las situaciones extremas:

"... De todo un poco, no es la predominancia pero, cuando trabajé en el Hospital de Niños de Posadas, vimos casos concretos de niñas o niños prostituidos y con lesiones venéreas, que no era esa la causa de la internación, o sea se internaban por otras patologías y después en la conversación y en el examen clínico salían las lesiones venéreas de la situación en que ellos vivían. Eran tanto varones como mujeres y la edad aproximada era de 7, 8, 10 años". (Médica pediatra, 35 años, Hospital Pediátrico, 1999).

"Al Hospital llegan niñas y niños violentados, se trata de brindarles una atención "especializada" (el personal que los recibe tiene ciertos conocimientos sobre los derechos del niño) y tratan de acompañarlos y sobre todo a quienes los traen. Hay dificultades para establecer un diálogo más franco y fluido en algunos casos porque los violadores son los propios parientes cercanos y se hacen difíciles las entrevistas con padres y adultos sobre los motivos que llevan a esas situaciones. No hay psicólogos en este hospital por lo cual son las enfermeras y los médicos los que abordamos estos temas". (Médico legista, 52 años, Pto. Iguazú 2003).

"En los servicios de salud del municipio, la detección de violencia sexual se trata en la consulta, en la sala, los niños llegan con dolores de panza o infecciones urinarias repetitivas. Esto es algo para estar alerta por los abusos. Pocos niños llegan con hematomas. Hay algunas maestras que se conectan con la sala, pero pocos se animan a denunciar." (Médica ginecóloga, 37 años, Hospital Samic, Eldorado 2005).

El tercer grupo lo componen variados profesionales: una pediatra, enfermeras y una técnica de laboratorio. Estos reconocen la sexualidad como una dimensión de la condición humana, la incorporan en sus prestaciones y acompañan desde sus funciones el desarrollo sexual de infantes y jóvenes.

“Fíjate son pacientes de hace años, porque las mamás tienen muchos hijos y uno las conoce, entonces atendés desde el que ahora tiene 16 hasta el bebé que nació ayer... Conocés a las familias... Las mamás saben muchas cosas porque crían muchos hijos y si no han criado hermanos o sobrinos... A veces preguntan cosas porque vieron algo en la tele o porque le pasó a otro... Por ejemplo, una nena que tuvo su menarca a los 9 años y después pasaron meses sin tener otra hemorragia, la tía, que siempre trae sus hijos acá, me consultó si estaba bien porque la nena se asustó y ellas (la tía y la madre) le hablaron de la menstruación pero después no tuvo más sangrados y pensaron que podía ser otra cosa...” [¿La trajeron a consulta a la nena?] “No, yo la tranquilicé a la tía y listo, eso pasa a veces transcurren varios meses y no vuelven a menstruar, cada cuerpo es diferente pero la gente se asusta”. [¿Recomendás a las mamás de tus pacientes que hagan consultas por aspectos del desarrollo sexual que no conocen o les preocupan?] “En verdad no,... pero ahora que lo decís pienso que sí que habría que hablarles un poco más”. (Médica pediatra, 31 años, CAPS 21 Posadas, 2011).

“Nosotras no estamos habituadas a la prevención, nos arman solo para la atención por eso casi no hablamos con la gente solo le indicamos cosas y les retamos un poco.... Pero la verdad es que a veces los casos te superan.... Más de una vez cuando vos le vés a una chica jovencita que está por tener a su primer hijo, te conmueve... a lo mejor porque te hace acordar a vos también... y te ocupás un poco más de ella, te acercás... le preguntás cómo está, si tiene quien le acompañe y eso... Y muchas veces están solas porque se fueron de la casa porque las violó el padre o el padrastro -aquí da lo mismo los dos se aprovechan igual- y nadie les creyó, sienten vergüenza por ese embarazo,... y no tienen idea de que hacer después con sus vidas y ese bebé... Nosotras llamamos a veces a la trabajadora social para que le ayude, o le avisamos al doctor para que llame a la madre o algún familiar... Te pone re mal ver esos casos...” (Enfermera, 28 años, sector internación de la Maternidad. Posadas, 2007).

“Yo firmo la planilla y me hago responsable de la caja de preservativos porque ahí en el CAPS nadie les entrega sin la firma y el documento... ¿qué joven va a retirar así un forro?, es como si le tomaran examen de qué vas a hacer o declarar ahora voy a... Así que yo le avisé a la doctora [se refiere a la Directora del CAPS] que yo llevo la caja a mi casa si no me toca la guardia en el fin de semana y todos pasan y me piden, si vivo acá enfrente, todos saben... así que si necesitan buscan. No les pregunto para qué ni con quién, solo les digo que también damos charlas en la

salita que vengan a la siesta y eso...” (Enfermera del CAPS 23, 42 años. Posadas, 2008).

“Me agarro la cabeza en el laboratorio... no puedo creer a veces lo que estoy viendo... me fijo la ficha y la edad me deja seca... 14, 15 años y ya embarazada... Por eso llevo de acá los preservativos para distribuir en el barrio entre los jóvenes que vienen a catequesis y también a esos gurises más grandes de 12 o 13 años. Yo soy catequista en la parroquia Itatí y le dije al cura aunque la iglesia no quiera yo igual voy a repartir los preservativos porque es más grave la cantidad de chicas y nenitas embarazadas. Porque decime, 14 años no es una nena? El cura me escuchó y la verdad se quedó sin respuesta, después me dijo hacemos de cuenta que yo no sé por si los padres de los chicos preguntan, hacelo como cosa tuya... Y yo lo hago, así que dame unos folletos más que también les voy a entregar, por algún lado se tienen que enterar que si uno mantiene relaciones sin cuidarse se embaraza”. (Sala de espera de Planificación Familiar, la mujer estaba como paciente pero en el diálogo refirió a su posición en el equipo de salud y su rol como catequista, Técnica del Laboratorio Central del Hospital Madariaga, 34 años, Posadas, 2007).

La sexualidad infantil ingresa al consultorio desde el interés de las familias, forma parte de la atención en respuesta a una demanda con la consiguiente reflexión de incluir habitualmente estos temas en la consulta. Las enfermeras se diferencian de los médicos al acercarse a las posiciones de las madres y los padres, asumiendo sin cuestionar los cambios por el desarrollo entre los jóvenes, y acompañan activamente con medidas de prevención y promoción. La técnica de laboratorio, a raíz de su rol sanitario enriquece su función pastoral, con actitudes semejantes a las de las enfermeras.

Mayoritariamente, el personal de salud actúa desde la enfermedad o desde “los riesgos de la sexualidad”: embarazos precoces, abortos, enfermedades de transmisión sexual, abusos y violaciones, prostitución. La promoción de la salud sexual es casi nula, solo se presenta para “remediar” situaciones ya instaladas, promoción de métodos anticonceptivos entre los jóvenes ya iniciados sexualmente y con episodios “preocupantes” (embarazos precoces, abortos). Es incipiente el abordaje de aspectos de la sexualidad en las consultas de rutina y se instala más por pedido de las madres que por disposición del personal de salud.

A modo de cierre

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 los diversos órdenes institucionales supone la posibilidad del ejercicio pleno de la sexualidad desde la infancia como un derecho conforme al marco legal vigente

Los sistemas de clasificación del mundo no son estáticos sino procesos dinámicos en cuya mutabilidad juegan diversos y numerosos factores. La habilidad para enmascarar estos procesos culturales de división de la realidad es parte de un complejo sistema de prácticas políticas que van configurando “naturalmente” y “para siempre” un orden social que no se considera discutible y que se expresa en los sistemas de representaciones sociales. La dificultad para superar la obviedad señalada antes es una de las principales trabas para visibilizar la sexualidad infantil. No es casual que se eviten la reflexión y la crítica sobre categorías tan cargadas ideológicamente. Las leyes que indican cambios en las concepciones de la sociedad, requieren para su puesta en marcha disposiciones de los ciudadanos, desde madres y padres hasta docentes y equipos de salud.

Observamos en este recorrido tres grandes clases de representaciones acerca de la sexualidad infantil: la primera que la niega pero se le impone por las situaciones e violencia sexual; la segunda que se hace presente a través de otros indicios y genera reacciones proactivas de alerta y denuncia y la tercera, que asume desde el principio su existencia y acompaña los procesos de desarrollo y las demandas de infantes y jóvenes.

De este recorrido exploratorio no surgen diferencias notorias por la edad ni por los espacios de acción. Es una tarea pendiente continuar estas indagaciones.

Bibliografía mencionada:

Jodelet, Denise “Pensamiento social e Historicidad” en *Relaciones* 5 Invierno 2003. Vol XXV. Pags. 99-113.

Moscovici, Serge *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Bs. As. Ed. Huemul. 1979.

Puyana, Yolanda (Compiladora) *Padres y Madres en cinco ciudades colombiana. Cambios y permanencias*. Bogotá. Almudena Editores. 2003.

Espacios turbios: dónde trata de personas desdibuja explotación sexual infantil.

Posadas, Misiones (Arg.)

Fretes, Lucía; Schiavoni, Lidia

Universidad Nacional de Misiones - CONICET

Palabras Claves: Género, Políticas públicas, prostitución y Trata de personas para la explotación sexual.

Introducción:

El presente trabajo representa un abordaje crítico del proceso que transformó la trata de personas para la explotación sexual en el fenómeno englobante de las prácticas prostituyentes; progresivamente adquirió tanta repercusión en los últimos años que la explotación sexual comercial terminó subsumida en la trata. Principalmente en lo que respecta a las/os menores, cualquier manifestación de explotación sexual se considera como trata de personas, desdibujando así las singularidades de cada una.

En este sentido abordaremos un análisis de este proceso en la Provincia de Misiones, y de los dos fenómenos en discusión: trata de personas con fines de explotación sexual y Explotación Sexual Comercial Infantil (ESCI). Para esto identificamos las instituciones que abordan estas problemáticas, analizamos cómo se relacionan las políticas públicas y las acciones, los procedimientos y la puesta en agenda. Finalmente, planteamos cómo en este solapamiento de problemáticas atravesadas por las cuestiones de género, se profundiza la vulnerabilidad de los infantes, especialmente de las niñas.

La estrategia metodológica utilizada es de carácter cualitativo, se realizó trabajo de campo etnográfico, observaciones participantes y entrevistas no directivas a diferentes actores claves durante el año 2010. Asimismo se trabajó con investigaciones propias¹ que se inician a fines de los años '90 y continúan. La mirada etnográfica

¹“Explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en Posadas” 1998-1999; “Diagnóstico Local. Puerto Iguazú, Misiones, Argentina en el marco del Programa Luz de Infancia” 2002-2003; “Análisis de la situación de la Infancia y la Adolescencia en la Trile Frontera. Argentina, Brasil y Paraguay” 2005; “Trata de personas y explotación sexual: violencia sobre las mujeres en Misiones” 2007-2008. “Misiones como proveedora de mujeres: trata de personas para la explotación sexual” 2010-2011

posibilitó penetrar el fenómeno desde un nivel micro y así observar las características específicas que adquiere este proceso concreto y cada uno de los fenómenos analizados.

Nuestro escenario de análisis es la Provincia de Misiones, cuenta con una superficie de 29.801 Km², y con una población de 1.097.829 habitantes², una de las diez más poblada del país. La división política administrativa reconoce 17 departamentos y 75 municipios; de primera, segunda y tercera categoría según la cantidad de población. La ciudad capital es Posadas, situada en el Departamento Capital, en la zona sur-oeste que concentra más del 29% de los habitantes. Pertenece al conjunto de provincias del norte argentino que sobresalen por los altos niveles de pobreza, limitada potencialidad económica y alarmantes problemas sociales. Se destacan una estructura de población joven, con una alta proporción de población rural, y casi un cuarto de hogares en condiciones de pobreza en un contexto pluriétnico. Estos factores se combinan y permiten reconocer segmentos con diversos grados de vulnerabilidad: presenta los mayores índices de ruralidad del país, altos índices de pobreza, índices de masculinidad superiores a 100, precarias condiciones habitacionales y restringido acceso a servicios públicos, aspectos que inciden en las condiciones de vida de su población. Asimismo los niños, niñas y jóvenes se concentran en los hogares más numerosos, en las zonas rurales y bajo condiciones de mayor pobreza. Se advierte que la permanencia de estas condiciones estructurales permite consolidar desigualdades y reproducir la pobreza, así como amplían la brecha entre los grupos (Informe sobre Desarrollo Humano Argentina, 2009). Como rasgo geopolítico definitorio destacamos que más del 90% de su territorio linda con países limítrofes, así se constituye en una región de frontera; esto sumado a las condiciones estructurales descritas, facilitan actividades vinculadas a la explotación de niños para el trabajo (contrabando hormiga, tareas, responsables del hogar y del cuidado de los hermanos menores) y específicamente a la industria del sexo (explotación sexual comercial infantil, trata de personas). Para MacKinnon la prostitución entendida como explotación sexual, engloba a la trata de personas, y la distinción entre prostitución forzada y voluntaria es irreal, ya que ambas son violaciones pagas. (Di Corleto, 2010:16). La prostitución de adultos y la infantil comparten todos sus rasgos de explotación (modalidades, circuitos de captura, dificultades para salir, etc.) donde la corta edad potencia los daños hacia las víctimas y si se denuncia amplía la pena, porque opera como un agravante.

² Según datos parciales Censo 2010.

1. Explotación Sexual Comercial Infantil

Comenzaremos definiendo la ESCI, fenómeno complejo que imbrica diferentes dimensiones, donde la trata de personas con fines sexuales es una de sus modalidades. Así la ESCI puede ser conceptualizada como el “*acto de comprometer u ofrecer los servicios de un niño para realizar actos sexuales por dinero u otras consideraciones con esas u otras personas*”, al “*abuso de niños que involucra ventajas financieras para una o varias de las partes que intervienen en la actividad sexual y que pueden ser transferencia de dinero de un adulto a un niño en intercambio por sexo o provisión en especies o servicios que un adulto intercambia por sexo con un niño (casa, comida, protección, etc.)*”.(Estes y Azaola, 2003:31). Debe incluir entonces tanto la prostitución infantil, como otras prácticas vinculadas a la sexualidad a los que son obligadas las víctimas: masturbaciones, actos de manoseo, exhibiciones del cuerpo desnudo y semi-desnudo en álbumes, páginas web, etc. videos y pornografía infantil; turismo sexual infantil y trata de personas para la explotación sexual, etc. Pueden aparecer con relativo consentimiento en algunos casos y con explícita negación en la mayoría.

A esto debemos agregar las condiciones propias del momento evolutivo que están viviendo estos niños, niñas y adolescentes, por encontrarse en un proceso de formación y construcción de su personalidad e identidad, como “*la actividad más denigrante a la que puede ser sometido un menor o una menor de edad, ya que configura una forma de impedir su pleno y sano desarrollo.*” (Camacho Ordóñez et.al 2009:1010) Así como se remarcan las consecuencias físicas y psíquicas resultado de la explotación: los menores son particularmente vulnerables frente a las infecciones de transmisión sexual, asimismo debido a la inmadurez de su tracto genital los daños a largo plazo se acentúan; se produce una sexualización traumática y la estigmatización que involucra, termina perjudicando el desarrollo futuro y la generación de vínculos y relaciones interpersonales normales. (De la Isla y Demarco, 2008:35)

En este sentido, a pesar de que el comercio sexual con niños, niñas y adolescentes no es un fenómeno nuevo, es sólo hasta los últimos años donde se gesta de manera articulada el reconocimiento del problema (Camacho Ordóñez, 2009:2010). De esta forma a nivel internacional encontramos su ingreso en agenda en el Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, realizado en Estocolmo, Suecia, del 27 al 31 de agosto de 1996, en su Declaración y Programa de Acción establece que: *“La explotación sexual comercial de los niños es una violación fundamental de los derechos del niño. Esta comprende el abuso sexual por adultos y la remuneración en metálico o en especie al niño o niña y a una tercera persona o varias. El niño es tratado como un objeto sexual y una mercancía. La explotación sexual comercial de los niños constituye una forma de coerción y violencia contra los niños, que puede implicar el trabajo forzoso y formas contemporáneas de esclavitud. (...)”* Encontrando que la misma es practicada por una amplia gama de individuos y grupos: intermediarios, familiares, el sector de negocios, proveedores de servicios, clientes, líderes comunitarios y funcionarios del gobierno, todos los cuales pueden contribuir a la explotación mediante la indiferencia, la ignorancia de las consecuencias nocivas sufridas por los niños y niñas o la perpetuación de actitudes y valores que las/os consideran como mercancías económicas.

Finalmente desde el marco del Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), aprobado en junio de 1999, es considerada como una de las peores formas de trabajo infantil, por ser una violación fundamental de los derechos de la niñez y la adolescencia, exponiendo a los niños, niñas y adolescentes al inicio temprano y forzado de su vida sexual y al fin comercial de la misma. (Camacho Ordóñez, 2009:1011) De este último se desprende la unificación de dos formas de explotación en los menores la sexual propiamente dicha y la explotación comercial, que van dando forma a la conformación del concepto, ya no como prostitución o explotación infantil, sino como ESCI. Se estima que en el mundo existen alrededor de 10 millones de menores de edad explotados, dentro de los cuales las niñas representan el grupo más afectado. (Camacho Ordóñez, 2009:1010)

Por otra parte a nivel nacional, si bien se comienzan a trabajar en forma de políticas públicas cuestiones relativas a los derechos del niño y de la mujer – Promoción de los Derechos de los niños y las niñas; Desinstitucionalización de los niños y niñas; Creación de Centros de Cuidados Infantiles, Albergues nocturnos y diurnos, que se instrumentan con diferentes grados de éxito; Misiones se suma a las líneas nacionales – el tema ESCI no formaba parte de las preocupaciones estatales. Recién en el año 2000 y partir de investigaciones locales financiadas por UNICEF se logra instalar el tema en la opinión pública³.

Finalmente podemos mencionar las leyes provinciales vinculadas con la ESCI son: la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (N° 3820, sancionada 06 de Diciembre de 2001), la Ley de Violencia Familiar (N° 4405, sancionada 29 de noviembre de 2007, modificación d la Ley N° 3325); la Ley de Educación Sexual Integral (N° 4410, sancionada 6 de Diciembre de 2007); la Ley de Adhesión al Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (N° 4494, sancionada 02 de octubre de 2009, en reemplazo del Decreto N° 92/98).

1.1. Características de la ESCI en Misiones

Los diferentes relevamientos realizados en la Provincia confirman la presencia de ESCI en sus múltiples manifestaciones y evidencian que la misma se produce en paralelo a la prostitución de adultos, en las mismas zonas y de modos similares: integrada a las prácticas prostituyentes en general, no se trata de casos aislados sino de organizaciones; hay bares y confiterías específicos en algunos barrios pero también ocurre en bares, confiterías y pizzerías comunes. Las diferentes zonas no solo distinguen modos de trabajo, formas de ingreso a las actividades, sino fundamentalmente los tipos de clientes que se convocan.

Con respecto a las características de las familias de origen encontramos falta de afecto, violencia, desamparo, soledad, hambre, pobreza, etc. como condiciones propicias que habilitan la inserción de terceros: proxenetas o explotadores; que pueden ser padrastros, madres solas, tías, abuelas, vecinos, novios, “amigos”, patrones. La cercanía social de quienes facilitan el ingreso dificulta visualizar la situación de

³ Chejter, Silvia *La Niñez prostituida*. Bs. As. Unicef Argentina. 2001

explotación y la terminan “naturalizando”. En términos generales se podría señalar que muchas de las familias están en conocimiento de las actividades de los menores, no obstante guardan silencio; ya que en general niñas y jóvenes involucradas lo hacen como un modo de generar ingresos para sus familias o de aportar dinero para la crianza de sus hijos.

Datos del año 2009 evidenciaban que los casos de ESCI son los menos denunciados, menos del 10 %, ya que en general los casos son practicados por parientes o personas cercanas a las víctimas. Sin embargo se remarcaba la ausencia de datos oficiales acerca de problemática⁴. Asimismo para el 2010, reconocimos que permanecen los circuitos de explotación sexual infantil que operan en toda la provincia. Se privilegian las jóvenes de 16 a 18 años, circunstancialmente se toman niñas sólo si éstas están bien desarrolladas y con cuerpos ya formados. Los clientes/explotadores son principalmente residentes de la provincia, miembros de la misma comunidad o pueblo que las víctimas, aunque se evidencia también la presencia de extranjeros que requieren menores, principalmente en zonas de turismo intenso: Iguazú, Oberá y Posadas.

En las sucesivas investigaciones fuimos confirmando modalidades observadas desde los primeros estudios (fines de los '90) articuladas con redes de prostitución de diversa envergadura: Hallamos cinco:

- a) *Redes de reclutamiento de jóvenes para prostíbulos*: selección de jóvenes (de nivel socioeconómico medio, medio-bajo o bajo). Para la explotación en la misma ciudad o como casos de trata de personas, que analizaremos con más detalle en el siguiente apartado.
- b) *Servicios Calificados con niñas y jóvenes en los hoteles*: los pedidos se hacen a los remiseros, chóferes, botones, y/o conserjes, también a mozos; existen "books" con fotografías para elegir la menor, o bien el intermediario la busca por su cuenta.
- c) *Niñas/os explotadas/os familiarmente*: infantes en situación de pobreza extrema explotados por sus padres u otros familiares en la calle y/o en la casa. La situación de calle es vista como una “zona de riesgo” para los niños y niñas.

⁴Diario El Territorio; 23 de Octubre de 2009.-

d) *Centros de Atracción de Jóvenes y Niñas*: se reconocen determinados lugares donde niñas y jóvenes pueden ser abordados por potenciales clientes: playas de estacionamiento de camiones (zonas fronterizas), bares, pools, boliches, terminales de Ómnibus, etc.

e) *Ruteras, acompañantes de viaje*: la forma del intercambio y la duración de los servicios son variables, es una práctica recurrente y dispersa por toda la provincia.

2. Trata de personas para la explotación sexual

La trata de personas incluye diferentes manifestaciones, entre ellas el tráfico para la explotación sexual, el tráfico de personas para el trabajo servil, el tráfico y venta de niños y bebés para la adopción y el tráfico de órganos. La trata de personas como delito, se establece en la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional – el 15 de diciembre 2000 – dos protocolos relativos al combate al tráfico de migrantes por vía terrestre, marítima y aérea y la Prevención, Represión y Sanción a la Trata de personas, en especial mujeres y niños. El Art. 3° del Protocolo firmado en la Convención de Palermo la define como: *“Por “trata de persona” se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otras, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos”*.⁵

La conformación como práctica y su consagración en el marco internacional consiguió estipular lo que está dentro y fuera de los alcances de la trata de personas, que reúne tres aspectos fundamentales: 1) La acción: el reclutamiento, transporte, transferencia, detención o recibo de personas. 2) Los medios: mediante el uso de la amenaza o la fuerza u otras formas de coerción, secuestro, fraude, engaño, abuso de

⁵ Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada. Año: 2000

poder, o de la posición de vulnerabilidad. 3) El propósito: dar o recibir pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona, adquirir el control sobre otra persona con el propósito de explotación. (Schiavoni et. al. 2010)

Desde la firma del tratado de Palermo se inicia un proceso de sensibilización internacional acerca de la trata de personas como flagelo, se dio una marcada visibilización del fenómeno en la sociedad y consecuentemente la impresión del marcado crecimiento del delito como tal. Esto no quiere decir que no haya existido antes trata de personas – tal y como la concebimos hoy – ni que los índices del delito sean mayores en la actualidad (que como vimos es una práctica preexistente); sino que se comienza a poner el foco de atención en este conjunto de prácticas delictivas que antes se ignoraban o desdibujaban en otras.

La trata de personas debe entenderse entonces como fenómeno complejo, como un proceso y no como delito aislado. En tanto proceso, no se inicia en la instancia de reclutamiento sino que supone condiciones previas que facilitan la captura de esas víctimas; y como delito incluye además prácticas delictivas afines –el tráfico de personas, la explotación sexual, la supresión de identidad, el secuestro, etc.– que aparecían como delitos inconexos y por consiguiente se juzgaban como causas separadas (Fretes, 2011). Además de las acciones que se realizan contra la víctima, mencionados en este esquema, hay fases que no atañen a la víctima sino al delincuente. El manual de lucha contra la trata de personas de la Organización de Naciones Unidas (ONU) aprecia que según el volumen y grado de complejidad de la operación (y red) de la trata, es posible que durante el proceso el criminal o la organización delictiva cometan varios delitos diferentes, algunos para respaldar o proteger las actividades de trata (evasión fiscal, blanqueo y lavado de dinero) puede que haya también vínculos entre las operaciones de trata y otros actos criminales como el contrabando de armas o de drogas. Así se podrían clasificar los delitos según la víctima, sea la persona en cuestión o el mismo Estado (Manual ONU, 2007:62).

Siguiendo esta lógica, la ONU calcula que el negocio moviliza cerca de 9.500 millones de dólares e involucra en el mundo a 27 millones de personas. Informes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sostienen que anualmente entre 600 y 800 mil personas son víctimas del tráfico de personas, y que el 98 por ciento de las víctimas de redes de explotación sexual son mujeres y niñas. Asimismo consideran que la trata de personas ascendió al segundo lugar, como el negocio ilícito más redituable del

mundo, luego del tráfico de drogas y de armas.⁶ Para Barboza, están más expuestas: mujeres y niños; personas en general que huyen de situaciones de violencia, discriminación, pobreza extrema, quienes migran sin un plan determinado o desconocen la situación de trabajo en lugares diferentes al propio, y víctimas de trata interna (Barboza et. Al. 2006:94)

De la misma manera, en concordancia con los lineamientos internacionales, en la República Argentina la trata de personas experimenta su ingreso en la agenda pública y la instalación de la misma como delito visible. Respecto de los rescates de víctimas de trata de personas en el país, encontramos que solamente en el 2010 ascendieron a un total de 569, y en lo que va del 2011 ya se alcanzaron las 950 víctimas rescatadas. Asimismo desde el 2008 se han detenido a 767 individuos, y liberado a 2.130 personas, de entre los cuales 303 son menores, y 1000 corresponden a víctimas de trata de personas para la explotación sexual, en la que convergen: el tráfico y la venta para la explotación sexual internacional y el y la venta para la explotación sexual con rutas dentro del país⁷. En ambos casos pueden incluirse la importación de personas desde otros países, como mujeres y niñas de Bolivia, Paraguay, Brasil, etc.

Estos lineamientos en tanto convenios, pactos y protocolos, se inscriben en la Constitución Nacional con fuerza de ley. Así en consonancia con el Protocolo firmado en Palermo en el año 2000, se sanciona, en el año 2008, la Ley Nacional N° 26.364 “Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas”. A partir de la misma, se establece la trata de personas como delito en el ámbito de la competencia federal y se delimita un núcleo esencial para la sanción del delito. Esto conlleva la visibilización del tema y encontramos en los últimos dos años una multiplicación de casos registrados y denunciados⁸.

En la ley se definen cuatro ejes fundamentales para la acción del Estado: Prevención, Sanción, Protección y Asistencia Integral. En este sentido encontramos establecidos los derechos, protección y asistencia integral de las víctimas como conceptos interrelacionados: los derechos de las víctimas, la reserva de identidad y la confidencialidad de las actuaciones judiciales, así como la no punibilidad de las

⁶Cf. Informe INADI 2008.-

⁷ Conclusiones de las 1ras Jornadas de Capacitación sobre la Trata de Personas. Puerto Iguazú. 2008.-

⁸ Datos oficina UFASE a Mayo del 2011.-

víctimas (art. 5). Para Noli esto tiende a garantizar la eficiencia y eficacia de la investigación para el esclarecimiento de la verdad de los hechos y la posterior condena de las redes de tratantes (Noli, 2010)

En los artículos de la ley además se prevé que las víctimas tienen *derecho a recibir información* en un idioma que comprendan (accesible a su edad y madurez), un alojamiento apropiado con manutención y alimentación. Las víctimas que no sean argentinas nativas o por opción, tienen la posibilidad de elegir la permanencia en el país, o bien se debe facilitar el regreso a su país de origen; de igual manera para las víctimas argentinas recuperadas en otros países. Se estipula como *atención a la víctima*, la asistencia psicológica, médica y jurídica en forma gratuita. Por otra parte la Justicia debe garantizar que los testimonios se presten en condiciones de *protección y cuidado*; mantener informadas a las víctimas del estado de las actuaciones, de las medidas adoptadas y de la evolución del proceso; garantizar que la víctima sea escuchada en todas las etapas del proceso; proteger su identidad e intimidad y la confidencialidad de las actuaciones. Por último existe la posibilidad de incorporar el sistema nacional de protección de testigos previstas en la Ley 25.764.

2.2. Características de la trata de personas en Misiones

Las formas que adquiere la trata de personas en la provincia podrían resumirse en la búsqueda y selección de jóvenes de nivel socioeconómico medio, medio-bajo o bajo; son muchachas engañadas y transportadas con la promesa de un mejor trabajo; el reclutamiento es realizado tanto mujeres como varones de la misma ciudad o forasteros que recorren los barrios y abordan a jóvenes con "buen cuerpo", ofrecen "altas sumas de dinero" y alternativas de "buenos trabajos" en ciudades más al sur (puestos como mozas, mucamas, empleadas domésticas y ayudantes de cocina, etc.). Son trasladadas en transporte público de larga distancia, y pueden hacer "escalas" en Entre Ríos "para entrenarlas" o bien directo al destino (Provincia de Bs. As. o ciudades claves de la Patagonia como Río Gallegos, Pto. Madryn, Neuquén). La salida del circuito puede ser por sus propios medios (huidas) o por rescate de las fuerzas de seguridad; el retorno puede ser a la familia de origen, al pueblo con algún contacto afectivo (parientes lejanos, amistades, etc.) o "cualquier lugar" ya que han perdido sus conexiones afectivas y operativas. Este resulta un punto crítico pues de esta instancia depende la facilidad para recaer en las redes. (Schiavoni y Krautstofl, 2010)

Misiones es un ámbito priorizado para el reclutamiento, reconocemos diferentes factores que inciden en la búsqueda de niñas y mujeres en la región: el perfil sociocultural identitario particular de Misiones (conjunción inmigratoria de origen, características fenotípicas, etc.), zona de frontera (facilidad para escapar), turismo internacional (circulación transitoria de personas de muy diverso origen), pobreza y exclusión social (situada en el nordeste del país concentra los indicadores más duros para las condiciones de vida).

En el año 2008 se atendieron 22 víctimas y en el año 2009, las víctimas ascendieron a 61. La mayoría han sido rescatadas en prostíbulos que figuraban como bares o whiskerías en diversas localidades del interior de la provincia. De las jóvenes rescatadas más de 70% eran misioneras, las restantes de otras provincias o de otros países Paraguay principalmente. Las edades oscilan entre los 12 años y los 23 años, concentrándose la mayoría entre los 16 y 18 años.

Entonces también la trata de personas aparece en la provincia como preexistente⁹ a su declaración como delito y a su ingreso en la agenda política, y progresivamente se produce un proceso de institucionalización de la misma, de visibilización en la sociedad y la conformación de propuestas específicas desde el Estado provincial (creación del Depto. Lucha contra la Trata en el Ministerio de DDHH, creación de albergues, articulación de acciones con ONGs para la atención, sensibilización y capacitación a personal docente y sanitario y a referentes de las fuerzas de seguridad, etc.). La trata de personas adquiere entonces una relevancia sin precedentes, aglutinando las acciones y el presupuesto en detrimento de otras políticas públicas relativas a la explotación sexual.

3. Políticas y acciones implementadas

Revisados conceptualmente los fenómenos de ESCI y trata de personas y sus características definitorias en la Provincia de Misiones, nos centraremos en el presente bloque en el análisis de las acciones propuestas y realizadas desde los organismos de la sociedad civil y el Estado referentes a sus organismos de aplicación en la formulación de acciones concretas de atención, prevención y cuidados a las víctimas de ESCI y trata

⁹ Al finalizar la investigación en 1999 en Posadas se presentaron públicamente los resultados con la presencia de funcionarios públicos de los tres poderes y representantes de ONGs, así como difusión periodísticas e los hallazgos; y del mismo modo se procedió con los resultados de la investigación de 2003 en Pto. Iguazú y del Informe Unicef 2005.

de personas. Respecto de las acciones concretas el Estado fue adquiriendo mayor peso a posterior de la sanción de la Ley de Trata, así como se fueron reconfigurando los organismos del Estado que se integran a la concreción de dichas políticas: relación entre Estado, fuerzas de seguridad y sociedad civil (Asociaciones civiles, ONG's, entre otros).¹⁰

Respecto de la ESCI encontramos que no existe en Misiones una Secretaría concreta para el tratamiento de la temática, sino que más bien se trabaja como residual de otras oficinas e instituciones. Asimismo desde la sociedad civil, encontramos algunas ONG abocadas al trato de violencia, que pueden abordar los casos de ESCI circunstancialmente, pero en la actualidad no funciona ningún programa específico de abordaje de ESCI. En Misiones, durante el transcurso del mes de Abril de 2011 se clausuró por motivos presupuestarios el único programa de prevención y erradicación de ESCI que existía: "Programa "Luz de Infancia". El mismo había comenzado en el año 2002 como iniciativa nacional (CONAETI y gestionado por la OIT) en Pto. Iguazú. Incluía acciones de capacitación y sensibilización sobre la temática y un Centro de Atención para la recepción de denuncias y tratamiento de las víctimas. Sin embargo durante su implementación se trabajaron otras problemáticas como la de atención a las situaciones de violencia doméstica y/o familiar (incesto, golpizas, manoseos y exhibiciones sexuales intrafamiliares), por no existir otros organismos similares; se atendieron más de 250 denuncias de las cuales efectivamente respondían a situaciones de ESCI solo 50%¹¹.

Por otra parte en el Ministerio de Desarrollo Social la Mujer y la Juventud, dos direcciones tienen vinculación con el tema ESCI, la Dirección de Prevención de la Violencia Familiar y de Género y la Dirección de Infancia y Familia. La primera tiene incorporada la Línea 102 y recibe denuncias de diverso tipo entre ellas casos de ESCI

¹⁰ Efectivamente en la Provincia de Tucumán el peso de las organizaciones desde la sociedad civil resulta más significativo que las acciones desde el Estado. Inclusive entre las acciones del estado encontramos diferentes propuestas institucionales para el trabajo con víctimas, y las propuestas preventivas: la provincia de Misiones es una de las únicas cuatro provincias que posee una casa refugio de atención a la víctima rescatada, etc.

¹¹ Cifras construidas a partir de las declaraciones periodísticas de la Responsable en diferentes momentos, pues en la entrevista mantenida con miembros del equipo técnico fue imposible precisar cifras y solo remitían a casos puntuales, los atendidos en el último año.

que los agrupan con los de Trata de personas en sus registros estadísticos¹². La ESCI apenas pudo ser diferenciada de la Trata de Personas conceptualmente, “*es la misma prostitución pero con chicos, y que no se los llevan a otro lugar*” (Técnica del Equipo de la Direc. Prevención de la Violencia Familiar y de Género). De las 1770 denuncias recibidas durante el año 2008, 880 correspondían a maltrato de niños y 30 a casos de ESCI/Trata de personas; las cifras son similares para el 2009 y 2010, 830 denuncias de maltrato infantil al 2009 y 850 al 2010; mientras que las denuncias por ESCI y trata fueron 39 y 25 respectivamente. En el año 2011 no se han registrado denuncias de ESCI¹³.

Por su parte la Dirección de Infancia y Familia cuenta con una vasta experiencia en el abordaje y recuperación de niños y niñas en situación de calle, y son estos equipos técnicos los responsables de atender a los niños explotados sexualmente. No han tenido una capacitación específica, sino que a través de lecturas diversas y “sentido común” articulan recursos para reconectar a los niños con sus familias de origen (si no son las explotadoras) y/o con otros referentes afectivos; mientras se establece la conexión con las familias, (muchos niños son del interior de la provincia) las víctimas son alojadas en algunos hogares de gestión privada sobre todo cuando está en proceso judicial el caso. Respecto de la salud, desde el Ministerio de Salud Pública se ha creado un Departamento de Género y Salud desde el cual se articulan los acuerdos en cuanto a protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual (donde se hallan contemplados los casos de ESCI), capacitación de los recursos humanos responsables y la posterior derivación de los casos una vez denunciados.

Con respecto a la trata de personas las acciones implementadas son más sistemáticas y responden al ingreso del tema en la agenda pública de la mano de la ley de trata analizada en el apartado anterior. Enmarcada como delito federal, se involucra la maquinaria del Estado en consonancia para: o bien sancionar como delito desde el poder Judicial y Fuerzas de Seguridad (en este sentido el accionar del Estado respecto de esta práctica se corresponde con su inclusión como delito punible), como así dar el marco de acción y responder “por y para” las víctimas de la trata de personas, como garante de los derechos de sus habitantes. En estas dos líneas de acción, podemos

¹² Entrevista al personal responsable de la Direc. Gral. De Prevención de Violencia Familiar y de Género.

¹³ Datos institucionales del Ministerio de Desarrollo, Mujer y Juventud, Junio de 2011.

encontrar el accionar de las fuerzas de seguridad, la justicia y el accionar del Estado desde sus órganos ejecutivos.

Las acciones referentes a la lucha contra la trata de personas en la provincia de Misiones datan del año 2006 marcadas por una participación activa de la sociedad civil. Durante los dos años siguientes las organizaciones civiles asumieron las acciones de prevención y atención a las víctimas conformando un bloque que se denominó “Coalición Alto a la Trata”. Por su parte, las acciones estatales respecto de la temática se encontraban desarticuladas y respondían a inquietudes personales de algunos funcionarios. De esta forma encontramos que desde el Ministerio de Desarrollo Social se habían realizado acciones de atención a víctimas de trata de personas en menores, aunque no se llegó a conformar una Dirección o Secretaría concreta. Ya a finales de 2007 y principios del año 2008, articulando con diversos organismos estatales, se crea el Ministerio de Derechos Humanos, con un área específica abocada al trabajo con trata de personas dentro de la Secretaría de Igualdad de Oportunidades: el Departamento de Lucha contra la Trata de Personas. Al poco tiempo se firmó un protocolo de atención provincial (involucrando colaboración mutua con Paraguay y Brasil), que contiene los lineamientos de la atención a las víctimas de explotación sexual y trata de personas con un enfoque de horizontalidad en las competencias.

El protocolo de acción de la Provincia de Misiones determina que en el rescate de víctimas de trata de personas se debe realizar en conjunto con las fuerzas de seguridad y debe participar personal del Ministerio de Derechos Humanos. En el caso que la víctima resulta ser menor debe darse participación a la Dirección de menores del Ministerio de Desarrollo Social. Está prevista la atención médica integral a las víctimas a cargo de un Hospital especial ubicado en las afueras de la ciudad de Posadas, así como proveer los medicamentos necesarios; estas aparecen mencionadas como acciones dependientes del Ministerio de Salud. Por otra parte, se supone la contención de las víctimas hasta las declaraciones y testimoniales en la justicia, a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (menores) y Ministerio de Derechos Humanos (mayores) junto con la evaluación del contexto de vida, posibilidades de regreso y vuelta a la sociedad. Finalmente, los Ministerios de Educación y Trabajo se comprometían a brindar alternativas de finalización de estudios y capacitaciones, aunque no se da en la práctica. Específicamente respecto de los menores, se contemplaba (conforme lo establecido en los artículos 4, 5 y 11 de la Ley 3820) el interés superior del niño será la regla principal

durante la intervención, así como articular acciones con organismos cercanos a su lugar de residencia.

De esta manera se fija como competencia del Ministerio de Derechos Humanos la atención de las víctimas de trata de personas adultas desde su rescate hasta la vuelta al hogar. Las acciones acerca de la temática confluyen en este organismo, así como el seguimiento de la víctima a posterior de su rescate, abarcando la mayoría de los recursos disponibles y acaparando en la práctica las acciones que corresponden a los otros ministerios. Sin embargo en lo que respecta a menores, esta división de tareas implicó un desfase en la atención a menores, ya que, aunque el ministerio de Desarrollo Social no realiza las tareas estipuladas delegando las mismas en el Ministerio de DDHH, aunque este último no se responsabiliza por la atención de los casos de menores. Asimismo en Desarrollo Social se manejan fondos a discreción y no se contempla un departamento específico con profesionales asignados, sino que es manejado por una funcionaria que va delegando las acciones según sea el caso.

Con respecto a las fuerzas de seguridad, sus funciones incluyen las investigaciones para detectar casos de trata de personas y lugares de explotación, así como trabajar en conjunto (Gendarmería Nacional, Prefectura, Ejército, policías locales, etc.) ante las sospechas o detección de irregularidades que puedan encuadrar como trata de personas. En el rescate participan asimismo efectivos de Gendarmería en controles de ruta, y en los rescates. Por su parte Prefectura y personas de Aduana en las fronteras, y pasos fronterizos. En la provincia implica tanto un equipo de la Policía Provincial y Federal (en cubierto) específicamente dedicado al tema trata de personas, la búsqueda de lugares de prostitución con mujeres provenientes de las redes de trata de personas, etc. seguimientos a las denuncias, la detección de casos, etc.

Finalmente, en el plano judicial se realizan los procesos correspondientes a la trata de personas como delito penado por la ley, correspondiente a la justicia federal y al juzgado al que compete el lugar de explotación o rescate. Esto último hace que se realicen procesos en Misiones de víctimas de otras provincias¹⁴.

En base a lo expuesto advertimos que la oferta institucional orientada a la infancia y adolescencia es muy variada y abarca diferentes aspectos. Se observó la falta

¹⁴En la provincia tres casos judicializados, dos con sentencia firme desde la sanción de la Ley de Trata.

de articulación de los recursos y del enfoque integral para el cumplimiento de derechos expresado en la superposición de acciones, la dispersión de esfuerzos y el limitado alcance de las acciones.

A modo de conclusiones

La presente ponencia muestra la trayectoria por la que atraviesa en la Provincia de Misiones la *trata de personas* para institucionalizarse como política pública a posterior de su entrada en agenda con la promulgación de la ley 26.364, lo que lleva a una gran presencia mediática de casos rescatados y de la temática en sí, generando en la práctica un desvío de las acciones a favor de la primera en detrimento de otros flagelos relacionados a la explotación sexual. Asimismo las acciones prioritarias respecto de la trata de personas provocaron además la preeminencia progresiva del Estado por sobre otros Organismos de la Sociedad Civil, y otras organizaciones perdieron injerencia en el rescate y atención a las víctimas tanto de ESCI como de trata de personas, y finalmente el programa Luz de Infancia que terminó por cerrar sus puertas.

Investigaciones y estudios anteriores realizados en la provincia¹⁵, confirman la presencia de prostitución, explotación sexual comercial infantil y trata de personas relacionados a cuestiones de vulnerabilidad. En este sentido son los lineamientos provinciales que tomaron forma en el accionar específico los que actuaron en detrimento de la atención y prevención de otras formas de explotación sexual. En los medios también se articuló una forma de exposición no antes vista con respecto al flagelo de la trata de personas, se minimizó la presencia de ESCI y se unificaron los criterios para los rescates: toda explotación sexual se considera trata de personas. En las entrevistas a agentes policiales, comentaban que al hallar en un prostíbulo a menores con sus madres no eran asumidos como víctimas, o bien la madre era una víctima o bien una entregadora, pero no como ESCI, al contrario cualquier menor sin los padres es considerado como trata de personas.

Con respecto a las acciones concretas respecto a la ESCI vimos como el único programa específico de abordaje ha sido desactivado, asimismo los albergues provinciales de Iguazú y Eldorado para casos de violencia han sido redefinidos para la

¹⁵ Informe UNICEF 2005, OIT 2003, UNaM 2002, 2006, 2008, entre otros.

atención de víctimas de trata de personas. Por su parte la línea 102 que atiende casos de Violencia Doméstica y algunos casos de ESCI, que funciona en Posadas desde hace más de 15 años; también ha menguado en su injerencia sobre cuestiones de explotación sexual infantil. En estos momentos se intenta a nivel nacional habilitar una línea para denuncias de casos de trata de personas, una vez más consiguiendo que la trata subsuma la explotación sexual.

Si comparamos a nivel provincial y a nivel Ministerios provinciales no hay programas específicos para el abordaje de la ESCI aunque este fenómeno es reconocido y tratado con los recursos que cada área dispone genéricamente sea en Desarrollo Social, en Salud y/o en Educación. Mientras que la trata de personas posee un Departamento de trabajo exclusivo en la temática y un equipo de 15 profesionales estables, así como presupuesto fijo.

La ESCI atravesó una meseta de política pública (Parsons 2008) primeramente con un alza mediática y de interés, al ingreso de la agenda: Durante más de un año (1999-2000) la temática suscitó interés en los medios periodísticos, en conferencias y paneles sobre problemas de la infancia organizados tanto por entidades estatales como no gubernamentales (Rotary Club, por ejemplo). Sin embargo con el paso del tiempo el interés mermó frente a la trata de personas. Teniendo esto en cuenta debemos repensar las estrategias de trabajo y las prioridades, ya que mañana pueden pasar ambas de moda y quedarnos sin políticas de atención a los flagelos que atentan contra la integridad sexual.

Asimismo desde los equipos técnicos ministeriales (sean de Desarrollo Social, de Salud Pública o de Educación o Derechos Humanos) la preocupación radica en no hacerse cargo de casos que no les competen: por ejemplo, niños en situación de calle no son pasibles de ser atendidos por Derechos Humanos, o jóvenes de 18 años no son destinatarias de las acciones de la Dirección de Infancia y Familia. Las cuestiones administrativas priman sobre la condición de sujetos sociales de las víctimas.

Este trabajo muestra como las políticas públicas corresponden a una interrelación de discursos, intereses y lógicas inconclusas y contradictorias, que consisten en la gestión gubernamental de las desigualdades, asignando recursos, proporciones y destinatarios. Relacionan entonces discursos acerca de la realidad, de sus problemas y de las formas de abordarlos. (Di marco, 2005) las agendas son construcciones que se dan en un tiempo determinado que implican una coyuntura

política específica, un estado de fuerzas entre estado y sociedad, y la posibilidad de realizar acciones concretas. Así como las leyes no son neutras ni en su discurso ni en su aplicación (Álvarez 2002), así también las políticas públicas, pueden estar con las mejores intenciones solapando procesos de desigualdad aun mayores a largo plazo. En Misiones se da el caso que la trata de personas es vista únicamente desde su arista de explotación sexual, esto y sumado a las acciones pensadas desde el Estado consagra un fenómeno englobante de las prácticas prostituyentes.

Si en sus inicios la ESCI se confundía con la violencia familiar, los casos de maltrato y abuso infantil, ahora diez años después resulta mimetizada con las discusiones en torno a la trata de personas, y vuelve a caer en las penumbras. A nadie le interesa reconocer que hay niñas, niños y jóvenes que son explotados sexualmente y sobre todo que hay un numeroso colectivo de varones adultos consumidores de estas prácticas. Los efectos de la violencia simbólica son innegables, la naturalización de las prácticas las torna invisibles y por lo tanto perdurables, a pocos interesa poner sobre el tapete el tema. Como se puede advertir en la tipología anterior las situaciones de explotación sexual comercial que derivan en trata de personas y/o bien comienzan con la intención del tráfico, constituyen una de las formas por las que se inician los procesos de ESCI pero no constituye un fenómeno diferente o separable heurísticamente. En nuestra región donde el tráfico de mujeres y niños tiene como principal propósito la explotación sexual es casi absurdo separarlos. La envergadura que adquirió la explotación sexual comercial constituye una muestra más del grado de desarticulación de las sociedades actuales, donde al proceso de desamparo afectivo y social se agregan las condiciones de pobreza.

De esta manera intentamos dar visibilidad a la ESCI como fenómeno desactivado de la agenda política y subsumida en otra más actual, más visible y de moda; pero que en definitiva no deja ser una forma más (oculta y vulnerante) que adquiere la explotación sexual, principalmente en lo que respecta a menores. En síntesis, la vulnerabilidad no solo se expresa en limitaciones de orden material sino también en los desencuentros en el orden simbólico, lo cual restringe aún más las condiciones de vida de algunos sectores sociales. Finalmente, resulta relevante mostrar cómo en este solapamiento de problemáticas, atravesadas por las cuestiones de género, se profundiza la vulnerabilidad de los niños, especialmente de las niñas de la Provincia.

Bibliografía

- Conclusiones de las 1ras Jornadas de Capacitación sobre la Trata de Personas. Puerto Iguazú, Provincia de Misiones. Del 11 al 13 de noviembre de 2008.-
- Alvarez, S. 2002 “La distancia en el discurso profesional de la justicia argentina”. En: Sandra Gayol y Gabriel Kessler (comp.) Ed. Manantial SRL, Bs. AS. Barboza L. Martínez M. 2006 *Manual de intervención en la trata de personas*. Sec. Mujer Presidencia de la Rep. de Paraguay. Asunción, Paraguay. CENIJU.-
- Camacho Ordóñez, et. al. *La explotación sexual comercial infantil: una ganancia subjetiva*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, En:
<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77315614019>>
- Chejter S. y otros 2005 *Feminicidios e impunidad*. Editado por CECy Mç. Bs. As.
- Chejter, Silvia 2001 *La Niñez prostituida*. Bs. As. Unicef Argentina.
- De la Isla y Demarco 2008 *Se trata de nosotras. La trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual*. Ed. Las Juanas. Bs. As. 2008.
- Di Corleto J. 2010 *Justicia, género y violencia* 1ª ed. Buenos Aires: Librería, 2010.
- Estes, R. y Azaola, E. 2003 *La infancia como mercancía sexual*. Ed. Siglo XXI. Ciesas. México.
- Estes, R. y Azaola, E. 2003 *La infancia como mercancía sexual*. Ed. Siglo XXI. Ciesas. México.
- Fretes, Lucía Mabel, 2011 *Trata de Personas para la explotación sexual*. En: Congreso Latinoamericano de Derechos Humanos. Universidad Nacional de Rosario; Rosario, Argentina. Mayo de 2011.
- INADI Informe: *Mujeres, niños, niñas y adolescentes para la trata* En: http://www.inadi.gov.ar/uploads/archivoEnTexto_35.doc.
- Las deudas del bicentenario. Una agenda de trabajo por los derechos de las mujeres en Argentina: 1ª ed. –Buenos Aires ELA, 2011.
- Manual de Lucha Contra la Trata de Personas. 2007 Publicación de las Naciones Unidas. ISBN-10: 92-1-333380-3 Nueva York, Naciones Unidas (ONU) En: http://www.unodc.org/pdf/Trafficking_toolkit_Spanish.pdf

- Noli, Elizabeth 2010 *Análisis De La Ley 26.364* Documento de trabajo. Fundación María de los Ángeles. Tucumán, Argentina.
- Protocolo de Palermo. 2000 Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada. New York.
- Protocolo Provincial de Atención a la Víctima de Trata de Personas, Año 2008.-
- Schiavoni L. Krautstoftl E. 2010 “Redes de trata de personas en una Zona de frontera del Mercosur (Misiones, Argentina). En: 70th Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology. Mérida, México
- UNICEF. 2005 Informe “Situación de la niñez y de la adolescencia de la Triple Frontera entre Argentina; Brasil y Paraguay”. UNICEF Triple Frontera. Curitiba.

ANEXO II

Transferencias

Programa de Postgrado en Antropología Social
Universidad Nacional de Misiones
Tucumán 1605, Posadas-Misiones
Tel/fax: 54-3752-426341
e-mail: revistava@hotmail.com

avá
REVISTA DE ANTROPOLOGÍA

Posadas, 4 de Mayo de 2011.

Mg. Lidia del Carmen Schiavoni

Por medio de la presente, el Equipo Editorial de la Revista de Antropología Avá, perteneciente al Programa de Postgrado en Antropología Social de la Universidad Nacional de Misiones (ISSN 1515-2413 / ISSN 1851-1694 en línea), quiere agradecer su participación como árbitro de los artículos recibidos para su posible publicación en los números 17 y 18 de la Revista.

Asimismo, deseamos destacar el profesionalismo con que Usted llevó a cabo la evaluación del artículo ***“Administrando soluciones posibles: medidas judiciales de protección de la niñez”*** imprescindible labor para mantener la calidad académica y editorial de Avá.

Esperando seguir contando con su colaboración, lo saludan cordialmente.



Lic. Fretes, Lucía Mabel
Secretaría de Redacción



Dr. Leopoldo J. Bartolomé
Director Revista Avá



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CS. DE LA EDUCACIÓN

..... La Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación CERTIFICA que la **Mgr. Lidia SCHIAVONI** se ha desempeñado, a propuesta de la Comisión de Investigaciones de esta Facultad, como evaluadora del libro *Política social en América Latina y Género: Configuraciones/Reconfiguraciones en la participación de las mujeres* compilado por las Dras. María Susana ORTALE y Rocío ENRÍQUEZ ROSAS, a ser publicado por la Editorial Biblos.....

..... Agradeciendo la labor realizada, se expide el presente en la ciudad de La Plata a los doce días del mes de julio de dos mil once.....

.....

Dra. MARÍA SUSANA ORTALE
Secretaria de Investigación
FaHCE - UNLP



V Jornadas Regionales de Sexología y Educación Sexual Integral

15 y 16 Septiembre | HOTELCARLOS V

Se certifica que PROF. AUGUSTO LABELLA, ha participado en calidad de **DISERTANTE** del tema "CUERPO, SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN" en las V Jornadas Regionales de Sexología y Educación Sexual Integral.

San Miguel de Tucumán, 15 de Septiembre de 2011.


Lic. Luis María Alier Atucha
Presidente de AASES


Dra. Olga B. Marega
Codirectora Sillo Virtual Educativo


Dra. Amelia del Sueldo Padilla
Coordinadora de AASES Filial Tucumán

2011 - Año del Trabajo Decente, la Salud y Seguridad de los Trabajadores

CERTIFICADO

CONVOCATORIA PICT-2011

Buenos Aires, Jueves 13 de Octubre de 2011

Por la presente certificamos que el

**Mgter. Lidia
Schiavoni**

Ha participado como evaluador de proyectos,
integrando el
Banco de evaluadores del FONCyT

Por cuanto Lidia Schiavoni ha participado en calidad de **Coordinador de Grupo de Trabajo** en el X Congreso Argentino de Antropología Social, realizado del 29 de noviembre al 02 de diciembre de 2011, en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, Puan 470, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se extiende el presente certificado.



María Rosa Neufeld
Maestría en Antropología Social
Presidenta X CAAS



Mabel Grimberg
Instituto de Ciencias Antropológicas
Presidenta X CAAS



Héctor Hugo Trincherro
Facultad de Filosofía y Letras. UBA
Decano

ANEXO III

Reuniones y Congresos

IV Coloquio Interdisciplinario Internacional
Educación, Sexualidad y Relaciones de Género

FFyL-UBA.Bs. As. 28 al 30 de noviembre de 2011

Autor: Lic. Venialgo Rossi; Patricia. DNI 29.989.020

Afiliación institucional: Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Correo electrónico: patriciaavenialgorossi@gmail.com

Teléfono (con código de área): 3752-15-514292

Propuesta temática: **Investigaciones y experiencias sobre cuerpos, géneros y sexualidades en instituciones escolares, ámbitos de formación docente, producciones culturales y otros espacios educativos.**

Título: **Promoción de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad: una propuesta, muchos espacios.**

Palabras clave: **Discapacidad - Sexualidad - Promoción Educación**

Introducción

La experiencia que se expone presenta un trabajo realizado en los años 2010 y 2011 con una organización civil¹⁶, que contempló la articulación con organizaciones educativas de distintos niveles y modalidades, e instituciones de formación docente para la realización de acciones educativas y de promoción y sensibilización sobre sexualidad y derechos de personas con discapacidad desde una perspectiva de género. En el año 2008, en el marco de un proyecto de extensión¹⁷ de la Universidad Nacional de Misiones sobre promoción de los derechos sexuales y reproductivos se había iniciado el primer acercamiento a la temática de la sexualidad y la discapacidad.

¹⁶ Asociación Civil Novanet, de la ciudad de Posadas dedicada a la Promoción de los derechos de las personas con discapacidad desde el año 2005 desde proyectos que abarcan diversas áreas: educación, recreación, autonomía, acceso a nuevas tecnologías, etc.

¹⁷ Responsabilidades compartidas: Universidad y organizaciones locales en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Como se menciona más arriba, esta experiencia tuvo dos instancias: la inicial, con un equipo conformado por especialistas en salud sexual y reproductiva de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y de la Facultad de Ciencias Exactas. Nucleó a dos antropólogas, un biólogo, un sexólogo y un comunicador social, como directores y coordinadores del proyecto. Con la participación del personal de las organizaciones articuladas y la población barrial como los otros actores. En ese momento surge la propuesta de incorporar a la escuela especial, como fuerte referente de ése colectivo en el barrio.

La segunda instancia concretada a través de la Asociación Civil, forma parte de un proyecto, también de cobertura local, con la finalidad de realizar acciones educativas, de promoción y sensibilización sobre sexualidad y derechos de las personas con discapacidad desde una perspectiva de género.

Se planteó como objetivo general:

Promover los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Y como objetivos específicos:

Abordar la cuestión de la sexualidad en la persona con discapacidad, con familiares y docentes.

Desnaturalizar prejuicios y reconocer representaciones limitantes y prejuiciosas.

Construir y elaborar herramientas pedagógicas y comunicacionales para el tratamiento de la temática.

Proponer acciones específicas de promoción de estos derechos orientadas sensibilizar e instalar la temática en la comunidad en general.

En función de esos objetivos se pensaron dos instancias de trabajo.

Una, con docentes y futuros docentes, en la modalidad de talleres y paneles con especialistas. Con la finalidad de ponerlos en contacto con el tema, contactar sus propios idearios, valores, preconcepciones, etc. en cuestión de sexualidad y, específicamente sexualidad y discapacidad. Para luego acordar sobre el significado de ciertos conceptos y orientaciones a tener en cuenta a la hora de encarar la tarea educativa.

La segunda instancia de trabajo se pensó para acompañar a los padres en la adquisición de elementos para el reconocimiento de la sexualidad de sus hijos y el abordaje de una educación sexual integral; todo ello en la modalidad de taller.

Fundamentación

A pesar de la importancia que se ha dado en los últimos años a la integración de las personas con discapacidad en todas las esferas de la vida cotidiana, la idea de que las personas discapacitadas no están plenamente facultadas para el pleno ejercicio de su ciudadanía y de su sexualidad, es todavía una postura generalizada en nuestra sociedad. Esta situación suele fundamentarse en el estereotipo centrado en la dependencia y la imagen asexuada que se crea en torno a su diferencia corporal o intelectual. Esto con frecuencia desemboca en la violación de derechos al negar, criticar o limitar su acceso a diversas prácticas sociales, perpetuando el ciclo de exclusión en el que se ven inmersas por sus posibilidades. Así, viven constantemente descalificadas e infantilizadas, la violación de sus derechos humanos se genera a veces desde el interior de la propia familia, el grupo de amigos y, por supuesto, desde las instituciones de asistencia, que desde un discurso paternalista de seguridad y bienestar las ubican en el mismo nivel que los niños/as, quienes por no contar con las habilidades necesarias para manejarse de manera independiente no son tomados en cuenta como sujetos de derecho, y más bien se les considera incapaces.

En este sentido, la violación de los derechos de personas con discapacidad a partir del no reconocimiento de su sexualidad, constituye un problema que debe reconocerse y atacarse desde diversos espacios sociales, a fin de que el entorno físico, las actividades y la información se pongan a su servicio. Las mujeres con discapacidad pueden encontrarse ante una doble discriminación al incluirse en dos colectivos con características especiales: el género y la discapacidad, ambas nociones implican la construcción de roles, estereotipos y barreras de carácter psicosocial que frecuentemente limitan la plena integración a la vida social y el ejercicio de derechos. Aún en el caso de los menores la carencia de habilidades se reconoce como temporal, en las personas con discapacidad —y en especial las mujeres, la sociedad mantiene el preconcepción de imposibilidad para el transcurso de toda la vida. Este tipo de comportamientos y pautas de pensamiento, están altamente naturalizados, incluso interiorizados por las mismas mujeres. La comunidad en general invisibiliza esta situación en el silencio o limitándola a espacios de la vida privada. Por ello es necesario sensibilizar sobre la cuestión, llamar la atención sobre los estereotipos y desnaturalizarlos para avanzar en la modificación de conductas. Las familias y los espacios educativos formales, a través de profesionales y docentes, son lugares privilegiados para alcanzar estos objetivos. Cabe resaltar su importancia como agentes multiplicadores que tienen desde el espacio de formación. Es necesario además, avanzar en el empoderamiento de la persona con discapacidad, en especial si es mujer, para el reconocimiento de sus derechos y capacidades, que le permitan una participación activa en el ejercicio de su ciudadanía.

Breve reconstrucción de la experiencia.

En el año 2008, en la primera instancia y en el marco del proyecto de extensión se eligió un barrio periférico de la ciudad, con población de clase media baja y baja, con características particulares. Si bien tenía problemáticas comunes a otros barrios de nivel socioeconómico bajo (desempleo, subempleo, abandono escolar, importantes índices de violencia, drogadicción, delincuencia, embarazos precoces, etc.) contaba

con algunas ventajas. A saber: mejor infraestructura. Calles pavimentadas o empedradas, agua corriente y luz, puestos de salud, escuelas de todos los niveles, y modalidades. Guardería, entre otros, que en alguna medida paliaban las otras falencias y mejoraban en algún punto la calidad de vida. Se pensó en articular el trabajo con esta red de instituciones, que en general tenía presencia en el barrio, convocaba a la población en buena medida y en algunas, como el caso de la escuela especial, existía un verdadero compromiso y sentido de pertenencia, debido a que surgieron o adquirieron importantes mejoras a través del trabajo comunitario.

El año 2010, se trabajó con 2 escuelas, una común y una especial, cuya población pertenecía a clases medias bajas y bajas. Con personal docente y padres. Se inició el trabajo con la escuela especial, y los mismos padres y docentes vieron la necesidad y reclamaron, la sensibilización a las personas que no vivían de cerca la discapacidad, alegando la permanente discriminación a causa principalmente de la ignorancia. El perfil educativo de las familias era bajo, con padres con primario incompleto, y algunos analfabetos.

El año 2011, se trabajó con los docentes de una escuela común, y sus alumnos. Y con una escuela de adultos, donde había casos de personas con discapacidad que eran tanto alumnos como familiares de alumnos.

Se trabajó además con alumnos del último año de un instituto de formación docente. En este caso se trataba de futuros docentes de la escuela común que estaban realizando prácticas y ya se habían encontrado con la discapacidad en los espacios educativos de sus prácticas. Todos plantearon desconocimiento del tema, interés en saber más y adquirir herramientas ya que la ignorancia les producía una gran inquietud e inseguridad frente al aula.

Los alumnos del último año del profesorado de educación especial de la facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Misiones, que contrariamente a lo esperado, plantearon similares inquietudes que los futuros docentes comunes. Alegaron un profundo desconocimiento del tema, poco o ningún contacto con la problemática de la sexualidad y la discapacidad, y poco contacto con la misma discapacidad durante la carrera lo que también producía un gran desasosiego ya en la instancia final antes de las prácticas. En el mejor de los casos se planteó un mero acercamiento teórico a estas cuestiones.

El propósito de la articulación rescató la importancia de la escuela como agente socializador y formador, como nexo con la familia, sin olvidar además la Ley Nacional 26.150 de Educación Sexual en plena vigencia. La escuela es un espacio privilegiado de circulación y producción simbólica con gran peso a la hora de instalar temáticas y saberes en los grupos sociales. De tal manera que es fundamental reconocer su importancia para instaurar nuevas maneras de concebir ciertos temas, fundar ideales, valores, e influir en las representaciones de los sujetos. También se pensó en similar efecto de los espacios de formación superior.

Modos de relación/ Metodología de la intervención

Se contactó a los directivos de las instituciones para la presentación de la propuesta. La vinculación comprendió instancias de acuerdo sobre los objetivos, temas, metodología, actores involucrados, espacios, tiempos. El equipo coordinador, perteneciente a la ONG, estuvo conformado por antropólogas especialistas en discapacidad, educación y sexualidad y una trabajadora social. Si bien desde la coordinación se contaba con el saber científico, la experiencia y la especialización, se tuvo presente durante todo el proyecto el reconocimiento y la revalorización de los saberes y la inclusión de las subjetividades de todos los participantes. Los saberes que los actores poseen sobre el tema, adquiridos por vías formales, informales o a través de la propia experiencia representan un recurso importante desde el cual partir. Se planteó entonces un intercambio de estos para enriquecerlos en función de los objetivos planteados y una segunda etapa de acompañamiento donde estos los volcaban a su trabajo con alumnos, padres, o familia (en el caso de los familiares de personas con discapacidad) pudiendo contar con la asesoría del equipo coordinador mientras durara el proyecto. Hubo un programa sobre temas posibles, pero se dejó abierta la propuesta para la modificación o incorporación de inquietudes que interesaran particularmente al grupo de acuerdo a sus necesidades. Por ejemplo en una escuela común los docentes plantearon la necesidad de trabajar muy especialmente en función de modificar la visión dependiente e infantilizada de la persona con discapacidad debido a que este era un factor que dificultaba trabajar sobre los distintos niveles de independencia acordes a la edad y la capacidad y también sobre una visión más integral de la sexualidad. En una escuela especial, sin embargo decidieron que era más importante hablar sobre los puntos más básicos y elementales de la autonomía, ya que trabajaban en ese momento con las familias de los más pequeños. Los derechos reproductivos, las relaciones de pareja entre otros temas, por lo tanto, fueron apenas mencionados sobre el final y como puntos a profundizar en otras instancias.

Se realizaron talleres, uno por cada dos objetivos propuestos. El material obtenido en plenarios luego de cada dinámica se utilizaba como principal insumo de las actividades subsiguientes. Se evitaron en casi todas las oportunidades las exposiciones, salvo al final del trabajo con los practicantes para docentes y los futuros profesores especiales, donde se compartieron algunos datos estadísticos, legislación y recursos disponibles en referencia a sexualidad y discapacidad que pudieran aprovechar para continuar indagando sobre el tema.

Análisis teórico de la experiencia.

Desde que nacemos tenemos cuerpos sexualmente diferenciados, con deseos, pulsiones y predisposiciones para relacionarnos con otros en una multiplicidad de formas, para establecer contacto y a través de ello alcanzar, o cuando menos buscar, sensaciones placenteras. Este hecho total es lo que entendemos como sexualidad. El concepto sobre el que nos basamos reconoce que la misma *tiene un sustento biofísico y depende de las características del cuerpo como entidad biológica*, pero cómo se vivencia, y el o los significados que se le asignan, depende de situaciones sociales concretas, es regulada y moldeada por ellas. Sobre esta base biológica se construyen

representaciones simbólicas, ideas, creencias, valores y prácticas que orientan las interacciones de los sujetos. La sexualidad se desdobra en un plano íntimo relacionado a la experiencia, vivencias privadas e individuales y un plano público anclado en las actitudes que se esperan del sujeto y las pautas de comportamiento público. El cuerpo y sus usos o prácticas son entendidos así como productos culturales, resultado del desarrollo histórico específico del grupo social de pertenencia. No hay por tanto otra sexualidad más que la humana, no existe una sexualidad diferencial para la persona con discapacidad. La condición sexuada es patrimonio de toda persona sin importar su circunstancia.

Retomando algunas ideas sobre el modelo teórico de representaciones culturales de la discapacidad, hay que reconocer el factor cultural en el tratamiento negativo de estas personas. La discapacidad no proviene así sólo de una deficiencia que genera una discriminación material, de raíz económica, sino también del prejuicio arraigado en las representaciones, el lenguaje y la socialización.

Promoción y Educación. La educación es el proceso de formación de *“actitudes y disposiciones fundamentales, no solo intelectuales sino emocionales, para con la naturaleza y el hombre”* (Dewey, in Teixeira, 1969). *“La educación ocurre formal e informalmente en la vida social, en un proceso de gran complejidad. Vivenciada distintamente por las personas y grupos de la población, refleja valores sociales, la realidad histórica, sociocultural y política, ideologías, condiciones de vida...”* (Lima, 2005).

Las acciones de promoción son procesos orientados a permitir a las personas incrementar el control sobre algún área de su vida. Implica acciones para aumentar habilidades y capacidades, a transformar condiciones sociales, ambientales y materiales o económicas. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción o no.

Reflexiones finales

Se observó en la evolución de esta experiencia, que nuestra presunción sobre la necesidad de involucrar a actores fundamentales como formadores, trabajando en conjunto para potenciar el impacto fue completamente acertada.

Involucrar a docentes y padres en una tarea formativa, capacitarlos, invitarlos a reflexionar y desnaturalizar sus prejuicios fue imprescindible para avanzar en la propuesta del reconocimiento de derechos y la reflexión sobre la necesidad de modificación de pautas de conducta prejuiciosas y limitantes.

Este trabajo reflexivo, y de deconstrucción conjunta de las propias representaciones al respecto también mostró con el paso del tiempo, agudizar la mirada para reconocer en los otros estas mismas falencias, a la vez que dejó instaladas herramientas simbólicas para promover desde distintos lugares similares reflexiones y modificación de pautas conductuales prejuiciosas.

Se evidenció en los distintos ámbitos y actores involucrados la ausencia de una noción de la sexualidad como derecho de la persona con discapacidad. Asimismo, la sexualidad es todavía entendida mayormente no como una cuestión integral que abarca toda la existencia sino prioritariamente como manifestación de la genitalidad, no incluyendo otras formas de afectividad. La sexualidad así entendida, es reservada por lo tanto a personas adultas, heterosexuales, sin discapacidad.

Queda pendiente aún el acercamiento directo a personas adultas con discapacidad, quienes desde la vivencia de la misma aporten nuevos elementos y quizá se involucren activamente brindando su propia voz para la defensa de sus derechos, en compartir sus experiencias en los distintos ámbitos sociales y en el reclamo de sus propios intereses.

En esta instancia por limitaciones de diversa índole, no se pudo concretar. Dejamos abierta la propuesta.

Bibliografía

Galeano, M. Eumelia (2004) Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín, Fondo Editorial – Universidad EAFIT.

Gogna, Mónica (2005) Estado del arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la argentina (1990-2002) Buenos Aires, CEDES-CLAM.

López González, María (2006) *“Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal”* en revista de la Escuela Universitaria de M. de Toledo, Año 31, Número 16

Disponible on line en:

http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_búsqueda=VOLUMEN&revista_búsqueda=4313&clave_búsqueda=31 consultado el 12/01/2011

NIETO, José Antonio (2003) Antropología de la sexualidad y diversidad cultural. Talasa, Madrid

Venialgo Rossi, Patricia.(2010) *“Adolescentes de sectores pobres ante la sexualidad: representaciones y prácticas en salud”*. Tesis de Grado, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Licenciatura en Antropología social, inédito, Posadas

¿La prostitución es trabajo o explotación? Apuntes de un debate

Lic. Fretes, Lucía Mabel

tabithadr@hotmail.com

Universidad Nacional de Misiones – CONICET – Tucumán 1605, Posadas.

Algunos apuntes sobre prostitución

Este trabajo analiza en primer lugar la prostitución desde la antropología, que busca mirar todas las prácticas como parte del todo social, imbricadas en la cultura y desde una perspectiva holística (integradora y totalizadora); esto es ver las relaciones recíprocas entre diferentes aspectos: jurídicos, económicos, políticos, organizativos, religiosos, etc. como parte de la prostitución, y no desde una única postura o enfoque.

Sostengo que la prostitución es una práctica, como construcciones insertas en un entramado institucional que le dan vida y sentido a las acciones, desde allí me sitúo para analizar – en este breve trabajo – la prostitución desde dos enfoques: trabajo y explotación¹⁸. Además al analizarlos vemos que son permeados por otros aspectos en los que reconocemos diferentes construcciones conceptuales con trayectoria propia, tales como la sexualidad, el cuerpo, las luchas feministas, el trabajo, la cuestión de género, el consumo, etc. que finalmente hacen a la comprensión de la prostitución como práctica compleja.

La prostitución se reconoce como práctica desde tiempos remotos. Descrita ya por historiadores y exploradores como parte de diferentes culturas, es entendida como maneras complementarias de vivir las sexualidades masculinas y femeninas. (Fernández Carballo et.al. 2005). En la sociedad occidental, con el correr de los años se asoció su ejercicio con la socavación de la moral y el bien público, que implicó por una parte un mote negativo a quienes practicaban la prostitución y por otra parte la sanción social a

¹⁸La práctica como un conjunto coherente, no siempre consciente, de comportamientos y actitudes identificables, en virtud de las relaciones sociales. (Kergoat, 1997)

la práctica en sí. Representaciones sociales negativas que se agravaron con la aparición de las infecciones de transmisión sexual, principalmente el VIH/SIDA (Jiménez, 2010).

Así exponía Pachajoa Londoño, en estos enfoques tradicionales la prostitución aparece como una cuestión moral, de salud y legal, excluido del entorno social de quien lo ejerce, transformando la prostitución en un problema de género, así afirma *“esto complica su comprensión ya que se inserta en los imaginarios sociales, desde diferentes ópticas sustrayendo su imbricación en la cultura y en como práctica.”* (2008:12)

En paralelo se construyó un sistema de subyugación de la mujer que incluyó a la prostitución como parte de un sistema de inclusión/exclusión en dos espacios: unas mujeres para la casa, para los hijos, sin habilitación para el disfrute sexual; y por el contrario, mujeres objetos de placer sexual para el varón, fuera de la casa, reflejo de instituciones tales como el patriarcado¹⁹, la separación público/privado, en fin la condición de género. Se sostuvo además la idea de que las mujeres que ejercían la prostitución eran sexualmente más activas, que no podían tener familias constituidas (familias nucleares durables), entre otras formas de caracterizar el peligro social que representaba su ejercicio, asociado siempre con una serie de instituciones que sustentaban estas representaciones.

Por este motivo asevera Villa Camarma no es posible deslindar el concepto de la prostitución de la construcción social de los géneros y de las distintas consideraciones de lo que significa ser mujer y ser hombre dentro de nuestra sociedad. La esposa/madre aparece como asexual, doméstica, dependiente, buena, decente, fiel, virtuosa, discreta, casta, burguesa, madre; en cambio la prostituta aparece con características antagónicas. En este sentido se repiten las consideraciones que suponen categorías actitudinales, de personalidad y de accionar tanto de unas como de otras. De esta manera una conducta puntual u opción laboral se transforma en una condición permanente. (Villa Camarma, 2010:160)

Los cambios valorativos que se suscitaron a nivel mundial desde la instauración del feminismo como fuerza política y académica, fueron significativos para de-construir el papel de la mujer en la sociedad. Mostrando que las prácticas de las mismas se

¹⁹ La noción de patriarcado es elaborada originalmente para definir un sistema universal y trans-histórico de estructuras políticas, económicas, ideológicas y psicológicas a través de las cuales los hombres subordinan a las mujeres. (Nelson, 2005)

establecían dentro de un esquema de roles socialmente construidos y descubriendo el aspecto económico que se solapa en el trabajo realizado (doméstico y extra-doméstico). De esta forma se desnaturalizan la dominación masculina, el sistema patriarcal y se revisan prácticas, como la prostitución, vistas desde la libre elección, concepciones económica y sexual de las mujeres, etc. así como la dominación masculina como forma de explotación.

En otras palabras, la prostitución es producto de una construcción social atravesada por la cuestión de género, que implica la conjunción de diferentes aspectos: éticos, jurídicos, sociales, salud, religiosos, identitario, simbólicos y económicos, que remiten en última instancia al complejo socio-cultural en el que se halla inserta.

Podemos finalmente, intentar una formulación que nos permita su análisis: nos encontramos ante una práctica social²⁰ que mantiene características de acción compartidas, en las que está presente un intercambio de actividades relacionadas a la sexualidad por bienes, en general dinero. Esta definición está planteada en términos sumamente amplios, primeramente no se mencionan quiénes realizan la actividad (hoy múltiples actores, géneros), en segundo se podría discutir qué tipo de actividades se incluyen, diferencias entre prostitución, pornografía, sex shops, sexo virtual, etc. Y por último si los bienes que se consideran deben incluirse únicamente por su valor económico²¹. Empero la adopción de una definición tan amplia sirve a manera introductoria para no adoptar una noción que tienda a ninguno de los extremos conceptuales que se quieren investigar en el presente trabajo y nos permite ver que es justamente este acto de intercambio el que está siendo cuestionado.

Siguiendo con este recorrido encontramos que en la actualidad, las formas de concebir y practicar la prostitución, si bien mantienen estas líneas generales remiten a una superposición de conceptos, posturas y concepciones muchas veces antagónicas. En este sentido, me podría atrever a pensar en que las diferentes concepciones que se

²⁰ Intento sostener el término *práctica de la prostitución* con el sentido de mostrarlo como hecho social, por lo que en el texto se encontrarán también enunciados como “practicantes”, quienes la “practican”, entre otros.

²¹ Algunos autores fundamentan que los arreglos matrimoniales son formas de prostitución: Cf. Domínguez Martín 2001 y G. Petherson, la “diferencia legal entre matrimonio y prostitución es la diferencia entre la apropiación pública y privada de las mujeres”; servicios sexuales dentro de un contexto socialmente legítimo como ilegítimo. (Petherson, 2000:21)

establecen responden a una diferenciación ontológica, que es necesaria revisar para poder entender el fenómeno desde sus múltiples implicancias.

Aparece el debate: Julio y Agosto de 2010

Mediaban los meses de julio y agosto de 2010 en la República Argentina y el espacio periodístico se cubría de notas respecto de los avances en el tratamiento de los proyectos de reforma de la Ley Nacional 26.364 presentados desde principios de año en el Congreso Nacional. La “Ley De Trata De Personas²²” había sido aprobada inicialmente en el año 2008, con lo que se marcó el ingreso de la trata de personas a la agenda nacional, se tipificó el delito y permitió los primeros avances en materia judicial sobre la temática en la Argentina. Sin embargo en su aplicación concreta encerró problemas de implementación respecto del rescate, atención a la víctima y enjuiciamiento a los tratantes.

En función de estos problemas: mínimas penas a los tratantes, pocos enjuiciamientos debido al consentimiento de la víctima de explotación sexual²³, ausencia de un programa nacional de lucha contra la trata de personas, etc. se presentaron ante el Congreso Nacional un total de 16 proyectos de Ley cuyas principales modificaciones refieren a aumento de las penas para los Tratantes, unificación de criterios con respecto al consentimiento de la víctima (igual delito en mayores y menores) y, algunos proyectos, penalizaban al cliente de trata de personas²⁴.

Justamente este último punto conllevó una serie de confrontaciones en la sociedad, que se plasmó en debates públicos, diarios, periódicos, reuniones científicas, etc. que puso en relieve una temática sin consenso en la República Argentina: el ejercicio de la prostitución. Si efectivamente los proyectos de ley de trata lograban que se anule el consentimiento de la víctima adulta y se penalizaba al cliente de Trata de

²² La trata de personas es un fenómeno complejo, que incluye diferentes manifestaciones, entre las que encontramos el tráfico para la explotación sexual, el tráfico de personas para el trabajo servil, el tráfico y venta de niños y bebés para la adopción y el tráfico de órganos. (Protocolo de Palermo 2000)

²³ Testimoniales aduciendo que habían consentido en su traslado y en el ejercicio de la prostitución.

²⁴ Cabe resaltar que la mayoría de los proyectos de ley referían a cambios respecto de la trata de personas desde su arista de venta y explotación sexual, no así al trabajo esclavo y venta de órganos y bebes.

Personas para explotación sexual afectaría a su vez todo el sistema de prostitución en Argentina²⁵.

Aquí nos detendremos en presentar dos ejemplos de notas periodísticas paradigmáticas (que se repitieron en diferentes medios) y que marcan las posturas antagónicas que se evidenciaron en estos meses y que suscitaron el debate, ya no sobre la trata de personas, sino focalizado en la prostitución como práctica; para luego pasar a su análisis. Las notas fueron elegidas en función de haber sido publicadas en dos de los periódicos más importantes del país, y por ser ejemplos condensan las posturas que se intentan analizar:

Nota 1: “Quieren penalizar la prostitución” [De la trata de personas al trabajo sexual. Polémica por el proyecto para penalizar al cliente de la prostitución. Las trabajadoras sexuales dicen que penalizar al cliente criminaliza su actividad.]. *La Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina (Ammar) abrió el debate sobre un proyecto de ley que castigaría con prisión “al que entregare dinero por el uso sexual de una persona”*. La entidad gremial –afiliada a la CTA– sostiene que “la penalización de clientes criminaliza indirectamente el trabajo sexual mediante la criminalización de una de sus partes necesarias”. Como el proyecto se basa parcialmente en una ley sueca, Ammar presentó un trabajo de legislación comparada, según el cual “la persecución del cliente sólo logra el ocultamiento del trabajo sexual” y “genera el crecimiento de redes mafiosas, amparadas por la dudosa ética de las fuerzas de seguridad”; en esas condiciones, “las trabajadoras sexuales están expuestas a más violencia”. El documento de Ammar –entidad que nuclea a más de 4000 trabajadoras sexuales– recuerda que “en 2005 se dictó el decreto 1086, que reconoce las tareas de quienes conforman Ammar como un trabajo y establece la necesidad de una ley que ampare a las trabajadoras sexuales, reconociendo su derecho a jubilación y seguridad social. “Es necesario reafirmar este camino, no abandonarlo”. Sostiene que “la penalización de clientes implica un cercenamiento del derecho de trabajadores/as sexuales, al criminalizar indirectamente el trabajo sexual mediante la criminalización de una de sus partes necesarias. Esto atenta contra nuestro trabajo, actividad lícita que pertenece al conjunto de acciones privadas cuyo ejercicio garantiza la Constitución nacional”...El documento señala que “las trabajadoras sexuales fueron excluidas del debate y no fueron consultadas durante la preparación de la ley”. [Pedro Lipcovich] **Página 12 (fecha: 18 de agosto de 2010)²⁶**

²⁵ El día 5 de julio de 2011 la Presidenta de la Nación en un acto oficial, no cambió (aunque se lo esperaba) la ley de trata sino que anexó a la ley de trata de personas la prohibición de las publicaciones sexuales en los periódicos (rubro 59), lo que complica aún más el panorama para la prostitución, aunque será materia de otro trabajo.

²⁶ Se ha realizado una selección de fragmentos a los fines de agilizar la lectura, sin embargo la nota completa puede leerse en: <http://mqh02.wordpress.com/2010/08/18/quieren-penalizar-la-prostitucion/> (última consulta: 10 de abril de 2011)

Nota 2: “La prostitución es una práctica de violación serial” [En Buenos Aires, la jurista dijo que la prostitución no es trabajo y habló de penalizar al cliente]. “La prostitución es una práctica de violación serial”, dijo la jurista Catharine MacKinnon, asesora en cuestiones de Género de la Corte Penal Internacional, durante el Encuentro Internacional sobre Violencia de Género organizado recientemente por la Defensoría General de la Nación en la Facultad de Derecho de la UBA. MacKinnon, una de las más aguerridas voces del feminismo, abanderada de la lucha contra la pornografía y la prostitución, tuvo a su cargo la conferencia inaugural y ante casi un millar de asistentes se resistió a considerar la prostitución como “trabajo sexual”, resaltando que “en todas partes la gente prostituida suele ser muy pobre y en general nadie sale de la pobreza por prostituirse”. Y agregó: “el dinero coacciona el sexo en la prostitución, que representa una violación serial”...La violación es “intrínsecamente colectiva” ya que “resulta un ataque que tiene como fundamento el ser dirigido a las mujeres como grupo”...En cuanto a la prostitución, su postura contempla despenalización para la persona en situación de prostitución; penalización severa a los clientes y la pena eficaz para los proxenetas. ¿Suecia es el modelo? Es la legislación que dio mejores resultados. Sí, la ley dispone que las mujeres no están en venta. La ley criminaliza a los proxenetas y traficantes y al cliente, el más invisibilizado, resguardado por el anonimato. Las palabras que lo nombran –“comprador”, “John” (en Estados Unidos), “pasajero” (en la India) – no dicen que a causa de estos hombres las mujeres son prostituidas. [Mayra Leciñana] Clarín (fecha: 01 de Julio de 2010)²⁷

Presento estas dos notas como ejemplos de un gran número de debates y discusiones públicas (en el ámbito judicial, académico, organismos del Estado, etc.) que se dieron respecto a la temática, que se repetían además en las posturas de mis informantes²⁸ dibujando diferentes manifestaciones de una contradicción: *¿la prostitución es trabajo o es explotación?*. La idea central es que bajo estas notas periodísticas se reconocen implícitas dos posturas claramente enfrentadas una como forma de trabajo, y otra, como explotación de quienes la practican.

La prostitución como trabajo

La primera nota periodística hace referencia a quienes defienden el ejercicio de la prostitución como un trabajo, que debe ser reconocido como práctica lícita en el ámbito de lo privado. Cada persona dispone de su cuerpo y de su fuerza de trabajo en libertad, y es responsable de la decisión acerca de vender, alquilar y trabajar con su cuerpo y su sexualidad. Es un trabajo que parte de una elección voluntaria de quienes lo practican.

²⁷ Cf. http://www.clarin.com/sociedad/prostitucion-practica-violacion-serial_0_290371050.html (última consulta 10 de abril de 2011)

²⁸ Este análisis es un subproducto de una investigación más amplia que intenta analizar las características socio-estructurales que sustentan la trata de personas en la triple frontera. Entre los informantes mencionados podemos encontrar: funcionarios públicos, representantes de ONG's, académicos, profesionales (psicólogos, psicopedagogos, médicos, abogados, etc.) prostitución, entre otros.

El sociólogo Ignasi Pons define a la prostitución como trabajo ya que posee aspectos de una transacción comercial: reglas mínimas del juego, aprendizaje del oficio y condiciones laborales variables según el tipo de prostitución que se ejerza. (1995:73,86). Asimismo otros autores refuerzan esta postura aduciendo el carácter explícito de la transacción (intercambio sexual por dinero pactado) (Juliano, 2002:24). Pero fundamentalmente encuentran su especificidad en la duración del contrato.

Se supone desde estas posturas que el trabajo de una prostituta no difiere del de la esposa o madre, se afirma que el pago a cambio de obtener servicios sexuales no es algo nuevo, únicamente cambia la contratación por un tiempo limitado²⁹. Así definen: *“El carácter explícito y la corta duración del contrato, es lo que hace diferente los servicios de las prostitutas de los que prestan las demás trabajadoras afectivo sexuales (esposas y madres)... Porque, probablemente la diferencia no resida siquiera en el tipo de prácticas sexuales que ofrecen las sexoservidoras.* (Pachajoa Londoño y Figueroa 2008:64)

Así encontramos expresiones de las practicantes que se autodenominan “trabajadoras sexuales” y que lo defienden como cualquier otro tipo de trabajo: *“Nosotras nos asumimos como trabajadoras sexuales. Para nosotras consiste en una contratación de dos personas: una ofrece un servicio y la otra lo paga.* (Reynaga, en Berkins 2006:11)

De esta forma aparece como una ocupación, que si bien posee mucho menor status que otras, entra en el terreno de la elección personal, por ende en el ámbito de lo privado y que alegan como Derecho constitucional. En estas posturas se reconoce la actividad lucrativa y la necesidad de las/los ofertantes que se integran al mercado de trabajo.

Así pues, desde esta postura se estarían entonces constituyendo “clientes” y “trabajadores” en relación de oferta y demanda. Se podría aplicar la lógica de mercado en la que se oferta determinada cantidad de “servicios sexuales” y existe una cantidad de demanda de esos servicios por parte de “clientes”, el precio del mercado tenderá a equipararse en el continuo juego de oferta y demanda. Podemos también asumir que la

²⁹ Cf. Petherson 2000; Juliano 2002; Holgado 2004; López y Mestre 2008.

incorporación de mano de obra no remunerada (en el caso de las mujeres explotadas por redes de trata de personas) afecta negativamente la curva de precios, debido a competencia desleal. Para estas posturas no importa la condición del cliente mientras pueda pagar los servicios, así como se reconoce diversificación de la oferta (travestis, mujeres, *escors*, sadomasoquistas, homosexuales, varones, etc.).

Asimismo se manifiesta como una práctica más dentro del campo de la industria del sexo: sex shops, sexo virtual, damas de compañía, pornografía, etc. Así, afirma Villa Camarma se deberá configurar en todas las alternativas posibles legales del país, desde la contratación por cuenta ajena hasta el trabajo autónomo. (2010:167) Las implicancias de reconocerlo además como trabajo, debería venir aparejado al pago de ganancias, impuestos, así como aportes jubilatorios, regulaciones, etc.

Asimismo afirman quienes se consideran trabajadoras sexuales: *“este es el trabajo que tenemos y con el que sostenemos a nuestras familias, reivindicamos tener un sindicato, con el objetivo de mejorar las condiciones de trabajo y poder acceder a los mismos derechos que tiene cualquier trabajador, y no que por el hecho de ser trabajadoras sexuales no podamos tener una obra social, no podamos tener una jubilación como cualquier trabajador se lo merece”* (Aravena, en Berkins y Korol 2006: 12)

De esta manera, se pretende lograr mejores condiciones de trabajo, la búsqueda de la regulación y la aceptación por parte de la sociedad. Para Pheterson se debería: 1) Propender a la libertad para decidir si ejercer o no la prostitución 2) Denunciar la discriminación laboral, racial y social 3) Combatir los enfoques abolicionistas o prohibitivos 4) Privilegiar la organización política de las prostitutas 5) Relativizar los casos de violencia para no generalizar; son una parte del fenómeno. (Pheterson, 1992)

Asimismo se debe resaltar de la nota periodística mencionada que existen una serie de actores (organismos desde la sociedad civil) que se han levantado como grupos auto-organizados de “trabajadoras sexuales”, que marcan postura respecto de la actividad. Uno de ellos, el AMMAR (Sindicato de Mujeres Meretrices de la Argentina) su representante afirma: *“Las mujeres que integramos Ammar elegimos reconocernos como trabajadoras sexuales y, como tales, parte de la clase trabajadora: no somos*

*tratadas, ni obligadas, ni secuestradas, y no nos sentimos más ni menos víctimas*³⁰” Asimismo existe una Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, cuya secretaria exponía; *“Algunas feministas abolicionistas buscan erradicar la prostitución, se apuran a penalizar, y a nosotras nadie nos pregunta. Deberían reconocer que existe un movimiento nacional, regional y mundial de trabajadoras sexuales, que luchamos por el reconocimiento”*. Asimismo se expresaba acerca del uso del cuerpo: *“¿Cuál es el problema de que usemos esa parte del cuerpo para trabajar? ¿Por qué otras partes sí pero ésta no? ¿Cuál es el problema si es mi cuerpo, mi decisión y mi manera de ganarme la vida.*³¹”

La prostitución como explotación

La segunda nota elegida, al contrario expone una muestra de quienes asumen la prostitución como una forma de explotación y una crítica a la utilización del cuerpo de la mujer como objeto o como mercancía. Respondiendo que la posibilidad de vender el cuerpo responde a una tradición histórica de subyugación de la mujer por parte del varón. Es vista además como pérdida de la dignidad de quienes la practican y como explotación por parte de quienes la requieren. Para este discurso, la prostitución es siempre una forma de esclavitud sexual, una forma de violencia que atenta contra su integridad física y psíquica.

Así quienes se consideran “persona en situación de prostitución” manifestaban: *“el único medio de supervivencia es la prostitución. Es el estado quien nos condena a sobrevivir de la prostitución, por tanto más allá de las condiciones si son precarias o no, o en las condiciones que se establezcan, no es un trabajo.”*(Berkins 2006: 16)

En este sentido, la prostituta es víctima de un proceso que no controla, pues su decisión está limitada por condiciones sociales estructurales (pobreza, marginación, falta de oportunidades, abuso sexual). (Villa Camarma 2010:169) Castellanos considera que se toma a la prostituta como una esclava, una persona explotada en contra de su voluntad y alienada, no tiene posibilidad de decidir por sí misma, es consumida por un determinismo socioeconómico que no le deja opciones ni alternativas laborales. (Castellanos 2008). También desde sectores de la psicología se considera que “Es

³⁰ Página12 - 15 de Julio 2010 www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-149519-2010-07-15.html. (última consulta 10 de abril 2011)

³¹ *Ibidem*.

fundamentalmente una relación de poder: dominación y control por parte de quien paga para poder utilizar el cuerpo de una persona, basado en la cosificación de la mujer... una violación autorizada socialmente por la mediación del dinero.” (Volnovich, 2010:2) También en palabras de mujeres practicantes: *“para nosotras la prostitución no es un trabajo, nos anula como personas, nos convierte en un objeto de uso y abuso con el que cualquiera puede hacer lo que quiera con nuestro cuerpo, por unos miserables pesos. A nosotras en realidad es la pobreza la que nos lleva a la prostitución... objetos con el que cada uno puede hacer lo que quiera depende del auto, depende del bolsillo.* (Sifón Barrera, en Berkins 2006:19).

Asimismo desde la antropología existen autores que sostienen que la prostitución es producto del capitalismo avanzado en el que todo se transforma en mercancía, aún el cuerpo humano. Un exponente de estas posturas es Marc Augé, quien sostiene que la mujer se ha vuelto una mercancía como otra cualquiera, y que se debe reconocer la violencia y la explotación intrínseca del fenómeno de la prostitución. (Augé en Verde 2007).

Siguiendo con esta postura, es impensable la reglamentación de la actividad, ya que únicamente perpetuaría la explotación, afirman: *“También les puedo decir que somos cuerpos gastados y golpeados, atravesados por el miedo y la vergüenza. Somos la cara del hambre prostituida... no queremos que los legisladores y legisladoras no miren nuestras caras cuando quieran reglamentar nuestra esclavitud para convertir en empresarios nuestros proxenetas.”* (Bazán en Berkins y Korol 2006:20)

Esto implica que quien hace uso de la actividad (ya sea por ofrecerla, usurparla o como usuario) abrace la figura del “explotador”, y que a su vez, se constituyan “víctimas” (aunque defiendan la voluntariedad del acto). En este sentido cualquier práctica resulta un acto de explotación. Decía Schiavoni *“No creo que nadie elija ser prostituta...Las mujeres prostituidas aun cuando declaren que lo hacen voluntariamente es porque no han tenido otra oportunidad estructuralmente de insertarse en el mercado de trabajo”*³²

³² Página 12 - 04 de julio de 2010 óp. cit.

Las elecciones siempre están condicionadas, originados por el hambre, la falta de recursos, la falta de acceso a trabajos bien remunerados, arreglos familiares unipersonales, las historias de vida, historias de vida, situaciones de vulnerabilidad, ruptura de los lazos de ayuda y redes sociales, extrema pobreza, limitadas expectativas, por presiones y dominación por parte de terceros, etc. (Weber, 2008). Así también resaltan el deterioro físico y emocional de quienes practican la prostitución: *“ningún ser humano puede elegir el daño físico y psicológico que produce, desde contraer enfermedades de transmisión sexual hasta la necesidad de utilizar drogas y/o alcohol para evadirse de las angustias emocionales que la situación de prostitución genera. Las agresiones contra la dignidad e integridad son una constante”*. (Ifrán, en Berkins y Korol 2006: 20)

Por último aparece la condición de género como subyugación de la mujer por el varón, como sexualmente activo que dispone del dominio de la mujer a través del pago. La modalidad de explotación se basa en los roles sexuales que la sociedad impone, consistente en una práctica de dominación sexual (Woolcott, 2009). Así posturas extremas expresan: *“La prostitución no es el "oficio" más antiguo del mundo, es la explotación, la esclavitud y la violencia de género más antigua que los hombres inventaron para someter y mantener a las mujeres a su disposición sexual. Algunos "progres" están animando últimamente el debate sobre la necesidad de "regular" la prostitución de mujeres. Es decir, convertir esta violencia en una profesión como otra cualquiera”*. (Díez Gutiérrez 2009: 2)

Así el debate queda planteado en términos absolutamente antagónicos: ¿la prostitución es explotación o es un trabajo como cualquier otro? ¿Se debe legislar para prohibir la prostitución o reglamentarla? ¿Se perseguirá al explotador o se buscará mejores condiciones de trabajo para las trabajadoras y clientes? etc. Estas posturas encarnan no sólo diferencias entre quienes practican plasmadas en los medios de comunicación, sino posturas acerca de lo que es el trabajo, la cuestión de género, la decisión personal, las formas de pobreza y vulnerabilidad, la legislación y sus corrientes de interpretación de la prostitución. Siguiendo con el análisis pasaremos a desglosar una comparación entre las dos posturas desde estos bloques temáticos, pero antes nos detendremos a plantear la situación legal actual de la prostitución en la República Argentina.

Situación legal de la prostitución en la Argentina

Con respecto al marco normativo encontramos que en Argentina, el ejercicio personal de la “prostitución” realizado voluntariamente por un sujeto mayor de edad no es delito punible. El Código Penal, en sus arts. 125 *bis*, 126 y 127, con las modificaciones introducidas por la ley 25.087, permite considerar que el bien jurídico tutelado es la decisión voluntaria de ejercer la prostitución al señalar como dolosa toda conducta de terceros que vicie de algún modo esa voluntad: explotación económica del accionar doloso, y la objetiva en cuanto a los menores de 18 años. Refiere primeramente dos categorías de personas: Los que son “víctimas” y los sujetos activos de lo tipificado. Las jurisdicciones locales, sean provinciales o municipales, pueden encuadrar el mismo hecho, sólo con alcance local y como contravención o falta.

Cada provincia de la Rep. Argentina posee su propio régimen contravencional. A modo de ejemplo la Legislatura de Santa Fe derogó los artículos los artículos 83, 87 y 93 del Código de Faltas (ley provincial número 10.703) que penalizaban la “ofensa al pudor” la “prostitución escandalosa”, y el “travestismo”. En la Provincia de Misiones el Código de Faltas (Ley 2800) sanciona con multa o arresto de hasta 30 días “...a la persona que ofreciere o incitare públicamente en forma escandalosa al acto sexual” (art. 57).

Las distancias entre la norma, lo que se hace y permite, también están dadas por las interpretaciones que se realicen de cada artículo y los permisos jurídicos que se brinden, que responde a lineamientos políticos, al uso y costumbre y a permisos sociales. En este sentido, una mujer en Misiones que está en la calle, no puede ser levantada por la policía por el hecho de prostituirse, pero se lo hace como *racia*, por averiguación. No obstante, existen provincias (como Córdoba) donde las practicantes se asocian y sindicalizan, con acceso a salud prepaga, etc. aunque no se lo contemple en la forma legal. Asimismo, aunque a nivel nacional los prostíbulos se encuentran prohibidos, se habilitan a nivel local (provincial y municipal) tanto whiskerías, como casas de masajes, etc. Y finalmente se manifiesta tolerancia – según la provincia – a las “zonas rojas” (espacios geográficos, cuadras, barrios, etc. en los que se visibiliza la prostitución como práctica)³³.

En este sentido, debemos resaltar que en ningún caso el texto jurídico aparece como neutro ni desinteresado y se remarca que el derecho ha contribuido a legitimar las

diferencias de género, como instrumento para la imposición de normas de conducta de lo ideal femenino, estableciendo su propia concepción de lo bueno. (Maloof 2005)

La legislación conlleva a una idea del mundo y sustenta instituciones que perpetúan las acciones. El debate que analizamos aparece como pujas para dominar la definición de lo normal y de la legislación, que establezca una nueva forma de interpretar y regular las acciones que involucran sus prácticas cotidianas.

A nivel legal existen cuatro posturas definidas con respecto a la prostitución: prohibicionismo, reglamentarismo, laboralismo y abolicionismo. En el primero se considera un delito, la mujer y quien demanda son delincuentes; se busca la represión penal, eliminar la reglamentación y el ejercicio de la prostitución. (Pachajoa Londoño y Figueroa 2008)

En el reglamentarismo la prostitución es un mal necesario a ser regulado para contrarrestar sus riesgos; el Estado asume el control de la actividad, delimita los espacios (zonas rojas) los horarios (después de cierta hora pueden pararse en las calles), identifica a las practicantes (libretas, carnets) y requiere un control médico obligatorio reconociendo los riesgos de las infecciones de transmisión sexual. (Robles Maloof, 2005).

El laboralista considera a la prostitución como un trabajo más que debe tener iguales condiciones que el resto de los trabajadores, sin denominación de la actividad sino que equiparándola al resto de la normativa laboral que regula todas las actividades. Supone equiparar los derechos laborales con los de cualquier otra profesión formalmente reconocida, con la misma protección social y jurídica. (Villa Camarma 2010)

Por último, en el abolicionismo la mujer aparece como víctima de las condiciones sociales. Para Pachajoa Londoño este es el discurso jurídico hegemónico y dominante, que por la fuerza de su contenido ideológico, condiciona la mirada y la comprensión de la práctica: la prostituta es considerada una esclava, explotada ilegalmente, víctima de las circunstancias socioeconómicas; no se le reconoce su decisión a la mujer y se

³³ Cf. Sabsay 2002.

considera que es necesario protegerla y rehabilitarla. (Pachajoa Londoño y Figueroa 2008).

La Argentina abraza un sistema abolicionista, aunque no puro, ya que como venimos mostrando, se superponen acciones locales reglamentaristas en algunas provincias, y de tolerancia en otras. En el debate aparece implícita la lucha por la consecución de un sistema legal que promueva acciones dentro de la postura adoptada. De esta forma quienes consideran que la prostitución es un trabajo buscan la adopción de un sistema laboralista o reglamentarista como primer paso. En cambio el resto busca o bien prohibir la práctica o sostener el sistema abolicionista.

De igual manera, en el campo teórico, se suscitan críticas mutuas con respecto a las implicancias de cada postura. Por ejemplo para los primeros el sistema abolicionista es el responsable de que no se reconozca la actividad, ni se tengan garantías y derechos laborales, ocultando el interés sobre la sexualidad femenina. (Pachajoa Londoño 2008). Y desde quienes sostienen el abolicionismo, han propuesto modificaciones del código penal y proyectos de ley para penalizar al cliente/explotador: *“La penalización de la conducta de “comprar a una persona para su uso sexual” no se basa en una simple concepción punitivista, “comprar” implica un daño para la libertad e integridad sexual de la víctima, así como para su libre determinación se trata de una forma más de explotación sexual.”*³⁴.

Otros puntos en conflicto: género, sexualidad, cuerpo e identidad

No podemos seguir sin hacer referencia a la categoría de género que atraviesa el debate que analizamos. El género es una categoría que contiene preceptos sociales que descansan su fundamentación en la base biológica, específicamente en la diferencias de sexo: como un conjunto de normas, prescripciones y contenidos culturales que están detrás de las diferencias en la conducta de lo masculino y lo femenino, y la regulación de la interacción entre ambos. (Strathern, 1979:138) Uno de los principales ejes de la categoría descansa en la toma de conciencia de las desigualdades de género y la supremacía de un género sobre el otro: el masculino sobre el femenino, que aparecen primordialmente en las justificaciones de las acciones que se incrustan en la totalidad de las prácticas sociales mediada por un amplio espectro de instituciones (políticas,

³⁴ Carbajal Página12 - 7 de agosto 2010 <http://www.pagina12.com.ar/diario/principal/index-2010-08-07.html> (consulta 10/04/11)

económicas, sociales) y que aparecen implícitas en las construcciones simbólicas, como el lenguaje. (Conway, 1997).

Se incluyen asimismo la constitución de nuevos géneros, superando el binomio de sexos, reconociendo las diferencias que hacen a las elecciones sexuales y orientaciones sexuales, representaciones de los sujetos y su constitución como individuos.³⁵ Estas posturas reafirman la noción de construcción cultural de las diferencias situadas en un espacio y un tiempo determinado que sirven para justificar y sostener acciones, interacciones y prácticas. Prácticas que en nuestra cultura occidental han fundamentado, relaciones de opresión y explotación, por ende como relaciones de poder. (Kergoat, 1997)

La categoría de género opera de base teórica para ambas posturas del debate, para unas como justificación de la dominación y la explotación y para otros como justificación de las libertades reclamadas en función de la igualdad del varón y la mujer. Es interesante detenernos aquí para entender cómo se utiliza esta categoría en cada postura adoptada.

Desde la postura de prostitución-trabajo se valora la autodeterminación del cuerpo, la libertad de elección, la capacidad de decisión y autonomía de las mujeres y condición de género sería la que impide que se reconozca como actividad laboral, debido a que la prostitución subvierte el orden patriarcal. Este orden estigmatiza y desvaloriza a quienes la ejercen, ya que necesita que la mujer siga recluida al orden doméstico, se controle su sexualidad y la decisión siga siendo del varón. Así, el desprestigio y estigma social de las prostitutas cumplen una importante labor pedagógica para las mujeres que no lo son, impele a las mujeres a sujetarse al comportamiento sexual impuesto.

Por sobre estas, las posturas prostitución-explotación reconocen la prostitución como ejemplo del dominio patriarcal y una continuación de la dominación de género, referidos al cliente que necesita esa dominación que no consigue en otras esferas. Es el sistema patriarcal de dominación el que se perpetúa cosificando a las mujeres. El uso de la mujer en el acto sexual (sin afecto y por pago inmediato) la no elección de las prácticas y la desprotección de la mujer, responden en última instancia al poder del varón y la búsqueda de placer y autosatisfacción; el varón aparece como violador serial. (Woolcott, 2009).

Cabe resaltar que la práctica de la prostitución está realizada por actores que no son únicamente mujeres. En efecto, esta postura estaría por un lado caracterizando al explotador-usuario como parte del problema (dominio del varón), pero la formula excluiría la posibilidad de varones prostituyéndose, travestis y otras formas de prostitución³⁶.

Ahora un punto crucial en estos enfoques es la sexualidad, la prostitución como práctica supone un trueque, donde el intercambio mismo es la actividad sexual. Primeramente debemos reconocer que no existe una sexualidad, sino sexualidades y que las formas que adquiere la prostitución en una sociedad determinada, responderán asimismo a las concepciones y representaciones que se hagan de la misma. La sexualidad es una construcción que dura toda la vida, entre los horizontes que la cultura y la sociedad proponen (no imponen) y las respuestas de los actores involucrados en la apropiación, resignificación y acción en esa sociedad (sujeto, sociedad y cultura). (Fretes, 2006)

El abordaje de la sexualidad resulta problemática, esto se debe no sólo a que la sociedad limita el tratamiento de la misma en forma explícita y normativa, sino que la sexualidad misma remite a lo afectivo y a lo íntimo de las personas. (Schiavoni, et.al. 2005) En este sentido, la prostitución ha tenido que asumir, por las características de su actividad mucho del halo de tema prohibido, así como la reclusión a los espacios íntimos privados.

La relación entre trabajo y prostitución aparece como problemática, existe una negación general de la sexualidad, se permite la transgresión sólo a varones, ya que su valoración social no depende de su conducta sexual, aunque sí para la mujer.(Villa Camarma 2010) Así la sexualidad abierta realizada y trabajada irrumpe contra las representaciones sociales de lo que debe ser algo íntimo, privado y masculino. Para algunos autores como Sabsay, la prostitución no es la que se cuestiona, sino la exposición de la sexualidad en la calle, la irrupción pública de la oferta sexual. (Sabsay, 2002). Sin embargo desde las trabajadoras sexuales se reivindica la posibilidad de vivir

³⁵ Cf. Nieto 2003.-

³⁶ Algunas posturas actuales asumen la feminización de la violencia, y a la violencia sobre el varón como una cuestión igualmente de género encerrados en las concepciones de poder y dominio sobre el otro (opuesto).

y trabajar libremente con la sexualidad, que se reconozca la libre determinación de las sexualidades.

Por el contrario, la explotación reside en el uso de la sexualidad como apropiación de uno sobre otro, para el placer de uno sobre otro. Para esta postura la utilización del cuerpo y la sexualidad marcan una frontera simbólica que divide a hombres y mujeres: a unos otorga poder y estatus, a otros disminuye ambos. Así la sexualidad es considerada como una elaboración social que opera dentro de campos de poder. (Giddens, 1992:30).

La vinculación entre sexualidad y cuerpo es clave, los antagonismos se repiten con respecto a la concepción del cuerpo que se maneje. El cuerpo es el soporte de la sexualidad y forma parte privilegiada del proceso de generación de identidad, ya que sostiene la interacción social. Castañeda afirma que las relaciones entre los seres humanos y la cultura se van inscribiendo en el cuerpo; así cada sociedad construye sus propios cuerpos (Castañeda 1996) Por eso el cuerpo es algo más que un soporte material, nos representa empíricamente como persona, como sujetos sociales. (Seró 1993)

En este sentido el cuerpo está disputado por las dos posturas propuestas. Por un lado como libre determinación de su uso, alquiler o venta, como la reivindicación de la libertad de decisión y gestión del propio cuerpo, como un negocio autónomo: el derecho a obtener unos ingresos, una nómina comerciando su sexualidad. (Villa Camarma, 2010:163) Para las segundas se producen cuerpos dóciles controlados y regulados en sus actividades, como bio-poder el cuerpo es explotado, cosificado y el placer sexual se esfuma (Giddens 1992).

Los cuerpos a su vez están sometidos a las categorías de percepción y la mirada de los otros; miradas que reconocen categorías sociales de percepción (Bourdieu 1986:186). Son construcciones conjuntas, que confluyen en las definiciones de prostitución, podríamos pensar los cuerpos como objetos de disputas de cómo deberían ser los cuerpos y sus usos, múltiples significados que pujan entre sí para legitimarse como verdaderos. Presentamos un cuadro comparativo en el que confluyen las concepciones del cuerpo y la sexualidad:

El sexo como fuente de poder Teorías de sexual empowerment El sexo como reproducción del poder: teorías del sexual embodiment	REPRESENTACIONES DEL TRABAJO SEXUAL	POLITICAS PUBLICAS
	El cuerpo como fuente de producción: Como nómina: El sexo como salario Como negocio: El sexo como industria	Laboristas Reglamentaristas
	El cuerpo como fuente de delito Como delito legal: El sexo como delito Como delito moral: El sexo como virtud El sexo como pecado	Prohibicionistas Teorías del orden ético-social
	El cuerpo como víctima verdugo: El sexo como forma de esclavizar El sexo como fuente de dignidad humana El sexo como fuente de peligro	Abolicionistas

Extraído de Villa Camarma 2010 pág.160

En resumen, la autora Villa Camarma sume que a cada postura le corresponde una significación explícita o implícita del cuerpo y la sexualidad en relación con la prostitución: *el cuerpo como fuente de producción, el cuerpo como fuente de delito y el cuerpo como víctima y verdugo.* (2010:157) y a la vez lo relaciona con las formas de legislación apuntadas en el apartado anterior. De esta forma cada grupo reivindica un cuerpo distinto, una sexualidad diferente y una legislación consecuente.

Por último para este bloque analizaré la identidad como concepción que contiene al género, la sexualidad y el cuerpo, planteada en términos de la interpretación que hace una persona de quién es y de sus características definitorias. (Tylor 1993) La identidad aparece como construcciones simbólicas que definen a los grupos sociales, por relaciones de inclusión y exclusión, en procesos de interacción, orientando las acciones de los grupos sociales (Lifschitz 2009). Éste enfoque relacional, supone que la tensión y las transacciones entre ambas: identidad individual y colectiva, resultan en la identidad social. Se reconocen dos ejes: *sincrónico* ligado a al contexto de acción; y *diacrónico* ligado a la trayectoria biográfica, así: “*en la articulación de estos dos ejes en donde cada actor se define, a la vez como sujeto de un sistema determinado y producto de una trayectoria específica*”. (Goren 2008:7). En este sentido la prostitución, ya sea como la defensa de la identidad y como adscripción por elección voluntaria, o bien, como categoría impuesta por terceros conforma espacios de interacción y de intercambio simbólicos que conformar la identidad de las personas que lo practican. En este sentido quienes se sienten “víctimas” reniegan de la adscripción que genera, por el contrario otros hacen de esa identidad su bandera de lucha.

El cuerpo como fuente de trabajo, la sexualidad como medio y la libertad de elección y decisión de la prostitución como trabajo hacen que en la primera postura se defiendan la identidad de “trabajadoras sexuales”, reafirmando su dignidad como personas como podemos reconocer en esta cita: “*“nosotras estamos muy orgullosas de las personas que somos... no vamos a agachar la cabeza y considerarnos indignas o víctimas.”* (Reynaga, en Berkins y Korol 2006: 11) Asimismo el cuerpo golpeado, usado y explotado, una sexualidad vulnerada por la falta de elección o por los condicionamientos socioeconómicos, hacen de las personas en situación de prostitución una “víctima” que reniega de la identidad de prostituta y se asume como temporalmente ejerciendo una práctica (aunque la misma se traduzca en toda una vida, no la asumirán como propia).

Por último desde los grupos que realizan las políticas sociales, las leyes y la sociedad en conjunto, la identidad colectiva del grupo es considerablemente distinta. Si se toma a la prostitución como una conjunción de sexo, moral y pecado: se tendrán criminales. Si se asume una conjunción de sexualidad con víctimas y explotadores, tendremos propensión al rescate de las primeras e intolerancia de la demanda; si la configuración es de considerar a las prostitutas como trabajadoras se eliminará el estigma. Así también los actores que se relacionan con los que practican la prostitución poseen sus propias representaciones sociales acerca del colectivo.

Espacios de lucha: reconocimiento, ciudadanía, mercado de trabajo y pobreza

Entre los espacios de lucha que se corresponden con las posturas expuestas y en debate encontramos tres bloques: la ciudadanía como formas de reconocimiento, el mercado de trabajo como centro de la inclusión de la mujer; y la pobreza como sombra y condicionante de las prácticas.

Los conceptos de pobreza y vulnerabilidad, sirven de encuadre de las posturas que afirman que la inferioridad de la mujer en el mercado de trabajo gracias a la dominación patriarcal y a las malas condiciones de vida impulsa a personas a volcarse a la práctica de la prostitución. El concepto pobreza es el término descriptivo más antiguo, se relaciona directamente al aspecto económico y la imposibilidad de reproducir las condiciones mínimas de vida en una sociedad particular. (Estivil 2003:25). Se

complementa con la noción de Vulnerabilidad Social, que considera las carencias a partir de dos ejes: uno vinculado a la integración en el mundo del trabajo y otro vinculado a la inserción o no en redes de sociabilidad (amistad, vecinales, de barrio y de parentesco); recupera la idea de proceso como instancias de desarticulación social, como una línea desde la inclusión a la exclusión social. (Tuirán 2001). La ciudadanía por su parte se basa en derechos universales, que comparten los miembros de una comunidad nacional; hay tres formas civil, política y social, la primera referida a derechos legales, a la propiedad, a ser juzgado por la ley, etc.; la segunda a participar del poder político (como votante o político) y la tercera a gozar de cierto estándar mínimo de vida, bienestar y seguridad (Lo Voulo 1995).

El aumento masivo de la población económicamente activa (ingreso de la mujer y trabajadores de menor edad y por más tiempo), las crisis económicas y los déficits provisionales, la expulsión de trabajadores (de industrias, sector público y privatizaciones) impulsan la aceptación de condiciones desventajosas ampliando el componente informal, precarizado, en negro, a tiempo parcial. (Lindemboim 2000) Asimismo el mercado de trabajo de las mujeres está limitado por la condición de género, las actividades o bien no remunerados (quehaceres domésticos) o bien a trabajos “femeninos”: limpieza, magisterio, enfermería, etc. (como réplica de las tareas realizadas en el hogar). (Barrancos 1988)

Estos tres conceptos articulan ejes de disputas en debate: Así pues, la composición informal del mercado de trabajo, supervivencia de sectores marginales, la sobrecondición de pobreza, la discriminación de género, agudizan procesos de vulnerabilidad de grupos enteros, presionando el ingreso al mercado de trabajo informal, así como la práctica de prostitución. La prostitución responde entonces a una explotación basada en la necesidad.

Hay que destacar también que una mayor participación laboral de la mujer no garantiza mayores niveles de igualdad entre los géneros, pues depende de las condiciones y sectores en que dicha inserción se produce. (Salvador et.al. 2007) Esto sostienen quienes defienden la prostitución como trabajo: la desigualdad de ingreso de las mujeres es un problema de la condición de género, las oportunidades laborales se dan para cualquier empleo, no de la prostitución en sí. (Juliano, 2000). Así una trabajadora sexual exponía “*Obviamente que es un trabajo, yo diría como la mayoría de*

los trabajos que ejercemos la clase obrera, que no es un trabajo elegido... todos son trabajos que son muy explotados...” (Reynaga, en Berkins y Korol 2006: 11).

Asimismo se resalta que el logro de la ciudadanía en nuestras sociedades de mercado abierto, basado en el sistema monetario, se encuentra estrechamente ligado (por no decir que depende) a nuestra inserción al mercado de trabajo que, a través de la obtención del salario, que nos permite la integración social en una posición y situación social determinadas. En este sentido quienes sostienen que la prostitución es una forma de explotación demandan al Estado mejores condiciones de ingreso al mercado de trabajo para las mujeres, a fin de no tener que ejercer la prostitución, asumiendo una ciudadanía incompleta o disminuida por las condiciones socio-estructurales. Por el contrario las trabajadoras sexuales defienden su ingreso al mercado de trabajo y el uso del propio cuerpo como medio para conseguir un salario o una nómina, potenciando así su capacidad como actor social. (Villa Camarma 2010:165) Es central el reconocimiento de la ciudadanía para ambas posturas, en las que unas reclaman la posibilidad de contar con todos los derechos de los trabajadores y ser considerados uno más, y en forma inversa, las que resienten la prostitución como explotación sostienen que es necesaria efectivizar la ciudadanía en forma de resguardo ante la exclusión y la pobreza que las lleva a prostituirse.

Finalmente: trabajo

Recapitulando, para poder entender la prostitución como trabajo deberíamos pensar también ¿Qué crea el valor del cuerpo? ¿Podemos ponerle precio? En este caso deberíamos discriminar si el valor se crea en el intercambio o es en la circulación. ¿Es un trabajo o un servicio? Además, ¿Qué es lo que se consume? La prostitución instaura relaciones sociales más o menos duraderas, pero finalmente crea un espacio de intercambio, ahora bien no resulta tan sencillo determinar qué es lo que se intercambia: ¿El intercambio es el cuerpo o la satisfacción sexual? Si los clientes van a satisfacer una necesidad, ¿cuál es la utilidad de la prostitución? ¿Es una subclase de empleo? En definitiva, el planteo es el uso voluntario del cuerpo o bien si el cuerpo mismo puede ser considerado una mercancía.

Para la economía neoclásica la utilidad es un sentimiento subjetivo del placer o satisfacción de una persona experimenta como consecuencia de consumir un bien o un servicio. (Kowerwein 2010:9) No residiría la discusión en la propiedad de la cosa, o la

mercancía sino en la existencia de la práctica y el intercambio, la existencia de oferta de trabajo sexual y actividades sexuales y la demanda de consumo de esos bienes o prácticas. Sin embargo no sostengo una teoría economicista³⁷, sino que es el marco social, como sistema de opciones el que actúa de sobre las elecciones de índole económica: los valores sociales y morales inhiben al individuo, estrechando su campo de acción y la combinación posible de recursos. (Firth 1976:170) En este sentido hacemos ingresar la cuestión de género, las sanciones sociales, el aspecto legal, la cuestión moral, etc. como elementos que cuestionan, permiten y limitan las prácticas económicas. Así pues la economía feminista construye un paradigma alternativo que analiza las desigualdades entre hombres y mujeres, visible en la conexión entre condiciones de vida y condiciones de trabajo (Perona 2010).

Para ello se adoptará un análisis heterodoxo de la economía³⁸, que implica ver cómo las instituciones³⁹ regulan y limitan a los agentes, quienes a su vez poseen capacidad de acción habituales⁴⁰ y transgresoras que transforman las mismas instituciones. La mediación de las mismas se da en la interacción agente – estructura social, en la que se agregan niveles sistémicos emergentes. Donde normas institucionales a nivel social y hábitos a nivel individual, son las principales categorías de análisis. (Bourdieu, 1994:184) En este sentido encontramos justificaciones estructurales a las acciones y los discursos desde ambas posturas como fuimos desarrollando a lo largo del trabajo.

Asimismo se lo puede analizar centrados en la óptica del consumo, en donde la racionalidad en los análisis está dada en función de los significados que le atribuimos a

³⁷ La perspectiva “Economicista” refiere a enfocar la economía como algo distinto de la sociedad, como si tuviera coherencia interna y autonomía que permitiera la derivación de leyes económicas diferidas que parecían operar con independencia de las instituciones sociales. (Dalton 1976:182,183)

³⁸ Las corrientes heterodoxas en economía se basan en una ruptura con el *mainstream*, con una postura ontológica diferente sobre el objeto de estudio, y mayor apertura metodológica que supone la irreductibilidad de los objetos y hechos sociales a la formulación matemática. (Lawson, 2003) Tradicionalmente la economía se ha definido como un sistema cerrado respecto a la naturaleza y con unas fronteras muy estrechas de análisis, funcionando con falsos límites, autodefiniéndose como “autónoma”. Mientras que para los heterodoxos (donde cabría a pleno la antropología económica), primero se considera la naturaleza del problema bajo estudio, y luego, en función de ello, emplea teorías y métodos (Perona 2010:13) Este trabajo puede ser enmarcado desde una postura institucionalista (primer institucionalismo) con sensibilidad de género, reconociendo en la economía feminista una base institucionalista con interés prioritario de algunas instituciones sobre otras, como ser el patriarcado.

³⁹ Instituciones: Sistemas de reglas sociales establecidas y prevalecientes que estructuran las interacciones sociales, restringiendo y habilitando, el comportamiento humano. (Perona, 2010)

⁴⁰ Los hábitos son el modo en que las instituciones se internalizan a nivel de los agentes dentro de sistemas anidados. (Perona 2010:14)

las cosas y a lo que hacemos con ellas. Los mismos implican razonamientos de contrastación, clasificación y comparación. Mary Douglas remarca que la idea misma del consumo debe ser considerada en la base del proceso social y no considerarla un resultado u objetivo del trabajo, así como parte de la relación entre personas y la mediación para conseguirlo (objetos de mediación). (Douglas e Isherwood 1990:18,72) En la mayoría de las culturas existen cosas que no pueden ser vendidas ni compradas o consumidas, algún área donde la noción de elección individual es limitada, ni el comercio, ni la fuerza están aplicados libremente; podemos estar muriéndonos de hambre pero en la lista de consumibles no ingresarán las cucarachas (aunque abunden). Es en el proceso social en el que se constituyen los actores y su forma de interpretar las prácticas, que encierran una definición de lo que es y no es un trabajo, una mercancía, una explotación.

De igual manera el mote de aberración que se le imprime a la prostitución desde las posturas que lo ponen como explotación, hace referencia a los casos anómalos, tabús y prohibiciones: el cuerpo no tiene precio, la dignidad no se mancha; encontramos que entran en juego diferentes sistemas culturales y de clasificación (Weber, 2008). Aparte no estamos analizando cualquier cuerpo, sino el cuerpo asociado a la sexualidad. Nadie se detiene a pensar si el pago en dinero a un jugador de fútbol o boxeador implica la venta del cuerpo, o por lo menos no suscita tantas contradicciones como el uso cuerpo para la sexualidad.

Para quienes sostienen que la prostitución es explotación, se denigra la mujer que practica, y se desvaloriza como persona, el ingreso del pago por sexualidad constituye una forma de violencia. La sexualidad no es una mercancía, es una práctica que subyuga a las mujeres en los pedidos aberrantes de los consumidores. En última instancia toda decisión, está vulnerada por el contexto socioeconómico vigente. Para éstos no hay libre elección laboral. Así afirmaban: “*va a ser un trabajo cuando tengamos alternativas de elección*” (Berkins 2006: 16) en definitiva se alega también que la imposibilidad de conseguir esa nómina en otros espacios las fuerza a realizar tareas denigrantes.

Sin embargo para quienes se asumen como trabajadoras sexuales, la sexualidad es un medio de vida, una forma de salario y el ingreso del pago por las actividades esta

visto como una actividad más dentro de las sociedades capitalistas, en donde las aspiraciones de cualquier trabajador son las de lucrar y lograr la mayor remuneración posible. Prostituirse afirman es sólo un intercambio de servicios sexuales por dinero: “*No se vende el cuerpo, ni la persona, se venden sólo servicios sexuales*”. (Villa Camarma 2010:171). La mayoría de los trabajos en una sociedad capitalista son alienados y forman parte de una forma de explotación laboral, no es una especificidad de la prostitución en sí: quienes recolectan cartones, trabajan en las minas, usan agro-tóxicos, entre otros tienen trabajos no agradables y que repercuten en la salud de los trabajadores⁴¹.

Nuevamente en las instituciones que sustentan las dos posturas que analizamos, encontramos que existen formas de entender el consumo, el trabajo y la explotación; que sostengo remiten a posturas ontológicas acerca de lo que es la prostitución. Constituyen así complejos simbólicos que imbrican concepciones del cuerpo, la sexualidad, el género, posturas legales, económicas, de acción, de elección, que constituyen en identidades diferentes y movilizan sus prácticas en forma antagónicas.

Consideraciones finales

En este sentido, los lineamientos de las acciones y las formas de entenderlo son analizados desde este marco, tanto por quienes lo practican como por quienes lo juzgan, analizan y estudian. Cada una de estas posturas se manifiesta en diferentes esferas: en las palabras de quienes la practican (enfrentamiento entre identidades: prostitutas como trabajadoras, y al contrario como víctimas: “no nos queda otra”), desde los órganos del Estado, organismos que proveen seguro social a las prostitutas y oficinas gubernamentales que fomentan la penalización de los clientes; asimismo encontramos ecos de estas posturas entre quienes estudian la temática: académicos que sostienen que cualquier transacción sobre el cuerpo y la sexualidad es explotación, así como quienes sostienen que la libertad de género implica la posibilidad de elegir sobre el cuerpo y la sexualidad.

Estas actitudes y análisis, no siempre son explícitos ni conscientes, sino que se van dando elecciones en la interacción y en las prácticas, relativos al lugar que ocupen

⁴¹ El sentido etimológico de la palabra trabajo en la lengua latina remarca el sentido de mortificación y sufrimiento: deriva de “tripalium”, herramienta de tres puntas afiladas utilizada para herrar los caballos y triturar los granos. Era un instrumento de tortura, y por esto mismo “tripaliare” en latín significa torturar. (Rieznik 2001:5)

los actores en el entramado social y los diferentes espacios de poder que se juegan. Simultáneamente ambas posturas, permean las prácticas de atención, promoción de agencias y organismos; y como vimos aparecen entre quienes practican la prostitución y en las leyes nacionales. Estamos entonces, frente a un fenómeno que implica e imbrica diferentes aspectos de la vida social y la constitución de individuos y subjetividades.

Las posturas antagónicas corresponden a dos formas diferentes de sentir, interpretar y actuar la prostitución, y en este sentido, propongo pensar en que las diferentes concepciones que se establecen responden a una diferenciación ontológica, la prostitución para quien lo realiza forzosamente y condicionada por no tener otras alternativas, resulta en su denigración personas y se constituye en víctima de explotación. Quien sobre la base de la elección personal y sin condicionamientos económicos se considera trabajadora sexual, tiene el derecho de hacer con su cuerpo lo que desee. No pretendo resolver estas cuestiones, sino mostrar el debate y cómo desde una mirada holística se puede relacionar práctica, consumos, concepciones con un marco institucional de diferentes órdenes que no tienen una única interpretación y que al momento se encuentran en pugna. Quizás años más tarde se resuelva hacia una u otra postura, sin embargo lo hará en por la práctica de los agentes, en el consumo, en el intercambio, en la interacción, en las vivencias, en definitiva en el cotidiano. Y esto hará también un vuelco en las leyes, en las investigaciones y en la vida.

La integración de los mismos en concepciones más amplias acerca de la práctica en sí misma, se vuelven relevantes a la hora de pensar la postura que se adopta para intervenir, para pensar y para actuar respecto del fenómeno. La forma de entender la prostitución influirá en las acciones que se realicen los sujetos en los diferentes espacios sociales, ya sea que nos constituamos en teóricos, funcionarios, agentes, voluntarios o practicantes.

Para concluir me gustaría apuntalar algunos aspectos a trabajar en ambas posturas:

1. Existe un Sistema tradicional patriarcal que influye una desvalorización de la mujer en ambos sistemas, tanto por quien se siente explotado y obligado como para quien decide hacerlo cuyo estigma está anulando su capacidad de trabajo. En definitiva hay que efectivizar la categoría de género a fin de suprimir las desigualdades existentes para ambos grupos, así como incorporar al debate los nuevos géneros en disputa.

2. El ingreso al mercado de trabajo de la mujer (y otros géneros) está estructuralmente condicionado, tanto que se elija o no el ejercicio de la prostitución, en cuanto al trabajo, la desigualdad del varón y de la mujer juegan un papel importante.
3. Las situaciones estructurales económicas y sociales de la Argentina no son óptimas para poder ejercer una decisión libre acerca del trabajo y el empleo. Y esto más allá de la práctica laboral que sea, la necesidad de realizarse económicamente y lograr un ingreso mínimo no están garantizados. Esto a la vez permite que mujeres que no consideran un trabajo la prostitución, no tengan otras opciones y se constituyan explotadas, con el estigma que provoca y la identidad de víctimas. Pero también esta situación no permite una elección real que configure un sistema de trabajo sexual por libre voluntad. Cualquier práctica en la pobreza se transforma en supervivencia.
4. La sexualidad en nuestra sociedad sigue siendo un tabú, y esto empaña todas las concepciones, las prácticas y el debate analizado. La sexualidad debe ser vivida libremente tanto para quienes lucren con ella, como para quienes la vivan cotidianamente. En este sentido una mayor libertad sexual propenderá a eliminar ciertos prejuicios y poder debatir si la prostitución es un trabajo o no desde una mirada más amplia y menos moralista
5. Con respecto a este último punto, creo necesario una mayor educación sexual tanto a niños, jóvenes, como a los adultos (en diferentes espacios, como educación popular y como intercambio de saberes no impositivos), que propendan también a una concepción de género que elimine las desigualdades estructurales mencionadas.
6. Finalmente cabe resaltar que la legislación no es neutra, y que subyacen concepciones de lo que es y no es un trabajo, de lo que se debe o no hacer con la sexualidad, de las libertades personales y las libertades sociales, de la ciudadanía y los derechos, etc. las luchas por el reconocimiento de los actores deben ser contemplados en forma amplia, teniendo en cuenta que estas decisiones político legislativas pueden propender a lograr mayor vulnerabilidad a grupos enteros. Aceptar también la existencia de prostitución como práctica y con concepciones variadas, una ley no cambia las prácticas.
7. Se necesitan más investigaciones que rescaten las variadas posturas en oposición y que no adopten visiones absolutistas, rescatar que hay quien se identifica siente y vive la prostitución como propia; y que a la vez se deberían dar las condiciones

socioeconómicas y políticas para que no existan personas que se manifiesten explotadas.

En estos meses salió a flote una oposición que refleja las tensiones de nuestra sociedad: el debate es sólo la punta del iceberg, la prostitución un campo de lucha, en la que convergen diversos criterios de análisis, pero que no podemos dejar de reconocer al analizar género y trabajo. Me gustaría cerrar con un pensamiento de una practicante de la prostitución que refería a las oposiciones que analizamos: *“tampoco estamos en veredas opuestas, si puede ser en definiciones, pero en las esquinas estamos todas juntas”* (Berkins, 2006: 15) La prostitución como práctica es una realidad, este trabajo intenta ser un aporte para poder pensarla desde otra mirada que relaciones las configuraciones en torno a las posturas prostitución- explotación y prostitución-trabajo.

Bibliografía

Barrancos, D.1988 “Algunas ideas para debatir la interpelación al género desde las políticas sociales”. En: *Relaciones de Genero y Exclusión en la Argentina de los 90*. Ed Espacios. Bs.As.

Berkins L. y Korol C. 2006 Diálogo Prostitución/ Trabajo sexual. Ed. Feminaria. Buenos Aires.

Bourdieu P. 1986 *“Notas provisiones sobre la percepción social del cuerpo”*. En: Varela Álvarez Comp. Materiales de sociología crítica. Madrid. La piqueta.

Bourdieu P. 1994 *“Razones prácticas”* Gedisa Buenos Aires

Carbajal, M. *El nuevo delito de pagar por sexo* En: Pagina12, 07/08/2010 <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-150883-2010-08-07.html> (consulta 16-09-2010).-

Castañeda X.; Castañeda, I. y Allen, B.1996 *Renombrando la adolescencia percepciones sobre el cuerpo y la sexualidad en comunidades rurales de México*. Inst. Nacional de Salud, México.

Código Penal República Argentina y Leyes Nacionales: 25.087, 26.364

Conway, Jill, Susan Bourque y Joan Scott 2000. *“El concepto de género”*, en Lamas El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México. PUEG/ Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa

Dalton George 1976 *“Teoría económica y Sociedad Primitiva”* (1959) En: Godelier Maurice Comp. Antropología y economía Ed. Anagrama Barcelona.

Díez Gutiérrez E. 2009 *Prostitución Y Violencia De Género* EN: Revista Nómadas N° 24, julio-diciembre 2009. Universidad Complutense de Madrid - Universidad de León. España. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18112178023>

- Domínguez Martín R** 2001 “¿Por qué la economía es una ciencia tan misógina? Una relectura de los clásicos desde la economía feminista”, EN: Política y Sociedad 37.-
- Douglas, M. Y B. Isherwood** 1990 *El mundo de los bienes. Hacia una antropología del consumo*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Grijalbo, México.
- Estivill, J.** 2003 *Panorama de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias*. Ginebra: Oficina Internacional de Trabajo.
- Fernández Carballo R. y Rodríguez Sancho J.** 2005 “Elementos históricos sobre la prostitución en Costa Rica”. En: Diálogos Año/Vol. 6 - Universidad de Costa Rica.
- Firth Raymond** 1976 *Elementos de antropología Social*. Amorroutou Buenos Aires.
- Frete, L.** 2006 Reuniones en Sala de Espera. Propuesta metodológica para la educación sexual activa de adultos. TESIS Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNAM.-
- Giddens, A.** 1992 *La transformación de la intimidad. Sexualidad, erotismo en las sociedades modernas*. SP. Brasil Ed. UNESP
- Goren, Nora** *Mujeres y Programas de Empleo en la Década de 1990: Tradición e Innovación de los estereotipos de género* Tesis doctoral. Universidad Nacional de Buenos Aires, Filosofía y Letras.
- Jiménez** 2010 Reseña Bibliográfica del libro de Pheterson “Nosotras las Putas” En: <http://la-pasion-inutil.blogspot.com/2010/04/gail-pheterson-nosotras-las-putas.html> (última consulta 10/08/2010)
- Kergoat Danièle y Hirata Helena.** 1997 *La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio*. Buenos Aires Piette del Conicet.
- Koberwein A.** 2010 “Antropología económica” UNQui, Maestría en Ciencias Sociales. MIMEO.-
- Lawson T** 2003, *Reorienting Economics*, Routledge: Londres y Nueva York.-
- Lifschitz, J.** 2009 *Sociología de la Cultura Contemporánea* UNQui, Maestría, MIMEO.-
- Lindemboim, Javier** 2000 *Errores públicos, falacias privadas. Cuando el sistema es incapaz de generar empleo*. EN: Encrucijadas UBA N° 2 Diciembre de 2000 (40-53).-
- Lipovich, P.** 2010 “Si es mi cuerpo, ¿cuál es el problema?” En: Pagina12 <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-149519-2010-07-15.html> (consulta 16/09/2010)
- Lo Voulo R.** 1995 *A modo de presentación: los contenidos de la propuesta del ingreso ciudadano*. CIEPP. Bs As. Miño y Dávila Editores.
- Nelson J.** 1995 “Feminismo y economía” En: Journal of Economic Perspectives 9.-
- Nieto J.A.** 2003 *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural España*, ED. Ágora / Tolosa.

- Pachajoa Londoño, A. y Figueroa García, J. A.** 2008 *¿Es la prostitución un trabajo?* En: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=139012667007>. ISSN 1909-8391.
- Perona E.** 2010 “*Economía ortodoxa y heterodoxa: su naturaleza e implicaciones*”, UNC- (Mimeo) Pheterson G. Comp. 1992 *Nosotras, las Putas* ED. Talasa, S.L
- Protocolo de Palermo** 2000 Convención ONU-Delincuencia Organizada. New York.
- Sabsay, L.** 2002 “Representaciones culturales de la diferencia sexual: figuraciones contemporáneas”. En. Arfuch. *Identidades, sujetos y subjetividades*. Bs As. Ed. Prometeo
- Salvador S. - Espino A.** 2007 *Género y oportunidades laborales en el Mercosur*. Oxfam.-
- Schiavoni, L. Fretes L.** 2005 “*La mirada hacia el cuerpo a través de las prácticas anticonceptivas*” EN: Congreso Latinoamericano de Antropología. Rosario.-
- Seró L.** 2003 *Cuerpos del Tabaco. Percepción del cuerpo entre las cigarreras*. Mnes. Ed. UNaM.
- Strathern M.** 1979 Una perspectiva antropológica EN: Harris, O. y Young, K. (comps.) *Antropología y feminismo*. Barcelona, Ed. Anagrama.-
- Taylor, C.** 1993 *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. FCE México.
- Tuirán R.** 2001 “Estructura familiar y trayectorias de vida en México” EN: *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas*. GOMEZ C. México. FACSO.-
- Verde, S.** *La mujer, una mercancía como otra cualquiera* Entrevista a Marc Augé. Jueves 22 de noviembre de 2007. En: www.nodo50.org/tortuga/La-prostitucion-desvela-la (consulta 12/07/2010)
- Villa Camarma, E.** 2010 *Estudio antropológico en torno a la prostitución* En: Cuicuilco, Vol.17, N°49 (157-179) Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México. En: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35117055009>
- Weber, F.** 2008. “*Transacciones económicas y relaciones personales*” En: Crítica en desarrollo. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. No2
- Woolcott D.** 2009 *Prostitución: situación actual*. En: <http://www.insm.gob.pe/documents/Jornadas> 2009/2009-Jornadas-cientificas/090609-Prostitucion-situacion-actual-Doris-Woolcot.pdf
- Juliano, D. 2002. *La prostitución el espejo oscuro*. Barcelona: Icaria.
- Pachajoa, A. Figueroa, J. A.** 2006. *Mitos y realidades de la prostitución clásica*. EN: XII Congreso Colombiano de Psicología. Medellín, Colombia.-
- Petherson, G.** 2000. *El prisma de la prostitución*. España: Talasa.
- Ignasi Pons I.** 1995 “*Prostitución: lugares y logas*”, en Tobío, C. y Denche, C. (Eds.) El espacio según el género, ¿uso diferencial?, Madrid, Universidad Carlos III; Dirección General de la Mujer.

Holgado, I. (2004). “*Retrato de intensos colores*” de C. Corso y S. Landi. Athenea digital. 5. Universidad Autónoma de Barcelona. En: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/537/53700525.pdf>

López, M. Mestre MR. 2008. *Trabajo sexual: reconocer derechos*. España: Burbuja.

Volnovich J.C. 2010 *Implicaciones del lugar del cliente en la prostitución*. En: <http://www.apramp.org/opinion.asp?id=120> última consulta julio de 2011.-

Robles Maloof, R. 2005. *Derechos de la mujer, moral sexual y prostitución. Un debate pendiente*. En: Los derechos humanos de la mujer. <http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2282/3.pdf>

Castellanos, B. 2008. *Prostitución, sexualidad y producción una perspectiva marxista*. EN: Nómadas. Univ. Complutense de Madrid <http://www.ucm.es/info/nomadas/17/belencastellanos.pdf>

Ponencia preparada para el X Congreso Nacional de Ciencia Política,
organizado por la Sociedad Argentina de Análisis Político y la Universidad Católica de
Córdoba, Córdoba, 27 al 30 de julio de 2011

**Momentos y violencia(s) en los rescates, captura y atención a víctimas mujeres de
trata de personas para explotación sexual en la Provincia de Misiones.**

Lic. Fretes, Lucía Mabel, UNaM - CONICET,
Tabithadr@hotmail.com; Posadas. Misiones.
Área Género y Política

Sub-área: Políticas públicas y equidad de género.

Resumen

Este trabajo constituye un análisis de diferentes tipos de violencia contenidas en las etapas institucionalizadas de rescate y atención de mujeres víctimas de trata de personas para explotación sexual. La violencia que comienza con el rapto, engaño, traslado y posterior explotación se continúa en las formas de rescate (allanamientos, rutas); primera atención (traslados, casas refugio, control médico) y durante la asistencia judicial, como formas trasmutadas de violencia institucional que constituyen a los sujetos perpetuando su condición de víctimas. Reconocer estas instancias es un primer paso para mejorar el proceso de atención a las mismas como sujetos de derecho.

Abstract

This paper is an analysis of different types of violence contained in the institutionalized stages of rescue and care of women victims of trafficking for the purpose of sexual exploitation. Violence began with the abduction, deception, transfer and subsequent exploitation and it is continued in rescue operations (raids, routes); first care (transportation, shelters, medical supervision) and following legal assistance, as transmuted forms of institutional violence that constitute the individuals, thus perpetuating their victimhood. To recognize these instances is a first step towards improving the process of assistance to them as subjects of law.

Introducción

Esta ponencia representa un análisis de diferentes tipos de violencia intrínsecas en las etapas que se han institucionalizado desde el rescate de mujeres víctimas de trata de personas para la explotación sexual en la Provincia de Misiones.

La Provincia supera el millón de habitantes según datos estimativos al 2010 distribuidos en una superficie de 30.000 Km² (la densidad es de más de 33 habitantes por km²). Posadas, la capital provincial, que concentra más de un cuarto de la población total, con más de 400.000 habitantes se encuentra articulada a la ciudad de Encarnación (Paraguay) a través de un puente internacional, lo que significa un permanente flujo de personas y mercaderías entre ambas orillas del río Paraná. Puerto Iguazú, en la zona norte se halla articulada con Foz de Iguazú (Brasil) a través de otro puente y a su vez Foz de Iguazú con Ciudad del Este (Paraguay) a los que se suman una serie de puntos fronterizos que se conectan vía lanchas y balsas intensificando el tránsito y tráfico de personas y bienes en toda la región.

Misiones es una provincia cuyo territorio tiene el 90% de fronteras con otros países: Paraguay por el este y Brasil por el norte y oeste, núcleo de la región de la Triple Frontera, por las características geopolíticas debe ser enmarcado conceptualmente como *Región Fronteriza*. Lo cual implica detenernos en el análisis de un espacio internacional de interacciones relacionales múltiples e intensas, en el cual los aspectos a relevar manifiestan características y mecanismos comunes correspondientes al área de estudio, expresados en el desenvolvimiento de prácticas y acciones de los sujetos sociales intervinientes.⁴² La articulación entre países se realiza a partir de puentes, cruces, *piques*⁴³, lanchas, balsas y ferrys. La *frontera*, como espacio geopolítico, socioeconómico y cultural, permite el surgimiento de una diversidad de estrategias humanas que permean espacios de diversas organizaciones sociales: sean aquellas con fines de apoyo a la sociedad civil, aunque también otras cuyos propósitos lindan con el delito redes de tráfico y tránsito de *mercancías* de las cuales no escapan la explotación sexual, el trabajo infantil y la trata de personas.

⁴² Sosteniendo las particularidades locales, se construye la integración fronteriza como región socio-antropológica. De acuerdo con Abinzano "... la frontera, entendida, no como una línea divisoria que separa y/o contacta subsistemas nacionales diferentes, ni como una membrana que selecciona flujos de diversa índole (personas, mercancías, mensajes, etcétera), sino como un espacio de considerables (y muy variables) dimensiones donde los efectos de las fronteras internacionales (límites) se hacen sentir en forma permanente siendo consubstanciales con la vida social misma de esas regiones, con las identidades culturales, con las actividades, proyectos y expectativas de la mayoría de la población". (Abinzano: 2000)

⁴³ Denominación de pasos clandestinos en el Norte de Misiones.

dentro del camino que atraviesan las víctimas a posterior de su rescate, las acciones y las formas de violencia institucional presentes para finalmente presentar este tipo de violencia como continuación de la violencia del proceso de trata de personas desde el Estado que se vuelve constitutiva de la subjetividad de los actores.

Trata de personas: consideraciones generales

Podemos comenzar definiendo la trata de personas, pero antes debemos remarcar que ella misma, como fenómeno en sí, es una práctica social – entendidas éstas como un conjunto coherente, no siempre consciente, de comportamientos y actitudes identificables, en virtud de las relaciones sociales. (Kergoat, 1997) La trata de personas, en tanto práctica, resulta entonces un complejo que comprende el tráfico para la explotación sexual, trabajo servil, venta de niños y bebés y tráfico de órganos; con énfasis en la coacción directa y en la no voluntariedad de la situación de explotación. (Fretes, 2011).

Las definiciones de trata de personas que podemos encontrar transitan dos espacios concretos: el campo de lo jurídico y los espacios de disputa entre la legalidad y lo ilegal; y las posturas que se adoptan en el campo de los organismos internacionales y sus lineamientos. Ambos enmarcan desde la definición de lo legal e ilegal, posible y deseable la adjudicación de “nombrar”/ definir la trata de personas, desde la ley y/o un protocolo. Dentro de este último, la definición más utilizada es la que se configuró en la Convención contra la Delincuencia Organizada de la Organización de Naciones Unidas (ONU) celebrada en el 2000 en Palermo. En la misma se firmó un protocolo, conocido como “Protocolo de Palermo”, que en su art. 3 define como trata de personas al:

"la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos... el consentimiento dado por la víctima de la trata de personas a toda forma de explotación [...] no se tendrá en cuenta cuando se haya recurrido a cualquiera de los medios enunciados [...]" (Protocolo de Palermo, 2000).

El Manual de lucha contra la trata de personas de dicho organismo, se estipula que en el protocolo de Palermo se define la trata de personas a los efectos de determinar el

ámbito de aplicación del Protocolo mismo y el de la Convención contra la Delincuencia Organizada a las actividades de trata, así como ofrecer una base común para la formulación de delitos penales, procedimientos penales, medidas de apoyo y asistencia a las víctimas y otras medidas en el plano nacional. Esta definición desglosaría tres elementos: los actos, los medios utilizados para cometer esos actos, y los fines u objetivos (formas de explotación). (Manual ONU 2007:14). Esto se resume, según Schiavoni, en tres aspectos fundamentales:

- 1) *La acción: el reclutamiento, transporte, transferencia, detención o recibo de personas.*
- 2) *Los medios: mediante el uso de la amenaza o la fuerza u otras formas de coerción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder, o de la posición de vulnerabilidad.*
- 3) *El propósito: dar o recibir pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona, adquirir el control sobre otra persona con el propósito de explotación.* (Schiavoni, et. al. 2010)

La trata de personas debe entenderse entonces como fenómeno complejo, como un proceso y no como delito aislado; que incluye además, prácticas delictivas afines -el tráfico de personas, la explotación sexual, la supresión de identidad, el secuestro, etc.- que aparecían como delitos inconexos y por consiguiente se juzgaban como causas separadas. Además de las acciones que se realizan contra la víctima, mencionados en este esquema, hay fases que no atañen a la víctima sino al delincuente. El manual de lucha contra la trata de personas de la ONU aprecia que según el volumen y grado de complejidad de la operación (y red) de la trata, es posible que durante el proceso el criminal o la organización delictiva cometan varios delitos diferentes, algunos para respaldar o proteger las actividades de trata (evasión fiscal, blanqueo y lavado de dinero,) puede que haya también vínculos entre las operaciones de trata y otros actos criminales como el contrabando de armas o de drogas. Así se podrían clasificar los delitos según la víctima, sea la persona en cuestión o el mismo Estado. (Manual ONU, 2007:62)

La novedad de la trata de personas reside entonces en la articulación de estas prácticas delictivas en un mismo concepto, contemplando en una secuencia de acciones con miras a un fin determinado que de otra forma no serían punibles (traslado, captación, etc.)⁴⁴. Supone entonces la inclusión de una diversidad de acciones, que en conjunto pueden determinar una situación de explotación final.

⁴⁴ Esto lo trabajo con más detalle en un artículo anterior, cf. Fretes 2011.-

La trata de personas constituye así una forma análoga de esclavitud, ya que remite al intercambio comercial con seres humanos y su sujeción a la explotación o trabajos forzados. (Núñez Benítez, 2005). Como fenómeno polimorfo entonces, puede emparentarse históricamente con:

- a) La **esclavitud**, que es el estado o condición de un individuo sobre el cual se ejercitan los atributos del derecho de propiedad o algunos de ellos según la Convención de Naciones Unidas sobre la Esclavitud⁴⁵. Así también se incluyen como prácticas análogas a la esclavitud: la servidumbre por deudas y la servidumbre de la gleba, entre otras. También incluye toda institución en la cual la víctima resulta ser la mujer vendida o heredada o práctica en virtud de la cual un niño o un joven menor de dieciocho años es entregado por sus padres (o uno de ellos) o tutor a otra persona, mediante remuneración o sin ella, con el propósito de que se explote la persona o el trabajo del niño o del joven. (Noli, 2010)
- b) Con el **trabajo forzado**, definido como todo trabajo o servicio exigido a un individuo bajo la amenaza de una pena cualquiera y para el cual dicho individuo no se ofrece voluntariamente. (OIT, 2001) Además cuándo se usa el término “abuso” habría que referirse a que la víctima es sometida sin posibilidades de revertir la situación (Noli, 2010).
- c) Con la **prostitución**, específicamente en su relación con la trata de personas con fines de explotación sexual comercial. Como en Argentina la prostitución no está penada ni perseguida una mujer que se encuentre en situación de prostitución no infringe la ley, aunque si se considera delito es cualquier forma de lucro con la prostitución de otra persona (Fretes, 2011). De esta manera se realiza hincapié en las formas de captación y ejercicio forzoso de la prostitución para diferenciarlas. (Rostagnol, 2007) Podemos discriminar en este punto dos conceptos fundamentales: explotación de la prostitución ajena como “*la obtención por una persona de cualquier ventaja financiera u otro beneficio procedente de la explotación sexual de otra persona*”. (Noli, 2010:6) y explotación sexual como “*la participación de una persona en la prostitución, la servidumbre sexual o la producción de materiales pornográficos, como consecuencia de estar sujeto a una amenaza, la coacción, el rapto, la fuerza, el abuso de autoridad, servidumbre por deuda o fraude*”. (Noli, 2010:6)

⁴⁵Cf. <http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/ifpdial/llg/noframes/ch6.htm> y Anguita Olmedo, C. 2007.-

d) Con el **feminicidio**: los crímenes cometidos hacia mujeres por su condición de género, también aparece como un modo de interpretar el tema de la trata de personas. (Chejter et. al. 2005)

e) Con el **tráfico ilegal**: que en un principio no se diferenciaban debido a que ambos entrañan el movimiento de seres humanos para obtener algún beneficio, la diferencia radicaría en que para que se constituye trata debe tratarse de una forma de captación indebida (coacción, engaño o abuso de poder) y que la actividad ha de realizarse con algún propósito de explotación. (Manual ONU, 2007) El tráfico ilícito siempre es transnacional, mientras que la trata puede no serlo, los migrantes consenten ese tráfico, en cambio, las víctimas de trata no han consentido o si lo hicieron inicialmente, ese consentimiento ha perdido su valor por la coacción, el engaño o el abuso de poder. (Noli, 2010) Asimismo se debe resaltar que existe tráfico de personas tratadas dentro de un mismo territorio nacional con fines de explotación ya sea laboral, sexual o para adopciones.

El dinamismo que le imprime su condición de práctica social y su conformación como bloque de delitos sustentan que existan manifestaciones disímiles de lo que puede incluirse como delito de trata de personas y sus alcances. Se dan configuraciones que en conjunto pueden ser entendidas como trata de personas, aunque no sigan – en todos los casos – patrones similares, y se les pueda conferir únicamente un aire de similaridad, un aire familiar⁴⁶.

Con todo, diferentes autores concuerdan en que éstos no son fenómenos de la moderna globalización, sino una de las primeras expresiones del libre comercio en la que el valor de cambio es un ser humano, así la venta de esclavos aparece como un factor determinante en la economía del mundo durante el siglo XVIII, y la compra, negociaciones y venta (intercambios) de mujeres aparece como una constante en las sociedades primitivas. (Martínez, 2004)

La trata de personas no es entonces una práctica novedosa, ya encontramos referencias tempranas en los instrumentos internacionales, como por ejemplo en 1904 se firmaba un convenio que comprometía a los gobiernos en la "protección efectiva contra el tráfico criminal conocido bajo el nombre de trata de blancas"⁴⁷. Podemos mencionar también

⁴⁶ Esta figura se usa generalmente para explicar la teoría del juego, que características hacen que ciertas acciones puedan considerarse juegos, en realidad vistas en conjunto comparten algunos rasgos no todos, y los rasgos que se comparten no son los mismos en todos los casos. Cf. Geertz, 1982 y Sperber, 1994.-

⁴⁷ La trata de blancas era entendida como el tráfico de mujeres (en general europeas o asiáticas), que consiste en atraerlas a los centros de prostitución para lucrar y especular con ellas. Después el término entró en desuso ya que

algunos acuerdos previos a la creación de las Naciones Unidas: a) el mencionado convenció contra el tráfico “Trata de Blancas” París, 1904. b) Convenio internacional para la Represión de la Trata de Blancas, mayo de 1910. c) Convenio internacional para la Represión de la Trata de Mujeres y Niños; Septiembre de 1921. d) Convenio internacional para la Represión de la Trata de Mujeres Mayores de Edad, 1933. (Martínez, 2004).

Finalmente una vez creado el Sistema de las Naciones Unidas en 1948, en 1949 comienzan a funcionar organismos y divisiones para la represión de la trata de personas y la prostitución ajena, culminando en la definición del Protocolo de Palermo en el 2000, que ya mencionamos.

A partir de los diferentes tratados y documentos la trata de personas fue conformándose como delito⁴⁸ y es incluida en el bloque de prácticas que atentan contra la dignidad y libertad de las personas, encontrando su espacio en el ámbito de los derechos humanos universales. En general los objetivos de estos acuerdos, documentos y convenios internacionales se pueden resumir en: crear políticas globales, estrategias y mecanismos eficientes para la judicialización de ese delito e involucrar a los gobiernos en la lucha contra la trata de personas y la protección de los derechos humanos.

Así expresa Abíznano que la mundialización de las costumbres y la globalización van imponiendo por todo el planeta un conjunto de uniformidades legales tanto en lo referente al derecho internacional público como al privado y la emulación de sistemas de unos países en otros, pero esta universalización queda atrapada en las superficiales estructuras burocráticas administrativas sin hacerse carne en las sociedades. (2000:26,27).

Esto resulta importante porque las formas de entender, vivenciar, practicar e inclusive legislar referente a la trata de personas es diferente según el lugar y la combinación de fuerzas sociales, políticas y económicas de un momento histórico dado. Así las formas que adopta la trata de personas como fenómeno se conforman desde las generalidades que vienen dadas desde los organismos internacionales, las redefiniciones que vienen dadas por los gobiernos nacionales y locales, las legislaturas y las prácticas locales.

Ley, protocolos, acciones y actores locales

Enmarcada la trata de personas como delito, también involucra la maquinaria del Estado en consonancia para: o bien sancionar como delito desde el poder Judicial y

este tipo de comercio involucró cada vez más a personas de diferentes culturas, razas y ubicación geográfica. (Martínez 2005:4)

⁴⁸ Nótese que como práctica la trata de personas es previa a su conformación como delito, la relación entre trata de personas y derechos humanos es analizada en un trabajo anterior. Cf. Fretes, 2011.

Fuerzas de Seguridad (en este sentido el accionar del Estado respecto de esta práctica se corresponde con su inclusión como delito punible), como así dar el marco de acción y responder “por y para” las víctimas de la trata de personas, como garante de los derechos de sus habitantes. En estas dos líneas de acción respecto de la trata de personas, podemos encontrar el accionar de las fuerzas de seguridad, la justicia y el accionar del Estado desde sus órganos ejecutivos con respecto a las políticas públicas y sociales.

En Argentina estos lineamientos internacionales descritos en el apartado anterior se inscriben, en tanto convenios, pactos y protocolos, dentro de la Constitución Nacional con fuerza de ley. Así en consonancia con el Protocolo firmado en Palermo en el año 2000, se sanciona, en el año 2008, la Ley Nacional N° 26.364 “Prevención Y Sanción De La Trata De Personas Y Asistencia A Sus Víctimas”. A partir de la misma, se establece la trata de personas como delito en el ámbito de la competencia federal y se delimita un núcleo esencial para la sanción del delito.

En la ley se definen cuatro ejes fundamentales para la acción del Estado: Prevención, Sanción, Protección y Asistencia Integral. En este sentido encontramos establecidos los derechos, protección y asistencia integral de las víctimas como conceptos que interrelacionan entre sí: derechos de las víctimas, la reserva de identidad y la confidencialidad de las actuaciones judiciales, así como la no punibilidad de las víctimas (art. 5). Para Noli esto tiende a garantizar la eficiencia y eficacia de la investigación para el esclarecimiento de la verdad de los hechos y la posterior condena de las redes de tratantes (Noli, 2010)

En los artículos de la ley además se prevé que la víctima tiene derecho a recibir información en un idioma que comprendan (accesible a su edad y madurez), un alojamiento apropiado con manutención y alimentación. Las víctimas que no sean argentinas nativas o por opción, tienen la posibilidad de elegir la permanencia en el país, o bien se debe facilitar el regreso a su país de origen; de igual manera para las víctimas argentinas recuperadas en otros países.

Se estipula como atención a la víctima, la asistencia psicológica, médica y jurídica en forma gratuita. Por otra parte la Justicia debe garantizar que los testimonios se presten en condiciones de protección y cuidado; mantener informadas a las víctimas del estado de las actuaciones, de las medidas adoptadas y de la evolución del proceso; garantizar que la víctima sea escuchada en todas las etapas del proceso; proteger su

identidad e intimidad y la confidencialidad de las actuaciones. Por último existe la posibilidad de incorporar el sistema nacional de protección de testigos previstas en la Ley 25.764.

Otro bloque de análisis implica las acciones propuesta y realizadas desde el Estado referentes a sus organismos de aplicación en la formulación de acciones concretas de atención, prevención y cuidados a las víctimas. En este punto, se ha recorrido en el país diferentes momentos, adquiriendo el Estado mayor peso a posterior de la sanción de la ley de trata. Asimismo los organismos del Estado que se integran a la concreción de dichas políticas pueden variar se provincia a provincia, manifestando una imbricada relación entre Estado, fuerzas de seguridad y sociedad civil (Asociaciones civiles, ONG's, entre otros), así como dentro del Estado varían los organismos que tienen a cargo la concreción de las políticas públicas.⁴⁹

Las acciones referentes a la lucha contra la trata de personas en la provincia de Misiones datan desde el año 2006 marcadas por una participación activa de la sociedad civil. Durante los dos años siguientes las organizaciones civiles asumieron las acciones de prevención y atención a las víctimas conformando un bloque que se denominó "Coalición Alto a la Trata". (Schiavoni, 2010) Por su parte, las acciones estatales respecto de la temática se encontraban desarticuladas y respondían a inquietudes personales de algunos funcionarios. De esta forma encontramos en el Ministerio de Desarrollo Social que se habían realizado acciones aisladas de atención a víctimas de trata de personas en menores, aunque no se llegó a conformar una Dirección o Secretaría concreta.

Ya a finales de 2007 y principios del año 2008, articulando con diversos organismos estatales, se crea el Ministerio de Derechos Humanos con un área específica abocada al trabajo con trata de personas dentro de la Secretaría de Igualdad de Oportunidades: el Departamento de Lucha contra la Trata de Personas. Los equipos formados en el Ministerio corresponden a un rejunte coyuntural de trabajadores inspirados por el tema y con voluntad de servicio de los más diversas orígenes: Ministerio de Salud, Luz Eléctrica, Ministerio de Educación y algunos contratados específicamente para el Ministerio de DDHH. Lo que supone un largo camino de

⁴⁹ Efectivamente en la Provincia de Tucumán el peso de las organizaciones desde la sociedad civil resulta más significativo que las acciones desde el Estado. Inclusive entre las acciones del estado encontramos diferentes propuestas institucionales para el trabajo con víctimas, y las propuestas preventivas: la provincia de Misiones es una de las únicas cuatro provincias que posee una casa refugio de atención a la víctima rescatada, etc.

acuerdos sobre la temática a abordar que no han sido resueltos aún, que dejan entrever tensiones en la forma de hacer y pensar la temática, y que muchas veces no permiten un análisis crítico a la hora de monitorear las acciones de cada profesional⁵⁰.

Por su parte las organizaciones civiles trabajan por su cuenta, aunque se los convoca a las capacitaciones y debates. Acuerdan el seguimiento de ciertas víctimas y colaboran con el aviso de denuncias (no llegan a ser denuncias, actúan como informantes policiales). Participan de la mesa de diálogo y mantienen comunicación directa con los funcionarios de los ministerios. El camino de estas organizaciones ha sido inverso al de los Departamentos estatales, ya que a partir de la ley de trata, han perdido participación en la temática en vez de consolidarse como fuerza de acción.

Al poco tiempo de la sanción de la ley se firmó un protocolo de atención provincial (que involucraba también colaboración mutua con Paraguay y Brasil), vigente a la fecha, que contiene los lineamientos de la atención a las víctimas de explotación sexual y trata de personas con un enfoque de horizontalidad en las competencias de diferentes ministerios.

El protocolo de acción de la Provincia de Misiones determina que en el rescate de víctimas de trata de personas se debe realizar en conjunto con las fuerzas de seguridad y debe participar personal del Ministerio de Derechos Humanos. En el caso que la víctima resulta ser menor debe darse participación a la Dirección de menores del Ministerio de Desarrollo Social. Está prevista la atención médica integral a las víctimas a cargo de un Hospital especial ubicado en las afueras de la ciudad de Posadas, así como proveer los medicamentos necesarios; estas aparecen mencionadas como acciones dependientes del Ministerio de Salud. Por otra parte, se supone la contención de las víctimas hasta las declaraciones y testimoniales en la justicia, a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (menores) y Ministerio de Derechos Humanos (mayores) junto con la evaluación del contexto de vida, posibilidades de regreso y vuelta a la sociedad. Finalmente, los Ministerios de Educación y Trabajo se comprometían a brindar alternativas de finalización de estudios y capacitaciones para la inserción laboral respectivamente.

De esta manera se fija como competencia del Ministerio de Derechos Humanos la atención de las víctimas de trata de personas adultas desde su rescate hasta la vuelta al

⁵⁰ Algunas funcionarias no poseen títulos universitarios, son vistas como elementos políticos que no cumplen otros roles. Aún entre los técnicos encontramos tanta diversidad que la palabra del profesional basta (ya sea un

hogar. Las acciones acerca de la temática confluyen en este organismo el que tiene a cargo ayudar, coordinar y proteger a las víctimas rescatadas, así como las capacitaciones a los diferentes actores involucrados y la visibilización de la temática con campañas permanentes de sensibilización ciudadana.

El ministerio de DDHH también se ocupó desde su creación de organizar una serie de capacitaciones en diferentes niveles: en la justicia (desde jueces hasta empleados), a las fuerzas de seguridad (desde policía, prefectura, gendarmería, etc.), en la formación terciaria y profesional con cursos y charlas, en la escuela primaria y secundaria con charlas de concientización a los alumnos, etc.

El seguimiento de la víctima a posterior de su rescate también fue acaparado por el Ministerio de DDHH con la finalidad de prevenir la victimización secundaria – por la mención de nombres, el estigma social, recordar el maltrato, etc. – con un hermetismo acerca de los nombres y del acceso a las víctimas rescatadas⁵¹.

Hay que hacer notar que el Ministerio de Derechos Humanos, creado como mencionamos en paralelo a la ley de trata de personas, se va constituyendo como institución en función de su objeto de intervención “los derechos humanos”. Estos últimos concebidos, no en su concepción abstracta omnicomprendiva, sino vivenciados de manera singular desde las mismas prácticas en forma de intervención. De esta manera se sostuvo a la lucha contra la trata de personas como baluarte de las acciones dentro del ministerio, abarcando la mayoría de los recursos disponibles y acaparando en la práctica las acciones que corresponden a los otros ministerios⁵².

Por su parte en el Ministerio de Desarrollo Social se manejan fondos a discreción y no se contempla un departamento específico con profesionales asignados, sino que es manejado por una funcionaria que va delegando las acciones según sea el caso. Difícilmente se los encuentre trabajando en terreno, aunque participan aleatoriamente (en la casa refugio, en la justicia) a posterior de los rescates.

Con respecto a las fuerzas de seguridad, sus funciones incluyen las investigaciones para detectar casos de trata de personas y lugares de explotación, así como trabajar en conjunto (Gendarmería Nacional, Prefectura, Ejército, policías locales,

trabajador social, un abogado, un psicólogo) se adoptan sin revisión crítica.

⁵¹ Antes del 2008 las víctimas eran abordadas por organismos de la sociedad civil, por periodistas, etc. era común el llamado y las entrevistas incluso por parte de periodistas de medios de comunicación nacionales.

⁵² Por ejemplo, aunque el ministerio de Desarrollo Social sigue teniendo la responsabilidad de la atención de las víctimas menores y su seguimiento, en la práctica su participación es menor, y termina en última instancia acaparando todas las acciones el Ministerio de DDHH.

etc.) ante las sospechas o detección de irregularidades que puedan encuadrar como trata de personas. En el rescate participan asimismo efectivos de Gendarmería en controles de ruta, y en los rescates. Por su parte Prefectura y personas de Aduana en las fronteras, y pasos fronterizos.

En particular es la policía la encargada como institución de realizar las investigaciones, en conjunto con la UFASE oficina de rescate y antisequestros de la nación, quienes actúan en las investigaciones proactivas, proceso de investigación y detección del delito. Las investigaciones proactivas suponen *la investigación, detención y enjuiciamiento satisfactorios de los traficantes sin tener que depender de la cooperación ni el testimonio de las víctimas*. (Manual ONU, 2007:74) Esto supone una combinación de información confidencial, vigilancia por medios humanos y técnicos, actuaciones encubiertas, la identificación temprana de los tratantes (antes de los operativos), etc.⁵³

En la provincia implica tanto un equipo de la Policía Provincial y Federal (en cubierto) específicamente dedicado al tema trata de personas, la búsqueda de lugares de prostitución con mujeres provenientes de las redes de trata de personas, etc. seguimientos a las denuncias, las detección de casos, etc. Si las investigaciones dan con una red de trata se procede a realizar operativos de rescate, generalmente en los lugares de explotación y cautiverio de las víctimas, se realizan allanamientos, en los que participan diferentes fuerzas de seguridad, el Departamento de trata de personas del Ministerio de DDHH y la justicia; en este sentido estamos frente a una combinación de acciones. En los allanamientos se realiza la primera atención psicológica a la víctima, la primera testimonial, la separación de tratantes de víctimas, etc.⁵⁴

Finalmente, en el plano judicial se realizan los procesos correspondientes a la trata de personas como delito penado por la ley, correspondiente a la justicia federal y al juzgado al que competa el lugar de explotación o rescate. Se realiza la primera testimonial en el rescate, las testimoniales en los juzgados, careos (de ser necesarios), Cámaras Gesell para las víctimas menores, y finalmente el juicio (que puede ser en la provincia o en otras provincias). Esto último también hace que desde el Estado

⁵³ Existen investigaciones reactivas que suponen como prueba únicamente la denuncia de la víctima, pero suelen ser la opción menos eficaz para los investigadores, ya que puede hacer al inicio una declaración y prometer que prestará declaración en las actuaciones judiciales y luego retractarse, con consecuencias negativas para la investigación en curso.(Manual ONU, 2007:74)

⁵⁴ No tenemos hasta el momento investigaciones respecto al trabajo esclavo, o venta de niños para trata de personas, o ablación de órganos.

Provincial se envíe personal del Ministerio a otras provincias y se realicen procesos en Misiones de mujeres de otras provincias⁵⁵.

Momentos de violencia desde el rescate

Recapitulando, en el apartado anterior vislumbramos algunos de los actores involucrados en los rescates, atención y seguimiento de las víctimas en conjunto con las acciones institucionalizadas propuestas que se siguen al rescate de las víctimas de trata de personas en la provincia de Misiones. En este acápite evidenciaremos algunos de estos momentos que permiten que la violencia ejercida por sus captores en la red de trata de personas se trasmute en una nueva forma de violencia, vedada institucionalizada, que permean las acciones propuestas y ejercidas desde la Estado.

De esta manera presentaremos cada momento con las vinculaciones y las formas de violencia institucional contenidas, los que proponemos en este trabajo son cinco, no pretendemos ser exhaustivos, sino develar la existencia de este tipo de violencia:

- Rescate y allanamientos
- Casa refugio
- Trato médico y psicológico
- Traslados
- Vuelta al hogar

Rescate y allanamientos

El rescate o allanamiento constituye uno de los momentos de mayor violencia, debido a la cercanía con la red de trata en las que se encontraban las víctimas y por la abrupta ruptura con un sistema de explotación que se encuentra cara a cara⁵⁶. El rescate puede ser intencional o casual, este último corresponde con los momentos de detección de personas tratadas en su traslado (en rutas, trasportes de pasajeros, etc.) por redadas u operativos en la búsqueda de otros delitos (drogas, armamento, delitos comunes), así como el pedido de documentos o el encuentro con documentos modificados.

El segundo tipo de rescates, planificado, corresponde con el final de una investigación por parte de las fuerzas de seguridad que implican organización y programación del operativo, en general la detección de víctimas y la identificación de

⁵⁵ En la provincia tres casos judicializados, dos con sentencia firme desde la sanción de la Ley de Trata.

los tratantes. Estos surgen de investigaciones que pueden resultar de denuncias efectuadas por víctimas rescatadas en otros lugares, como así también por víctimas escapadas o denuncias anónimas (informantes). Asimismo cabe destacar que no han sido descubiertos, pero tampoco investigados lugares de explotación de trabajo esclavo u otros tipos de trata de personas, se focalizan todas las acciones únicamente en la arista de explotación sexual.

Así pues de trabajos anteriores encontramos que en Misiones se sostienen estrategias instrumentadas que responden a acciones de rescate ante denuncias y/o escape casual de las víctimas, detección de víctimas por parte de las fuerzas de seguridad en la etapa de traslado; y aunque se realicen acciones de prevención observamos que obedecen a una lógica coyuntural. (Schiavoni et. al 2010)

Además existen investigaciones en cubierto en Misiones que facilitan este tipo de detenciones, que en general son en los lugares de explotación: bares, whiskerías, casas de masajes, prostíbulos, casas de alojamiento, casas que funcionan como burdeles, etc. Una vez detectado el lugar se programa y coordina un allanamiento, ya que supone la detención simultánea de un mayor número de sospechosos y el rescate de las víctimas, pero principalmente porque se está ejerciendo el acto de explotación. Esto último genera un plus a fines de asegurar la prueba del delito. Se convoca al personal del Ministerio de DDHH, en general participa una psicóloga y otros miembros del equipo, salvo que se realice en otra provincia, en ese caso viaja únicamente la psicóloga.

Uno de los problemas de este tipo de operativos es como afirmaba Colombo en su análisis de las acciones realizadas por la UFASE: *“a las víctimas se las ubica por lugar de explotación, el lugar en el que se es explotado”* (2010).⁵⁷ Que implica que el rescate de víctimas se da generalmente cuando ya han sido sometidas a vejaciones, maltratos físicos, psíquicos, etc. que podrían evitarse con una detección temprana. El proceso de violencia ha sido concretado en la captación, supresión de identidad, traslado, etapa de ablande psicológico y físico, etc. Así mismo en muchos casos las víctimas ya llevan años en el lugar, han parido hijos (algunos con ellas y otras veces vendidos o sustraídos), han sido iniciadas en diferentes sustancias adictivas y muchas de ellas terminan siendo adictas.

⁵⁶ No estamos analizando los escapes, porque son mínimos y además es posible que muchos de ellos no lleguen a ser conocidos o denunciados por lo que no ingresan al circuito de atención desde el Estado.

⁵⁷ Fiscal responsable de UFASE Unidad Fiscal de Asistencia en Secuestros Extorsivos y Trata de Personas.

Este es un primer punto a observar, si bien es importante realizar estas investigaciones y detecciones, sin embargo en lo que respecta a las víctimas, muchas veces se llega tarde y las consecuencias de la violencia al interior de la red de trata se vuelven permanentes.

También hay que destacar que el momento del allanamiento en sí mismo resulta altamente traumático: las fuerzas de seguridad, generalmente consiste en un grupo numeroso de personas que ronda al menos las quince integrantes, ingresan al lugar (casa, bar, etc.) abruptamente y a los gritos, con armas en sus manos. La situación resultante es muy fuerte: mujeres llorando, las personas tendidas en el piso, ruptura de cosas. Se observan algunos escapes y corridas. Se suele palpar a las personas (víctimas, clientes y sospechosos), se las clasifica según estos roles y se las separa. En general esta clasificación suele determinarse en la investigación previa, salvo algunos casos en los que se confundieron tratantes con víctimas, o se maltrató a víctimas pensando que eran cómplices o entregadoras. En algunos casos se separa a todo el grupo, utilizando entrevistas individuales para detectar a los implicados.

El clima en un allanamiento es de nerviosismo, alteración y de mucha tensión, que es vivida tanto por las víctimas, como por los perpetradores, y más aún por los miembros del equipo civiles (psicólogos, profesionales, miembros del Ministerio, etc.). En las entrevistas las descripciones también sostenían el marcado el nivel de tensión y desgaste de los que participan de los allanamientos y se los remarca como experiencias traumáticas. Uno del equipo me decía:

“Algunas mujeres están llorando a mares, otras están alcoholizadas, otras drogadas, entonces muchas veces no te escuchan. O tan angustiadas que se sientan a llorar... voy con mi bolso una aspirinas, un ribotril (tranquilizante) por si están muy alteradas, bueno no se debería hacer pero, a veces no hay otra forma. Así vamos y bueno comienza el proceso.” (Mujer, 34 años)

Después de separar a las víctimas se realiza un primer momento grupal con la psicóloga donde se les explica el motivo del allanamiento, lo que está pasando, se tranquiliza y se hace la primera atención a las víctimas. A posterior se realizan entrevistas individuales a cada una, en las mismas se les reitera los motivos del allanamiento y comienzas algunos testimonios y preguntas. La psicóloga manifestaba que suelen expresarse tres cuestiones fundamentales: angustia, culpa y agresividad.

Se trabaja en el momento ya que existen cuestiones que no se vuelven a tocar, o que las mujeres víctimas prefieren no recordar, o no testificar después. Por lo que se

trata de resolver una primera testimonial en el acto. Muchas veces esto no resulta, ya que algunas mujeres tienen incorporadas las versiones y la condición a la que fueron expuestas y tienden a defender su estado. De la misma manera las primeras versiones acerca de las edades, procedencias y nombres que manifiestan las víctimas son los que han sido enseñados por sus perpetradores, es decir falsos. Por último también se manifiestan declaraciones de permanencia por decisión personal y propia voluntad: *“yo estoy porque quiero, acá me dan todo, vos me va a mantener a mí...”* (Víctima, 16 años).

Estas versiones resultan del intersticio legal que se filtra en la ley de trata de personas con la imposibilidad de penar la prostitución propia en adultos al manifestar consentimiento, en estos casos resulta mucho más difícil probar la explotación. Igualmente importante es marcar que muchas veces estas decisiones y versiones son marcadas, enseñadas a las víctimas por mecanismos de poder y violencia simbólica desde el mismo ingreso en la red de trata de personas.

Casa refugio

En el manual de lucha contra la trata de personas de la ONU, se reitera la necesidad de contar con un refugio seguro y protegido, ya que se supone que muchas de las víctimas no huyen de esa situación abusiva o de explotación porque no tienen un lugar a donde ir. Se supone un albergue seguro a corto y largo plazo que facilite el proceso de rehabilitación y la reinserción de las víctimas en sus familias o comunidades e impida que sean expuestas a más acosos o a una nueva victimización. (2007:152, 166) La provincia de Misiones fue una de las primeras en el país en tener un albergue específico para albergar víctimas rescatadas. El Ministerio de DDHH es el organismo encargado de sostener las acciones de la casa refugio, de la instalación de las víctimas y su posterior contención. Existen otros dos albergues en el interior de la provincia, que se comparten con casos de violencia, empero, analizaremos aquí el único refugio específico para casos de rescate de trata de personas.

El albergue en el cual se alojan las víctimas está situado en las cercanías de la ciudad de Posadas (pequeña localidad a 25 km), es atendido por dos mujeres adultas seleccionadas por un equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados) que sostienen turnos de trabajo de doce horas. En el tiempo en que no hay víctimas en la casa, en general no hay presencia a tiempo completo.

Así pues, “las cuidadoras” como se hacen llamar, son las encargadas tanto de mantener limpias las instalaciones, como cocinar y cooperar en la recuperación de la salud de las internas (administración de remedios, curaciones, etc.) y apoyarlas en su cuidado personal (higiene diaria, actividades lúdicas, etc.) y el lavado de sus ropas. (Schiavoni, 2010)

Para las jóvenes menores de 18 años la responsabilidad recae en la Subsecretaría de la Mujer del Ministerio de Desarrollo Social, sin embargo ellos no poseen casa refugio, entonces se utiliza la misma que para las mayores y se alberga a las menores hasta su declaración. Esto no sin problemas, ya que las necesidades de adultos y menores no son las mismas: la vulnerabilidad resultante de la edad, los conflictos familiares, la necesidad de constatar que no haya habido complicidad con los tratantes en el seno familiar y la demanda de los menores es mayor. Este punto también es destacado por las cuidadoras del lugar, una refiriéndose al Ministerio de Desarrollo Social comentaba: *“para lo único que sirve es para venir y ver” nos trajeron una bolsa de pan y un pedazo de carne y qué hago con eso. Los pedidos los realizo acá (Ministerio de DDHH), porque ellos no se hacen cargo... Yo no debería tener que cuidar, lo hago pero que no vengan a maltratar, o querer mandarme porque no soy empleada DE ellos.*” (Cuidadora 30 años)

En este punto cabe resaltar que las cuidadoras (ambas mujeres) no son personas con una formación técnica o preparación para este tipo de actividades, sino más bien personas a las que se convocó a partir de militancia política y que realizan la labor por planes sociales y sin nombramientos o pertenencia institucional.

En particular la falta de capacitación y de organización de la casa refugio ha traído algunos casos de complicaciones, peleas entre las víctimas de trata de personas, intentos de escape, algunos episodios de violencia hacia las cuidadoras. Así Schiavoni afirmaba: *“En esta instancia no se generan relaciones de amistad entre las mujeres internadas sino que los vínculos son conflictivos y las tensiones permanentes, todas han atravesado situaciones límites y en este acompañamiento van recuperando los recuerdos de lo que pasaron: engaños, malos tratos, violencias de todo orden, riesgos, etc.”* (2010:7) Estos conflictos se resuelven llamando a la psicóloga o al personal del ministerio, sin embargo el refugio no es pensado como un espacio de contención y trabajo permanente con las víctimas. Vale la pena decir que no existen programas paralelos de asistencia a la víctima.

Por otra parte, la casa refugio está pensada únicamente para víctimas mujeres, tampoco existe personal masculino encargado del lugar; pero esto corresponde también a la concepción de la trata de personas en la provincia en la que no se consideran víctimas masculinas, y se prevé únicamente víctimas de explotación sexual.

La permanencia de las víctimas en la casa refugio puede durar hasta tres meses, se supone que es el plazo en el que se realiza la declaración testimonial en el juzgado. Además supone el tiempo en el que se realizará una investigación y diagnóstico del grupo familiar de origen, así como las condiciones para el retorno al hogar, o bien la instalación en algún hogar a largo plazo. Las alternativas para estos últimos son limitadas me comentaba un miembro del equipo: *“Por ejemplo en Misiones no hay centros que reciban a mayores de 16 años, reciben hasta 12 años, y no son tan limpios, o tiene comodidades, también no hacerlos cerrados, que salen de un lugar para meterlos en otros. Además los centros que hay para chicas más grandes están repletos.”* (Mujer 30 años)

Los casos muy puntuales que superaron la estancia de noventa días sin posibilidad de inserción en algún hogar o casa apropiada (segura), se han resuelto de manera informal. Es destacable que en dos de los casos se ha incorporado a la víctima en las casas de miembros del equipo de trabajo, que si bien muestra el compromiso de las personas que trabajan en la temática no reviste en una solución a largo plazo, ni en una presencia institucional del Estado en forma seria.

La elección del destino de la víctima, así como la vida en las casas refugio, en muchos casos aparecen como nuevos momentos de violencia institucional, como estados tutelares de las víctimas. Se decide el traslado de las víctimas y se las encierra en pro de su no re-victimización. Este proceso se realiza en forma mecánica desvinculando la decisión de las víctimas, esto se ve más claramente en el caso de los menores que no “pueden” elegir (que curiosamente constituyen la mayoría de los casos rescatados). Asimismo se decide el tiempo de permanencia debido a la lentitud o rapidez de los procesos judiciales y de gestiones para la vuelta al hogar. Esta tutela que se imprime a las víctimas recién rescatadas perpetúa su encierro, y la no decisión en las cuestiones básicas supone la continuidad de la tutela de uno sobre el otro, lo que se hace es cambiar el tutelador: del tratante al Estado.

Una vez que se realiza la declaración en el juzgado se les pregunta a dónde quieren ir, así me comentaba una funcionaria: *“después se las restituye a la casa, donde*

elijan , porque se les pregunta a donde quieren ir, a veces los padres eran violentos o sufrieron abusos, y te dicen a lo de mi tía, y a veces tenemos gente que no quiere volver a ningún lado y se busca un hogar apropiado, o también no tienen a dónde ir. Así también tenemos las víctimas mayores que ellas deciden donde ir porque están libres de hacerlo, se las lleva a donde ellas decidan”. (Mujer 42 años)

Sin embargo estas decisiones de las víctimas están subordinadas al test psicológico y social del equipo del Ministerio de DDHH quien decidirá en última instancia el destino de la víctima.

Trato médico y psicológico

Las víctimas de trata de personas en general poseen necesidades médicas y psicológicas inmediatas y a largo plazo resultantes de sus condiciones inhumanas de vida, medios sanitarios deficientes, nutrición insuficiente, inadecuada higiene personal, ataques brutales, tanto físicos como emocionales, a manos de los traficantes, condiciones peligrosas del lugar de trabajo, riesgos derivados de su ocupación y carencia general de una atención de salud de calidad. (Manual ONU, 2007) La condición física de las víctimas en general se encuentra disminuido, hay que tener en cuenta que son sometidas a lesiones físicas, violencia simbólica, se han expuesto al uso y abuso de su cuerpo en forma de explotación sexual, también son expuestas a diversas enfermedades. Siempre dependiendo del tiempo transcurrido en las red de trata de personas.

También en muchos casos son obligadas a consumir estupefacientes o drogas psicoactivas para mantenerlas controladas o bien ellas recurren a las mismas por no poder sostener el grado de explotación al que son expuestas.

Según el manual de lucha contra la trata de personas de la ONU las afecciones más comunes en víctimas de trata de personas son:

- _ Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, dolores en la pelvis, trauma rectal y dificultades urinarias debidas a su trabajo en el comercio del sexo.
- _ Embarazo resultante de violación o prostitución.
- _ Esterilidad causada por infecciones crónicas de transmisión sexual no tratadas o por abortos realizados deficientemente o sin precauciones de seguridad.
- _ Infecciones o mutilaciones causadas por las prácticas médicas antihigiénicas y peligrosas del llamado “doctor” dependiente del traficante.
- _ Problemas crónicos de espalda, oídos, cardiovasculares o respiratorios, debilidad en la vista, por días interminables de agotador trabajo en condiciones peligrosas (de trabajo forzoso)

_ Malnutrición y graves problemas dentales. Éstos son especialmente agudos en las víctimas infantiles de trata que a menudo padecen retrasos en el crecimiento y dentaduras mal formadas o cariadas.

_ Enfermedades infecciosas como la tuberculosis.

_ Enfermedades no detectadas o no tratadas como diabetes o cáncer.

_ Contusiones, cicatrices y otras señales de malos tratos físicos y tortura. Las víctimas dedicadas al comercio sexual suelen ser golpeadas en regiones que no perjudiquen su aspecto externo, por ejemplo, en la parte baja de la espalda.

_ Problemas de uso indebido de sustancias o de adicción ya sea porque los traficantes las hayan coaccionado para que consuman drogas, o bien porque recurran al abuso de las mismas para aguantar su situación desesperada o escapar de ella mentalmente. (2007:160)

Según lo estipulado por el protocolo en Misiones las víctimas son llevadas a realizar exámenes médicos y entrevistas iniciales en el centro de salud específico para víctimas de violencia. El mismo atiende casos de violencia doméstica, violaciones y trata de personas. Sin embargo las acciones realizadas por los médicos fueron cuestionadas en las entrevistas.

La asistencia médica tendría que prestarse en todos los casos de manera apropiada y sensible a los aspectos culturales y las condiciones de las víctimas. Han surgido casos de víctimas llevadas al hospital de referencia que han permanecido por horas esperando el turno del médico, esto es junto a una patrulla y un policía de custodia y a un personas del Ministerio de DDHH; en estos casos la sensación de re-victimización es plena, esto a pesar de que los turnos son pedidos en forma específica y con miramientos de la condición de la víctima.

En las entrevistas se evidenció también el trato diferencial de los doctores, en algunos casos han hecho revisiones sin tocar a las pacientes o dándoles un trato indiferente. La estigmatización que produce en la víctima el maltrato, las horas de espera, las miradas de los otros en los centros debido a la escolta, la sensación de maltrato dentro del consultorio perpetúan una secuencia de violencias hacia sus personas: Pueden condicionar su imagen de víctima, o desvirtuar su capacidad de acción.

Es destacable a su vez, que no existan centros de habilitación de psicofármacos, siendo este uno de los problemas más comunes en las víctimas rescatadas, tampoco la provincia cuenta con centros de rehabilitación de psicofármacos para menores de edad, lo que se entendería esto se entiende para el caso de personas comunes en sus casas y tutela de sus padres (aunque deberíamos cuestionar si en realidad no es mejor contar con

centros de este tipo debido a la baja en las edades de consumo de estupefacientes), empero cuando la víctima ha salido de una red de trata de personas y son sometidas a condiciones de consumo forzoso a muy bajas edades, resulta imprescindible contar con tratamiento específico, y centros especializados de desintoxicación para menores. Asimismo se debería contar con personal profesional en la atención de estos casos en la casa refugio.

La condición psicológica de la víctima a posterior de haber ingresado a una red de trata suelen comprender patologías y reacciones psicológicas propias de las víctimas de abusos y violencia. Así afirma Cilleruelo *“El proceso al que son sometidas las personas objeto de Trata genera en ellas situaciones traumáticas en lo psicológico que las afecta gravemente. Esa afección aumenta proporcionalmente con el tiempo durante el cual permanecieron en esa situación. Y se acoplan a sus captores”*.⁵⁸ La ONU en su manual de lucha contra la trata de personas enumera algunas de las más comunes:

- Trauma psicológico por malos tratos y tortura mentales diarios, inclusive depresión, afecciones derivadas del estrés, desorientación, confusión, fobias y ataques de pánico.
- Sentimientos de indefensión, vergüenza, humillación, choque, rechazo o desconfianza.
- Choque cultural por encontrarse en un país extraño.
- Miedo de la víctima a la soledad, a ser descubierta y castigada por el traficante, a que su familia sea castigada y a las consecuencias de ser “inmigrante ilegal”.
- Culpabilidad por haber cometido semejante falta, haberse convertido en “criminales”, causar disgustos a la familia o violar las costumbres del entorno cultural tradicional.
- Cólera por haber dejado que esto suceda y porque su vida haya resultado destruida así.
- Sentimiento de traición por parte de los traficantes, la propia familia y la sociedad
- Desconfianza en sí mismas y en los que están a su alrededor
- Indefensión y falta de dominio de la propia existencia.
- *Las secuelas de la experiencia vivida pueden ser permanentes, incluso con tratamiento.* (ONU, 2007:162)

Con respecto a la atención psicológica desde el Estado en la Provincia de Misiones, es destacable la labor de una única psicóloga que debe abordar el total de allanamientos, a la totalidad de las víctimas y su atención en la casa refugio. La misma

⁵⁸ Dr. Alejandro Rodolfo Cilleruelo, quien es Juez Subrogante del Juzgado Nacional N° 10 del Poder Judicial de la Nación.

hasta el momento del trabajo de campo ni siquiera contaba con la asignación por parte del Ministerio de DDHH, sino que trabajaba a préstamo de otro Organismo. Sin embargo la problemática amerita el ingreso de más profesionales que puedan atender los casos de rescates y el seguimiento posterior. Tampoco el resto de los Organismos que intervienen posee personal capacitado o psicólogos, delegando en la misma profesional los casos de adultos, violencias y menores. Asimismo la labor psicológica acompaña el proceso judicial, en el que las víctimas deben testificar y comparecer en tribunales. El miedo y desconfianza que les generó la situación de trata de personas muchas veces dificulta los procesos, allí este acompañamiento se vuelve fundamental.

Uno de los cuestionamientos que se realizaban aún dentro del Ministerio de DDHH es la imposibilidad de continuar un tratamiento psicológico pleno o a largo plazo. Las contenciones que se realizan in situ en los allanamientos o en la casa refugio no pueden perdurar más allá de las declaraciones, haciendo que muchas veces las víctimas abandonen los tratamientos o deban retomar la atención por su cuenta.

Además la psicóloga mencionaba que muchas veces atiende consultas telefónicas de víctimas tiempo después de su reinserción o vuelta al hogar, pero que no intentan buscar otros profesionales y que no son contenidas a posterior del proceso judicial. Así por ejemplo me comentaba: *“no tiene plata para pagar el medicamento, deja de estar medicada y vuelve a estar mal con todos los síntomas, entonces me pone mal porque uno hace todo el trabajo y no puede mas no tenemos los recursos, se supone que una vez vuelta a la casa restituida ya no podemos... se le consigue el medicamento, pero más no podemos hacer... el estrés postraumático puede durar un tiempo y se trata y tiene que terminar”* (psicóloga)

Esto último actúa otra vez en detrimento de la atención de calidad de la víctima, ya que se deben someter a contar y revivir varias veces los procesos de violencia sufridos con la primera psicóloga, en las testimoniales, y de seguir tratamiento con los nuevos profesionales. Podemos mencionar un caso recogido en una entrevista, en el que se mencionaba las recaídas de una víctima rescatada a un año de su rescate, que había intentado suicidarse varias veces. Sin embargo la imposibilidad de recursos y de personal para sostener las acciones y tratamientos a largo plazo hace que se trabaje con los casos a manera de “parches”, y por convicciones personales.

Asistencia jurídica

Las víctimas de trata de personas necesitan asistencia jurídica, en especial cuando aceptan testificar en el enjuiciamiento penal del traficante y también como migrantes en situación irregular. Según los organismos internacionales se deben resguardar a las víctimas de cualquier contacto con los tratantes durante el proceso, salvaguardar especialmente los derechos y garantías legales de las víctimas. Los menores deberán estar al tanto de las mismas y de los riesgos de testificar en los casos de trata de personas, se les deberían conceder medidas protectoras especiales para garantizar su seguridad. (ONU, 2007: 156)

Como notamos en el apartado anterior, una de las funciones del equipo de trata del Ministerio de DDHH es preparar a las víctimas para las testimoniales. Primeramente la psicóloga evalúa la posibilidad de que la víctima efectúe las declaraciones, si estaría en condiciones; y llegado el momento hace una entrevista con la misma para prepararla para enfrentarse con los miembros de la justicia.

Uno de los puntos en los que se hace mayor hincapié es en el resguardo de la identidad de la víctima rescatada, esto ya está estipulado en el párrafo 1 del artículo 6 del Protocolo contra la trata de personas que complementa las disposiciones de la Convención contra la Delincuencia Organizada (Palermo 2000) y establece que deberán tomarse medidas para proteger la privacidad y la identidad de las víctimas de la trata, entre otras cosas, previendo la confidencialidad de las actuaciones judiciales.

Para ello tal vez sea necesario que las actuaciones judiciales sean confidenciales, por ejemplo, impidiendo el acceso al público o a los representantes de los medios de comunicación, o poniendo límites a la publicación de cierta información, por ejemplo, de detalles que permitan descubrir la identidad de la víctima. (Manual ONU, 2007:144) en Misiones se comienza a hacer desde el 2008 y se limitó de igual manera el acceso de las Organizaciones de la Sociedad Civil. Un funcionario de alta jerarquía mencionaba: *“Aparece además la necesidad de proteger a las chicas, porque la prensa está ansiosa por entrevistar a las mujeres, pero escriben esta es la que satisfacía a tres varones, y la drogaban y todo el mundo comienza señalar”*. (Ministro de DDHH, 2010) Sin embargo no impide que en la ciudad de origen se sientan igualmente señaladas, por las ausencias, los embarazos e hijos producto de la situación de trata de personas, o bien porque la familia hizo mucha publicidad en el afán de encontrarlas.

En todos los casos el principio orientador de estas acciones es la de prevenir la victimización secundaria, prohibiéndose la exposición innecesaria de la víctima, la

confrontación o comparecencia conjunto de la víctima y el agresor, etc. El paso de los menores por la justicia implica igualmente traslados (con custodia y séquito ministerial) con los mismos miramientos que hicimos en los aparatados anteriores.

Se supone además que el juez puede pedir el uso de Cámara Gesell para las testimoniales de las víctimas menores de edad, cosa que se realiza en todos los casos⁵⁹. Sin embargo la justicia federal en la provincia de Misiones no posee una Cámara Gesell propia, por lo que se debe recurrir a la del Poder Judicial Provincial. Esto implica la espera del turno, demoras en las testimoniales y los juicios, así como mayor permanencia de las víctimas en la casa refugio y por consiguiente más tiempo de encierro y tutela.

Asimismo con respecto al espacio físico de la Cámara Gesell provincial se encuentran diferentes dificultades: la misma es extremadamente pequeña, las salas de espera son reducidas y no poseen divisiones, lo que permite la presencia de la familia de las víctimas junto con los abogados defensores de los tratantes, así como miembros del poder judicial federal, miembros del poder judicial provincial, miembros del equipo del Ministerio de DDHH, etc. Una corte de personas que puede jugar en contra de las testimoniales de las menores, haciendo el efecto contrario del que se quería lograr con el uso de esta herramienta.

Sobre este tema me comentaban: *“Claro lo que pasa es que la sala es muy pequeña, en los primeros casos en que se hizo había una psicóloga asignada (la de DDHH) y nosotros (justicia provincial). Vinieron todos los jueces, vinieron a ver afuera, no entraba nadie, se hablaba por la computadora, es desgastante, mucha tensión y eso es jurisdicción federal y ellos no tienen Cámara Gesell, y nosotros hacemos, pero hay una móvil y nosotros tenemos que ir al interior a veces a san Vicente, cinco horas de viaje, sólo por un caso, es agotador, y bueno deberían hacer una propia”*. (Justicia provincial. 30 años)

Asimismo esta presencia compartida en salas reducidas dio lugar al intercambio de amenazas, forcejeos y desencuentros. En uno de los casos las amenazas pasaron a ser parte de las pruebas en el juicio: *“Igual que una chica que le dijimos muchas veces que*

⁵⁹ La Cámara Gesell consiste en dos habitaciones con una pared divisoria en la que hay un vidrio de gran tamaño que permite ver desde una de las habitaciones lo que ocurre en la otra –donde se realiza la entrevista–, pero no al revés. Gesell la creó para observar las conductas de los chicos sin que éstos se sintieran presionados por la mirada de un observador.

cuenta los de las amenazas no conto, pero otras dos si que el abogado las había amenazado y eso sirvió para que le dieran los 15 años”. (Funcionaria ,34 años)

Por último existe una instancia de conversaciones con las víctimas, de recuerdo de lo sucedido y de asistencia jurídica antes del momento del juicio. Me comentaba: “ *a veces nos llaman porque la víctima no quiere declarar, primero va la fuerza a notificar y después a veces tenemos que hablarles porque tienen miedo...De revivir la angustia de ese día, o del juicio oral, a veces por amenazas, de los familiares y de los abogados defensores, entonces no quieren. Pero hablamos y también hacemos un recurso testigo que es donde no las inducimos pero hacemos que se acuerden de cosas que nos contaron porque cuenta más información puedes determinar que en vez de estar 5 años, esté solo 3, entonces hacemos esto primero.” (Funcionaria ,34 años).*

En estos casos más que fomentar la participación de las víctimas en las actuaciones, se las direcciona y orienta en cuanto a las pretensiones del juicio. La continuidad de la tutela aún en estos momentos, no configura una víctima que se apropie del juicio como sujeto de derecho, sino una que parezca lo suficientemente víctima. Y en esto se da una construcción del deber ser de una víctima, aunque haya pasado bastante tiempo desde su rescate: se espera alguien caído, de ropas humildes, no contestatario, que demuestre su victimización. Esto también es analizado por Brunati con respecto a las víctimas que ingresan a los centros de cuidados, que deben parecer víctimas para merecer la ayuda. (Brunati, 2006). Así en vez de empoderar a las mujeres y niñas en función de su reinserción en la sociedad y constituyéndose como ciudadanas, respondiendo a la lucha por sus derechos en la justicia, se continúa con la tutela y victimización, creando finalmente “víctimas”.

Regreso y seguimiento de casos

Por último distinguimos dos momentos, el primero la vuelta a sus lugares de origen con las mismas condiciones de vulnerabilidad y pobreza y por último el seguimiento posterior de los casos. Estos implican momentos de violencia institucional más vedada que las anteriores porque sostienen la condición de las víctimas regresando sin las herramientas apropiadas a las mismas condiciones que permitieron su ingreso a la red de trata.

Se busca en general el contacto con las familias, sostenida en la concepción planteada por Álvarez donde el Estado deja a la familia roles como la educación de los hijos, la guarda y el cuidado y posee un status especial, fundamental para comprender el

problema, mucho más en casos de violencia: la concepción fuerte que está detrás es que lo mejor es mantener las relaciones familiares. (Álvarez, 2002)

Sin embargo esta preferencia por la familia puede llegar a ser contraproducente. No solamente el contexto de origen expulsor de la víctima, puede contener situaciones de violencia familiar, conflictivas y violentas en su grupo familiar, condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad; sino que no se prepara emocionalmente a las familias para el ingreso de la víctima, para que puedan recuperar a la víctima. (Schiavoni, 2010)

Así pues, la vivencia de la trata puede originar la ruptura sistemática de los lazos básicos y esenciales con la familia, los amigos y los sistemas religiosos y culturales, el proceso de reinserción, de no ser acompañado, puede generar un reingreso a redes de trata o bien de prostitución local. A modo de ejemplo nos comentaba un funcionario: *“Uno de los casos una chica que fue llevada a los 13 años que se llevó a Brasil cerca de Camboriú, estuvo tres años con supresión de identidad, la hicieron condiciones espantosas y drogada...después del rescate la familia en un portuñol, cominza a decirle puta de mierda salí de aca y no la recibe la rechaza completamente... le damos un trabajo, le damos condiciones, y ella sale en Capitanía⁶⁰ y cada tanto la tenemos que sacar de burdeles”*. (varón, 66 años)

Asimismo Schiavoni remarcaba que las posibilidades de reinserción social se dificultan y aparecen en el recuerdo de las víctimas como uno de los momentos más duros. El reencuentro con la ciudad o pueblo de origen, al barrio, a los conocidos aparece como un proceso en el que las víctimas suelen aparecer aisladas, con miedo a los señalamientos, y muchas veces, a las preguntas de quienes dieron cuenta de su ausencia. Asimismo remarcaba Schiavoni que la reacción de su propia familia, o el grupo de convivencia en el momento en que fueron capturadas, es muy variable y depende de cuál fue el detonante *“El retorno puede ser para algunas la última etapa y para otras el reinicio del ciclo en otro rol”*. (Schiavoni 2010:7)

Sumado a la condición social, familiar y cultural del lugar de origen, funciona como un eje de violencia el abandono de los casos a posterior de la reinserción, que se constituye como el último espacio de protección estatal. En años anteriores el seguimiento posterior lo realizaba la ONG Alto a la Trata, sin embargo el peso de la organización frente a las acciones del Estado ha disminuido, muchas veces las víctimas

⁶⁰ Estamos refiriéndonos al pueblo con un nombre ficticio.

no tienen contacto con la ONG, y en pro de mantener su identidad reservada, tampoco le dan acceso a sus datos.

Por último mencionaremos que la articulación entre los ministerios que pretende el protocolo de acción es muy frágil en la práctica. Las acciones son acaparadas por uno de los ministerios en detrimento de los otros y las responsabilidades de los otros ministerios no se cumplen (por ejemplo la contención del menor, el trabajo y las capacitaciones posteriores). Estos desencuentros institucionales se zanján a través de llamados y redes informales de solución de problemáticas: se comunican las cabezas de direcciones y secretarías, a través de redes sociales previas (amistades, afinidad política, parentesco, etc.) solucionando problemas coyunturales. Sin embargo, no podemos pensar que las líneas sociales informales recreadas en las instituciones se puedan sostenerse en el tiempo o superen un cambio de gobierno.

En resumen, este abandono posterior al sistema de tutelas es otro momento de violencia que se imprime cada día de la reinserción, cada una debe retomar actividades, comenzar otra vez y ya sin dirección, ni apoyo del Estado. Finalmente no concordamos que esta dirección ejercida en forma de tutela en un principio sea deseable, ni correcta o apropiada, sin embargo el problema reside en una presencia fuerte que impide la generación de actores con poder de decisión que de golpe deben asumir estas responsabilidades. Si en el camino que analizamos desde el rescate las mujeres asumen el papel de víctimas que les propone el Estado, y si no existen mecanismos de empoderamiento en derechos y como ciudadanas, no tendremos actores apropiados de sus acciones como para emprender este nuevo camino en pleno ejercicio de derechos y como ciudadanos con capacidad de acción.

Violencia, violencias y conclusiones

Este análisis, no deja de reconocer las acciones positivas que se realizan a favor de las víctimas, ya que es innegable el esfuerzo que se realiza desde la Provincia de Misiones y sus efectores para combatir el delito de la trata de personas. Los allanamientos y rescates, la coordinación con fuerzas de seguridad, la presencia de casas refugio, el equipo en formación, los programas implementados e inclusive la posibilidad de contar con un organismo con jerarquía de Ministerio que se ocupe de la temática, son logros destacables, que en muchos sentidos van a la vanguardia de las acciones en la temática respecto de otras provincias de la Argentina.

Brevemente mencionaremos que algunas provincias no han incorporado el trabajo de lucha contra la trata de personas desde el Estado, o que poseen oficinas pequeñas sin recursos ni personal suficiente; no se trabaja en coordinación con las fuerzas de seguridad y la desarticulación de acciones es una constante; no existen casas de refugio en la totalidad de las provincias argentinas, etc. todas éstas cuestiones actúan en detrimento de las víctimas.

Sin embargo, hecha la aclaración, se puede contribuir al mejoramiento de la atención post-rescate, y en este sentido analizamos las instancias de violencia institucional – tanto en los rescates como en la atención y la restitución – que permean dichas acciones. Formas trasmutadas de violencia que continúan el proceso que se inició con el ingreso de la víctima en la red de trata de personas para la explotación sexual y que sostienen o perpetúan una situación de vulnerabilidad para las víctimas.

La violencia es parte integrante de la trata de persona como práctica, está inscrita constitutivamente desde el ingreso de una persona a la red de trata hasta la muerte o escape/rescate, los flagelos hacia su persona son innumerables: La supresión de identidad, pérdida de la autonomía, golpizas, abusos sexuales, violencia simbólica, verbal; diversos y efectivos mecanismos de control, de ingresos de sumisión, del terror (poner de secuestros); la inclusión en prácticas denigrantes, la vulneración de la voluntad en forma permanente. Son algunos de las posibles violencias proferidas contra las víctimas de trata de personas. El concepto de violencia es complejo, difícil de definir unánimemente, podría decirse a grandes rasgos que implica *el uso de* una fuerza (no necesariamente física) en una relación social (implica más de uno) que puede ejercerse en forma abierta u oculta, vinculada a la posibilidad de coaccionar a otro. (Doz Costa, 2010:152)

Los tratantes de personas utilizan diversas técnicas para mantener esclavizadas a sus víctimas. Algunos las mantienen encerradas bajo llave, pero también se utilizan mecanismos menos evidentes como la servidumbre por deuda (obligaciones financieras, pago de pasajes, comida, drogas, etc.); aislamiento del público, de familiares y miembros de su etnia y comunidad religiosa; confiscación de pasaportes y/o documentos de identidad; amenazas de violencia contra las víctimas o su familia (en muchos casos se les trasmite a las víctimas datos de la familia a fin de generar temor por el conocimiento de horarios de los hijos, padres, hermanos); amenazas de secuestro de nuevas víctimas de su entorno, etc. Amenazas con la situación de inmigración ilegal, o

traslado a otros países en menores condiciones. Asimismo se puede tener control del dinero de las víctimas, etc.⁶¹

Otro enfoque es sumamente promisorio es el análisis de la violencia en la deconstrucción y reconstrucción del sujeto, la violencia es entendida como negación de la subjetividad como exceso y ausencia de sentido. Para poder entender mejor este enfoque, que abarca tanto la violencia física como la violencia simbólica, se atiende a la violencia desde la constitución del sujeto⁶². En este sentido Wieviorka afirma que se atiende a la subjetividad de la persona violenta y también de la perspectiva de aquella persona víctima de violencia *o sea de aquella subjetividad que es cuestionada por la violencia, (2006: 241)*

Así afirma: *El sujeto es capaz de actuar pero no siempre lo hace, la violencia en algunos casos es la incapacidad del sujeto de convertirse en actor. La Marca del sujeto contrariado, negado o imposible, la marca de una persona que ha sufrido una agresión, sea física o simbólica.* (Wieviorka 2006:241) Sin embargo en los casos de trata de personas estamos acostumbrados a leer acerca de la violencia ejercida dentro o durante el proceso de la trata de personas en sí, y no desde la óptica de la violencia ejercida a posterior. La misma debe analizarse como otro tipo de violencia que continúa el proceso de victimización iniciada al ingreso en la red de trata. La víctima de trata es negada, negada como persona, negada como sujeto de derecho, cuestionada, llevada tutelada, es decir anulada como ciudadana. Corresponde con la denominada “violencia institucional”, que denota un tipo de violencia que brota desde instituciones formales del estado, o de sus ordenamientos funcionales, cuya característica principal es que la misma reviste de legitimidad por ser parte del Estado (Doz Costa, 2006:152) Por su parte Rostagnol también reconoce que en distintas circunstancias aquellos sectores que detentan poder se han arrogado para sí la decisión de a quiénes considerar titulares de derechos; generalmente interponiendo la noción de ciertas carencias en las personas que las inhabilitaría para la titularidad de los mismos (discapacidades, minoridad, falta de conocimientos, etc.). (Rostagnol et al. 2006) en este caso la condición de víctima recuperada habilita la tutela del Estado.

⁶¹ Datos propios de campo y Manual de lucha contra la trata de personas ONU 2007.-

⁶² Sujeto entendido como la capacidad que tiene una persona de actuar creativamente, de constituir su propia existencia, de comprometerse de elegir; es también el reconocimiento que hacen otras personas que también son sujetos, como capacidad de relacionarse con otros. El sujeto se constituye en la relación interpersonal entre sujetos y en la relación intercultural, social. (Wieviorka 2006:241)

Parte de esa violencia que puede ser denegada en el proceso, en el mismo la constituye como sujeto apropiado de esa subjetividad, la subjetividad burlada en la trata de personas. ¿Qué pasa ahora si continuamos con el tutelaje, y con medios que trasmutan violencia y la transforman que reafirman la subjetividad creada en la red de trata y la proponen como una nueva forma de persona?

En este sentido planteamos momentos en el camino que recorren las víctimas rescatadas de trata de personas en los que se sostiene la tutela de víctima, se las aloja, se les dice que decir, se las aconseja, etc. sin proveer nuevas formas que permitan la adopción de prácticas y de sentidos que reconstruyan la subjetividad negada en el proceso de trata y que permitan que la víctima deje de serlo, pase a ser sujeto de derechos y reconstruya su identidad fuera de la trata.

La violencia institucional en este caso perpetúa una forma de construcción y acción de un sujeto vulnerado por una red de flagelos: en el rescate con fuertes momentos de violencia en los allanamientos, careos entre las víctimas, entrevistas individuales. Los traslados y manipulaciones de las víctimas, desde los lugares con escolta policial y séquito de contención, que muchas veces actúa para denotar la condición de la víctima. La casa refugio, el encierro en un nuevo espacio y la tutela resultante, reafirmando su condición de víctima a partir de cuidados, decisiones tomadas por terceros (profesionales o no). Así como la insuficiente cantidad de profesionales psicólogos y la ausencia de capacitación específica en las cuidadoras, quienes no pueden sostener el acompañamiento y fortalecimiento de las víctimas rescatadas. El emparejamiento de menores y mayores en la casa refugio y la impensada presencia masculina. Las contrariadas visitas a controles médicos y falta de seguimiento psicológico posterior. Finalmente la vuelta a un contexto de origen sin el acompañamiento necesario de los que reciben y de las que van, del pueblo, de las condiciones de existencia y las formas de vida hacia delante. Todos estos momentos vistos por separado pueden no ser considerados como violentos y graves, pero en conjunto y como seguidilla de los actos de violencia perpetrados por la red de trata, hacen que la subjetividad burlada se vuelva medio, se vuelva normal. Que pasa entonces con la violencia, la violencia en estos casos se vuelve constitutiva del sujeto, constructora de otredad. Las reincidencias también nos hablan de una apropiación de la actividad, donde la explotación se vuelve elección.

La violencia institucional entonces, aparece cuando el ordenamiento funcional del Estado, no solo no garantiza, sino que incluso que actúa como generador de obstáculos para la realización plena de los derechos por parte de todos los ciudadanos. (Doz Costa, 2006:152) asimismo Rostagnol afirma que el ejercicio de los derechos exige, por una parte, la existencia de mecanismos habilitantes que garanticen su ejercicio, y por otra, la consideración de las personas como sujetos morales a fin de que puedan ser titulares de derechos. Entonces la ausencia de mecanismos habilitantes y el no reconocimiento del carácter de sujetas morales encubren prácticas enmarcadas en procesos de violencia estructural, no visible para los actores involucrados (proveedores y beneficiarias) aunque estas últimas reciban los efectos (Rostagnol, 2007).

Finalmente, podemos encontrar muchas formas de violencia, y de comunicación entre violencias, pero indefectiblemente la violencia que arremete contra la subjetividad vista como un proceso de construcción y de-construcción del sujeto, que inhabilita en primer término la conformación de un sujeto activo capaz de hacer, de pensar, de elegir. Esa capacidad violentada impide un sujeto de derechos, de-construcción la subjetividad anulando capacidades; esta violencia que se supone opera al inicio y durante el proceso de la trata, también aparece como violencia simbólica en los traslados, las tutelas, las palabras, las disputas interministeriales, convalidando la figura de incapacitada de la víctima. Esta violencia vedada es institucional porque es el Estado el que asume la tutela de la víctima a posterior de un rescate, y que sostiene el legítimo uso de la guarda de los derechos.

En segundo término, esta violencia que supone la reconstrucción de un sujeto además convive con la posibilidad de que la misma violencia vaya conformando una nueva subjetividad, un nuevo ser que se apropia en algunos casos de la misma violencia, de la condición de víctima de la incapacidad de acción. Esta violencia que conforma un sujeto incapaz, puede configurar un espacio de apropiación de prácticas, de trabajo esclavo, de madre vendedora, inclusive configurar nuevas “elecciones” de prostitución, ya esta vez sin engaños. Una nueva subjetividad respuesta de la situación de violencia se afirma y confirma a posterior de su rescate: por la falta de espacios mínimos para que las víctimas se configuren como sujetos de derecho, como ciudadanos; la ausencia de respuestas ante las condiciones socio estructurales que llevaron al ingreso de la víctima a la red de trata, es decir con la vuelta forzosa a una situación de vulnerabilidad,

etc. La configuración de un sujeto apropiado de una subjetividad pos-violencia implica la reconstrucción de un sujeto nuevo: el daño es completo.

La violencia impacta, es una marca en la subjetividad, pero podemos prever las formas de sustituir las violencias posteriores y desanclarlas de la constitución de los sujetos en tanto se impriman subjetividades en el marco de los derechos humanos y en el espacio de los ciudadanos-sujetos de derecho. Las herramientas institucionales están dadas, es imprescindible hacer uso de una – extrapolando el uso del término – vigilancia epistemológica de las acciones y de las formas de atención de las víctimas que no configure sujetos resultado de violencias, sino integre sujetos libres a una etapa que rompa con la violencia ya sufrida en el proceso de trata de personas. Este trabajo pretende ser un instrumento para analizar cambios en los momentos posteriores al rescate que permitan acompañar a la víctima para que, finalmente deje de serlo.

Bibliografía

Abínzano R. 2000 “*Antropología, Derechos Humanos y Globalización*” En: Avá Revista de Antropología N° 2 Setiembre de 2000. ISSN 1515-2413

Abínzano R. 2000 Estudios Regionales, Año 9, N°17, noviembre 2000.

Alvarez, S. 2002 “La distancia en el discurso profesional de la justicia argentina: la representación de la criminalidad en la justicia penal ante la nueva ola de violencia delictiva” en: Sandra Gayol y Gabriel Kessler (comp.) *Violencias, delitos y justicias en la Argentina*; Ediciones Manantial SRL, Universidad Nacional de General Sarmiento; Buenos Aires.

Anguita Olmedo, C. 2007 *Tráfico ilegal de seres humanos para la explotación sexual y laboral: la esclavitud del siglo XXI* En: *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* N° 15. Universidad Complutense de Madrid.

Barboza L. Martínez M. 2006 *Manual de intervención en la trata de personas. Sec. Mujer* Presidencia de la Rep. de Paraguay. Asunción, Paraguay. CENIJU.-

Brunati, Olga 2006 “La asistencia a la víctima de “violencia familiar”: tres instituciones sociales no gubernamentales y un ámbito especializado de la esfera jurídica abordando un mismo problema social” EN: *La Asistencia A La Víctima De «Violencia Familiar» Cuadernos De CLASPO-Argentina*, N° 13 CLASPO-Argentina, Buenos Aires, 2006.

Carvalho H. Romero A. Sprandel. M. (coord.) 2004 *La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en las legislaciones de Argentina, Brasil, Paraguay: alternativas de armonización para el Mercosur*. Asunción, OIT IPEC. Suramérica.

Chejter S. y otros 2005 *Feminicidios e impunidad*. Editado por Centro de Estudios Cultura y Mujer. Bs. As.

Convencion de naciones unidas sobre esclavitud. En: <http://www.ilo.org/public/spanish/dialogue/ifpdial/llg/noframes/ch6.htm>

Doz Costa, Josefina 2010 *Violencia institucional y cultura política* En: Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, núm. 38, julio, 2010 (pp. 145-168) Universidad Nacional de Jujuy San Salvador de Jujuy, Argentina en línea. En:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18516804010> ISSN 0327-1471

Fretes, Lucía Mabe., 2011 *Trata de Personas para la explotación sexual: entre el delito, la agenda y las políticas públicas de Derechos Humanos en la Provincia de Misiones*. En: Congreso Latinoamericano de Derechos Humanos. Universidad Nacional de Rosario; Rosario, Argentina. Mayo de 2011.

Geertz, C. 1987 *La Interpretación de las Culturas*. México, Gedisa.

Kergoat, Danièle 1997 “*Por una Sociología de las relaciones sociales*” en Hirata H. y **Kergoat D.** *La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio*. Bs. As. Piette Conicet.

Ley 25.764 y Ley 26.364

Manual de Lucha Contra la Trata de Personas. 2007 Publicación de las Naciones Unidas. ISBN-10: 92-1-333380-3 y ISBN-13: 978-92-1-333380-8 Nueva York, Naciones Unidas (ONU) En: http://www.unodc.org/pdf/Trafficking_toolkit_Spanish.pdf

Martínez, Ofelia. 2004 *El tráfico de mujeres*. En: *Informativo mujer, no. 169*. CDE, Centro de Documentación y Estudios, Asunción, Paraguay: Paraguay. 2004 10017-6063. En: <http://168.96.200.17/ar/libros/paraguay/cde/mujer/mujer169.pdf>

Molinas Cabrera, María y Núñez Benítez, Elba. 2005 *Trata de mujeres con fines de explotación sexual, una forma de esclavitud moderna. Informativo Mujer año 17, no. 176*. CDE, Centro de Documentación y Estudios, Asunción, Paraguay: Paraguay. Julio-Agosto. 2005 ISSN: 1017-6063
EN:<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/paraguay/cde/mujer/mujer176.pdf>

Noli, Elizabeth 2010 *Análisis De La Ley 26.364 Prevención Y Sanción De La Trata De Personas Y Asistencia A Sus Víctimas* Documento de trabajo. Fundación María de los Ángeles. Tucumán, Argentina.

Protocolo de Palermo. 2000 Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada. New York.-

Rostagnol S. 2007 Informe País sobre la Trata de Personas – OEA Oficinas Uruguay.

Schiavoni L. Krautstofi E. 2010 “Redes de trata de personas en una Zona de frontera del Mercosur (Misiones, Argentina). Respuestas de la Antropología en un contexto de globalización”. En: *70th Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology*. Mérida, México

Sperber D. 1994 "Interpretative ethnography and theoretical anthropology En: On anthropological knowledge. Three Essays, Nueva York. Cambridge University Press.

UNICEF. 2005 Informe "Situación de la niñez y de la adolescencia de la Triple Frontera entre Argentina; Brasil y Paraguay". UNICEF Triple Frontera. Curitiba.

Wieviorka, M. 2006 *La violencia: destrucción y constitución del sujeto* EN: Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol 15 Enero Junio de 2006 (239-248) ISSN 1315-0006 Universidad de Zulia. Venezuela.-

**III Congreso Argentino de Derechos Humanos, Universidad Nacional de Rosario
Mayo 2011**

**Trata de Personas para la explotación sexual: entre el delito, la agenda y las políticas
públicas de Derechos Humanos en la Provincia de Misiones.**

Lic. Fretes, Lucía Mabel,
Universidad Nacional de Misiones - CONICET,
luciafretes@conicet.gov.ar; tabithadr@hotmail.com

Trata de personas: de la práctica al delito

La trata de personas es un fenómeno complejo, que incluye diferentes manifestaciones, entre las que encontramos el tráfico para la explotación sexual, el tráfico de personas para el trabajo servil, el tráfico y venta de niños y bebés para la adopción y el tráfico de órganos. El Art. 3° del Protocolo de Palermo la define como:

*“Por “trata de persona” se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otras, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos”.*¹

De esta manera, la **trata de personas** es una práctica, entendida la práctica social como un conjunto coherente, no siempre consciente, de comportamientos y actitudes identificables, en virtud de las relaciones sociales. (Kergoat, 1997) La misma puede emparentarse históricamente con la esclavitud², la prostitución³, el feminicidio⁴, el tráfico ilegal⁵, etc. Todas estas prácticas tienen diferentes raíces culturales y trayectorias históricas, con la particularidad que en nuestras sociedades las acciones se realizan dentro de marcos normativos que responden a sistemas jurídicos establecidos, por lo que las mismas se

¹ Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada. Año: 2000

² Cf. Anguita Olmedo, C. 2007.

³ La trata de personas para la explotación sexual comercial, está estrechamente vinculada con la prostitución, se realiza hincapié en las formas de captación forzosa para diferenciarlas. (Rostagnol, 2007)

⁴ Los crímenes cometidos hacia mujeres por su condición de género, también aparece como un modo de interpretar el tema de la trata de personas. Cf. Silvia Chejter et.al 2005

⁵ Hace unos años, era muy común relacionar la trata de personas con el tráfico ilegal fronterizo, sin embargo se descuidaba el tráfico de personas dentro de un mismo territorio nacional con fines de explotación ya sea laboral, sexual o para adopciones.

constituyen en sobre la base de la ilegalidad y el delito. Las prácticas enumeradas aparecen como acciones que rompen con el orden y lo establecido como válido en una sociedad determinada, fundamentado en concepciones culturales, morales y valorativas que remiten a una construcción del derecho como tal y a la definición de lo normal/anormal, prohibido/permitido, etc.

Geertz afirmaba que una de las necesidades principales de orientación es sin duda la caracterización de individuos humanos, de las acciones y de su mundo cotidiano (su campo de acción) marcados por símbolos que definen las clases de individuos, objetos, tiempo, etc. *no están dados en la naturaleza de las cosas, sino que están contruidos históricamente, son socialmente mantenidos e individualmente aplicados.* (Geertz, 1992: 301) En las sociedades occidentales dichas construcciones son herederas del derecho romano, en el que ciertas prácticas prohibidas se vuelven delitos, los delitos se institucionalizan, naturalizándose, es decir, para el imaginario social siempre fueron así: prohibidos, vedados, sancionados, etc.

La novedad de la trata de personas reside entonces, en la articulación de estas prácticas delictivas en un mismo concepto, contemplando en una secuencia de acciones con miras a un fin determinado, que de otra forma no serían punibles (traslado, captación, etc.). En este sentido, cada uno de las prácticas delictivas afines – el tráfico de personas, la explotación sexual, la supresión de identidad, el secuestro, etc. – aparecían como delitos aislados, por ende se juzgaban como causas separadas. De igual manera, aunque se va configurando la articulación de redes trasnacionales, semejantes a una mafia organizada con fines de explotación, estas prácticas delictivas se circunscribían a una jurisdicción determinada dentro de un Estado-Nación. Para Barboza esto se da porque *en el ámbito de derecho penal los crímenes se sofistican cada vez más volviéndose trasnacionales y desafiando los conceptos clásicos de soberanía* asimismo afirma que las leyes en general no acompañan esta evolución, confrontándose siempre con el principio de territorialidad. (Barboza, 2006:9,17).

En este proceso de construcción de la trata de personas como delito, se firma en la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional – el 15 de diciembre 2000 – dos protocolos relativos al combate al tráfico de migrantes por vía terrestre, marítima y aérea y la Prevención, Represión y Sanción a la Trata de personas, en

especial mujeres y niños⁶. La conformación como práctica y su consagración en el marco internacional consiguió estipular lo que está dentro y fuera de los alcances de la trata de personas, que según Schiavoni reúne tres aspectos fundamentales: 1) La acción: el reclutamiento, transporte, transferencia, detención o recibo de personas. 2) Los medios: mediante el uso de la amenaza o la fuerza u otras formas de coerción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder, o de la posición de vulnerabilidad. 3) El propósito: dar o recibir pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona, adquirir el control sobre otra persona con el propósito de explotación. (Schiavoni et. al. 2010)

Por último, se establece claramente su relación con los derechos humanos, Carvalho al analizar el Tratado de Palermo afirma que se supone la prevención prestando una atención especial, protegiendo y ayudando a las víctimas, con el pleno respeto de los derechos humanos, por lo que supone la cooperación de Estados a tal fin. (Carvalho et al. 2004:13)

En este sentido, se asientan las bases de la asociación entre prevención de la trata de personas y derechos humanos (DDHH). Estos últimos como conjunto de directrices y principios filosóficos, morales y jurídicos respecto del lugar del hombre en el mundo y universo, con supuesta validez universal, sustentada en una construcción desde tiempos remotos que le imprimen un halo de legitimidad histórica. Galvis Sánchez enumera dicho conjunto de ideales: libertad, igualdad, dignidad y justicia como el núcleo filosófico y teórico de los derechos humanos, fundamentado desde diversas escuelas ideológicas, tradiciones religiosas, postulados políticos argumentos jurídicos, en un debate que particularmente en la segunda mitad del siglo XX, adquirió alcance universal. (Galvis Sánchez, 2007:54)

Los derechos humanos se consolidan en la declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 realizada en París por la Comisión de DDHH encomendada por la “Comunidad Internacional” reunida en San Francisco en 1945, que consolidó las bases de la Organización Internacional de las Naciones Unidas (ONU). En la declaración, suscrita por 48 estados, se reconoce los DDHH como inherentes, indivisibles, imprescriptibles y sobre todo universales y exhorta a su protección por un régimen de derecho. En 1968 se le dio un sentido más social y aparece lo que Galvis Sánchez (2007) denomina el fenómeno

⁶ Denominado comúnmente *Tratado de Palermo*.-

contemporáneo de los DDHH, caracterizado por intensos procesos de positivización, generalización, institucionalización e internacionalización.

Estos procesos se caracterizan por la abundante proliferación de normas jurídicas materializadas en convenios, convenciones, pactos, tratados, etc. la creación de novísimos derechos (confidencialidad, el habeas data, el patrimonio genético, etc.) La generalización pone el acento en el alcance planetario de los DDHH, irradiándose de su origen occidental hacia todos los rincones del mundo, traspasando fronteras y barreras ideológicas, políticas, culturales, religiosas y sociales. Por último, la institucionalización se evidencia a través de la gran cantidad de entes globales, mundiales y nacionales que se ocupan de los DDHH, (Galvis Sánchez, 2007:63,64)

Abínzano supone que la universalidad de los derechos es cuestionable *“si hay algo poco universal en las sociedades humanas actuales son ciertos derechos y normas supuestamente universales que ni siquiera tienen vigencia plena en las naciones donde han surgido.* (Abínzano, 2000:26) Remarcando que existen enormes dificultades para concretar la vigencia de estos derechos, así como se vislumbra más difusión de los problemas y comportamientos que tienen a regular, que las medidas tendientes a solucionarlos.

En definitiva, una vez que a nivel internacional la trata de personas se conforma como delito en sí, con los límites y alcances de su concepción, se lo ubica – en tanto acto que atenta contra la dignidad y libertad de las personas – en el ámbito de los derechos humanos universales, y es aquí donde comienza nuestro proceso.

Conformado el delito, su ingreso a la agenda

En paralelo a su conformación como problemática, se inicia entonces un proceso de sensibilización internacional acerca de la trata de personas como flagelo, que hermana tanto la visibilización del fenómeno en la sociedad, como consecuentemente la sensación de un marcado crecimiento del delito como tal. Esto no quiere decir que no haya existido antes trata de personas – tal y como la concebimos hoy – ni que los índices del delito sean mayores en la actualidad (que como vimos es una práctica preexistente); sino que se comienza a poner el foco de atención en este conjunto de prácticas delictivas que antes se desdibujaban en otras. Estos dos procesos, en conjunto con la presión política a nivel

internacional, convierten a la trata de personas en un tema prioritario de agenda internacional.⁷

Siguiendo esta lógica, la Organización de Naciones Unidas (ONU) calcula que el negocio moviliza cerca de 9.500 millones de dólares e involucra en el mundo a 27 millones de personas. Informes de la Organización Internacional del Trabajo sostienen que anualmente entre 600 y 800 mil personas son víctimas del tráfico de personas, y que el 98 por ciento de las víctimas de redes de explotación sexual son mujeres y niñas. Asimismo consideran que la trata de personas ascendió al segundo lugar, como el negocio ilícito más redituable del mundo, luego del tráfico de drogas y de armas.⁸

De la misma manera, en concordancia con los lineamientos internacionales, en la República Argentina la trata de personas experimenta su ingreso en la agenda pública y la instalación de la misma como delito visible. Si bien, no existen cifras oficiales, organizaciones no gubernamentales estiman en 550 los casos de mujeres y niñas desaparecidas-secuestradas en el país vinculados a este delito, únicamente para el 2007 (se supone que duplica esa cantidad al 2011) en la que convergen: el tráfico y la venta para la explotación sexual internacional y el tráfico y la venta para la explotación sexual con rutas dentro del país⁹. En ambos casos pueden incluirse la importación de personas desde otros países, como mujeres y niñas de Bolivia, Paraguay, Brasil, etc.

En los últimos dos años, se multiplican los casos registrados y denunciados, esto remite a dos factores íntimamente relacionados: la toma de conciencia por el ingreso a la agenda pública, y consecuentemente la promulgación de una ley nacional de trata de personas. La Ley 26.364 -conocida como la Ley de Trata- se promulgó en abril de 2008 con el objetivo de prevenir y sancionar el delito de la Trata de Personas y la asistencia a sus víctimas.

Misiones y la Trata de Personas

La presente ponencia intenta mostrar la trayectoria por la que atraviesa en la Provincia de Misiones la *trata de personas* para institucionalizarse como política pública en el ámbito

⁷ Nótese que es muy común encontrar notas periodísticas y documentos internacionales que manifiestan que la trata de personas como fenómeno moderno ha alcanzado niveles substanciales en los últimos años, que ha crecido significativamente, etc. fetichizando la misma conformación moderna del delito.

⁸Cf. Informe INADI 2008.- http://infoalternativa.com.ar/home/index.php?option=com_content&task=view&id=1452&Itemid=37

⁹ Conclusiones de las 1ras Jornadas de Capacitación sobre la Trata de Personas. Puerto Iguazú. 2008.-

de los Derechos Humanos. Primero como toma de conciencia y problema, a posterior de su entrada en agenda con la promulgación de la ley 26.364, lo que lleva a una gran presencia mediática de casos rescatados en y desde Misiones, convirtiendo a la Provincia en la principal “proveedora de mujeres y niños/as para la trata de personas”¹⁰.

La Provincia alcanzó casi un millón de habitantes en el censo del 2001 distribuidos en una superficie de 30.000 Km² (la densidad es de más de 33 habitantes por km²). Posadas, la capital provincial, que concentra más de un cuarto de la población total, con más de 250.000 habitantes, se encuentra articulada a la ciudad de Encarnación (Paraguay) a través de un puente internacional, lo que significa un permanente fluir de personas y mercaderías entre ambas orillas del río Paraná. Puerto Iguazú, en la zona norte se halla articulada con Foz de Iguazú (Brasil) a través de otro puente y a su vez Foz de Iguazú con Ciudad del Este (Paraguay) a los que se suman una serie de puntos fronterizos que se conectan vía lanchas y balsas intensificando el tránsito y tráfico de personas y bienes en toda la región.

Misiones es una provincia cuyo territorio tiene el 90% de fronteras con otros países: Paraguay por el este y Brasil por el norte y oeste, núcleo de la región de la Triple Frontera, por las características geopolíticas debe ser enmarcado conceptualmente como *Región Fronteriza*. Lo cual implica detenernos en el análisis de un espacio internacional de interacciones relacionales múltiples e intensas, en el cual los aspectos a relevar manifiestan características y mecanismos comunes correspondientes al área de estudio, expresados en el desenvolvimiento de prácticas y acciones de los sujetos sociales intervinientes.¹¹ La articulación entre países se realiza a partir de puentes, cruces, *piques*¹², lanchas, balsas y ferrys. La *frontera*, como espacio geopolítico, socioeconómico y cultural, permite el surgimiento de una diversidad de estrategias humanas que permean espacios de diversas

¹⁰ Esta frase es característica de los artículos periodísticos publicados acerca de la temática, también confluyen los informes de UNICEF; INADI y Policía Aeroportuaria, entre otros. Como ejemplos: www.lineacapital.com.ar/?noticia=38243 ; <http://74.125.93.132/search?q=cache:R11cb2QL-HcJ:www.lineacapital.com.ar/%3Fnoticia%3D38243+misiones+principal+proveedora+de&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar> www.7paginas.com.ar/content/view/1127/30

¹¹ Sosteniendo las particularidades locales, se construye la integración fronteriza como región socio-antropológica. De acuerdo con Abínzano “... la frontera, entendida, no como una línea divisoria que separa y/o contacta subsistemas nacionales diferentes, ni como una membrana que selecciona flujos de diversa índole (personas, mercancías, mensajes, etcétera), sino como un espacio de considerables (y muy variables) dimensiones donde los efectos de las fronteras internacionales (límites) se hacen sentir en forma permanente siendo consubstanciales con la vida social misma de esas regiones, con las identidades culturales, con las actividades, proyectos y expectativas de la mayoría de la población”. (Abínzano; 2000)

¹² Denominación de pasos clandestinos en el Norte de Misiones.

organizaciones sociales: sean aquellas con fines de apoyo a la sociedad civil, aunque también otras cuyos propósitos lindan con el delito redes de tráfico y tránsito de *mercancías* de las cuales no escapan la explotación sexual, el trabajo infantil y la trata de personas.

Investigaciones y estudios anteriores realizados en la provincia¹³, confirman la presencia de prostitución, explotación sexual infantil y trata de personas relacionados a cuestiones de vulnerabilidad. Para Barboza, están más expuestas: mujeres y niños; personas en general que huyen de situaciones de violencia, discriminación, pobreza extrema, quienes migran sin un plan determinado o desconocen la situación de trabajo en lugares diferentes al propio, y víctimas de trata interna (Barboza et. Al. 2006:94) Esto puede darse por la habitualidad de las prácticas fronterizas y vecinales, como remarca Schiavoni recién a finales del siglo XX la problemática de la explotación laboral o sexual de menores o mayores de 18 años comenzó a formar parte de la agenda de agencias de control (ya sean provinciales, nacionales e internacionales): *La trata de personas y la prostitución infantil no son novedades en esta región, su naturalización dio lugar a la constitución de redes de explotación eficientes y provechosas que actúan con gran impunidad.* (Schiavoni et. al. 2010:4)

En particular las formas que adquiere la trata de personas en la Provincia de Misiones, podrían resumirse en la búsqueda y selección de jóvenes de nivel socioeconómico medio, medio-bajo o bajo; a las muchachas las llevan engañadas, con la promesa de un mejor trabajo; la realizan tanto mujeres como varones de la misma ciudad o forasteros que recorren los barrios y abordan a jóvenes con "buen cuerpo", ofrecen "altas sumas de dinero" y alternativas de trabajo en ciudades más al sur, proponen puestos como mozas, mucamas, empleadas domésticas y ayudantes de cocina, etc. En algunos casos vinculadas a restaurantes, bares y hoteles, y en otros sólo el ámbito doméstico; las que se resisten son obligadas a trabajar hasta que reúnen el dinero y pueden regresar; otras aceptan el cambio de rubro y llegan a quedar meses y hasta años. Al llegar descubren que allí también "trabajan" personas conocidas y en algunos casos muy allegadas como primas, sobrinas, vecinas, compañeras de colegio. (UNICEF op.cit)

¹³ Informe UNICEF 2005, OIT 2003, UNaM 2002, 2006, 2008, entre otros.

En relación a la temática de estudio en particular, se destacan diferentes factores como parámetros que inciden en la búsqueda de niños y mujeres: el perfil sociocultural identitario particular de Misiones (conjunción inmigratoria de origen, características fenotípicas, etc.), zona de frontera, turismo internacional, pobreza, exclusión social, etc.

Entonces si la trata de personas aparece también en la provincia como preexistente a su declaración como delito y a su ingreso en la agenda, se produce también un proceso de institucionalización de la misma, de visibilización en la sociedad y la conformación de políticas específicas desde el Estado (en este caso en su figura provincial), que como especificidad local se dio en estrecha relación con políticas de derechos humanos.

Institucionalización, del delito a la política pública

Las acciones referentes a la lucha contra la trata de personas en la provincia de Misiones datan del año 2006 marcadas por una participación activa de la sociedad civil. Durante los dos años siguientes las organizaciones civiles asumieron las acciones de prevención y atención a las víctimas conformando un bloque que se denominó “Coalición Alto a la Trata”. Por su parte, las acciones estatales respecto de la temática se encontraban desarticuladas y respondían a inquietudes personales de algunos funcionarios. De esta forma encontramos que desde el Ministerio de Desarrollo Social se habían realizado acciones aisladas de atención a víctimas de trata de personas en menores, aunque no se llegó a conformar una Dirección o Secretaría concreta.

Ya a finales de 2007 y principios del año 2008, articulando con diversos organismos estatales, se crea el Ministerio de Derechos Humanos, con un área específica abocada al trabajo con trata de personas dentro de la Secretaría de Igualdad de Oportunidades: el Departamento de Lucha contra la Trata de Personas. Al poco tiempo se firmó un protocolo de atención provincial (que involucraba también colaboración mutua con Paraguay y Brasil), que contiene los lineamientos de la atención a las víctimas de explotación sexual y trata de personas con un enfoque de horizontalidad en las competencias de diferentes ministerios¹⁴.

¹⁴ El Protocolo de Atención determina que en el rescate, en conjunto con las fuerzas de seguridad, debe participar personal del Ministerio de Derechos Humanos, si la víctima resulta ser menor debe darse participación a la Dirección de Menores del Ministerio de Desarrollo Social; se debe dar atención médica integral a las víctimas así como proveer los medicamentos etc. (Ministerio de Salud) Se supone la contención de las víctimas hasta las declaraciones y testimoniales en la justicia, a cargo del Ministerio de Desarrollo

De esta manera se fija como competencia del Ministerio de Derechos Humanos la atención de víctimas de trata de personas adultas desde su rescate hasta la vuelta al hogar. Sin embargo encontramos que el mismo Ministerio se va constituyendo como institución (recién creada) en función de su objeto de intervención “los derechos humanos”. Estos últimos concebidos, no en su concepción abstracta omnicomprendiva, sino vivenciados de manera singular desde las mismas prácticas en forma de intervención¹⁵.

Es decir, en la determinación de sus acciones principales de este Ministerio recién creado, los DDHH en sí podrían abarcar una infinidad de acciones, muchas de ellas ya contempladas en los organigramas y competencias de otros ministerios. Por este motivo se fijó en su creación cuatro áreas prioritarias de acción: se integra la prosecución de los delitos de lesa humanidad (perpetrados durante la última dictadura militar), subsume la dirección de asuntos guaraníes, discapacidad e igualdad de oportunidades y trata de personas¹⁶. De esta manera se sostuvo a la lucha contra la trata de personas como baluarte de las acciones dentro del Ministerio, abarcando la mayoría de los recursos disponibles¹⁷.

Esta especialización de acciones también fue fruto de la coyuntura de la creación del Ministerio, la trata de personas como “novedad” (esto ya lo expusimos) y como tema prioritario, una mezcla de exotismo y fascinación, llevaron a que se unificaran las acciones del Ministerio de DDHH y un marcado empuje por sobre otros ministerios que también aparecían mencionados en el protocolo¹⁸.

Social (menores) y Ministerio de Derechos Humanos (mayores) junto con la evaluación del contexto y la vuelta a la sociedad. Los Ministerios de Educación y Trabajo se comprometían a brindar alternativas de finalización de estudios y capacitaciones respectivamente.

¹⁵ Es Abínzano quien remarca la distinción de los DDHH como parte del derecho natural y positivo, siendo una construcción de este último, ya que aparecen como producto de las relaciones entre diferentes sociedades, como socio-génesis de una nueva juridicidad a nivel planetario. De igual manera, si fuesen derechos naturales (parte la naturaleza misma del individuo) no habría necesidad de su promulgación. Cf. Abínzano, 2000.

¹⁶ Si bien, la dirección del gobierno nacional hizo particular hincapié en la finalización y seguimiento de los actos delictivos en la última dictadura casi como sinónimo de DDHH, en la provincia no era suficiente como para sostener un ministerio (pocos casos respecto de otras provincias, y un impacto casi periférico de la dictadura), asimismo el peso político de las acciones realizadas a favor de las personas con capacidades diferentes es menor, lo que dejó una suerte de acentuación de las acciones respecto de la trata de personas por parte del Ministerio.

¹⁷ Ya en el año 2010 esto se equilibra cuando al ministerio de DDHH se le asigna la administración del Plan Hambre Cero a posterior del fracaso de su administración por parte del Ministerio de Desarrollo Social (con casos de muertes por desnutrición denunciados a nivel nacional).

¹⁸ Por ejemplo, aunque el ministerio de Desarrollo Social sigue teniendo la responsabilidad de la atención de las víctimas menores y su seguimiento, en la práctica su participación es menor, y termina en última instancia acaparando todas las acciones el Ministerio de DDHH.

Así de trabajos anteriores encontramos también, que se sostienen estrategias instrumentadas que responden a acciones de rescate ante denuncias y/o escape casual de las víctimas, detección de víctimas por parte de las fuerzas de seguridad en la etapa de traslado; y aunque se realicen acciones de prevención, observamos que obedecen a una lógica coyuntural. (Schiavoni et. al 2010)

Las acciones provocaron además la preeminencia progresiva del Estado por sobre otros Organismos de la Sociedad Civil: tanto la “Coalición Alto a la trata”, como “Luz de Infancia” (lucha contra ESCI) y otras organizaciones perdieron injerencia en el rescate y atención a las víctimas. Esto último hace referencia a la potencialidad de trabajo contenida en un ministerio recién formado, con personal en su mayoría nuevo, sin vicios de historicidades y sin conflictos político-partidarios internos (se crea en el marco de un proyecto político que aun sigue en el poder). Así las acciones fueron multiplicadas en cuanto a las capacitaciones y presencia mediática, en detrimento de otras agencias de detección y acción desde la sociedad civil y de otros ministerios, cuyas competencias están asignadas de antaño y no cuentan con los recursos para afrontar tareas “relativamente nuevas”.

Esto fue notorio también en el país, reconociendo a Misiones como una de las primeras provincias en abarcar acciones concretas y modelos de acción, incluso en los cambios que se refieren al protocolo nacional de atención¹⁹. En efecto otra provincia con acciones comparables en cuanto atención dada a las víctimas de trata de personas, es la Provincia de Tucumán, de manos de la Fundación María de los Ángeles; este trabajo fue reconocido inclusive a nivel internacional. Sin embargo hay que destacar que la diferencia con la Provincia de Misiones es el origen de las acciones, mientras que en Tucumán son acaparadas por la sociedad civil junto con Estado (el peso de la primera es mayor) al contrario en Misiones los fondos son provinciales y se toman como políticas públicas del Estado.

Trata de personas y políticas públicas

Globalmente las acciones se dan en conjunto con otros organismos del Estado, principalmente junto con las Fuerzas de Seguridad; quienes actúan en las investigaciones proactivas, proceso de investigación y detección del delito. En la provincia implica tanto un

¹⁹ Cambios que se debaten en paralelo a esta ponencia. Año 2011.-

equipo de la Policía Provincial y Federal (en cubierto) específicamente dedicado al tema trata de personas, la búsqueda de lugares de prostitución con mujeres provenientes de las redes de trata de personas, etc. seguimientos a las denuncias, las detección de casos, etc. En el rescate participan asimismo efectivos de Gendarmería en controles de ruta, y en los rescates. Por su parte Prefectura y personas de Aduana en las fronteras, y pasos fronterizos. Seguido se realizan los allanamientos, en los que participan diferentes fuerzas de seguridad, el Departamento de trata de personas del Ministerio de DDHH y la justicia, en este sentido estamos frente a una combinación de acciones. En los allanamientos se realiza la primera atención psicológica a la víctima, la primera testimonial, la separación de tratantes de víctimas, etc.²⁰ El ministerio de DDHH también se ocupó de organizar una serie de capacitaciones en diferentes niveles: en la justicia (desde jueces hasta empleados), a las fuerzas de seguridad (desde policía, prefectura, gendarmería, etc.), en la formación terciaria y profesional con cursos y charlas, en la escuela primaria y secundaria con charlas de concientización a los alumnos, etc.

El seguimiento de la víctima a posterior de su rescate también fue acaparado por el Ministerio de DDHH con la finalidad de prevenir la victimización secundaria por la mención de nombres, el estigma social, recordar el maltrato, etc. con un hermetismo acerca de los nombres y del acceso a las víctimas rescatadas²¹. Aunque en función de la visibilidad de las acciones se busca en todo momento la presencia mediática en todos los acontecimientos, capacitaciones y se cuenta de los rescates realizados. Finalmente, en el plano judicial se realizan los procesos correspondientes a la trata de personas como delito penado por la ley, correspondiente a la justicia federal y al juzgado al que compete el lugar de explotación o rescate. Esto último también hace que desde la provincia se viaje y realicen procesos judiciales en otras jurisdicciones federales, así como se realizan procesos en Misiones de mujeres de otras provincias²².

Otro punto importante en las acciones que se realizan sobre la temática es la conformación de un equipo de trabajo de lucha contra la trata de personas en el Ministerio de DDHH. El mismo es reciente, formado a la par del Ministerio; se correspondió primero

²⁰ No tenemos hasta el momento investigaciones respecto al trabajo esclavo, o venta de niños para trata de personas, o ablación de órganos.

²¹ Antes del 2008 las víctimas eran abordadas por organismos de la sociedad civil, por periodistas, etc. era común el llamado y las entrevistas incluso por parte de periodistas de medios de comunicación nacionales.

²² En la Provincia hay tres casos judicializados, dos con sentencia firme desde la sanción de la Ley de Trata.

a dos o tres encargados del tema, que se amplió a partir de una afluencia de trabajadores inspirados por el tema (la trata de personas al ser una novedad con mucha presencia mediática convoca) y con voluntad de servicio. Una de las características principales fue la afluencia de empleados del estado de los más diversos orígenes: Ministerio de salud, Luz Eléctrica, Educación, etc. Asimismo de las más diversas profesiones: trabajadores sociales, médicos, psicólogos, psicopedagogos, abogados, dentistas, antropólogos sociales, y dos o tres contratados, que cumplen tareas administrativas. El equipo se fue conformando por paternidades, cuñías y trabajo político; algunos con el deseo de irse pronto, agotados y desbordados por el tema y otros intentando escalar y tener oportunidad política; por último algunos conformes con sus tareas pero sin intenciones de superarse o capacitarse²³.

De esta forma los acuerdos acerca de la temática, sus alcances, la condición de las víctimas, etc. todavía está en proceso. Esto quiere decir que no existe unanimidad de criterios en las cuestiones más elementales, como por ejemplo qué es la trata de personas. Sin embargo los límites últimos de acuerdo están dados por la ley, por este motivo cuesta mucho diferenciar la trata de personas como práctica social de lo que efectivamente es la trata de personas definida por la ley.

En relación a una definición formal de la trata de personas, la mayoría (miembros de las fuerzas de seguridad, funcionarios de diferentes ministerios, miembros de la justicia, etc.) hace referencia a las palabras plasmadas en la Ley Nacional o bien el Protocolo de Palermo. Sin embargo la trata de personas en la provincia de Misiones se fue definiendo en conjunto con las acciones concretas, ya que en la práctica encontramos que trata de personas es vista en forma exclusiva desde la arista de la explotación sexual.

Concretamente, capacitaciones, campañas de concientización, atención a víctimas, vale decir, todas las acciones respecto de la problemática en cuestión son en su mayoría para la trata de personas con fines de explotación sexual. No se está barajando aún la posibilidad de trabajar con explotación laboral, venta y tráfico de órganos o niños.

Para Barboza siempre existe un enfoque de las actuaciones aún cuando no se hayan decidido conscientemente y éstos van cambiando a lo largo de las intervenciones. (Barboza, 2006) Sostengo que no sólo los enfoques suelen combinarse y generarse en la práctica misma, sino que van dando forma a la problemática en sí. En este sentido las acciones en

²³ Es destacable igualmente la voluntad de trabajo y servicio de este equipo humano.

Misiones van definiendo lo que es y deja de ser trata de personas, como igualable a la explotación sexual y centrada únicamente en este aspecto.

Las políticas estatales en la materia se han orientado entonces, primero a fortalecer el ámbito legislativo con las sanciones de leyes pertinentes para considerarlo como delito; asimismo la creación de estrategias preventivas y de fortalecimiento institucional: creación de Secretarías, Direcciones, y particularmente en Misiones, un Ministerio. Así como las acciones particulares de atención, capacitación y rescate enumeradas en este mismo trabajo. Por último cabe destacar que la política estatal se enfoca directamente en la explotación sexual, subsumiendo aún otros flagelos relacionados a la explotación sexual como ser la explotación sexual comercial infantil (ESCI)²⁴. En estas instancias (y esto puede variar a futuro) la trata de personas en la Provincia asimismo tiene una predominancia en el rescate y atención de víctimas menores en vistas a la posibilidad de probar el delito²⁵.

Algunos problemas en la implementación de las políticas

Las acciones concretas respecto del rescate, atención a la víctima y enjuiciamiento de los tratantes encerraron problemas en su implementación. Particularmente en el caso de los adultos mayores, existe la posibilidad del consentimiento de la víctima (ya que en Argentina no está penada la prostitución voluntaria, únicamente la apropiación de esta por un tercero), por lo que se necesita probar la supresión de libertad, o de identidad para que sea incluida como trata de personas; por consiguiente se dificulta el proceso judicial.

Entonces, ya en el 2010 encontramos 16 proyectos de reforma de la Ley de Trata presentados ante el Congreso de la Nación, cuyos principales avances refieren a la unificación de criterios con respecto al consentimiento de la víctima. Esto quiere decir que las víctimas adultas no tengan posibilidad de frenar el proceso judicial al declarar que habían consentido en su traslado, etc. Otra de las posibilidades de cambio en el análisis de las prácticas sería que se contemple articular el concepto de vulnerabilidad para enmarcar la trata de personas y como artilugio para resolver el problema del consentimiento; sin

²⁴ Cuya diferencia con la trata de personas sería el traslado, la supresión de identidad, el engaño, etc. perpetrada la ESCI en general con consentimiento de los padres, uno de los padres de los/las menores.

²⁵ Asimismo se denota la discriminación entre víctimas menores y mayores en cuanto se trate de trata interna (dentro del estado nación) y externa (con traslado internacional) ya que cuando la víctima es menor siempre se supone primero la trata de personas. En consecuencia se trabajó mucho más con menores que con adultas, salvo caso que sean extranjeras donde se presume el tráfico y trata de personas.

embargo en la Provincia de Misiones no se articula la vulnerabilidad como posibilidad de prueba (no aún)²⁶.

La articulación entre los ministerios que pretende el protocolo de acción, es muy frágil en la práctica; las acciones son acaparadas por uno de los ministerios en detrimento de los otros, e inclusive las responsabilidades de los otros ministerios no se efectivizan: por ejemplo la contención posterior por parte de Desarrollo Social. Estos desencuentros institucionales se zanján a través de llamados y redes informales de atención y solución de problemáticas: se comunican las cabezas de Direcciones y Secretarías, a través de redes sociales previas (amistades, afinidad política, parentesco, etc.) solucionando problemas coyunturales. Sin embargo, no podemos pensar que las líneas sociales informales recreadas en las instituciones puedan sostenerse con un cambio de gobierno.

Otra cuestión fundamental para analizar a futuro es lo que afirmaba Colombo en su análisis de las acciones realizadas *“a las víctimas se las ubica por lugar de explotación, el lugar en el que se es explotado”* (2010)²⁷ Esto corresponde a bares, whiskerías, casas de alojamiento, casas que funcionan como burdeles, etc. Esto significa que el rescate de víctimas se da generalmente cuando ya han sido sometidas a vejaciones, maltratos físicos, psíquicos, etc. que podrían evitarse con una detección temprana. Podemos afirmar junto con Schiavoni, que *el problema de fondo se reitera: no se analiza el fenómeno de la trata de personas en sus aspectos estructurales, es decir situado en el contexto regional en el que se sostiene.* (Schiavoni, et. al 2010)

Palabras finales

Se supone que la perspectiva de los derechos humanos constituye un eje transversal de intervención en la trata de personas, que guía el diseño y la ejecución de las acciones dirigidas a prevenir, capacitar, atender, etc. Empero estamos frente a un triple trabajo de desestructuración de las nociones: pretendí mostrar que tanto la trata de personas como delito, así como las formas de abordarla en diferentes contextos (en este particular la Provincia de Misiones) y la misma noción de derechos humanos, son conceptos que son llenados de significado, practicados en el cotidiano y recreados en las mismas prácticas.

²⁶ Tomado de diferentes capacitaciones brindadas a las fuerzas de seguridad y al poder judicial en la Provincia de Misiones.

²⁷ Fiscal responsable de UFASE Unidad Fiscal de Asistencia en Secuestros Extorsivos y Trata de Personas.

En este sentido las acciones de prevención y atención en la lucha contra la trata de personas encontraron sentido en las políticas públicas del Estado, y dentro de éstas, en el Ministerio de Derechos Humanos. El Ministerio de DDHH recreó a partir de las prácticas su visión del derecho y de las formas de abordarlo, en función de un campo de acción y su posición política reciente y novedosa. Asimismo la trata es redefinida en función de las prácticas y de las posibilidades políticas. Esto no quiere decir que todo vale lo mismo y que cualquier cosa puede ser considerada trata de personas, pero el interés y el foco de atención tienen su resignificación local; es simplemente mostrar que aún los derechos humanos pretendidamente universales son construcciones históricas a las que se le otorga sentido en forma local. Las variables intervinientes son muchas, los problemas diría Geertz son universales, las exigencias de orientación a las que sirven las estructuras culturales son genéricamente humanas; las soluciones, siendo humanas, son diversas. (Geertz, 1992: 301) Asimismo Bourdieu *nos insta a pensar que las categorías que tomamos por supuestas, las categorías dadas como evidentemente naturales, legitiman en esa naturalidad su arbitrariedad como construcción social.* (Bourdieu, 2009:10)

En conclusión tanto la trata de personas, como los derechos humanos, y en definitiva los actos humanos son prácticas sociales insertas en un entramado cultural heredero de una situación específica de la historia y la praxis; en esto la posibilidad de entender ciertos lineamientos como verdades universales a respetar, así como sus inclusiones y exclusiones, hacen referencia al estado de la historia y las acciones. No hay delitos permanentes, no hay un derecho ni una universalidad que no sean vividas y vivenciadas por los individuos de un lugar específico: redefinidas, reestructuradas y ancladas en lo local. De esta manera intentamos mostrar un proceso que en forma simultánea convierte una serie de prácticas en delito, toma forma como epítome de significados y se institucionaliza trasmutando al delito en una política pública referente a los Derechos Humanos.

Bibliografía

- Abíznano R. 2000 “Antropología, Derechos Humanos y Globalización” En: Avá Revista de Antropología N° 2 Setiembre de 2010. ISSN 1515-2413
- Abíznano R. Estudios Regionales, Año 9, N°17, noviembre 2000.
- Anguita Olmedo C. 2007 *Tráfico Ilegal de seres humanos para la explotación sexual y laboral: la esclavitud del siglo XXI* En: Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas N° 15. Universidad Complutense de Madrid.
- Barboza L. Martínez M. (2006) *Manual de intervención en la trata de personas*. Sec. Mujer Presidencia de la Rep. de Paraguay. Asunción, Paraguay. CENIJU.-
- BOURDIEU, P. (2010) *La dominación masculina y otros ensayos*. 1^{ed}. Bs. As. Ed. La Página SA.
- Carvallo H. Romero A. Sprandel. M. (coord.) *La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en las legislaciones de Argentina, Brasil, Paraguay: alternativas de armonización para el Mercosur*. Asunción, OIT IPEC. Suramérica, 2004.
- Chejter S. y otros *Feminicidios e impunidad*. Editado por Centro de Estudios Cultura y Mujer. Bs. As. 2005.
- Conclusiones de las Iras Jornadas de Capacitación sobre la Trata de Personas. Puerto Iguazú, Provincia de Misiones. Del 11 al 13 de noviembre de 2008.-
- Galvis Sánchez, C. *La construcción Histórica de los Derechos Humanos*. Revista Latinoamericana de Bioética [en línea] 2007, vol. 8 [citado 2011-04-05]. Disponible en Internet: ISSN 1657-4702.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127012923005>.
- GEERTZ Cliford 1992 Interpretación de las culturas Barcelona, ED. GEDISA.-
- INADI Informe: *Misiones, entre las principales provincias "proveedoras" de mujeres, niños, niñas y adolescentes para la trata* En: http://www.inadi.gov.ar/uploads/archivoEnTexto_35.doc.
- Informe País sobre la Trata de Personas – OEA Oficinas Uruguay. Rostagnol S. 2007.-
- Kergoat Daniéle (1997) “Por una Sociología de las relaciones sociales” en Hirata H. y Kergoat D. *La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio*. Bs. As. Piette Conicet.
- Ley Nacional 26.364.-
- Protocolo de Palermo. Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada. New York – 2000.-
- Protocolo Provincial de Atención a la Víctima de Trata de Personas, Año 2008.-
- Schiavoni L. Krautstofi E. (2010) “Redes de trata de personas en una Zona de frontera del Mercosur (Misiones, Argentina). Respuestas de la Antropología en un contexto de globalización”. En: 70th Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology. Mérida, México

- UNICEF. Informe “Situación de la niñez y de la adolescencia de la Triple Frontera entre Argentina; Brasil y Paraguay”. UNICEF 2005 Triple Frontera. Curitiba.-
- La línea Capital: “Misiones, principal proveedora de víctimas de la esclavitud sexual” – Sociedad – Misiones. Publicado 30 de junio de 2009. En: www.lineacapital.com.ar/?noticia=38243 ; <http://74.125.93.132/search?q=cache:R11cb2QL-HcJ:www.lineacapital.com.ar/%3Fnoticia%3D38243+misiones+principal+proveedora+de&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar>
- Alternativa. “*Misiones: tres procesados por Trata de Personas*” – Entre Ríos. Publicado Sábado, 01 de noviembre de 2008. En: http://infoalternativa.com.ar/home/index.php?option=com_content&task=view&id=1452&Itemid=37 - **Diario El Territorio. “*Misiones es el principal proveedor de mujeres para la explotación en el país*”. En: Territorio Digital. Publicado 21 de Mayo de 2007. Pdas. Misiones. <http://www.territorioidigital.com/nota.aspx?c=8085810282113764>.**
- SietePáginas.com.ar “*Misiones es la principal proveedora de mujeres para explotación*” – Entre Ríos. Publicado Martes, 22 de mayo de 2007 En: www.7paginas.com.ar/content/view/1127/30

ANEXO IV

Documentos Inéditos

Presentación a los Documentos de Trabajo. Schiavoni, L. “Hallazgos y resultados sobre la potencialidad de los programas sociales vigentes en el campo de la salud para empoderar a las mujeres”.

Documento de Trabajo N°1. Fretes, Lucía. “La política social como vía de integración social”.

Documento de Trabajo N°2. Spada, Mariel. “La formación del personal de salud en una perspectiva de derechos”.

Documento de Trabajo N°3. Raga, Mauricio. “El riesgo como significante en la prevención del VIH: un esbozo”.

Documento de Trabajo N°4. Orozco Jara, Kriss. “La rutina de trabajo en un Centro de Atención Primaria de la Salud”.

Documento de Trabajo N°5. Venialgo Rossi, Patricia. “Mujeres jóvenes: maternidad y salud sexual. Experiencias de atención en tres espacios del sistema público de salud de Posadas”.

Documento de Trabajo N°6. Ramos, José Miguel. “ITS: un problema ¿para quién?”.

Documento de Trabajo N°7. Sosa, Cinthya Gabriela. “Mujeres, cuerpos y métodos anticonceptivos”.

Documento de Trabajo N°8. Suirez, Vanesa. “Aborto: una mirada desde los aspectos sociales, legales y políticos”.

Documento de Trabajo N°9. Barrios, María Rosaura. “Los relatos sobre la violencia hecha cuerpo” (Parte 1) y “Lugares de enunciación y de escucha ¿Cómo es relatado tanto dolor?”.

Documento de Trabajo N°10. Hassel, Ana Lucía. “Historias que revelan otras posiciones para las mujeres”.

Hallazgos y resultados sobre la potencialidad de los programas sociales vigentes en el campo de la salud para empoderar a las mujeres

Lidia Schiavoni

Directora de Proyecto

1. Introducción

La presentación de un informe final representa un corte arbitrario en el desarrollo de un proceso que se ha iniciado antes y tiene perspectivas de continuar. La serie de Documentos de Trabajo que conforman esta compilación constituyen piezas para responder a los principales interrogantes que nos plantemos al transitar el trienio 2009-2011. Se trataba de construir evidencias empíricas que mostraran cómo a partir del desarrollo de ciertas políticas de estado tendientes a la equidad de género en el ámbito de la salud, las mujeres lograban mejorar su posicionamiento social.

En Argentina en las últimas décadas se han sancionado una serie de leyes y se han implementado diversos programas tendientes al logro de la equidad de género. La persistencia del sistema patriarcal se advierte a pesar de las múltiples y variadas acciones, la dominación masculina se expresa en sistemáticos y permanente mensajes que sujetan a las mujeres en su rol tradicional: madres, del cual parece casi imposible escapar para ser "vistas" en el campo de la salud.

En los diferentes modos de ejercer la sexualidad, las mujeres evidencian estas sutiles pero persistentes marcas de este 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. 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 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.

El desarrollo de una estrategia metodológica cualitativa permitió dar cuenta de los modos de ejercer la sexualidad que establecen las mujeres usuarias así como indagar en las formas de implementación de las políticas públicas que garantizan sus derechos sexuales, una mirada sobre los estilos de atención de los equipos de salud.

El área de estudio ha sido la ciudad de Posadas (Misiones) en diversos escenarios: hospital (ex Hospital Madariaga) y centros de salud (CAPS N°5 y N°21) con áreas circundantes, y un grupo comunitario procedente de dos barrios periféricos (San Jorge y Santa Cecilia).

Coordinar un equipo compuesto por investigadores con diferentes niveles de formación ha constituido un gran desafío, pues son muy variadas las necesidades de cada integrante y no siempre se logran las cadenas de transmisión adecuadas. Hemos priorizado el acompañamiento a campo pues consideramos que quienes se forman en el uso de metodologías cualitativas deben “tomarle el gusto al trabajo de campo”; compartir estas instancias permitió establecer criterios comunes, quitarse los miedos, aprender a respetar a los “otros”, elaborar registros de uso común, entre otros.

La dispar apropiación de los conceptos teóricos se debe a los grados de formación divergentes (desde estudiantes adscriptos hasta tesis de postgrado); no obstante, la lectura compartida y la discusión conjunta del material bibliográfico constituyeron momentos muy productivos para todo el equipo.

Los encuentros en gabinete posteriores al campo y/o sistematizando los registros y discutiendo los encuadres teóricos, fueron parte de la “cocina de la investigación” difícil de llevar a cabo colectivamente pero que pusimos especial interés en hacerlo en forma grupal porque efectivamente son los momentos en que se “transmite el oficio”. Leer conjuntamente los registros, preguntarse “qué nos quieren decir”, o bien “qué vemos en esas expresiones”, “a qué autores remiten”, han constituido instancias muy productivas.

La exigencia de que cada integrante del equipo elabore un documento individual para esta etapa final resultó como corolario de las dificultades observadas en la redacción de las presentaciones para reuniones y congresos, de las tesis e informes de las becas. El hábito de escribir no está lo suficientemente instalado y observamos cómo interesantes ideas y datos muy ricos de campo se ven deslucidos en artículos inconexos y poco claros. Aceptar las convenciones para la cita textual, para las referencias bibliográficas, parecen obviedades, pero en la tarea de revisión de los artículos advertimos el bajo entrenamiento y la necesidad de apuntalar estas habilidades con talleres de escritura a futuro.

Hemos incentivado entre los integrantes del equipo – a pesar de no contar con apoyo económico de la Universidad - la participación en diversos eventos científicos pues consideramos que el intercambio es muy fructífero y permite situarnos en los temas y compartir con investigadores de otras latitudes la producción en problemas semejantes.

En esta Presentación de la serie de Documentos de Trabajo, primero repasamos primero las preguntas de las cuales partimos al iniciar el proyecto. Sigue la exposición de los resultados más destacados de cada artículo; de cada uno de ellos obtuvimos conclusiones parciales que nos permitieron organizar las respuestas finales a modo de conclusiones generales del proyecto.

2. Recuperar las preguntas iniciales

Desde el Estado se han encarado una serie de medidas (sanción de leyes, implementación de programas específicos) orientadas al colectivo femenino tendientes a mejorar su posicionamiento en la toma de decisiones con relación a sus proyectos de vida. Pero las evidencias empíricas muestran serias diferencias en los modos en que las mujeres conocen y actúan sus derechos.

La experiencia en investigaciones y acciones de promoción desplegadas en la última década nos permite reconocer diferencias en las formas de apropiación de los espacios de poder en los grupos de mujeres.

Consideramos que su condición de sujetos sexuados constituye un eje facilitador u obstaculizador –según los contextos- para el logro de una mayor equidad entre los géneros.

La condición de género, desde la admisión de dos o más alternativas, tiene fuertes implicancias en las formas de ejercicio de la sexualidad. La reproducción de la especie se sigue presentando como una responsabilidad femenina exclusivamente y el placer como un atributo propio de la masculinidad; la incidencia del sistema patriarcal se sostiene a pesar de la multiplicidad de formas de ser mujer habilitadas y de la difusión de la anticoncepción.

El campo de la salud se ha constituido en un espacio privilegiado para consolidar estas determinaciones genéricas (sustentadas fuertemente en las diferencias biológicas), aunque la revisión de las políticas públicas señala algunos puntos de inflexión en el eje de la dominación masculina así como los intersticios para fortalecer a las mujeres en el ejercicio pleno de su sexualidad.

Nos interesó recuperar las acciones instrumentadas desde el Estado como marco para generar espacios de poder y las formas de reacción de las mujeres ante estas alternativas, acentuando la mirada en los grupos más vulnerables, en situaciones de pobreza. Por ello las mujeres usuarias del sistema público de salud constituyó el núcleo de observación seleccionado, tanto jóvenes como adultas.

Nos propusimos como objetivos generales en este proyecto, indagar en el campo de la salud las estrategias de empoderamiento de las mujeres con relación a su sexualidad y relacionar los derechos sexuales presentes en la legislación nacional y provincial con las políticas públicas de salud desarrolladas en Misiones.

Como hace más de una década, venimos desarrollando investigaciones sobre las formas de relacionarse entre mujeres y varones que evidencian la persistencia del sistema patriarcal en la construcción de la subjetividad de las mujeres a pesar de los múltiples esfuerzos por erosionarlo desde el ámbito familiar, educativo y sanitario²⁸. Elegimos profundizar en el campo de la salud²⁹, enfatizando el eje de la sexualidad³⁰, pues los cambios legislativos³¹ y programáticos en los últimos años planteaban un panorama promisorio. En este proyecto entonces, nos propusimos reconocer los efectos de estas políticas y líneas programáticas entre las mujeres usuarias del sistema público de salud en Posadas.

Observamos que las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud se presentaban como un colectivo particularmente vulnerable: por su condición de género, por ser las principales víctimas de la violencia sexual, por su limitado acceso 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.

Desde el sistema de salud, al acatar los discursos hegemónicos con sesgo patriarcal, de subordinación de las mujeres ante los varones, se habilita el ejercicio de prácticas violentas -tanto físicas como simbólicas- hacia éstas. Los efectos de las prácticas violentas se expresan a través de la sumisión de las mujeres a los

²⁸ Proyectos tales como Vida cotidiana y trabajo: estudio de familias de sectores pobres (1996-1998); "Vulnerabilidad, desafiliación y exclusión social en un contexto de frontera" (Conicet PIP 02649), "Vulnerabilidad, desafiliación y exclusión social en un contexto de frontera: los entrecruzamientos entre lo institucional y lo familiar" (2004-2005).

²⁹ Proyecto UNaM 16/H105: "Salud Reproductiva, Pobreza y Trabajo: estudio comparativo de familias de sectores pobres urbanos y rurales de Misiones" (2001 y 2003); Proyecto en convenio con la UNSE: "Estudio sobre la situación de salud materno infantil en la Región NEA" (2004).

³⁰ Proyecto UNaM 16/H218 "Vulnerabilidad y desafiliación social en un contexto de frontera II: la sexualidad en el campo de la salud" (2006-2008).

³¹ Leyes nacionales y provinciales sobre salud sexual y reproductiva, sobre el parto humanizado, sobre la esterilización, sobre educación sexual integral, sobre la prevención de la violencia de género y familiar, entre otras.

mandatos bio-médicos, a las dificultades para acceder a información sobre cuestiones de sexualidad, a las causas de muertes maternas, a las barreras para hacer valer sus derechos en la atención de embarazos y partos, etc. En el campo de la sexualidad a la par de los discursos religiosos o domésticos, la influencia del discurso médico es muy potente, y se multiplica a través de las prestaciones del propio sistema de atención.

Las políticas públicas y el rol del Estado

Nuestro interés en abordar las políticas sociales en el campo de la salud, parte del reconocimiento de que estas medidas evidencian la disposición del Estado por reducir las diferencias entre sectores sociales y equilibrar la distribución de los recursos en sociedades complejas como la nuestra.

Entre las múltiples y variadas medidas estatales que constituyen las políticas públicas, las tendientes al logro de una mayor equidad de género conforman un eje. Una serie de leyes orientadas a garantizar un abanico de derechos (políticos, sexuales, educativos) permite visualizar las intenciones por potenciar a las mujeres como sujetos sociales.

Al revisar los diferentes modelos de políticas sociales instrumentadas en los países capitalistas para asegurar un determinado nivel de articulación social y distribución de los recursos, hallamos que éstos se diferencian según el rol adquirido por el Estado como árbitro para garantizar la reproducción social. Una rápida mirada sobre la situación en Argentina muestra que lo instaurado en la década del cuarenta y sostenido casi hasta mediados del setenta fue un modelo cercano al del Estado de Bienestar tipo bismarckiano, las circunstancias históricas que posibilitaron su implementación nos remiten no solo a condiciones sociopolíticas y económicas internas y externas (proceso de sustitución de importaciones en la segunda posguerra).

El resquebrajamiento del sistema de prestaciones y el proceso de desarticulación iniciado con la crisis del petróleo en la década del '70 a nivel internacional, afectó a nuestro país al desalentar la producción industrial, se retrocedió a un esquema productivo centrado en la producción primaria y terciaria. Los efectos de este proceso de desmantelamiento de la estructura industrial argentina se visualizan en la desocupación (tasas que alcanzaron los dos dígitos en la última década) y precarización laboral así como en la proporción de argentinos que no alcanzan a satisfacer un umbral básico de prestaciones que les garanticen su inclusión como ciudadanos, a pesar de los sostenidos esfuerzos de los últimos años.

Desde 2003 se advirtieron señales de cambio en la orientación económica y sobre todo una reubicación del Estado en el escenario político: de ser actor de reparto, el Estado retornó a un rol protagónico. El contexto de crisis internacional afecta las iniciativas por equilibrar la distribución del ingreso, aumentar las prestaciones públicas y garantizar el empleo formal. El pago de la deuda externa sigue conformando un corsé que reduce los márgenes de maniobra del Estado, se diversifican persisten ciertos grupos vulnerables (trabajadores informales, migrantes, mujeres).

Definir la sexualidad

Antes de sumergirnos en la presentación de las acciones estatales vinculadas a la sexualidad, nos detenemos para explicitar desde qué posición teórica concebimos la sexualidad. El término "sexualidad" alude a una dimensión fundamental del ser humano; basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos,

psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales que se despliega a lo largo de la vida de un sujeto.

Por ello la siguiente definición permite poner bajo la lupa procesos sociales diversos: "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).

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 usuarias parte de su cuota de poder, toman de sorpresa a los prestadores en los servicios de salud. Y sorprenden las acciones sugeridas o programadas porque la sexualidad como dimensión se oculta, niega o minimiza. Y así como otras formas de vivir la sexualidad, 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 sin el fantasma de un embarazo le son negadas a los jóvenes cuando se entorpece su acceso al sistema de salud.

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 posibles ya que 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.

En nuestras sociedades, el sistema bio-médico se ha impuesto sobre los otros vigentes, tal como lo describe E. Menéndez al proponer el Modelo Médico Hegemónico (MMH). Debido a determinados procesos históricos, la medicina científica ha logrado posicionarse como hegemónica con relación a los otros sistemas curativos, dejándolos como subalternos y en posición de inferioridad, desvalorizándolos, ignorándolos o viéndolos como "obstáculos" a su desarrollo. Parte de la subordinación de las mujeres de sectores populares en la atención de su salud proviene de su calificación como ignorantes o descuidadas porque no se les reconocen sus "otros saberes".

Las mujeres por el derecho a la salud

En la mayoría de los programas sanitarios las mujeres adultas han sido el blanco, pero no con una perspectiva de empoderamiento sino como destinatarias pasivas que deben encauzar sus prácticas en función de lo que "otros" han decidido como "lo mejor" para ellas. Así lo muestra la revisión de la oferta programática en el campo de la salud relacionada con la sexualidad, ésta se orienta prioritariamente hacia la reproducción, privilegiando a las mujeres en su condición de madres. Dan cuenta de esta línea el sostenimiento en el tiempo de una propuesta como el Programa Materno-Infantil derivado en el Plan Nacer, Plan Mamá y otros destinados a garantizar "el bienestar de la madre y el niño"; los aspectos relacionados con la sexualidad se evaporan, no participan de esa concepción del bienestar.

De acuerdo a datos del año 2009³², las mujeres toman contacto con el sistema de salud en su función de madres, más puntualmente para parir (97,6% de partos son institucionales), lo preocupante es la proporción de madres menores de 20 años (22,3%). Los datos revelan que cuidados que tiene que ver con salud que exceden la función materna tiene menor cobertura: mamografías solo 36,5% y Papanicolau (PAP) apenas 46%. Consideremos que el PAP forma parte de la rutina de los controles pre-natales lo cual anticipa las condiciones en que se realizan las acciones preventivas.

Es evidente que los modos de encarar las prestaciones de salud siguen la perspectiva de los servicios y/o beneficios pero no el enfoque de derechos aunque la Provincia de Misiones haya adherido al Plan Federal de Salud . Desarrollar las acciones planteando la salud como un derecho desde el sistema público y no como una dádiva para los más pobres requiere cambios en quienes ejecutan los programas pero también en quienes los requieren, por ello el valor de empoderar a las mujeres en el conocimiento de sus derechos y acompañar estrategias para el ejercicio de los mismos. Propuestas de promoción de los derechos sexuales son básicas para fortalecer este proceso, parte de nuestras indagaciones lo evidencian como señalamos más adelante.

Las representaciones sociales y los discursos

Los escenarios en los que confluyen lo individual y lo social son las instituciones sociales, lugares de encuentro de los significados subjetivos y objetivos, es decir los psico-emocionales y los socio-políticos. Los significados que provienen del mundo interno de los sujetos se activan en la interacción según las condiciones objetivas externas, pero no siempre hay un perfecto ajuste entre lo que los individuos hacen y lo que se espera de ellos, las interacciones sociales evidencian conflictos, resistencias o adaptaciones.

Las representaciones sociales son producto de la lucha de intereses por imponer una visión del mundo frente a otras posibles, aunque el sentido común parezca tan común a todos y accesible para todos del mismo modo, no logra ocultar su carga ideológica. Las categorías que establece instalan modos de dividir y percibir el mundo; presentado como igual para todos, escamoteando las diferencias entre grupos sociales. Como parte del efecto de dominación simbólica, los grupos dominantes imponen como única, común y universal, su forma de percibir y representar el mundo, las categorías que habilitan se proyectan hacia los grupos dominados como las únicas, las verdaderas. La resistencia de los grupos dominados se expresa en la recreación de éstas al apropiárselas, en las diferencias entre representaciones sociales acerca de un mismo objeto tal como lo advertimos.

En este recorrido fuimos articulando diversos aspectos para acercarnos a por qué se oculta la sexualidad como dimensión analítica en el sistema público asistencial, de modo recurrente nos remitimos a las representaciones sociales como un instrumento de poder que clasifica y ordena el mundo social. Reconocemos el poder superior que detentan los funcionarios estatales, sobre todo el plantel médico en nuestro sistema (recordemos la lógica del MMH) al producir categorías y al diferenciar a los sujetos en sus prácticas, omitiendo y/o enfatizando determinados aspectos cuyos efectos observamos en las experiencias de las mujeres usuarias.

3. Las respuestas encontradas

³² Datos sobre salud para el año 2009 en Indec.

La sanción de una serie de leyes que se proyectaron en programas y planes específicos tendientes a mejorar la salud de las mujeres suscitó nuestro interés y por ello nos abocamos al análisis de los efectos de estas líneas de trabajo en la cotidianeidad de las usuarias.

Recordemos que el Estado es uno de los actores más poderosos para generar categorías conceptuales e instituir las como “naturales”, “universales”, “atemporales”. Vehiculiza a través de diversos instrumentos esta capacidad de institucionalización de ciertos términos en los sistemas de percepción y orientación de las conductas de los individuos a través de leyes, decretos, reglamentos, formularios, discursos técnicos, prácticas sociales varias, etc. Los modos de definir la sexualidad, lo femenino, lo masculino, lo transgénero a través de los instrumentos legales constituye un ejemplo de cómo va modelando las prácticas sociales. La resistencia de los agentes a incorporar “nuevas” definiciones las observamos en el campo.

Bourdieu plantea que la construcción del discurso estatal se presenta con una potencia adicional al crear en la mente de los individuos distinciones y diferenciaciones, pues conlleva un valor institucional de gran peso y, en los propios funcionarios que lo encarnan se produce una re-creación en términos de sus propias historias, de sus trayectorias sociales, lo cual resulta en esas diversas modalidades de apropiación antes descritas. La interpretación de los documentos técnicos y el modo de poner en práctica los programas se constituye así en un espacio de poder de los funcionarios médicos.

Por ello comenzamos por la lectura crítica de los tres programas nodales relativos a la sexualidad y la salud: Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable (PSSRyPR), Plan Nacer y Plan Mamá, los dos primeros de alcance nacional y el tercero provincial. Se revisaron los principios rectores de estas propuestas y los modos de reconocer a las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales. Sólo el PSSRyPR considera a las mujeres más allá de su función materna, habilitando un espacio de ejercicio de la sexualidad para el placer; aunque estas formulaciones no pasen del papel. En las acciones la administración de MACs obedece más a los criterios del médico que a las preferencias de las usuarias con su debida orientación. Las otras propuestas apuntan y refuerzan a la mujer-madre sin considerar compañero siquiera en la función reproductiva. Estos aspectos se tratan en el Documento de Trabajo N°1 a cargo de la Lic. Lucía Fretes (Becaria de CONICET).

Nos preocupaba cómo actuaban los representantes del estado en el ámbito de la salud pública, al operacionalizar estas líneas programáticas, pues el peso de las prácticas instrumentadas desde el Estado es potenciado por lo que éste representa en tanto formador y creador de categorías de sentido, de ahí la relevancia de modificar los estilos de trabajo a nivel asistencial y propender al desarrollo de las acciones desde una perspectiva integral y pluralista de la sexualidad.

El margen de juego habilitado a los equipos técnico-profesionales es amplio y, es allí donde éstos se apropian de los espacios de poder, interpretando los documentos según sus propias categorías. En vistas de que la oferta programática planteaba aspectos de la sexualidad femenina que superaban la maternidad como experiencia fundante de la identidad social de las mujeres, nos abocamos a explorar las propuestas de formación para los equipos de salud tendientes a poner en marcha estos lineamientos programáticos. Para ello se analizaron los planes de formación de los/as médicos/as, enfermeros/as y otros agentes del equipo de salud, se indagó sobre las estrategias previstas por la Unidad de Docencia e Investigación dependiente del Parque de la Salud y regente de la capacitación de los equipos en el área Capital. Pocas propuestas tienden a considerar a las mujeres usuarias como sujetos de derechos, siguen centrando su atención en los cuerpos biológicos, y lo más preocupante no están previstas líneas de formación que apunten en esta dirección. Los

resultados se exponen en el Documento de Trabajo N°2 a cargo de la Lic. Mariel Spada (Becaria de Iniciación de la UNaM).

H. Vázquez (1995) señala que los procesos de construcción de las categorías cognitivas se desarrollan en entornos socio-culturales integrando diferentes vivencias y sensaciones de los sujetos en los esquemas que culturalmente se establecen en una comunidad. Este proceso muestra claramente el inter-juego entre lo individual y lo social, y sobre todo su dimensión histórica. Los propios funcionarios y efectores del Estado en sus prácticas reconocen el amplio margen de subjetividad que rodea sus criterios técnicos - el escaso interés en algunos y la imposibilidad de cuestionarlos en otros- muestra el grado de sujeción a los propios esquemas oficializados sin reconocer siquiera los márgenes de maniobra que disponen y con los que juegan. De este modo la sexualidad como dimensión solo es reconocida en sus aspectos reproductivos y no placenteros, las situaciones de violencia sexual se admiten cuando las marcas físicas son incuestionables, o bien las diferentes formas que adquiere la discriminación por ser portador o enfermo de VIH/SIDA o por comportamientos homosexuales quedan sujetas a la diversidad de actitudes individuales.

Una revisión aguda sobre la categoría de riesgo llevó a cabo Mauricio Raga (Adscripto estudiante) a partir de la lectura de los enfoques de Almeida Filho, Mary Douglas y Calvez. Analiza cómo la polisémica idea de riesgo pasa del sentido común al campo científico, y en ese proceso de resignificación se realizan una serie de mutaciones de sentido. Se lo utiliza en la epidemiología para distinguir grupos o poblaciones que comparten determinadas características; pero luego cuando pasa a la clínica, se opera una transferencia de las características de un colectivo a un individuo, desvirtuando el sentido original del término. Cuando se recurre a este concepto se subsume en él una fuerte carga ideológica no reconocida. Las advertencias que señalan estos autores sobre el modo en que surge la categoría riesgo, nos sirvió para estar alertas ante los efectos políticos de su utilización. Este ejercicio resultó útil para desenmascarar procesos de delimitación de los grupos y los modos de cargarlos ideológicamente. En el Documento de Trabajo N°3 se registran estas reflexiones.

Los modos de encubrir la subjetividad tan presente en los actos médicos – atentos al modo en que se utilizan los instrumentos vigentes- se escuda en el concepto de “necesidades”, y trasladan los parámetros de quienes las fijan a quienes las “padecen”. Las necesidades se fijan por juicios de valor y debate político pero se disfrazan con criterios técnicos, tal como señalamos con relación al concepto de “riesgo”. Se imponen a los beneficiarios, usuarios, ciudadanos, una etiqueta a partir de los juicios de valor de quienes establecen cuáles son los aspectos básicos o elementales a tener en cuenta para vivir. En nuestro caso en particular, al definir a las mujeres como “madres” antes que como ciudadanas; esta “elección” no es casual ni mecánica sino que obedece a la tradición patriarcal, discusión soslayada en los ámbitos de salud aunque la legislación vigente la ponga en tela de juicio.

Al advertir cierta distancia entre los que proponen los planes y la formación de los equipos técnicos para llevar a cabo estas líneas de acción, y la incidencia de las subjetividades en el ejercicio de las funciones técnicas, nos propusimos bucear en el modo de implementar las acciones de salud vinculadas a la sexualidad, identificar estilos de atención, en los Centros de Atención Primaria de la Salud.

Elegimos dos Centros de Salud, uno con una propuesta específica para la población juvenil, el CAPS N°5, y otro con las prestaciones habituales, el CAPS N°21. De modo más profundo se estudió la dinámica trabajo del equipo de salud del CAPS N°5 y particularmente del Centro de Atención Integral al Adolescente (CAIA) en vistas de recuperar los estilos de atención para una población considerada particularmente vulnerable en cuestiones de salud sexual como son considerados los jóvenes.

Para algunos integrantes del equipo de salud, las usuarias no acatan las instrucciones ni responden a las ofertas de servicios porque no los comprenden, para estos agentes solo se trata de un problema de interpretación de los discursos, de vocabularios diferentes. Pero no son solo palabras que no se entienden, Bourdieu enfatiza "... los discursos no son únicamente (...) signos destinados a ser comprendidos, descifrados; son también signos de riqueza destinados a ser valorados, apreciados y signos de autoridad destinados a ser creídos y obedecidos..." (Bourdieu, P. 2001:40). La actitud de las jóvenes al no concurrir al CAIA evidencia su rechazo a la "autoridad médica". En el Documento de Trabajo N°4 cuya responsable fue Kriss Orozco (Pasante de CEDIT) se condensan estos resultados.

Como la población juvenil constituye un "grupo preocupante" para los referentes de salud, y también se conecta con el sistema a través de otros CAPS y del propio Hospital Central, se indagó acerca de cuáles son las prácticas de cuidado y atención de la salud sexual y reproductiva llevadas a cabo por las adolescentes mujeres que atravesaban la experiencia de la maternidad. Se realizó un relevamiento entre las jóvenes internadas en la Residencia de Madres de la ex Unidad de Perinatología del ex Hospital Madariaga y con jóvenes concurrentes a los CAPS N° 5 y N°21.

Obtuvimos una diversidad de prácticas sociales ante la maternidad, el cuidado de la salud sexual así como de sus experiencias como usuarias del sistema de salud. Las representaciones sociales de médicos, enfermeras y promotoras de salud acerca de las jóvenes madres marcan sus estilos de atención. Los médicos intentan imponer a las usuarias reglas de juego que se contraponen con sus representaciones acerca de la sexualidad y la reproducción. La decisión de parir pocos hijos o no parir, de dar leche artificial o de amamantar, son mandatos sociales impuestos por el sector salud ante los cuales la población usuaria ofrece resistencia. Y como señala Bourdieu en el manejo de los cuerpos son más evidentes estas prescripciones: "... La imposición de la nueva definición del cuerpo y de sus usos es, sin duda, una amenaza para los últimos resquicios de autonomía de las clases dominadas, para su capacidad de producir por sí mismas su propia representación del hombre perfecto..." (Bourdieu, P. 1986:190). Los resultados de estas indagaciones se han volcado en el Documento de Trabajo N°5 a cargo de la Lic. Patricia Venialgo Rossi (Becaria de Iniciación de CEDIT).

Cierta información epidemiológica resulta preocupante, y así como los altos valores de las tasas de embarazo juvenil exigieron propuestas programáticas específicas, otros datos no recibieron la misma atención, es el caso de la sífilis congénita. Esta enfermedad prevenible desde los programas vigentes³³ pasa casi desapercibida en las instancias preventivas y se la detecta mayormente en el momento del parto. Las actitudes de los integrantes del equipo de salud ante este fenómeno son reconocibles en el modo en que completan las historias clínicas, en las formas en que estimulan y promueven los controles pre-natales, posibilitando con la negligencia el desarrollo y diseminación de la enfermedad. Aún existiendo recursos programáticos para promover la prevención de las ITS y garantizar información adecuada a las mujeres y a sus parejas, las prácticas rutinarias no la consideran prioritaria. Las indagaciones sobre estos tópicos fueron realizadas por el Lic. José Miguel Ramos (Docente- Integrante del equipo) y se plasman en el Documento de Trabajo N°6.

Cuando nos abocamos a recuperar de la experiencia de las mujeres en la atención y cuidado de su salud, para indagar de que modo han avanzado en el ejercicio de sus derechos con los programas vigentes, volvemos a tropezar con algunas evidencias que llamaron nuestra atención años anteriores, por ejemplo, el

³³ Ya sea en las embarazadas a través de los controles pre-natales debidamente ponderados en el Plan Nacer como entre los controles de rutina para quienes administran métodos anticonceptivos desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable.

escaso conocimiento de sus propios cuerpos y la obediencia ante la manipulación de los “otros” sobre éstos³⁴. Los comentarios sobre los miedos y las creencias en torno al uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres concurrentes a los CAPS revelan que las instancias de consejería tienen muy dispar efectividad. Se percibe interés entre las usuarias por los temas referidos a la sexualidad, y a la vez se admite desde los prestadores (médicos, enfermeras o promotoras) insuficiente información, admiten ciertas dificultades para tratar estos temas en los consultorios. Miedos, fantasías y tabúes inhiben a la población usuaria a buscar información, establecer opiniones, intercambiar ideas tanto entre sus allegados como con los integrantes del equipo de salud, lo cual facilita la circulación de conocimientos erróneos o distorsionados. Da cuenta de ello el Documento de Trabajo N°7 a cargo de Cinthya Gabriela Sosa (Adscripta estudiante); se trata de un ejercicio reflexivo sobre las notas de campo registradas en el CAPS N°21.

También como efecto de los relatos surgidos en campo sobre diversos temas de la sexualidad, marcó particular interés el abordaje del aborto no punible. Vanesa Suirezs (Adscripta estudiante) a partir del material empírico estableció una comparación entre las opiniones de las mujeres adultas (grupos de San Jorge y Santa Cecilia) y las mujeres jóvenes (concurrentes al CAIA del CAPS N°5). Utilizando conceptos básicos y recurriendo al texto de la ley, esboza algunas hipótesis para dar cuenta de las diferencias. Sus aportes se condensan en el Documento de Trabajo N°8.

¿Cómo reconocemos el límite para diferenciar lo normal de lo patológico? En principio, los sujetos no son esencialmente normales o patológicos. Los individuos se constituyen como sujetos sociales en el seno de sus familias de origen cuyos adultos a través del proceso de socialización inculcan valores e instituciones sociales; el entorno inmediato a la familia comprendido por la escuela, la iglesia, la vecindad, las amistades, confirman los principios y normas incorporados en las experiencias de vida familiar.

Los representantes de las instituciones sociales, más específicamente en nuestras sociedades, los funcionarios públicos representantes del Estado, son los que refuerzan y legitiman los límites de lo normal y lo patológico, de lo aceptable o inaceptable. Las normas sociales son arbitrarias, son creaciones del orden cultural y regulan la vida social, encauzan los impulsos del orden biológico. La naturalización de procesos de violencia hacia las mujeres aún en contacto con el sistema de salud, evidencia la complicidad y/o la negligencia de los integrantes del equipo de salud; el valor de sus respuestas negando o minimizando estas situaciones instala una “normalidad” difícil de cuestionar.

Dramáticas y tristes historias de vida de mujeres adultas relevamos entre las usuarias del hospital y en los grupos comunitarios de los barrios. La violencia hacia las mujeres, a pesar de la legislación vigente, se halla tan naturalizada que a ellas mismas les cuesta reconocerla. La incorporación “natural y espontánea” de las representaciones sociales por parte de los sujetos hace casi imposible- posible solo a través del ejercicio reflexivo- el reconocimiento por parte de los agentes sociales de la incidencia de sus prácticas sobre los otros. Apunta Bourdieu “... el poder simbólico es en efecto este poder invisible que sólo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen...” (Bourdieu 2000:88). La revisión crítica de tres extensos relatos de vida enfatizando en las condiciones de “conversación” que los hicieron posibles, muestra cómo las acciones del sistema de salud respondieron para socorrerlas en muy puntuales ocasiones. En el Documento de Trabajo N°9, la Lic. María Rosaura Barrios (Becaria de Iniciación de CEDIT) expone sus resultados.

³⁴ Schiavoni, Lidia y Fretes, Lucía “Cuerpos innombrables y cuerpos nominados. Perspectivas de las usuarias y del equipo de salud en el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable”. En Citro, S. (Comp.) Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos. Editorial Biblos. Bs. As., 2010.

Otra lectura sobre las historias de violencia constituye el aporte de Ana Lucía Hassel (Becaria Auxiliar), a partir de la reconstrucción de la vida de una mujer adulta señala los momentos en los cuales se torna más evidente el peso del sistema patriarcal y los escasos aportes del sistema de salud para sortear las situaciones de violencia padecidas. En su análisis muestra de qué modo un proyecto específico (muy limitado en alcance geográfico por el momento) posibilitó a esta mujer revisar su propia vida e instrumentar cambios que la repositionaron no solo en su entorno familiar sino también comunitario. El Documento de Trabajo N°10 revela estos hallazgos.

La serie de documentos comentados han brindado un panorama sobre como se desarrollan acciones de salud vinculadas a la sexualidad, corresponde a hora responder si éstas constituyen aportes para empoderar a las mujeres, habilitándoles márgenes de elección (placer o reproducción, por ejemplo) o las confirman en su lugar de "madres sumisas".

4. Conclusiones y proyecciones

La imposibilidad de instalar un enfoque de derechos frente a las necesidades es una cuestión de orden político. Hablar de derechos en el campo de la salud implica reconocer la importancia de establecer criterios más objetivos, consensuados más ampliamente, fundados en una ética social compartida. La desconexión entre los principios legales y programáticos y las prácticas asistenciales cotidianas es una evidencia de estos obstáculos.

Los programas emanados de las leyes nacionales pierden en sus formulaciones locales gran parte de los avances de un enfoque integral de la sexualidad, pues se sigue focalizando en las mujeres adultas como destinatarias y les adjudican la responsabilidad de controlar su fertilidad. Los varones no son tomados en cuenta y niñas y niños parecen asexuados en estas propuestas de acción. Las jóvenes solo ingresan en su condición de madres, y se las asimila a las adultas. La experiencia relatada sobre el funcionamiento del CAIA muestra como, sino salimos de la lógica del MMH, es imposible plantear propuestas que efectivamente se ajusten a las características de la población juvenil.

Los discursos y prácticas médicas en Posadas promueven una mirada acerca de la sexualidad limitada a lo biológico, entronizan el saber bio-médico por sobre otros saberes y así construyen una hegemonía difícil de quebrar. Aunque desde el orden nacional se proponen acciones integrales articulando aspectos socio-culturales a los biológicos, los prestadores de servicios (equipos de salud) actúan de formas diversas, algunos no han internalizado aún estas perspectivas legales y continúan en sus actos cotidianos reproduciendo un modelo tradicional y conservador, que mantiene la subordinación genérica de varones sobre mujeres. Las propuestas de formación y capacitación vigentes no aportan y tampoco están previstas líneas de trabajo en esta dirección.

Existen diversas concepciones acerca de la sexualidad que se generan tanto en los ámbitos familiares donde se encuentran influidos por sesgos ideológicos (religioso principalmente) como por las tradiciones pseudo científicas producto de diferentes grados de apropiación de estos conocimientos a través de la educación formal o del sistema de salud. Las iglesias siguen marcando preceptos más estrictos y mandatos más explícitos. El sistema de salud asume parcialmente su responsabilidad a pesar de la medicalización que ha sufrido el desarrollo sexual; incide en la formación sexual de los sujetos reforzando en las mujeres su rol de madres pero continua negando la sexualidad infantil, juvenil y masculina.

Los desencuentros entre las representaciones sociales del equipo de salud y las mujeres usuarias son reconocidos por éstos como “desobediencias”, “desacatos”, “ignorancia”, desajuste con las normas, “relajo”, despreocupación, irresponsabilidad. Todos estos términos son utilizados para referirse a los comportamientos que no respetan lo establecido, o lo que se pretende establecer. Y aunque en los instrumentos legales y programáticos se vislumbra otros modos de entender la sexualidad femenina, el ámbito de la salud solo las reconoce y confirma su existencia cuando atraviesan la experiencia de la maternidad.

Será entonces recomenzar la tarea planteándonos cómo incidir en las instancias de contacto mujeres y sistema de salud para abrir algunos canales que permitan una reflexión sobre la elección de la maternidad, el momento en que se la vive y con quienes se la comparte, así como las otras esferas de la vida en la cual estos sujetos pueden sentir bienestar y que no sea “atadas a sus hijas e hijos”. Si el sistema resulta tan difícil de quebrar desde dentro (por la interpretación libre de las propuestas programáticas y por los intereses de formación explicitados) será fortaleciendo a las mujeres en al luchas por sus derechos el camino alternativo para generar una mayor autonomía y un cambio de posición. Esta fue la conclusión de una de las entrevistas a un funcionario de salud “preocupado” por las dificultades al momento de instrumentar nuevas políticas en el área de maternidad. Coincidimos con la interpretación y nos abocamos a continuar desde otros espacios, sin abandonar el campo de la salud, esta larga y ardua empresa de hacer posible el ejercicio pleno de los derechos sexuales.

Bibliografía mencionada

Bourdieu, Pierre “Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo” en Materiales de Sociología Crítica. Madrid. Editorial La Piqueta 1986. Págs. 183-194.

Bourdieu, Pierre La Dominación Masculina. Editorial Anagrama. 2000.

Bourdieu, Pierre ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid. Ediciones Akal. 2001.

Menéndez, Eduardo Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica. México. Alianza Editorial Mexicana. 1990.

Vázquez H. Etnología del Conocimiento. Buenos Aires. Editorial Almagesto. 1995.

Rival, L. Slater, D. Y Millar, D. “Sexo y sociedad. Etnografías comparativas de objetivación sexual” en Antropología de la Sexualidad y Diversidad Cultural. Ed. Talasa. Madrid. 2003.

La política social como vía de integración social

Fretes, Lucía Mabel

Becaria de Posgrado CONICET

Introducción

El presente trabajo pretende examinar las formas de integración social propuestas desde el Estado, a partir del análisis de políticas sociales concretas implementadas en la Provincia de Misiones: el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), el Plan Nacer y Plan Provincial Mama. Para ello, se trabajara desde dos bloques: en primer lugar un análisis teórico que incluye pensar la desigualdad como elemento clave para entender la situación de la sociedad actual, los procesos que conllevan estratificación social jerárquica y la ciudadanía como formas de analizar la relación sujeto/individuo, Estado y Sociedad. Siguiendo con este recorrido se tomará a la política pública y a las políticas sociales (con su objeto específico "lo social" en su conformación como constructora de realidades) con las características que adquieren en la actualidad - focalizadas, asistencialistas, descentralizadas - y finalmente sus implicancias para pensar la integración social desde su aplicación a grupos específicos: pobres, vulnerables, grupos de riesgo, etc. En segundo lugar, considerando los programas y planes mencionados - como casos ejemplos de la generación de este tipo de integración fragmentada - propongo pensar cómo las políticas sociales específicas conllevan modelos de integración social a partir de una concepción política del "deber ser" social.

La maternidad actúa en este caso como lazo de integración social, no en el sentido relacional como antaño, sino en un marcado proceso de segmentación de la ciudadanía en el espacio social a partir de su inclusión como actor minusválido que, por ende, necesita asistencia. En este sentido su identidad materna en concordancia con las concepciones patriarcales del lugar de la mujer en la sociedad y su reclusión al ámbito doméstico se ven fomentadas desde el Estado, en detrimento de los avances en cuanto a la constitución de la mujer como colectivo autónomo y con capacidad de acción³⁵.

³⁵ Este trabajo es parte de una investigación mayor, que pretende establecer si ha mejorado el posicionamiento social de las mujeres en el campo de la salud a partir de la implementación de los programas sociales en los últimos cinco años. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - UNaM - Dpto. de Antropología Social

Consideraciones teóricas

“Toda sociedad constituye un sistema de posiciones desiguales y jerarquizadas derivado de un contexto institucional que precede a los individuos y que puede ser modificado por ellos. La desigualdad social es un fenómeno complejo en tanto se constituye de múltiples relaciones de poder entrelazadas.”

(D' amico, 2011)

Las políticas son herramientas de intervención y acción social para administrar, regular y cambiar la sociedad (Shore, 2010:33). Suponen la formulación y el establecimiento de un orden, orden que legitima y establece una unidad en el mundo (objetivo y simbólico) a la que se apela cuando las reglas deben hacerse visibles o explícitas dependientes de una autoridad legítima, que para el caso de las sociedades actuales es el Estado³⁶. La política social se presenta como una forma de articulación entre procesos económicos y políticos, que compone una construcción (que el Estado hace en una época determinada) de un modelo de sociedad específico al que apunta esta política³⁷.

La política pública entonces puede ser analizada como una expresión o un símbolo local que parece ocupar un papel central dentro de la sociedad, implica *“dejar al descubierto toda la estructura de un sistema social y los principios subyacentes sobre los cuales se basa un orden social”* a través del cual podemos rastrear grandes procesos de cambio social, histórico y cultural³⁸ (Shore, 2010:30- 32).

Para esto debemos entender que la política social predominante en el mundo contemporáneo se constituye como un elemento inseparable del proceso de desintegración social, en forma paradójica una integración física, económica y cultural con escasos precedentes, y, al mismo tiempo, a la reapertura de un proceso centrífugo en los modos de integración social (Andrenassi y Soldano, 2006:19). Es así un sistema de gestión de las desigualdades. Ya Marshall en los años cincuenta marcaba una contradicción entre ciudadanía³⁹ y desigualdad, afirmaba *“Sugeriré que hoy nuestra sociedad supone que ambas siguen siendo compatibles, tanto que la ciudadanía se ha convertido, en ciertos aspectos, en el arquitecto de la desigualdad social legítima.”* (Marshall, 1998:20). Su postura corresponde a que la igualdad que planteaba estaba

³⁶ No tomamos el estudio de las políticas públicas como un proceso lineal o cadena lógica: de arriba hacia abajo desde la formulación a su implementación, consistentes con el modelo mecánico. (Shore, 2010: 28)

³⁷ Cf. Danani, 1996 y Shore 2010.-

³⁸ Asimismo el autor lo compara su funcionamiento al “mito”, ya que ambos proveen un “plan de acción”, ofrecen narrativas retóricas que sirven para justificar —o condenar— el presente, y algo más usual, para legitimar a quienes están en posiciones de autoridad establecidas. Finalmente, mecanismos para definir y mantener las fronteras simbólicas que nos separan a “nosotros” de “ellos” (Shore, 2010:30- 32)

³⁹ La ciudadanía se basa en derechos universales que comparten todos y cada uno de los miembros de una comunidad nacional. Se distinguen tres formas: civil, política y social. La primera incluye derechos legales, a la propiedad, a ser juzgado por la ley, etc. La segunda a participar del poder político (como votante o político activo); y la tercera a gozar de cierto estándar mínimo de vida, de bienestar y de seguridad económica. (Lo Vuolo 1995: 24).

relacionada con el acceso escalonado de diferentes ciudadanía de las cuales, la social era la última, y la ciudadanía política la base para la primera y su condición necesaria, mientras que el Estado es quien debería garantizar un umbral mínimo de ciudadanía social, asumiendo la preeminencia del liberalismo. Para Marshall este sistema, supone aliviar las consecuencias de la separación de clases, pero no las elimina, ya que funciona como incentivo al crecimiento económico individual⁴⁰.

La desigualdad es multidimensional, abarca diferentes niveles: microsocioal (diferentes capacidades y recursos entre los individuos⁴¹); mesosocioal (pautas asimétricas de relaciones en distintas instituciones y campos de interacción⁴²) y macrosocioal (configuración de estructuras inequitativas en agregados sociales amplios⁴³). Siguiendo a Tilly (2000) y a Reygadas (2008) podemos reconstruir procesos y mecanismos que permiten la construcción y de-construcción de las desigualdades conjugando las capacidades individuales, las instituciones de pertenencia de los actores y las condiciones estructurales. Para Tilly la *explotación*, *acaparamiento de oportunidades*, *emulación* y *adaptación* son los mecanismos principales⁴⁴ y para Reygadas la *expropiación* y *apropiación de desigualdades*⁴⁵ que supone la distribución asimétrica de las ventajas y desventajas de una sociedad como resultado de relaciones de poder mediados por la cultura, donde cada sociedad construye umbrales de desigualdad tolerable (Reygadas 2008:37,41,54,99). Finalmente, aparece como un proceso que se da entre dos fuerzas: mecanismos que diferencian (reiterados en el tiempo con eficacia simbólica) y mecanismos compensatorios (redes de solidaridad, reciprocidad, acciones del Estado, resistencia y resiliencia)⁴⁶.

Entonces las políticas sociales aparecen como acciones compensatorias desde el Estado que gestionan las desigualdades, focalizados en lo específico de su objeto: "lo social". Para los autores

⁴⁰ Con la metáfora del edificio remarca que, si bien eleva el piso del sótano (sectores más desprotegidos) no elimina su estructura, producida finalmente por el sistema capitalista. (Cf. Marshall, 1998)

⁴¹ Capital social, status, atributos individuales, etnias, género, entre otros. (Reygadas, 2006:55-60) a las que Tilly denomina diferencias categoriales. (Tilly, 2000)

⁴² Campos y habitus, interacciones sociales, influencias políticas, dinámicas familiares, clases sociales, entre otras. (Reygadas, 2006:56-66)

⁴³ Sociedades, incluso puede agregarse como Estados Nación. (Reygadas, 2006:56)

⁴⁴ (Cf. Tilly, 2000:23)

⁴⁵ Para Reygadas se asientan en cinco postulados: 1) Existen mecanismos de apropiación por los que los agentes que tengan beneficios diferenciales (colectivos o individuos) acceden a porciones de riquezas y bienestar; pueden repetirse y establecerse en el tiempo (2008:42,43) 2). Dos mecanismos principales: la explotación, a través de la apropiación del plusvalor en Marx y el acaparamiento de oportunidades de Weber, como dos mecanismos de poder complementarios. Las personas se encuentran en algún grado de inclusión o exclusión respecto de diferentes recursos (2008:45). 3). Disputa por la legitimidad de las riquezas apropiadas (2008:48) 4). Los mecanismos para alcanzar la igualdad en un aspecto provocan otras formas de desigualdades, muchas son contradictorias (ej. focalizados, universales, género, étnicos, etc.) (2008:48) 5). Existe una dialéctica entre igualdad y desigualdad: remarca que no existe una tendencia meta-histórica de las sociedades hacia la igualdad o hacia la desigualdad (2008:51).

⁴⁶ La riqueza de esta construcción permite utilizar teorías diferentes según el nivel de análisis al que remita el estudio, supone por ejemplo que Bourdieu y Tilly pueden ser utilizados para analizar las desigualdades (relacionales y categoriales respectivamente) así como Marx en un nivel estructural, o bien combinarlos con enfoques weberianos. Esto lo sintetiza en su análisis procesual que incluye de manera crítica estos niveles: sin caer en un determinismo estructural, matizados con posiciones constructivistas (la desigualdad creada y recreada en las interacciones sensibles a la agencia humana), pero no radicales (sin reducirlas a las interpretaciones de los actores); las desigualdades entonces se enmarcan dentro de procesos amplios en los que las relaciones de poder se decantan en configuraciones estructurales asimétricas (Reygadas, 2006:55)

Andreanassi y Soldano los cambios en el funcionamiento de la economía capitalista han producido transformaciones en los modos de integración y lo que se suele entender como "cuestión social", que a la vez cambia a la política social misma. Así se pasa de la extensión de la protección pública (empleo formal y grandes instituciones universalistas) a la lucha contra la pobreza y el refuerzo de una red de seguridad mínima "por detrás y por debajo" del mercado de trabajo (Andreanassi y Soldano, 2006:18).

Cuando las desigualdades estructurales se profundizan, emergen trayectorias que incrementan la situación de vulnerabilidad de la construcción biográfica de los individuos y de colectivos enteros. En este sentido Saraví (2007) utiliza la noción de exclusión social⁴⁷ como una interpretación y análisis de la forma en que se teje la relación individuo-sociedad de forma multidimensional, haciendo referencia a las fracturas en los lazos sociales y en las instituciones que sostenían la integración social.⁴⁸ Hace referencia a procesos que se dan en conjunto – con variadas combinaciones – en los que se entrecruzan: la pobreza estructural (esto es las condiciones estructurales que asientan desigualdades, en cuanto al nivel de vida, mercado de trabajo, precarización laboral, aspectos relativos a la integración social, la participación y los derechos sociales, etc.) así como dimensiones que fundamentan un proceso de acumulación de desventajas. De igual manera puede ser analizado también en función de los cursos de vida, como parte de las biografías completas (relacionando estructura por un lado, individuo y trayectoria temporal), es decir, como espacios en los que se cristalizan las situaciones de riesgo (biografías de riesgo) y las desigualdades (desigualdades en las trayectorias) (Saraví, 2007:31-35).

Para Svampa (2005) se produce en la Argentina un proceso de polarización y fragmentación social, en forma de modernización excluyente, que a partir de la profundización del modelo neoliberal de los noventa implica la fragmentación, polarización y multiplicación de las desigualdades. Asimismo supone que las políticas asistenciales focalizadas funcionaron como estrategia para contener este proceso de marginalidad y exclusión social, ya que el modelo profundiza la "brecha" entre grupos sociales y rompe con los canales de integración histórica de las clases populares⁴⁹. En el caso Argentino implica la desintegración de los colectivos

⁴⁷Se diferencia del concepto respecto de la **pobreza absoluta** – esto es la participación de cada individuo en la resolución de necesidades básicas – que prioriza el aspecto económico, es fácilmente contrastable con la noción de exclusión, donde se analiza el proceso de ruptura de los lazos sociales y la inclusión en diversos aspectos de la sociedad. Esto se da porque la **pobreza relativa** estaría dependiendo tanto del tiempo y espacio, es decir, del contexto socio-histórico bajo análisis, como de la situación de privación social relativa a los niveles prevalecientes de participación en esa sociedad determinada (Saraví, 2007:23).

⁴⁸El autor afirma que los diferentes enfoques, con referencia a los espacios socio-culturales para los que fueron pensados; tienden a sostener o privilegiar alguno de los factores de integración. Asimismo los cambios en la globalización fundamentan nuevas estructuras de oportunidades y de constreñimientos que reformulan las condiciones de pertenencia e incrementan los riesgos de exclusión (Saraví, 2007: 21).

⁴⁹ Para D'Amico (2010), Svampa caracteriza esta mutación en base a dos hechos principales: la hiperinflación de 1989 y las políticas neoliberales implementadas por Carlos Menem desde principios de los años noventa, que configuraron un orden neoliberal y la dualización social: la lógica del mercado regida por la economía distanciada de la vida social.

que habían sido referentes de la organización social, específicamente aquellos relativos al mundo del trabajo⁵⁰.

Asimismo se reformula el uso del espacio, los pobres se desplazan a espacios territoriales marginales, con dificultades en el acceso a bienes y servicios públicos, así como por problemas ambientales, hacinamiento, etc. (Santiago, 2010). En este nuevo contexto se modifica la noción de futuro, y el trabajo deja de ser un ordenador de un proyecto de vida, en términos de inseguridad en los horizontes de la acción. Así prima el mediano o cortoplacismo como situaciones de individuación y experiencias biográficas atravesadas por la vulnerabilidad y la incertidumbre, que consolida la construcción de “biografías del riesgo” permanente (D’amico 2011). Constituyen entonces, procesos diacrónicos y sincrónicos de acumulación de desventajas en el entrecruzamiento de las estructuras de oportunidades que brinda el mercado, estado y sociedad⁵¹ (Saraví 2007:34).

En los últimos cinco años, para Ramos (2010) se advierten señales de cambio en la orientación económica y la reubicación del Estado como actor de reparto, en paralelo a un proceso de *asistencialización* de la política social, en la que adquiere una centralidad impensada en la legitimidad sociopolítica⁵². Es en este marco donde se multiplican los planes y programas sociales, pero como políticas focalizadas destinadas a grupos acotados, que revisten de características específicas y que, finalmente, deben demostrar una necesidad concreta para ser incorporados dentro de la asistencia del Estado.

Para entender entonces estas transformaciones y los efectos que pueden establecerse en el entramado social, en el siguiente apartado pasaré a analizar tres políticas sociales concretas que se implementan en la provincia de Misiones: el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), el Plan Nacional Nacer y el Plan Provincial Mamá, pivotando entre su caracterización y su implementación, para culminar en el análisis de las formas de integración social que proponen⁵³.

Gestionando la desigualdad: planes y programas sociales

a) Programa Nacional de Salud Sexual y Protección Responsable

En el año 2003 se aprueba la Ley Nacional que da origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Reproductiva (PNSSyPR) que constituye, en cuanto a las cuestiones formales plasmadas en el

⁵⁰ Cf. Santiago 2010.

⁵¹ Esta relación triádica esta analizada por Esping Andersen (1991) donde a cada combinación entre los tres espacios se corresponde un modelo de Estado particular y su concomitante política pública.

⁵² Este concepto es presentado por los autores Andreanissi y Soldano (2006)

⁵³ Cabe mencionar que los datos relevados para cada política social provienen de diferentes momentos de la investigación, el primero que refiere al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable responde a trabajo de campo personal y del equipo de investigación en los centros de salud locales y análisis del discurso del programa; los mismos realizados desde el año 2005 en proyectos anteriores ya fueron presentados en publicaciones, algunas en coautoría con la Mg. Lidia Schiavoni. El Plan Mama lo trabajé como aporte personal al proyecto actual desde el 2009. Finalmente el bloque que remite al Plan Nacer se deriva principalmente del trabajo realizado por Miguel Ramos (2009, 2010 y 2011) y un análisis global del proyecto, su implementación y sus subyacentes simbólicos.

texto escrito del Programa y considerando el momento histórico de su creación, como la política social más avanzada en el reconocimiento de la mujer en Argentina al rescatar la función social de la reproducción humana. En la misma se pasaba de considerar la reproducción desde una perspectiva individual hacia una concientización colectiva de compromiso. Así posicionaba a la mujer como sujeto social con roles múltiples y fundamentales: reproducción biológica y social (cuidado y crianza de los hijos), trabajo doméstico (cuidado del hogar) y trabajo productivo fuera del hogar, con o participación social y comunitaria.

De esta manera, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable implica una forma consecución de derechos sociales en la forma de derecho reproductivo, que reconoce la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente un método anticonceptivo (reversible, no abortivo y transitorio⁵⁴) de acuerdo a sus convicciones y a partir del asesoramiento, para adecuar la cantidad de hijos que cada pareja desea tener. Respalda el derecho que tienen todas las personas a la salud, que incluyen la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o embarazos no deseados. Y promueve la “consejería” en los servicios de salud pública de todo el país, es decir la posibilidad de acceder gratuitamente a una elección informada en materia de procreación responsable. En este sentido aparece como una política social superadora de los anteriores programas de planificación familiar y salud sexual, ya que sostiene una lógica de atención la mujer en consideración de sus múltiples roles y espacios de acción, como sujeto de derechos brindando a la mujer un espacio diferente a la clásica reproducción de los valores patriarcales de la sociedad.

El programa se implementó rápidamente en todo el territorio nacional, funcionando actualmente en la mayoría de los hospitales, centros de salud y atención primaria de la salud (APS) públicos y de autogestión. Aunque debo resaltar que muy a pesar de los avances mencionados en el párrafo anterior, en la práctica los lineamientos presentados en el proyecto difieren mucho de su efectiva implementación. Por este motivo amén de presentar las características principales del Plan Nacional, entre se analizará en conjunto su aplicación en la provincia de Misiones que, adelantando conclusiones, pierde a nivel local gran parte de los avances de su enfoque integral, pues se sigue focalizando en las mujeres adultas como destinatarias a las que se les adjudica la responsabilidad de controlar su fertilidad. Mientras que a los varones no se los toma en cuenta, y finalmente, niños y jóvenes parecen asexuados en la propuesta de acción.

La lógica del programa implica que desde Nación se brinden recursos, información necesaria (capacitación técnica a educadores, trabajadores sociales, operadores comunitarios y equipo de salud) y los insumos (específicamente métodos anticonceptivos de suministro gratuito⁵⁵) a los efectores descentralizados del sistema de Salud.

⁵⁴ Actualmente se encuentra en vigencia la ley N 26130 de agosto del 2006 que permite las intervenciones de contracepción quirúrgica por decisión voluntaria.

⁵⁵ Los métodos anticonceptivos que se incluyen son métodos hormonales (pastillas, inyectables), métodos de barrera (preservativo) y el dispositivo intrauterino (DIU).

La provincia de Misiones adhiere en marzo del 2003, aunque manteniendo el decreto de salud sexual vigente desde el año 1998 (3321/98). Se constituye como efector el Ministerio de Salud de la provincia, una coordinadora general e incluye a la red de efectores públicos (Hospitales de diferentes complejidades y Centros de Atención Primaria de la Salud – CAPS), mientras que el sistema privado de salud se incorpora al programa como efector en cuanto se le considere el reintegro de los MAC que se entregan.

Sus objetivos específicos incluyen: alcanzar para la población el nivel más alto de Salud Sexual y Procreación Responsable por medio de programas y acciones educativas, garantizando el acceso a servicios y prestaciones; la detección precoz de enfermedades genitales y mamarias mediante la realización de PAP y controles a todas las mujeres bajo programa⁵⁶; contribuir a la prevención temprana de ITS por medio de la articulación con otros programas; disminuir sustancialmente las tasas de mortalidad, morbilidad materno-infantil y ginecológica reproductiva; prevenir el embarazo no deseado, disminuir la tasa de fecundidad adolescente y reducir sustancialmente el número de hospitalizaciones por aborto; lograr una cobertura adecuada en la provisión de métodos anticonceptivos y finalmente se contemplaba además la asistencia técnica y capacitación permanente a equipos de salud. Como vemos los objetivos son muy amplios y variados, mientras que a implementación del programa abarca tres dimensiones fundamentales: las actividades de información (educación, promoción, etc.), planificación familiar (consejerías) y el monitoreo.

Entonces, la concientización está destinada a la población en general y abarca tanto un enfoque individual (consultas) como un enfoque grupal y comunitario. En las mismas se deben presentar los derechos legales, sexuales y reproductivos, las características de los métodos anticonceptivos y su correcto uso. La comunicación social prevé así una cobertura masiva, que implica tanto la difusión del PNSSyPR, como de los servicios contenidos en el mismo. También suponía un diagnóstico de la población objetivo, luego la implementación de acciones masivas de comunicación (radio, TV, prensa escrita, etc.), material gráfico y campañas masivas y comunitarias. Actualmente no se utilizan campañas masivas acerca del programa, aunque sí se realizaron los primeros años (2003,2004 y 2005). En Misiones en la actualidad se entregan algunos folletos y siguen colgados en los centros de salud algunos afiches. Pero aún desde un primer momento los afiches y campañas se elaboraron desde Nación y se bajaron a las demás jurisdicciones sin atender a las necesidades y conocimientos locales, así como tampoco existió un seguimiento acerca de los resultados de las campañas masivas y de información.⁵⁷

Por el contrario, la consejería remite únicamente a la población bajo programa e incluye la atención individual con el fin de brindar información sobre la elección de métodos anticonceptivos. De esta forma se plantea una articulación entre una cobertura universal de dos tipos: la primera, de una oferta homogénea a la

⁵⁶ Se refiere a toda persona que haya recibido algún tipo de prestación en Salud sexual y reproductiva durante el último año.-

⁵⁷ Salvo casos puntuales que remiten al aporte de proyectos financiados por UNaM (extensión e investigación), CEDIT y proyectos financiados por Yaciretá en barrios, relocalizados, que generaron sus propios materiales de promoción teniendo en cuenta la cultura y los saberes locales.

sociedad en su totalidad (de información) y una segunda orientada a grupos más vulnerables; que como criterio de selectividad, ya que termina siendo un programa que atiende en centros públicos de salud⁵⁸ y focalizado a las mujeres como grupo de riesgo responsable de la reproducción. La evidencia empírica muestra serias diferencias en los modos en que las mujeres conocen y actúan sus derechos, así como la ausencia de una consejería integral y la nula participación de los varones en el Programa⁵⁹.

El proyecto suponía la atención integral a cualquier varón o mujer en edad reproductiva y/o parejas que deseen regular su fertilidad, cuyas actividades debían atenderse según demanda espontánea. Con la misma lógica, la planificación familiar se centra en la consulta de planificación, que consta de dos partes 1) *anamnesis* – datos generales del beneficiario y antecedentes mórbidos y gineco-obstétricos; y 2) *examen* clínico – físico, ginecológico, PAP, laboratorio, prescripción del método anticonceptivo o la colocación del dispositivo intrauterino. Supone así cobertura nominal y seguimiento individual de los beneficiarios bajo responsabilidad de los efectores o servicios⁶⁰. En Misiones, las consultorías y la planificación familiar la realizan en forma exclusiva los médicos, sin habilitar otros efectores que puedan trabajar con la sexualidad y la anticoncepción, circunscribiendo la misma al sistema de salud.

En otro trabajo remarcábamos con Schiavoni (2011) que la “consejería” que se brinda desde el programa en Misiones se encuentra muy cercana al momento de la decisión del método anticonceptivo, pero no contempla los temas necesarios en la educación y promoción de la sexualidad⁶¹: *“Esta limitación deja a la consejería únicamente como insumo para la elección del método anticonceptivo e impide la posibilidad de tocar otros aspectos decisivos en la sexualidad. La forma de establecer el diálogo y la comunicación se dejan en manos del “consejero”, y se proporcionan escasas herramientas para su abordaje”* (Schiavoni y Fretes, 2011).

En Misiones estos momentos de la implementación del programa aparecen trasmutados en la atención focalizada de mujeres, considerando que no se incluye al varón en las consultorías ni en la planificación familiar. De igual manera la atención a los adolescentes se centró únicamente en consultas de planificación familiar compartiendo en muchos casos los mismos espacios de atención que las mujeres

⁵⁸ Las consultorías para los métodos anticonceptivos y la atención médica para quienes ingresaron al sistema de cobertura privadas (por pago o por empleo) tienen atención diferencial y no se ajustan a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el mismo brinda cobertura del MAC que en los centros privados implica una nómina por MAC entregado y cabe pensar si efectivamente se consideran los mismos MAC que para la población bajo programa de los centros de salud públicos, o bien con cuotas diferenciales para obtener uno de mayor calidad como ocurre con los DIU con hormonas.

⁵⁹ Se trabajo con más de mil quinientas mujeres bajo programa en las salas de esperas de los centros de salud en Misiones (Hospitales y Centros de Salud). Proyectos 16H/140 y 16H/218

⁶⁰ Cf. Manual del promotor PNSSyPR 2006.-

⁶¹ Los contenidos que se dan efectivamente remiten a la descripción de los métodos (o su entrega directa), eficacia e instructivos de uso, efectos colaterales y complicaciones, la prevención de ITS y seguimiento (controles). Esto conduce de vuelta a la visión biomédica, ya que se excluyen todos los aspectos relativos a la sexualidad humana general o la enseñanza de hijos en temas de sexualidad. Tampoco se establece una continuidad de la educación activa de las mujeres, o a las formas de inclusión de las parejas. Cf. Schiavoni y Fretes, 2011.-

adultas (generalmente en los centros del interior de la provincia), y en otros, se continuó con la lógica de atención en proyectos anteriores, como el caso de MANE (“Madres Niñas Adolescentes Embarazadas”) que como su mismo nombre indica manifiesta la ausencia de claridad en cuanto a la sexualidad (reduciéndola a la procreación) y la confusión entre niñez, adolescencia y maternidad, tampoco denota la inclusión del varón en el programa.

En el programa se prevé actividades de Monitoreo y Evaluación, en el que se contempla: el alcance del programa a nivel nacional⁶²; que todas las mujeres bajo programa se realicen un Papanicolau (PAP), la disponibilidad regular de insumos y que se efectúen las actividades de información y consejería correspondientes. Por último, se monitorearán algunos indicadores estadísticos: el programa prevé la reducción de las tasas de mortalidad materna, la reducción de hospitalizaciones por aborto y la disminución de la tasa de fecundidad adolescente. Sobre estos indicadores escasean los análisis oficiales acerca del impacto del programa en los indicadores estadísticos y en la implementación local. Sin embargo, como expone Ramos, Misiones es *“una provincia donde la tasa de fecundidad y mortalidad perinatal, materna e infantil, los indicadores de maternidad adolescente, las VDRL congénitas y las sepsis derivadas de maniobras abortivas reconocen los valores más altos del país”* y que de acuerdo a las estadísticas vitales de los años 2006 - 2009 no se han modificado las tendencias de los mismos (Ramos, 2010:13).

Asimismo en Misiones se evidencian inconvenientes en la continuidad en la entrega de los métodos anticonceptivos, principalmente en los centros de salud (CAPS) de los barrios y del interior de la provincia. Tampoco son regulares en estos centros mencionados las prácticas de consejería para la planificación familiar y las limitaciones que ya mencionamos en los lugares en los que se realizan (mirada biomédica, inclusión parcial de los jóvenes, focalización en las mujeres, enfoque reproductivo y de riesgo). Esto implica una construcción simbólica de la sexualidad vista desde la elección de MAC, sin habilitar otros temas y sin incluir al varón, que finalmente impide consolidar herramientas para la autonomía de las mujeres que reciben este discurso y son sometidas a prácticas médicas.

Por esto, aunque el Programa explícitamente abarca a la pareja como tal, aún podemos observar que tanto en las acciones de planificación, como en consultoría y monitoreo la mujer continúa nucleando las prestaciones. Otra cuestión importante es que a estas mujeres, ya que el programa se implementa desde el sistema médico, son consideradas “pacientes” y no actores con poder de decisión sobre sus cuerpos y sobre su fertilidad. Permitiendo así, que se construya una identidad que relaciona a la mujer como única responsable de la sexualidad (entendida como reproducción) y de la fecundidad (cuidados médicos), y como efecto también habilita espacios de violencia simbólica, en la que se reduce la responsabilidad del varón en los cuidados, en la anticoncepción y en la paternidad.

⁶² Este punto se completó Misiones fue una de las primeras en alcanzar la totalidad de sus efectores (esto tiene que ver también con la lógica centralizada del sistema público de salud).

Entonces desde la lógica de su implementación, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable no ha logrado desarticular las lógicas imperantes en el sistema de salud y no ha podido encontrar las vías de ruptura (estructural y/o simbólica) de la posición de la mujer dentro del sistema patriarcal, en tanto reproduce la mirada médica de la sexualidad y continua con el sistema de atención al binomio madre/hijo (aún si desea no tenerlo) con un marcado enfoque reproductivo, preventivo y de riesgo.

c) El Plan Nacer

El Plan Nacer es un Programa Nacional de transferencia de fondos para la atención y asistencia de la salud de mujeres embarazadas, puérperas, niños y niñas menores de 6 años, que no posean cobertura médica de ninguna clase en sus inicios; a partir de 2011 se amplió la cobertura a niñas y niños hasta los 18 años. Depende del Ministerio de Salud de la Nación, descentralizado en cada Provincia y en los centros de salud y Hospitales que adhieran al Plan. La ley 4170/05 marca la adhesión de la Provincia de Misiones, donde se estipula que será coordinado por el Ministerio Salud Pública. De esta manera desde el 2005 y en forma paulatina, la totalidad de los CAPS de la Provincia han firmado convenios de adherencia.

La inscripción al Plan Nacer se realiza en cada uno de estos centros de salud según fichas y planillas diagramadas a nivel nacional, de igual manera la inscripción se puede efectivizar a través de promotores que visitan los hogares de las embarazadas y niños. Este plan se articula con otras políticas sociales (Provinciales y Nacionales), ya que se presenta como condición necesaria para obtener los beneficios de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH), Plan Mama, Plan Cunas, entre otros.

El Plan Nacer presentó como objetivos formales: disminuir la mortalidad materno-infantil y mejorar el estado de salud materno-infantil en Argentina; fortalecer la red pública servicio de salud y a los centros de atención primaria públicos; y finalmente promover la participación social y accesibilidad a los servicios públicos. Se trataría de un servicio de salud similar a los que presta una obra social, esta vez dirigido a mujeres embarazadas y niños y niñas que no pueden acceder a estas prestaciones, sostenido por el estado nacional a través de los prestadores del sector público (Ramos, 2010).

De esta manera se retribuye la prestación de un conjunto de prácticas e intervenciones que se encuentran taxativamente estipuladas y valoradas económicamente en un Nomenclador único para todo el país⁶³.

Haciendo un análisis de las prestaciones encontramos que incluye a todas las prácticas médicas, preventivas y de promoción que ya se venían realizando en los centros de salud y Hospitales locales, por lo que no revisten de prácticas novedosas, sino la transferencia de fondos para prácticas existentes y

⁶³ Va actualizándose año a año.

disponibles para la población sin obra social⁶⁴. Para esto la Nación transfiere recursos a las provincias en base a un cápita por beneficio inscrito, que se transfiere primero 60% por identificación e inscripción de beneficiarios y 40% restante cada cuatro meses por cumplimiento de las metas sanitarias (denominadas para el plan "trazadoras").

En la siguiente tabla detallaremos cada una de las diez trazadoras vigentes para el plan Nacer, así como los porcentajes de cumplimiento alcanzados al 2010 y un breve análisis de los mismos.

TRAZADORA		Alcanzado año 2010	Observaciones
11	Captación temprana de mujeres embarazadas	87,48%	Cabe resaltar que los criterios de evaluación de la mayoría de las trazadoras son de carácter estrictamente biomédicos. Ramos (2010) ejemplificaba que para evaluar los resultados de la trazadora 2 se toma la razón existente entre el número de recién nacidos en un cuatrimestre de madres elegibles beneficiarias con APGAR mayor a 6 puntos sobre el número de recién nacidos de madres elegibles de ese cuatrimestre. De esta manera marca la mirada exclusiva biomédica de lo que significan los estándares de salud, enfermedad y cuidados. En concordancia los estándares pretendidos para los hospitales y CAPS, así como las planillas que derivarán en los cálculos de la efectividad médica y atención médica no permiten un análisis fuera de la medicina occidental. Sin embargo, siguiendo a Ramos (2010), ninguna de estas prácticas reviste novedad alguna, o supone una mejora en la atención de las madres o los recién nacidos, corresponden a las prácticas médicas rutinarias en cuanto a la atención de salud, que responden a aquello que podría entenderse como el estado del arte en clínica obstétrica, neonatológica y pediátrica.
22	Efectividad en la atención del parto y neonatal	128,44%	
33	Efectividad en el cuidado prenatal y prevención de la prematuridad	121,69%	
44	Efectividad en la atención prenatal y el parto	115,27%	
55	Auditoría de las muertes infantiles y maternas	106,00%	

⁶⁴ Asimismo Ramos (2010) afirma que en la Provincia se brindaban coberturas similares en maternidad e infancia desde planes provinciales como el PROMIN – Programa Materno Infantil de Nutrición.

66	Cobertura de inmunizaciones.	59,07%	Es importante remarcar que según los indicadores de morbi-mortalidad de la provincia de Misiones al 2009 existe una prevalencia de enfermedades prevenibles por vacunación ⁶⁵ . Podemos notar que a cinco años de su implementación, no se consigue expandir la vacunación de los menores de 6 años.
77	Cuidado de la salud sexual y reproductiva	124,49%	La medida en este caso sería la utilización de MACs posteriores al parto y la consejería que aparece como nomenclador de práctica médica. Ramos (2010) explica que las mismas implican únicamente asesoramiento sobre alternativas en contracepción y la distribución (discontinua) de MAC y materiales de difusión. Cabe preguntarnos si la salud sexual se agota en estos factores.
88	Seguimiento periódico del primer año de vida	66,59%	Cabe detenernos en estas trazadoras, ya que constituyen el déficit histórico en la atención de niños. Ambos indicadores nos muestran que el Plan Nacer no ha incidido considerablemente en el aumento de los controles médicos posteriores al parto. Y esto considerando que al mismo año como veíamos en las primeras trazadoras, la atención a partos y nacimientos fue mayor que lo esperado por estos indicadores.
99	Seguimiento periódico hasta los 6 años de vida.	62,90%	
110	Inclusión de la Población indígena	100%	Esto tiene que ver con el sistema de atención por parte del Estado de las comunidades aborígenes, donde la población bajo programas sociales se encuentra censada. Las metas a alcanzar entonces se condicen con la población existente.

De todas formas, en cuanto a la contabilización de trazadoras para la Provincia en el año 2010 en conjunto, según los datos oficiales se alcanzó el 36,27% de cumplimiento, y se pagó a la Provincia (a los efectores) hasta ese año 11.063.817 pesos por prestaciones realizadas, por lo que se habrían incluido a 1.352.192 niños menores 6 años⁶⁶. Estas mediciones son fundamentales porque de ellas dependen los

⁶⁵ Datos Ministerio de Salud año 2009.-

⁶⁶ Datos Ministerio de Salud - Pcia. De Misiones. (año 2010)

incentivos para optimizar el rendimiento sanitario, asigna recursos y establece los mecanismos de retribución de mejoras crecientes⁶⁷.

Ahora bien, encontramos que las trazadoras no se condicen con todos los objetivos generales presentados por el Plan Nacional, ya que aquellos que no refieren a la atención médica no son tenidas en cuenta, como por ejemplo la participación comunitaria y social⁶⁸ y las visitas a las comunidades aborígenes. Tampoco estos corresponden a indicadores de participación comunitaria, y en ningún caso constituyen prácticas novedosas, las mismas ya se encontraban en funcionamiento en la Provincia. Tampoco en las trazadoras se tiene en cuenta la mejora en la infraestructura de los centros de atención de salud, ni la compra de equipos, entre otros. Así, Ramos (2010) afirma que la novedad del Plan habría que circunscribirla a los modos de gestión en la inversión presupuestaria, ya que la operatoria del Plan prevé que los recursos recibidos por los efectores (CAPS, hospitales o unidades centralizadas) sean distribuidos internamente de acuerdo a las prioridades que fijen los propios trabajadores de esas unidades asistenciales⁶⁹. Sin embargo no existen limitaciones para determinar estas prioridades, y al evaluar las acciones no son tomadas en cuenta como trazadoras⁷⁰.

Por otra parte, aunque no existan datos oficiales correspondientes al año 2012, las noticias remarcan que la provincia ha cumplimentado los parámetros básicos y se ha extendido el monto otorgado a la provincia en 30 millones más, para extender a 350 millones los beneficiarios⁷¹. Esto tiene que ver con una ampliación de población destinataria del Plan Nacer, ya que en este año incorporan niños, adolescentes, jóvenes y mujeres adultas hasta los 64 años. Este ingreso de mujeres, niños y adolescentes desvirtúa lo que significaba el plan "Nacer" en un primer momento como política social que intenta de alguna manera contrarrestar los indicadores de mortalidad materno infantil y atención médica de niños, vislumbrándose su transformación a una especie de transferencia de fondos para la cobertura social de los sectores empobrecidos.

⁶⁷ Aunque existe un padrón único de beneficiarias los datos no están abiertos a la comunidad. En la página oficial del Plan Nacer de Misiones aparecen para descargar documentos con los Nomencladores únicos (precios por prestación) y documentos que certifican la transferencia de fondos para cada centro de salud en forma mensual. Cf. www.misiones.salud.gov.ar

⁶⁸ En los nomencladores de pagos aparecen en el rubro "comunitarias" las intervenciones de los agentes sanitarios en las casas de familias, rol que correspondía anteriormente el promotor de salud.

⁶⁹ Desde el nivel central se indican, no obstante, algunas de las posibles inversiones que pueden realizarse: refacción o ampliación de la estructura edilicia; compra de insumos médicos y equipamiento; adquisición de movilidad (ambulancia, camioneta, etc.) para su uso compartido con otros efectores de la zona o región sanitaria; insumos de librería, computadoras, de limpieza, mobiliario, contratación de servicios de mantenimiento de equipos electrónicos, compra y mantenimiento de equipos de comunicación, de bombeo de agua u obras de perforación, tendido de red eléctrica, entre otros.

⁷⁰ Esto también marca la necesidad de repensar este mecanismos si no se tienen en cuenta un incentivo al cobro el cumplimiento de metas que tiendan a favorecer los centros de salud y si no existe un freno a la posibilidad de que los incrementos terminen siendo utilizados para pagar sobresueldos.

⁷¹ Cf. www.territorioidigital.com y www.misionesonline.com, además encontramos las mismas replicadas en la página oficial del Ministerio de Salud.

Permite también pensar que la salud de la población empobrecida que se encuentra en los márgenes y que no es alcanzada por la dinámica económica del centro, aparece atendida por el sistema de salud estatal, pero desde una lógica asistencialista y como política integral de incentivos a los prestadores médicos, no como proyecto de fortalecimiento universal del sector salud, como lo fue en el siglo pasado (Svampa, 2005).

Así el traspaso como estrategia de seguro público de salud, es inminente. En este sentido se supone que aquellas prácticas descentralizadas a manos de Provincia durante la década del noventa y que ahora no pueden sostener estándares de calidad y atención, son nuevamente financiadas por el Estado, pero la lógica redistributiva implica un cambio del universalismo hacia la focalización a grupos con población registrada y clasificada que reifica al binomio madre-hijo y, como veníamos exponiendo, la autonomía que se les da a las provincias entonces reside en la posibilidad de elegir en qué se gastará el dinero.

Esto puede cuestionarse desde dos lugares: primero, sostiene el lugar de la mujer como actor que necesita atención médica gratuita, ya que se la posiciona por fuera de la esfera privada o y fuera del mercado de trabajo al no incluir al varón, se sigue suponiendo que es el varón debería estar contenido, en cuanto a su cobertura médica, por parte del mundo del trabajo.

En segundo lugar, ampliar esta cobertura implicaría además su cambio a una especie de obra social para los pobres, para quienes no tienen trabajo o que estén fuera de las posibilidades de obtenerlas a través del mercado. Se amplía la cobertura desde el Estado, pero volvemos a la distinción básica pobres al Estado y la mejor atención se encuentra en manos privadas, a quienes pueden pagarlo, y en este caso sin mejoras en la calidad de atención o en las prácticas, que ya se sostenían desde el Estado, en definitiva si bien como efecto rebote, reforzando las desigualdades estructurales y afianzando al sistema de posiciones de género que le dan origen.

c) El Plan Provincial Mamá

El Plan Provincial Mamá aparece como un programa de protección integral de la madre y el bebé que funciona operativamente en Vice Gobernación y cuyos fondos provienen de Rentas Generales. Es un programa de asistencia a través del cual se otorga la suma de mil pesos a cada futura mamá (ayuda mensual de \$ 200 para el 6º, 7º y 8º mes de embarazo, y de \$ 400 si dentro de los 45 días del nacimiento presenta fotocopia del DNI del recién nacido), cuyos objetivos formales aparecen como:

- Contribuir a la disminución de la tasa de morbi-mortalidad materno infantil a través de un adecuado seguimiento y control del embarazo y del parto.⁷²

⁷² Según datos de la dirección de estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones (año 2009) la dinámica y estructura de la población refleja que el 22,3% (215.561) de los habitantes tienen entre 10 y 49 años, y el 28.5% (287.936) son mujeres en edad fértil, el número de hogares en la Provincia es de 235.004, siendo el promedio de personas por hogar de 4.1. El total de nacidos vivos asciende a 25988, y la tasa de Natalidad (22,49) se mantiene elevada en

- Asegurar la identidad de todos los nacidos vivos en la Provincia.
- Eliminar las asimetrías existentes entre las mujeres que poseen cobertura social por tener empleo y perciben asignaciones por nacimiento, y las que no.⁷³ Y a posterior del nacimiento se articula con la asignación universal por hijo (AUH), y el programa nacional en vigencia: Plan Nacer⁷⁴ para la atención médica del niño.
- Evitar que el estado de vulnerabilidad social lleve a extremos tales como el desamparo afectivo y físico de los niños, también evitar las adopciones/ventas de bebés.

En consonancia el plan mama supone, brindar a las embarazadas y recién nacidos las prestaciones necesarias para cuidar su salud en forma gratuita, de acuerdo a la agenda sanitaria. Asimismo, supone la entrega del DNI "0 años" en el ámbito de las maternidades y delegaciones del Registro Provincial de las Personas. De igual forma, se pretende facilitar la accesibilidad a las madres para la finalización de sus estudios primarios y a los procesos de alfabetización⁷⁵. Finalmente supone, en lo laboral, dotar a las madres en el período posterior al nacimiento de herramientas que permitan su sustentabilidad económica.

Como política se focaliza en mujeres embarazadas (mayores y menores de edad) en cualquier etapa del embarazo, residentes en la Provincia que no tengan cobertura de obra social y que se encuentran inscriptas en el Plan Nacer. Los mecanismos de ingreso suponen una inscripción en los centros de salud (Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) u Hospitales). La documentación necesaria para la inscripción consiste en la posesión del DNI de la madre (excluyente)⁷⁶ y un certificado médico de embarazo que debe mencionar con detalle, la semana de gestación (SG), fecha de la última menstruación (FUM) y fecha probable de parto (FPP).

relación con la del país (18.2); la tasa de fecundidad corresponde a 75,30/00. La tasa de Mortalidad Infantil en Misiones asciende a 12,66/00, sigue correspondiendo a una tasa elevada y si tomamos las semanas de gestación encontramos que la mayoría de las defunciones fetales, lo que equivale al 85%, se presentan después de las 22 semanas de gestación. Del análisis de sus componentes, la mayoría de las defunciones corresponden al período neonatal (tasa de Mortalidad Neonatal: 8,54/00), y un 4,12/00 a la tasa de mortalidad posneonatal. Del total de defunciones el 60% son consideradas reducibles por diagnósticos y tratamientos oportunos, entre esto se destacan aquellos que son reducibles durante el embarazo y la mitad de las defunciones posneonatales se consideran defunciones reducibles por prevención y tratamiento. Finalmente la tasa de mortalidad perinatal asciende a 14,74/00. esto incluye las defunciones de los menores de 7 días y las defunciones fetales de más de 22 semanas de gestación. Con respecto a las mujeres, la tasa de Mortalidad Materna aumentó en los últimos años y asciende a 8,85/00), sigue siendo superior a la media nacional 4.3/00. Las causas de muertes que aparecen con mayor frecuencia son en primer lugar las enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, parto y puerperio. En segundo la sepsis puerperal, y le siguen en importancia los abortos no especificados, desgarros del cuello uterino y hemorragias pos parto.-

⁷³ Se menciona en el documento que el estado de vulnerabilidad social conlleva al desamparo afectivo y físico de los niños. En el decreto 2978, se estima que la cifra de mujeres en situación de vulnerabilidad extrema asciende a 10.000.

⁷⁴ El Plan Nacer en sus inicios destinado a mujeres embarazadas (hasta 45 días posteriores al parto) y a niños y niñas menores de seis años garantizando la atención médica durante el embarazo sus controles y análisis; así como la atención pediátrica y vacunación de los niños, amplió su cobertura hacia los niños y niñas hasta los 18 años, como señalamos antes. Los recursos provienen de Nación como soporte para el sistema de atención de la salud.

⁷⁵ Incluye también a embarazadas miembros de la comunidad étnica Mbya Guaraní de la Provincia de Misiones.

⁷⁶ En el caso de ser menores de edad, se requiere además, presentar fotocopia de DNI de la madre, padre o tutor, y fotocopia que acredite el parentesco (partida de nacimiento). Si la embarazada es menor emancipada por matrimonio, deberá presentar fotocopia de partida de matrimonio o libreta de casamiento. Si es por habilitación de edad, deberá presentar fotocopia del instrumento público (escritura pública o sentencia judicial) inscripto en el Registro de las Personas de la Provincia de Misiones.

El estipendio mensual se cobra por ventanilla de banco, al que deben concurrir las embarazadas o sus representantes legales. Estos últimos corresponden a los tutores, en el caso de ser menores de edad. Asimismo en el caso de tener una imposibilidad de movilizarse para ir al Banco a cobrar y la acrediten con certificado médico, se puede realizar un poder a un tercero (cualquier persona hábil) para que lo cobren.

El programa se promulga con el Decreto Provincial Decreto N° 2978/2008 y comienza a implementarse a fines de enero de 2009. El primer pago correspondientes a las embarazadas inscritas en enero, que cursaban el 6to., 7mo. u 8vo. mes de embarazo, se efectuó en el mes de febrero de 2009. Durante ese año se modifica el Reglamento Operativo (Decreto N° 924/09) y paulatinamente se incorporan otros planes conexos como por ejemplo el Plan Cunas que provee ajueres, mobiliario, etc. El plan Mamá tiene plena vigencia hasta la fecha⁷⁷.

Durante los primeros meses, se beneficiaron un total de 1.258 mujeres (entre embarazadas y madres de recién nacidos), en los últimos meses encontramos que la cifra inicial se ha triplicado, actualmente se encuentran bajo programa un total de 3050 mujeres⁷⁸. Ya desde el año 2010 el promedio mensual de beneficiarias superaba las 3000 beneficiarias, sumado a una lista de espera con mujeres que se han inscrito, a las que les falta alguna documentación para darlas de alta, que en promedio alcanza mensualmente las 1000 mujeres⁷⁹.

El Plan también implicó una reorganización de las tareas y de las obligaciones de diferentes actores y efectores del gobierno provincial. Para ello se nombró una Coordinadora provincial, que supone la articulación y trabajo conjunto con diferentes actores⁸⁰. Una vez que las mujeres embarazadas se incluyen en el Plan Mamá cumplimentando con los requisitos formales en el centro de Salud, supone el alta en las oficinas de Vice Gobernación. A posterior, según lo estipulado, el Ministerio de Desarrollo Social, de la Mujer y la Juventud se ocupará de la capacitación y asistencia en la etapa previa, durante y después del parto del binomio madre-hijo. Estas capacitaciones no fueron realizadas. En algunos casos, hay mujeres que han recibido talleres de pre-parto en los centros de atención de la salud, pero como servicios de los mismos centros (aunque no son prácticas rutinarias) y dependen del Ministerio de Salud de la Provincia. En este punto, el Ministerio que se involucra completamente es el de Salud Pública, ya que todos los controles, la atención médica y los efectores (Centros de Salud y profesionales de la salud) dependen del mismo. Sin embargo, no se han registrado, al menos para la Ciudad de Posadas, cambios significativos en cuanto a las

⁷⁷ Cf. http://www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=1598&Itemid=1

⁷⁸ Últimos datos Ministerio de Salud a Setiembre 2011.

⁷⁹ La distribución de las beneficiarias en la Provincia de Misiones, nos arroja una alta concentración para el departamento capital, y le siguen Oberá, Guaraní, Cainguás, Manuel Belgrano y San Ignacio.

⁸⁰ Aquí debemos realizar una pequeña salvedad, primero se presentaran las acciones propuestas e inmediatamente aquellas observaciones realizadas en el devenir e implementación del Plan.

prestaciones en salud a las embarazadas o alguna mejora respecto de las prácticas rutinarias anteriores a la implementación del plan⁸¹.

Cabe mencionar que los Hospitales Públicos son los centros privilegiados de atención del embarazo, en concomitancia la mayor parte de las beneficiarias del Plan Mamá se atienden en los mismos y en Posadas la referencia es la maternidad del Hospital Ramón Madariaga.

Por otra parte en el plan se menciona también que el área del Ministerio de Educación otorgará los mecanismos de inclusión para garantizar la terminalidad de la escuela de las madres y facilitará procesos de alfabetización. Aquí destacamos que: no existe un área o persona específica que trabaje con las madres beneficiarias del Plan Mamá en el Ministerio, tampoco se han realizado capacitaciones, apoyo escolar, ni actividades tendientes a la inclusión de las madres en el sistema educativo para la culminación de sus estudios, y finalmente no hay un seguimiento acerca de quiénes necesitarían este apoyo.⁸²

El Ministerio de Derechos Humanos se ocupa de que la comunidad Mbyá Guaraní no quede excluida de este plan; en la práctica fue el personal de este Ministerio quien se encargó de establecer los acuerdos para la implementación del Plan Mamá en los diferentes municipios, así como de establecer los convenios con los centros de Salud y de oficiar de contralor de las acciones durante el primer año.⁸³

Asimismo, el Ministerio de Gobierno a través del Registro de las Personas brinda el derecho a la identidad del bebé al cual se le entrega en forma gratuita el DNI desde el año cero. Este punto se realiza como parte de las acciones planificadas para la entrega de los nuevos documentos nacionales de identidad, para lo que se capacitó a los centros de entrega, se intensificaron los controles en los centros de salud para que tengan oficinas, y no se le cobren los trámites. Finalmente, la Secretaría de Estado de Trabajo y Empleo coordina las tareas de capacitación laboral en el período posterior al nacimiento del bebé. En este punto cabe detenernos, éstas fueron las únicas acciones extraordinarias para las beneficiarias del plan en sus años de implementación⁸⁴.

⁸¹ Esto hace referencia además a la transformación sustancial del sistema de seguros sociales y el sistema de salud, donde sus componentes fueron parcialmente privatizados, y dependen del éxito en la vida económica de los individuos el acceso a la atención médica cuya calidad difiere radicalmente. Cf. Andreanassi y Soldano, 2006.-

⁸² Las respuestas de los efectores del Ministerio aparecen como genéricas y atendiendo a un discurso estructurado sobre las tareas “se trabaja...” “se capacita a todas las mujeres...” “se atienden reclamos...” etc. Y ante la pregunta concreta sobre las beneficiarias del Plan Mama, la respuesta es “*todavía no, sólo Plan Joven tiene capacitación...*” (Funcionaria del Ministerio de Educación, abril de 2012).

⁸³ Como las tareas no estaban plasmadas en un documento (como protocolo o encargo formal), y ante la inestabilidad política de estos trabajadores, las entrevistas pautadas no pudieron concretarse, sin embargo datos de observaciones de campo muestran que las tareas de seguimiento no tuvieron registros formales, ni documentos específicos sobre el plan, salvo los acuerdos escritos con los municipios y no se realizaron evaluaciones de las acciones. Finalmente al finalizar los acuerdos, las tareas de estos encargados se cambiaron por un nuevo plan provincial Hambre cero y el Ministerio no se ocupó más del Plan Mama.

⁸⁴ Con acciones extraordinarias me refiero a aquellas fuera de la entrega del estipendio mensual, las correspondientes al cuidado médico o gestiones gratuitas del DNI del recién nacido.

Las mismas corresponden a talleres de capacitación en oficios. Los talleres que se propusieron y que se comenzaron a dictar este año para un total de 300 beneficiarias, son: cocina, corte y confección, peluquería, bordado y tejido, entre otros. Y aunque podemos cuestionar que se capacite únicamente al 10% de las beneficiarias, resulta alarmante que las capacitaciones implique la reproducción de las labores domésticas, y fomenten una integración a favor de "empleos femeninos", que como bien desglosa Murillo (2006) padecen de la misma devaluación social que el lugar de la mujer en la sociedad patriarcal: con menos remuneración y menor categoría.

El decreto de creación del Plan menciona también la articulación con ONG's y organizaciones de carácter municipal y provincial. Por esto se realizó la firma de numerosas Actas de Apoyo Solidario con diferentes localidades del interior. Esto podría suponer la superación de los modelos direccionales de la política social, como ejemplo de descentración y desconcentración, sumado a que depende de fondos provinciales. Pero supone la articulación con el Plan Nacer que depende de Nación, y además las decisiones se toman verticalmente desde Vice-gobernación sin dar autonomía, ni voz a sus efectores. De igual manera los Organismos de la sociedad civil (ONG's y asociaciones civiles, etc.) convocados para las capacitaciones laborales, son el resultado de la participación política de ciertos efectores (como los referentes de las ONG's) y se sostiene a través de relaciones de amistad o relaciones sociales previas. Asimismo hacia el interior de estos organismos, quienes capacitan también son convocados a través de estas redes informales de relaciones, y en los mismos barrios las distribuciones de cupos para realizar las capacitaciones tienden a privilegiar a algunos beneficiarios (tornándose en prácticas clientelares⁸⁵ basadas en el capital social al interior de los barrios)⁸⁶.

Para cerrar esta descripción del programa, con respecto a la medición de los efectos y resultados del Plan Mamá encontramos que:

- Existe un registro único de beneficiarias, en el que se determina la cantidad de beneficiarias, las edades (y se discrimina menores y mayores en función de si tienen o no un tutor responsable que cobre), el mes de embarazo en curso, la localidad de origen y el centro de salud al que concurren. Los datos aparecen como una planilla sin analizar, por lo que no existen referencia acerca de totales, ni discriminaciones o elaboraciones estadísticas de ningún tipo. Asimismo en lo que va de la implementación del plan no hay elaboraciones de las cantidades de beneficiarias, ni relaciones con los partos u otros indicadores de salud (ni de las beneficiarias, ni totales).

- Al momento del presente informe, tampoco tenemos conocimiento de documentos o registros de evaluación de las acciones.

⁸⁵ Sobre prácticas clientelares Cf. Auyero 2001.-

⁸⁶ Trabajo de campo propio años 2009, 2010. Ciudad de Posadas.

Consideraciones finales

Shore sostiene que la antropología puede proveer una perspectiva crítica para comprender la manera en que las políticas funcionan: como símbolos, estatutos de legitimidad, tecnologías políticas, formas de gubernamentalidad e instrumentos de poder que a menudo ocultan sus mecanismos de funcionamiento (Shore, 2010:23). En este sentido este trabajo pretende analizar los sentidos subyacentes a la integración social que se pretende desde el Estado para un caso concreto, la tesis final a la que he llegado es: **los programas y planes analizados no proponen una superación sustancial de la situación subordinada de la mujer como explotada y marginada, ratifican el rol materno como el único proyecto posible**. Las siguientes páginas nos servirán para mostrar, ejemplificar y justificar esta afirmación.

Toda política refleja maneras de pensar sobre el mundo, formas de acción y de construcción activa de la realidad. Para Shore contienen modelos implícitos —y algunas veces explícitos— de una sociedad y de visiones de cómo los individuos deben relacionarse con la sociedad y los unos con los otros. Las políticas a menudo definen sus problemas y sus soluciones de modo que descartan las alternativas, de esta manera van construyendo no sólo el problema y sus soluciones, sino el devenir social mismo, como parte de esa realidad a la que van dirigidas. En este sentido, *“Las políticas pueden ser interpretadas en cuanto a sus efectos (lo que producen), las relaciones que crean y los sistemas de pensamiento más amplios en medio de los cuales están inmersas”* (Shore, 2010: 31). De esta manera las políticas sociales analizadas, en conjunto con las falencias de implementación mencionadas, como efecto simbólico y por omisión, sostienen formas patriarcales de dominación de género, así como la reificación del papel reproductor de la mujer, la identidad de mujer-madre y sus consecuencias en el proceso de construcción de las diferencias de género.

La categoría de género propone un análisis relacional de lo social, que incorpora las prácticas sociales y la interacción desde las construcciones culturales (movibles, contradictorias y complementarias) de las diferencias de sexo, y las conmutaciones que se haga de las mismas⁸⁷. La categoría de género entonces, se incrusta en la totalidad de las prácticas sociales, y es mediada por un amplio espectro de instituciones – políticas, económicas, sociales – muchas veces implícitas en las construcciones simbólicas, como el propio lenguaje (Conway et. al 2000). Así aparece como una de las categorías a través de las cuales se afirman las desigualdades como veíamos para Tilly (2000) y Reygadas (2008).

En nuestra sociedad aparece como la supremacía de un género sobre otro, el masculino sobre el femenino y se expresa tanto en lo económico, en los espacios sociales, en las manifestaciones de violencia, en los salarios, en el acceso al mercado, como en la implementación de las políticas públicas⁸⁸. Así pues, la división sexual de los órdenes público/político (varón) y privado/ doméstico (mujer) se muestra como un marco válido para el análisis de las relaciones de género, donde la maternidad y los cuidados del niños

⁸⁷ Se define como un conjunto de normas, prescripciones y contenidos culturales que están detrás de las diferencias en la conducta de lo masculino y lo femenino, y la regulación de la interacción entre ambos. (Strathern, 1979:138)

⁸⁸ Cf. Goren, 2008.-

aparecen como el orden "natural" y el espacio privilegiado por la mujer⁸⁹. Como afirma Levin: *"Carece de valor que tenga o no hijos, su género la vincula a la maternidad, decida o no ser madre, porque será nombrada como función y no como opción personal"*(Levin, 2000:215).

Es decir, se anexa a la categoría "mujeres" la identidad materna, pero desprovista de su contenido social, sino como desprotegidas y víctimas⁹⁰. Esto es parte de un sistema estructural de explotación de la mujer, en la que para consolidar el sistema patriarcal, se supone un tránsito hacia la mujer- madre, como expone Goren: *"con la disociación de la función materna de otras actividades que antes desempeñaba, la transformación que se realiza en la concepción de mujer madre para la reproducción volviéndola exclusiva y excluyente"* (2008:12) A estas mujeres se les atribuye beneficios y dependencia del Estado en la forma de políticas sociales focalizadas, en detrimento de su autonomía individual.

Podemos afirmar entonces que las políticas tienen efectos que sobrepasan los diseños e intenciones de sus autores⁹¹, ya que en al intervenir construyen la misma realidad social. De esta manera y suponiendo que ingenuamente se propongan soluciones a la salud sexual, la planificación familiar, el embarazo y el cuidado de las mujeres otorgando métodos anticonceptivos, consultas de salud, cobertura y servicios médicos, y hasta un subsidio; los efectos en cuanto a las lógicas de funcionamiento de las diferencias de género y la posición subordinada de la mujer, su formación como colectivo social y los mensajes simbólicos respecto de la maternidad configuran una forma de integración de estas mujeres/madres a la sociedad, que resulta cuestionable.

En la República Argentina, la reforma constitucional de 1994 marca un punto de inflexión en la consagración de la igualdad real de oportunidades y de trato entre varones y mujeres, pues otorga jerarquía constitucional a los tratados internacionales (artículo 75, inciso 22) y prevé suministrar los instrumentos para promover medidas de acción positiva que garanticen esa igualdad real y el pleno goce de los derechos (artículo 75, inciso 23)⁹².

De esta forma el se generó un acuerdo implícito acerca de la necesidad de brindar una protección especial a la mujer, sobre la que se supone recae la mayor parte de los problemas relacionados con la

⁸⁹ Con el devenir del capitalismo se produce una separación de los "lugares" para el consumo y la producción, antes dependientes de la unidad doméstica; así, paulatinamente las esferas productivas se escinden de lo que se denominó la esfera reproductiva: el espacio doméstico. Esta división no sólo sirvió para construir la visión del género femenino suscribiendo a la mujer al ámbito privado, sino que naturalizó el trabajo femenino invisibilizándolo (Goren, 2008).

⁹⁰ Para una caracterización de los estereotipos de la mujer como víctima Cf. Brunati, 2006.-

⁹¹ Cf. Shore, 2010.-

⁹² Entre los tratados que adquieren jerarquía constitucional encontramos la "Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer" aprobado en mayo de 1985, que en su Art. 75º Inc. 22º acepta la salud reproductiva como parte de los derechos humanos. Asimismo se multiplican las conferencias organizadas por la ONU (Beijing, El Cairo, etc.) (Mercado, 2000:48)

reproducción⁹³. Las mujeres son constituidas como principales destinatarias de la asistencia social –en el marco de la pobreza, desempleo, desigualdad y vulnerabilidad extendida – como menciona Pautassi *“Para este “consenso” la mujer sigue siendo considerada como un grupo especial o vulnerable, sin ningún registro que representen más de la mitad de la población, sin que le pueda caber tal consideración de “grupo”.*” (Pautassi, 2007:22 y 23).

Para Shore uno de los aspectos más importantes de la formulación de las políticas públicas es la forma en que las *políticas construyen nuevas categorías de subjetividad* y nuevos tipos de sujetos políticos, particularmente conceptos modernos del individuo: *“a través de las políticas los individuos son objetivados y les son dadas categorías como “ciudadano”, “adulto legal”, “profesional”, “residente permanente”, “inmigrantes”, “criminales” o “pervertidos”* (Shore, 2010:36).

Así atendiendo a las políticas analizadas encontramos una continuidad con esta posición subordinada y patriarcal de las mujeres. Las mujeres *“deben ser madres”*, para ello se les otorga ingresos para que continúen en el ámbito doméstico – reproductivo cumpliendo efectivamente su rol materno (Plan Mamá). Aparece además como única responsable de cuidar su fertilidad y sus consecuencias se atiende a su sexualidad desde un plano meramente reproductivo y no desde el placer (PNSSyPR⁹⁴). Finalmente se la considera como grupo vulnerable que necesita cobertura de médica en el sector de atención público y como única responsable de la maternidad - tanto del embarazo, como de los niños (Plan Nacer).

Otro punto fundamental desde la que se puede vislumbrar las construcciones de género son las formas de inclusión de los varones en las políticas analizadas. En este sentido, el Plan Mamá nuclea a las mujeres como centro de atención de políticas focalizadas, en las que ni siquiera presenta la posibilidad de inclusión de varones, ni se lo menciona en el documento del programa. Es alarmante que este plan no suponga la participación del varón como parte del proceso reproductivo, por lo que no aparece siquiera como acompañante, como padre, como ayuda, etc. mientras que si se toma en cuenta terceros a la hora de cobrar los beneficios⁹⁵. Pero tampoco en este plan, se contempla la posibilidad de las elecciones de vida de las mujeres, o que las adolescentes tengan proyectos de vida con los padres del bebé, salvo que por casamiento las menores pueden cobrar el beneficio sin tutores, etc.

El plan Nacer también desconoce a los varones en el proyecto escrito, no figuran como cuidadores, ni como padres de los niños; involucrando únicamente a varones niños como extensión del mencionado binomio madre-hijo. Aparece implícito que el varón estaría incluido en los sistemas de cobertura médica por

⁹³ Esto aparece no solo en los lineamientos internacionales, como declaración de Derechos de la Mujer, en los boletines de formación de promotores de salud, salud sexual de la Nación Argentina y reproducidos en la Provincia de Misiones, sino que además se repite en el discurso de los efectores provinciales.

⁹⁴ Aclaramos nuevamente que se analiza para el apartado la implementación del Programa, ya que en el proyecto esto parecería superado, aunque no se lo aplica tal y como se propone. En cambio los Planes Nacer y Mama presentan falencias tanto en su formulación escrita como en su implementación.

⁹⁵ La posibilidad de que terceros se apropien del beneficio del plan también resuelta un riesgo, ya que los poderes a terceros y la firma de tutores se realiza por un trámite simple poco controlado. Debido a la cantidad de casos de trata de personas en la provincia, este no es un dato menor.

su inclusión al mundo del trabajo, mientras que la mujer recluida al espacio doméstico no goza de sus beneficios.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable aparece como el único que incluye al varón al menos en el papel, sin embargo en su implementación se sigue focalizando en las mujeres adultas como destinatarias, los varones no son tomados en cuenta ni para las consejerías, ni en la planificación familiar, ni como actores que influyen y muchas veces condicionan las decisiones de las mujeres en cuanto a la cantidad y el espacio inter-genésico.

Así las tres políticas sociales estarían solapando una modalidad implícita de acción política que preserva y protege, mediante garantías de salud pública, solamente a "la mujer madre" como fundamento del orden patriarcal⁹⁶. Si bien suponen ampliar las facultades ciudadanas de todas las mujeres en la esfera de la salud, por el contrario restringen otras esferas de derechos, como los personalísimos de libertad (Levin, et al. 2007:206). Así discursos y prácticas en Misiones promueven una mirada acerca de la mujer como madre, de la sexualidad limitada a lo biológico, entronizan el saber bio-médico por sobre otros saberes⁹⁷ y así construyen una hegemonía difícil de quebrar. Estos programas entonces, no suponen adelantos en el acceso a posiciones de mayor poder de las mujeres, ni en la toma de decisiones con relación a sus proyectos de vida, etc. No se cuestionan la calidad de vida de las mujeres, ni la negociación en pareja, no supone la generación de diálogos, ni estrategias compartidas. Se repite la tradicional división de tareas respecto al género: una mujer aislada, totalmente responsable del cuidado y del desarrollo del embarazo, de su sexualidad, de sus hijos, en el ámbito doméstico, mientras que al varón se lo exime de estas tareas, se lo visualiza como miembro de lo público y en el mundo del trabajo. Goren lo resume de la siguiente manera *"La reproducción de la especie se presenta así como una responsabilidad netamente femenina, mientras que el trabajo, el poder y el placer como atributos propios de la masculinidad, coincidente con la incidencia del sistema patriarcal"* (Goren, 2008:15).

Aún si la mujer trabaja fuera del ámbito doméstico, su integración a los espacios masculinos, hace que la división sexual del trabajo en el hogar se corresponda con una fuerte segmentación en el trabajo asalariado, generando también "empleos femeninos" en los que se articulará el estereotipo de lo que hace la mujer con tareas que reproduzcan o sean tareas cercanas a la función doméstica (Murillo 1996). Asimismo aquellas mujeres que realizan tareas fuera del hogar, y a pesar de delegar tareas, sigue manteniendo la obligación de responder en dos ámbitos (público-doméstico), ya que sigue con la responsabilidad de sostener el "buen funcionamiento del hogar". Balbo (1994) afirma que el trabajo femenino remite a un ciclo, o modelo

⁹⁶ Levin (2007) hace esta apreciación para el PNSSyPR, pero considero que se aplica a las tres políticas que analizo.

⁹⁷ Para el PNSSyPR desde el orden nacional se proponen acciones integrales articulando aspectos socio-culturales a los biológicos, los prestadores de servicios (equipos de salud) actúan de formas diversas, algunos no han internalizado aún estas perspectivas legales y continúan en sus actos cotidianos reproduciendo un modelo tradicional y conservador, que mantiene la subordinación genérica de varones sobre mujeres.

de doble presencia en el que las mujeres adultas son responsables de la gestión doméstica en conjunto y en paralelo a las tareas de esposas y madres⁹⁸.

De esta manera, Goren concluye que identidad y espacio son indisolubles, porque el discurso social marca los usos de los espacios, lugares y roles en función del género de sus habitantes, y donde las políticas sociales definen identidades sociales que inciden en la práctica cotidiana, en particular aquellas que poseen contenido de género: representaciones subyacentes que poseen implicancias inmediatas o efectos a largo plazo, en las que se vislumbra como incide el Estado en el sistema de relaciones de género (Goren, 2008:38). En este sentido, no encontramos desde estas políticas sociales que los espacios de las mujeres sean cuestionados, no se piensa en la doble jornada de trabajo, se suprime toda relación de las mujeres con su contexto de vida, desde los programas y planes ellas viven aisladas de la realidad.

Además, no estamos frente políticas sociales que supongan la necesidad de obtener mejores recursos para el trabajo (en el sentido de sostener el cuidado de los niños en las casas por parte de sus madres); tampoco incluye pensar a las mismas mujeres como trabajadoras para el sistema capitalista, ni de compensar el tiempo que pasan fuera del sistema de trabajo por embarazo. Se desprende que no constituyen programas que planifique o piensen estratégicamente el lugar de las mujeres a futuro, o que permitan el aumento de la calidad de los trabajos femeninos. Se puede llegar a mencionar que se focalizan en las mujeres porque son vulnerables y de ellas depende la prole, se utiliza el enfoque de género como cliché que justifica la acción paliativa. En estas políticas no se cuestiona el orden patriarcal, se lo sostiene y se lo refuerza por omisión.

De igual forma, ninguna de las políticas analizadas aprovecha el lugar de la mujer desde su rol doméstico para generar estrategias de acción, comunicación, educación o salud, sino que se mira a las mujeres como actores pasivos, inoperantes que deben aceptar indicaciones, y no como de "responsables de la salud familiar" que permita ampliar instancias educativas o pensarlas como multiplicadoras de la promoción o prevención de su salud y sexualidad en otros contextos (familiar, comunitario)⁹⁹.

Por otra parte, desde el Estado se potencia una línea que mantiene el lugar de la mujer en el hogar, la inclusión en la sociedad, su meta para alcanzar la igualdad es *ser madre*. Desde estas políticas y programas focalizados y fragmentarios que se proponen, se evidencia en nuestros casos ejemplo la reificación del lugar de la mujer como madre y se subsidia el parto, el nacimiento y el pagos por cantidad de hijos, como mensajes sistemáticos¹⁰⁰. Y aunque el PNSSyPR es una política tendiente al espaciamento inter-generacional y nos acostumbrarnos a pensar en los métodos anticonceptivos como una victoria feminista, la

⁹⁸ Se evidencia de esta manera, que tanto el volumen como la calidad del trabajo siguen siendo condicionados por el trabajo doméstico, aunque esta etapa constituye la experiencia más prolongada en la vida de la mujer adulta, ya que una vez que ha asumido la responsabilidad de gestionar la organización familiar, o tener hijos ninguna mujer deja ya este trabajo y, por tanto, lo suma al trabajo profesional. (Balbo, 1994).

⁹⁹ Estas estrategias aparecen en Schiavoni 2009-2010 Informes finales de investigación FHyCS – UNaM.-

¹⁰⁰ Por ejemplo el Plan Nacer, Plan Familias por la inclusión Social, subsidio a la madre de siete hijos, Asignación Universal por Hijos, Plan Mama, etc.

aparente contradicción con este sistema patriarcal desaparece cuando los tomamos y analizamos en conjunto (salvo en el papel). En su aplicación el PNSSyPR sostiene la mirada biomédica focalizada en la mujer, la protección de la mujer-madre y el sostenimiento del orden patriarcal de dominación y subordinación de la mujer a los espacios domésticos y de crianza de hijos, sin cuestionarlos. De esta manera reflexionando acerca de las acciones implementadas en los tres programas,¹⁰¹ la mención a la vulnerabilidad, indicadores y demás objetivos sobre las mujeres y sus hijos (nacidos y por nacer) aparecen como respaldo a la necesidad de acciones, que las justifican, pero que no son revisadas críticamente.

Otro punto fundamental es la adhesión de estas políticas al ámbito de la salud. Para el caso del Plan Mamá se determinó una política de ayuda económica para las mujeres embarazadas residentes en la provincia de Misiones que no posean cobertura de obra social, compensatoria para los que se encuentran fuera del ámbito del mercado, cuya contraprestación es el control médico y la inscripción del recién nacido. Esto encubre y solapa la solución de problemas estructurales de fondo.

Así mismo para el Plan Nacer, se presenta a la sociedad como una novedad en la redistribución de los recursos presupuestarios asignados a la salud pública y que atiende a los resultados obtenidos, como lo afirma Ramos (2010), e igualmente en vistas a su implementación vemos que las prestaciones de los servicios, la infraestructura y los equipos de salud no se han modificado. Podemos pensar su transformación en un sistema de salud que atienda a la población pobre, inscripta, focalizada (mujeres-niños y jóvenes) y excluida de los sistemas formales de cobertura médica (privadas y por empleo), donde nuevamente es la mujer la que debe convertirse en paciente.

En cuanto a la anticoncepción, como campo de intervención desde las políticas de salud, el cuerpo – a nivel discursivo- constituye el soporte para los tratamientos y se hace visible únicamente ante riegos y medidas de psicoprofilaxis y la mujer se constituye en “paciente”, que conlleva una idea de la sexualidad como algo que necesita ser sanado, regulado. Y aunque coincido en que es un avance para nuestra sociedad que exista un sistema de entrega de MAC gratuitos, deberíamos cuestionar la forma en que son presentados y el contenido simbólico que subyace a la ejecución de este programa. En este sentido, los “derechos sexuales y reproductivos” suponen una lógica de reivindicación sobre las libertades individuales y sobre la autonomía (entendida como sinónimo de independencia), como la libertad del cuerpo, de tal manera que, tanto la maternidad como la adscripción a la vida familiar constituyan opciones valorativas de elecciones individuales y no imposiciones sociales de actos de sujeción de voluntad; esto supone desvincular la sexualidad de la reproducción, como acto de elección voluntaria. Sin embargo, el PNSSyPR adquiere características conservadoras, donde el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos busca compensar, mediante la salud pública, la negación de la libertad del cuerpo para decidir, institucionalizando

¹⁰¹ (Cf. Apartado anterior)

las "mujeres madres sanas" para que no se extienda la posibilidad de ser "mujeres no madres" (Di Marco, 2005).

De esta forma los tres programas sostienen el deber ser social de ser madre, y la contención de la mujer-madre garantizada en el ámbito de la salud, tal como lo señala Ramos (2010) *"Desde el sistema de salud, al acatar los discursos hegemónicos con sesgo patriarcal, de subordinación de las mujeres ante los varones, se habilita el ejercicio de prácticas violentas -tanto físicas como simbólicas- hacia las mujeres. Los efectos de las prácticas violentas se expresan a través de la sumisión de éstas a los mandatos bio-médicos, a las dificultades para acceder a información sobre cuestiones de sexualidad, a las causas de muertes maternas, a las barreras para hacer valer sus derechos en la atención de embarazos y partos, etc."* (Ramos 2010: n° página).

El dato objetivo de que no existan controles y evaluaciones acerca de las acciones y de los mismos indicadores de morbi-mortalidad materno infantil (al que supuestamente intenta incidir) hacen que podamos cuestionar de cuajo la forma de implementación de los planes.

Con esto no afirmo que la mortalidad materno infantil no sea realmente un problema, o que estas embarazadas no constituyan grupos de riesgo en posiciones de extrema vulnerabilidad (a la que se suma su posición subordinada como mujer en un sistema patriarcal que las limita) o que no necesiten ingresos económicos para afrontar el momento socio-histórico en el que están insertas y el embarazo como situación disruptiva y demandante (física- psíquica y social). Sin embargo las formas de implementar estas políticas sociales, las ausencias en los proyectos escritos, sumadas a que sustentan prácticas restringidas, clientelares¹⁰², un marcado modelo biomédico, de riesgo, la focalización y asistencia a pobres, y la pobre definición del lugar de la mujer, hacen que se justifique sin cuestionar los modelos implícitos en las mismas, donde los aportes aparecen aún más restringidos. Concluyendo, los contenidos simbólicos que subyacen, suponen la construcción de una ciudadanía desigual en cuanto a las posiciones de género que se sostienen: la mujer en el hogar, la identidad mujer-madre y la ayuda cerrada al binomio madre-hijo (en la que pareciera que los hijos aparecen solos y el varón no existe); los varones con oportunidades en el ámbito laboral y eligiendo su reproducción, y/o sin responsabilidad sobre su reproducción.

Esto fue analizado también como "ceguera de género"; se denomina así a *"Las políticas aplicadas durante décadas pasadas [que] avanzaron débilmente, salvo excepciones, en incluir instancias de conciliación entre trabajo productivo y cuidado, reforzando la ceguera al género de las políticas públicas en general y las sociales en particular"*(Pautassi, 2007:22). Esto no implica excluir a las mujeres del diseño de las políticas, sino de su contexto social, o bien excluir al varón. En esto coincidimos en que no hay políticas neutrales, todas implican una construcción simbólica que derriba o sostiene las posiciones de género en una sociedad determinada.

¹⁰² Auyero, 2001

De esta manera concluyo como señalaba al principio, estas políticas analizadas no proponen una superación sustancial de la situación subordinada de la mujer como forma de explotación y marginación, y es en este marco de las políticas focalizadas, en que se constituyen en grupos dependientes del Estado y que afirman su subjetividad como mujeres madres. Estos programas y planes no rompen - pero ni siquiera abordan - las estructuras de desigualdad social imperantes, así resultan vanas, vacuas acciones políticas que sustentan lógicas de acciones paliativas asistencialistas, que por omisión, revisten de un grave daño a la construcción de ciudadanías plenas, tanto para la mujer como para las generaciones que vienen en camino y se gestan bajo estos programas ya "desde la panza".

Podemos proponer que se piense en incluir el enfoque de derechos¹⁰³, que implica reconsiderar el marco de los derechos humanos como el marco legitimado por la comunidad internacional para aplicarlo a las políticas públicas, mientras incluyan componentes de la estrategia de igualdad y no discriminación, más la estrategia de participación (Pautasi 2007). Buscando la interdependencia entre políticas, buscando evitar que una política de igualdad en un sentido ofusque otras esferas generando desigualdad¹⁰⁴: *"Este enfoque supera la visión de las políticas sociales como parte de una lógica signada por la oferta de beneficios de tipo asistencial, que pueden -o no- ser asumidos por órganos estatales, para encauzarse en la definición de parámetros mínimos de dignidad cuya garantía es responsabilidad del Estado, mediante los distintos instrumentos que tiene a su alcance"* (Pautassi, 2007:22). De esta manera se podría pensar en mujeres como artífices de su propia historia, con capacidad de acción, como colectivo libre e igualitario: es decir "titulares de derechos".

Por último y ya como cierre, proponemos pensar en estos programas no como desechables, sino con serios problemas a ser ajustados y revisados. La lógica es incorporar una mirada que introduzca al género (mujeres varones y las combinaciones posibles, las cuales exceden este trabajo pero también reclaman su espacio – *queer*, homosexuales, travestis, *trans*, etc.) que impliquen una sexualidad integral, como derecho y no como práctica médica; y pensar que la salud no pasa únicamente por la medicina, sino aceptar y respetar otros saberes que abundan en nuestras sociedades¹⁰⁵. Respetar los espacios disponibles y utilizarlos para promocionar, capacitar y concientizar en derechos, como la ley de educación sexual, el grupo de mujeres bajo programa, pensadas como multiplicadoras, recuperando sujetos. De esto los antropólogos aportamos históricamente y lo podríamos seguir haciendo si se diera lugar a pensar las políticas sociales como ámbitos de diálogo abiertos.

¹⁰³ Cf. Pautassi, 2007

¹⁰⁴ Reygadas (2008) sostiene que toda política pública implica la conformación de nuevas desigualdades, la complejidad de lo social no permite la igualdad absoluta, ni la existencia de medidas que no generen efectos contrarios en otros campos.

¹⁰⁵ Cf. Boaventura de Souza Santos 2010.-

BIBLIOGRAFÍA

- Andrenacci, Luciano y Daniela Soldano** (2006). "Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino" en Andrenacci (comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Los Polvorines, Prometeo.
- Auyero, Javier** (2001). *La política de los pobres. Las prácticas clientelistas del peronismo*. Manantial, Buenos Aires.
- Conway, Jill, Susan Bourque y Joan Scott** (2000). **Conway, Jill, Susan Bourque y Joan Scott** (2000). "El concepto de género", en Lamas, M. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México. PUEG/ Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa Pág. 21- 33.-
- Chiara, Magdalena** (1998) "Luces y sombras sobre el clientelismo. Notas sobre los textos y algunas preguntas en torno a la implementación de las políticas sociales" en Apuntes de Investigación- CECYP, n° 2/03, noviembre. Pp. 114-120.
- D´amico** (2011) "¿Es posible la integración social en la Argentina?" Apuntes de cátedra MIMEO. Universidad Nacional de Quilmes. Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades.
- Danani, Claudia** (1996). "Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población objeto", en Susana Hintze (org.) *Para el debate teórico-metodológico*, Buenos Aires, CEA-CBC-UBA.
- Del Cueto, Carla y Mariana Luzzi** (2008). *Rompecabezas. Transformaciones en la estructura social argentina (1983-2008)*. Los Polvorines, UNGS. Pp.39-60 y 97-102.
- Esping Andersen, G.** (1991) *As tres economías políticas do Welfare State*. Revista Lua Nova. Sao Paulo. N° 24, Setiembre 1991
- Fraser, Nancy** (1997), *Iustitia interrupta: Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Cap. 1. "¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época "postsocialista", pp. 17-54.
- Goren, Nora** (2008) "Identidad, género y espacio público y privado / doméstico" en *Mujeres y Programas de Empleo en la Década de 1990: Tradición e Innovación de los estereotipos de género*. Capítulo 2. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Buenos Aires, Filosofía y Letras.
- Levin Silvia y Compostrini Adela** (2007) "La política de género de las políticas públicas en Argentina" en *Entre Familia y Trabajo*. Ediciones Homo sapiens. Rosario, Santa Fe. (Pág 203-240).
- Levín, Susana** (2000). "La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI", en Susana Hintze (comp.) *Estado y sociedad. Las políticas sociales en los umbrales del siglo XXI*, Buenos Aires, Eudeba, pp. 115-126. disponible en <http://www2.fices.unsl.edu.ar/~kairos/k04-05.htm>

- Lo Vuolo, Rubén et. al.:** **Alberto Barbeito, Laura Pautassi, Corina Rodríguez** (1999). *La pobreza de la política contra la pobreza*. Madrid, Miño y Dávila Editores – Ciepp (Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas).
- Marshall, T. H.** (1998 [1950]), "Ciudadanía y clase social", en Marshall, T. H. y Tom Bottomore (1998 [1950, 1992]), *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza. Pp. 13-85.
- Mercado Matilde** (2000) *La división sexual del trabajo: permanencias y cambios en la Argentina en Ley, Mercado, y Discriminación*. Editorial Biblos (pág 47 a 69)
- Merklen, Denis,** (2005). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina, 1983-2003)*. Buenos Aires, Editorial Gorla. Capítulo 4: "Una alquimia al revés o cómo convertir trabajadores en pobres", pp. 99-126.
- Murillo, Soledad** (1996) *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*, Madrid, Siglo XXI, Madrid, 1996 (pág 1 a 30).
- Pautassi, Laura C.** (2007) "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos" En: CEPAL – Serie *Mujer y desarrollo* N°87
- Ramos, Miguel** (2010) "*Reseña de las actividades de 2009 y Avances en la línea de Sífilis congénita y programas de salud: un análisis desde la antropología social*" Mimeo, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM Proy. 16H/218.
- Reygadas, Luis** (2008) *La apropiación. Destejiendo las redes de la desigualdad*, Barcelona y México: Antropos. Cap. 1: "La apropiación-expropiación: un enfoque procesual de la desigualdad", pp. 33-110.
- Santiago, Fernando** (2010). "Políticas sociales: un estudio de caso sobre sus efectos en el capital social comunitario" en Kessler, Svampa y González Bombal (coords.) *Reconfiguraciones del mundo popular. El Conurbano Bonaerense en la postconvertibilidad*, Los Polvorines, Prometeo-UNGS.
- Saraví, Gonzalo** (2007). "Nuevas realidades y nuevos enfoques: exclusión social en América Latina", en Saraví (ed.) *De la pobreza a la exclusión. Continuidades y rupturas de la cuestión social en América Latina*, Buenos Aires, Prometeo-CIESA. Pp. 19-54.
- Schiavoni, L. y Fretes, L.** (2011) "Cuerpos innombrables y cuerpos nominados. Perspectivas de las usuarias y del equipo de salud en el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable". En: *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Citro S. (Comp.)Ed. Biblos CULTURALIA Buenos Aires, Argentina
- Shore Cris** (2010) "La Antropología y el estudio de la política pública" Universidad de Auckland Nueva Zelanda EN: *Antípodas* N° 10 enero-junio de 2010
- Strathern M.** (1979) *Una perspectiva antropológica* EN: Harris,O. y Young,K. (comps.) *Antropología y feminismo*. Barcelona, Ed. Anagrama. 1979.-

Svampa, Maristella, (2005). *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires, Taurus.

Tilly, Charles (2000), *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Manantial.

Documentos

- Boletín Oficial de la Provincia de Misiones:
- Decreto Provincial N° 2978.-
- Decreto Provincial N° 924.-
- Decreto Provincial N° 3321/98
- Ley Nacional 26.130
- Ley Pcial. 4170/05
- Datos correspondientes a la Provincia de Misiones, año 2009. Dirección de estadísticas de Salud. Pcia. De Misiones.-
- Informes de investigación:
 - o "Vulnerabilidad y exclusión social en un contexto de frontera: los entrecruzamientos entre lo institucional y lo familiar" Código 16/ H140 Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones. Directora del Proyecto: Antropóloga Mg. SCHIAVONI Lidia. (2003 hasta Julio 2004).
 - o "Vulnerabilidad y exclusión social en un contexto de frontera II: la sexualidad en el campo de la salud" Código 16/ H218 Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones. Directora del Proyecto: Antropóloga Mg. SCHIAVONI Lidia. (2006 a 2008)
 - o "Sexualidad y Ciencias Sociales: aportes al campo de la salud." Código 16H/287 Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones. Directora del Proyecto: Antropóloga Mg. SCHIAVONI Lidia.(2009 a 2011)

Páginas de internet:

- "El gobierno niega que la asignación universal por hijo promueva el clientelismo", disponible en http://www.perfil.com/contenidos/2009/10/31/noticia_0026.html
- "Massei: Elimina el clientelismo", disponible en <http://www.diaadia.com.ar/?q=content/massei-elimina-el-clientelismo>
- Aldo Isuani "Asignación ¿Universal? por hijo" disponible en <http://www.aldoisuani.com/asignacion-%C2%BFuniversal-por-hijo/>
- Gacetas informativas - Página Web. <http://www.misiones.gov.ar/salud>

- <http://www.misionesonline.net/noticias/02/03/2011/embarazadas-misiones-se-antico-con-el-plan-mama>
- <http://www.misionesonline.net/noticias/04/07/2011/las-politicas-sociales-del-estado-van-dirigidas-al-nino-principalmente>
- <http://www.ms.gba.gov.ar/PlanNacer/documentacion.html>
- www.salud.misiones.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=3624&Itemid=148

La formación del personal de salud en una perspectiva de derechos

Spada Mariel

Becaria inicial

Introducción

Las definiciones halladas en materia de sexualidad, salud, género, violencia y políticas públicas son abundantes y abarcan muy diversos aspectos de cada uno de estos ítems. La sexualidad es una materia que está atravesada por innumerables disciplinas como la educación, la antropología, la comunicación, la medicina, la biología. A su vez, la atención de la salud relacionada con la sexualidad está mediada por las distintas concepciones de estos tópicos que se tienen según el área de formación profesional y los bagajes particulares que traen consigo todos los sujetos que se desempeñan en esta tarea. Así, para poder comprender el rol que cumple el Estado –en sus distintos niveles- como formador del trabajador de la salud es necesario en primera instancia desarrollar un esbozo de análisis sobre los enfoques desde los cuales se toman decisiones sobre la salud de la población, y luego indagar sobre las características concretas de la oferta programática del Estado para atender a las necesidades sanitarias de la población en nuestra sociedad.

En este sentido, cabe señalar respecto de la sexualidad como concepto lo que destacan River, Slater y Millar: “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).

Así, la sexualidad se puede entender sobre todo como una construcción social, consensuada pero también ideológica y participante de las relaciones de poder presentes en toda sociedad, de las cuales el Estado como institución primera es uno de sus moldeadores.

Visto esto, es necesario señalar al nivel nacional cuáles son los alcances de las principales estrategias estatales orientadas a proteger y promover el ejercicio de una sexualidad plena en la vida de cada individuo. La Ley N° 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación es el instrumento legal que inicia una serie de medidas tendientes a garantizar la planificación familiar y mejorar la calidad de vida sexual de los individuos de todos los sectores sociales, sin distinción. En líneas generales, busca reconocer el acceso a la información, capacitar a agentes promotores de salud para ayudar a la tarea, proveer la asistencia médica pública y gratuita en materia de anticoncepción, generar un sistema de control permanente de las pacientes y monitorear los avances de todo el programa constantemente. Este es el marco regulatorio que rige –o debería regir- a las distintas instancias operativas de las instituciones sanitarias en la Argentina.

Sin embargo, esta normativa que a grandes rasgos propondría un ejercicio de una vida sexual saludable por parte de mujeres y varones de la sociedad argentina, se tropieza con otros programas como el Plan Nacer o el Plan Mamá, que están orientados a garantizar los derechos del niño como la alimentación, la escolarización, la vacunación, pero que en su afán proteccionista hacia los menores dejan de lado las cuestiones relacionadas con la sexualidad de la madre. Respecto del placer, de la planificación, de los proyectos de pareja, hay muchos vacíos en estas medidas, lo que evidencia una gran heterogeneidad en las acciones del Estado para encarar esta materia.

Dentro de estos lineamientos de acción pública, lo que nos interesa particularmente es indagar sobre la manera en que se concretan estas líneas de trabajo con los efectores reales (médicos, enfermeros, bioquímicos, administrativos y demás personal hospitalario) y de qué manera la tarea cotidiana del personal de salud responde a las medidas pautadas por el Estado (nacional y provincial) en materia de protección de los derechos de las personas.

Nos proponemos como objetivo general en esta presentación establecer de qué modo incide la formación de los integrantes del equipo de salud en la implementación de sus acciones en el campo de la sexualidad. Más específicamente tratamos de:

- Indagar acerca del conocimiento y formas de ejecución de los programas del Ministerio de Salud por parte de las figuras rectoras de cada institución sanitaria.
- Echar luz sobre la forma en que se instruye al personal de salud para el desarrollo de los programas desde las instancias ministeriales y hospitalarias (Comités de Docencia e Investigación).
- Revisar los aspectos principales que componen la formación del profesional y no profesional de la salud.
- Analizar las singularidades a la hora de responder a las demandas de formación según posición de los integrantes del equipo de salud (médicos, enfermeras, auxiliares, otros profesionales).

Orientaciones Teóricas

Para entender la oferta programática del Estado en materia de empoderamiento de las mujeres en cuanto a sus derechos es necesario revisar la definición de qué se entiende por políticas públicas: "Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios" (Tamayo Sáez, 1997). Desde esta perspectiva y tomando en cuenta las características de las propuestas estatales en materia de programas de salud para las mujeres, se puede afirmar que se toman diversas cuestiones como la reproducción, la planificación familiar, el cuidado del recién nacido, la violencia doméstica, entre otros, como ejes para definir las líneas a seguir en función de dar respuesta a estos "problemas".

Ya definida la sexualidad a partir de sus dimensiones situacionales, culturales e institucionales, cabe hacer hincapié en el concepto de género desde una perspectiva no biologicista que entienda a la identidad de género como el resultado de un complejo proceso de construcción de la subjetividad desde lo discursivo y lo social, que posee una base reflexivo-corporal, material, física, performativa en interacción con el nivel ideológico de la experiencia individual y social (Esteban, 2004).

Desde allí entonces, es posible pensar las dificultades que se dan al seno de las instituciones de salud, cuyas concepciones médico-hegemónicas están basadas en un carácter más biologicista y genital de la sexualidad, donde el modelo dominante que permea los imaginarios del personal de salud en distintos estratos está ligado fuertemente al papel de la mujer como madre/reproductora y protectora de la familia. En este lugar se dan cruces entre las concepciones hegemónicas sobre la sexualidad, centradas en la maternidad y las relaciones heterosexuales, y otras realidades más bien heterogéneas y flexibles, que muestran un carácter más complejo del ejercicio de la sexualidad y la identidad de género:

“Así se subsume la sexualidad a la procreación y a procesos de salud/enfermedad; a la vez que se silencia, cuando no se condenan, las conductas y orientaciones sexuales que se desvían de la maternidad y la heterosexualidad. <...> El Estado controla las sexualidades a través de leyes y servicios de salud que regulan las capacidades reproductivas, prohíben el aborto y promueven la prevención del HIV-SIDA y de ETS, teniendo mayor incidencia sobre las mujeres de sectores subalternos. Aquí reside la ambigüedad de estas políticas: a la vez que amplían el acceso para algunas mujeres excluye e invisibiliza las prácticas y orientaciones sexuales que no se adecuan a las normas.” (Anzorena, 2006).

“Es posible mostrar que aunque una ley no tenga relación con el sexo, se puede aplicar de manera discriminatoria, o no proteger determinados derechos. El Derecho, en la teoría y en la práctica, no opera con las mismas categorías cuando se refiere a varones y mujeres, y estas diferencias se enmarcan dentro de las construcciones sociales que han definido históricamente lo que es ser mujer y ser varón, en desmedro del colectivo de las mujeres, y desestimando durante mucho tiempo su capacidad para ser ciudadanas plenas” (Carrique, 2006). Analizando distintos casos, la autora demuestra las desigualdades en torno al ejercicio del poder y las distintas conductas discriminatorias desde lo legal que, asentadas en diferencias de género, refuerzan el modelo patriarcal.

En el ámbito local, disponemos de escasas investigaciones sobre los alcances de las políticas de salud encaradas con enfoque de derechos. Podemos mencionar en materia de salud y sexualidad, los estudios de Schiavoni-Báez (2007), y Schiavoni (2009). De éstos se desprende que la provincia de Misiones lidera las estadísticas nacionales de embarazos adolescentes, con un 25% del total a nivel nacional. En muchos casos, los embarazos de adolescentes y niñas son producto de violaciones –en gran proporción por miembros de sus propias familias-, relaciones sexuales no consensuadas o no protegidas por coerción de la pareja; todo lo cual hace a un panorama crítico respecto a las elecciones de vida sexual de estas niñas. A esto se suma la reticencia de la comunidad médica a determinadas prácticas que gozan de marco legal como el aborto ante casos de violación o discapacidad.

Por otro lado, la cantidad de mujeres que acceden al servicio de salud fuera de su condición de madres, o sea, fuera de los controles prenatales, neonatales, puerperio o lactancia, es significativamente bajo. Los registros provinciales muestran mayor vulnerabilidad de las misioneras para acceder a controles básicos como el PAP y la mamografía: las diferencias entre la disponibilidad de los controles de salud de la mujer son bastante desfavorables para Misiones en relación a las cifras nacionales.

Estas problemáticas evidencian a la vez otro aspecto a teorizar que tiene que ver con los distintos tipos de violencia que se viven desde el lugar de las usuarias, caracterizados como la *violencia de género*, entendida como “<...> aquella que se ejerce contra las mujeres por el hecho de pertenecer al género femenino. Tiene sus raíces en las relaciones de desigualdad que existen entre hombres y mujeres desde tiempos inmemoriales. Se expresa en los diferentes ámbitos de la vida social y política. Si bien el lugar donde es más visible su ejercicio es actualmente en la familia, la perpetuación de esta relación de dominación se ejerce a

través de instituciones como la Escuela, la Iglesia y el Estado, que se encargan de consolidar y mantener el orden establecido" (Blanco Prieto y Ruiz-Jarabo, 2005). En este sentido, la falta de atención u omisión desde el Estado de las problemáticas de la mujer constituyen instancias de violencia ya sea por invisibilización como por perpetuación de esta situación de vulnerabilidad. "<...> Esta dimensión del problema debe atenderse más aún si asumimos la perspectiva que percibe el rediseño de los sistemas de prestaciones sociales como un proceso tendiente a la construcción de ciudadanía, que garantice el acceso equitativo a los bienes y servicios cuyo disfrute constituye una precondition básica para participar como miembro pleno de la comunidad" (Alonso, 2007).

A la luz de estas contradicciones, parece necesaria una indagación que eche luz sobre las medidas efectivas que se están tomando en este momento en la provincia y cómo se ejecutan desde los puntos neurálgicos del Estado provincial (Ministerio de Salud, direcciones de Hospitales y Departamentos de Docencia).

Metodología

Como el presente trabajo se inscribe en el paradigma interpretativo, las herramientas utilizadas para su análisis responden a una metodología cualitativa. Para ello, una estrategia de investigación a través de entrevistas semi-estructuradas a los distintos agentes que participan del campo institucional del sector salud proporcionó evidencias específicas sobre el tema y el análisis de los documentos oficiales sobre alcances y resultados de las medidas sirvió de marco para contextualizar los testimonios e interpretarlos.

Los datos provienen de dos tipos de fuentes:

- Por un lado, los documentos que sirven para la caracterización de las políticas públicas (planes, programas, leyes) e informaciones sobre su implementación que se van suscitando. Se tomaron como referentes informes relativos al Plan Nacer, Plan Mamá, y al programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Además de los programas de capacitación de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública.
- Por el otro, a partir del trabajo de campo se tomaron registros que consisten en entrevistas semi estructuradas no directivas (Guber, 2005) a informantes clave seleccionados dentro de los ámbitos de decisión –hospitalario y ministerial-. En este caso los entrevistados fueron el Director de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, pieza clave para indagar sobre la formación de grado posgrado de los trabajadores de la salud; el Director de la Unidad Académica del Parque de la Salud en tanto órgano encargado de controlar y acompañar la formación de residentes y cursos de capacitación al interior del Parque (Ex Hospital Madariaga de la ciudad de Posadas); y el Ex Jefe de Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Materno Neonatal, quien sirvió de referente para comprender los procedimientos de enseñanza al interior de la maternidad, núcleo por donde pasa el mayor flujo de mujeres de toda la provincia en cuanto a atención en salud.

Se analizaron las entrevistas según categorías teóricas trabajadas en relación a: saberes de los profesionales respecto de las usuarias, conocimientos previos, conocimientos aprendidos relacionados a la salud, prácticas hospitalarias, ejercicio de la profesión, idiosincrasias profesionales. Se tomaron herramientas de análisis crítico del discurso para analizar los testimonios de los actores pertenecientes a estos servicios de atención de la salud pública.

Resultados más significativos

La formación de los Recursos Humanos a nivel de las directivas provinciales

En relación a la formación del personal de salud desde una perspectiva de derechos se observa que la capacitación adquirida en la instancia de grado -esto es, las carreras de medicina, bioquímica, farmacia, enfermería- cuentan con pocas y pobres estrategias de educación en cuestiones sociales ya sea desde el trato con las personas en el seno de la consulta o internación. En una entrevista, el Director de Recursos Humanos del Ministerio desde hace varios años, Dr. Juan Gustavo Marín, expresa *“Los aspectos de instrucción de los residentes son específicos en salud, con lo cual hemos visto desde el nivel nacional, regional y provincial, que está faltando una formación en lo que se denominaría salud social y comunitaria, que es el ámbito de las dimensiones sociales de las personas a las cuales se las atiende por una enfermedad, las cuales son personas no solamente un paciente enfermo sino que es una persona con una dimensión social que también hay que atender. Eso yo creo que es lo que está faltando. Lo otro que creo que falta es que no se está formando en políticas de salud, o política organizacional de salud, eso es como están formadas las instituciones, como se desarrollan las legislaciones en salud, y lo otro es que a la salida de la actividad de residencia uno se encuentra con un mundo totalmente distinto, uno estuvo encerrado en una burbuja hospitalaria, de la cual después hay que salir al campo laboral y es otra vista, otra dimensión en la cual tampoco se lo forma al residente. Que yo creo que son ámbitos que hay que tocar y temas que hay que rever. La formación de grado incluye algunos aspectos de la dimensión social pero uno cuando está en la carrera de grado creo que se enfoca directamente a la parte anatomista, a la parte fisiológica...”*.

A la luz de las informaciones recopiladas, esta temática relacionada a la falta de componentes sociales en la formación del profesional, sobre todo médico, fue contemplada por el Ministerio de Salud Pública y resuelta a través de la convocatoria a residentes e instructores para formarse en dos líneas distintas de la salud:

- por un lado, el curso que puertitas adentro del Ministerio y del Parque de la Salud llaman “Formador de formadores”¹⁰⁶ y que se denomina “Capacitación docente-pedagógica para médicos residentes” orientado a educar a los instructores de residentes (figuras clave dado el lugar que ocupan en las residencias). El curso es dictado por la UNNE con una duración de 5 meses y una carga horaria de 40 horas, y destinado principalmente a médicos que se desempeñen como docentes en programas de residencias médicas del NEA. Los contenidos curriculares incluyen diseño de residencias, perfiles de competencias del especialista, herramientas de evaluación, el papel del docente como tutor, la medicina basada en la evidencia, evaluación de aspectos del conocimiento (preguntas abiertas y múltiple choice), capacidad de resolución de problemas, formación de residentes en investigación.
- Y por otro, el curso de posgrado “Una mirada interdisciplinar: la salud social y comunitaria en la formación de médicos residentes”¹⁰⁷ destinado a orientar en aspectos socioculturales. El curso, con una duración de 6 meses y una carga de 60 horas, está destinado a médicos residentes de 2º año de residencias básicas del NEA. Sus contenidos van desde concepciones de Estado, sociedad y cultura, a salud pública y políticas en salud, epidemiología, ejercicio profesional, legislación, derechos y obligaciones tanto de médicos como pacientes, investigación.

¹⁰⁶ Ver programa en sección Anexos.

¹⁰⁷ Ídem.

Sin embargo, la no obligatoriedad de estas propuestas y la falta de socialización de la información muchas veces llevó a que haya pocos inscriptos y hasta la postergación del curso. Esto se suma a las eventuales faltas de recursos económicos con los cuales solventar la logística de trasladar a los residentes a la ciudad de Corrientes para el dictado de las clases. Así, a grandes rasgos, desde el sector directivo del Ministerio se contempla la carencia de formación en estos aspectos, como el mismo Dr. Marín afirma: "*<...> tanto en la formación de grado como en la formación de posgrado están faltando los aspectos socioculturales tanto para la formación de la persona como residente, como profesional y como persona misma que va integrar una sociedad en algún momento que es fuera de la institución. Y es una sociedad totalmente distinta a un espacio institucional propiamente dicho y esa mirada hay que tratar de instruirla desde el segundo año en principio para que ellos mismos puedan después tener perspectivas laborales y sociales en distintos ámbitos no solamente en el ámbito institucional. Y también porque tendría que haber un cambio cualitativo en la atención de la salud.*"

En cuanto al personal no profesional de Salud Pública, la formación complementaria es escasa al menos desde la Dirección de Recursos Humanos. Así lo manifiesta el entrevistado: "*En este momento lo que estamos haciendo tiene que ver con formación de los profesionales, en lo que estamos un poco atrasados es en capacitación del resto del personal de salud, tanto administrativos como a nivel contable, donde hay capacitación desde el punto de vista de la Dirección de Gestión Financiera, pero después en la parte administrativa y de admisión propiamente dicha de los servicios de salud, falta capacitación en atención en salud, en atención de las personas y en lo que es una mirada holística de toda esta situación social.*"

Las instancias de formación en el ámbito del Parque de la Salud

La Unidad Académica del Parque de la Salud es el ente que nuclea todas las actividades de docencia e investigación de dicho Parque. El mismo tiene 16 estructuras sanitarias, académicas y administrativas que aunque no todas cuenten con el amparo legal de un organigrama que las contenga, todas ellas se encuentran de hecho operativas, tal es el caso de la Unidad Académica. Antes de que exista ésta, el Comité de Docencia e Investigación funcionaba -desde el año 2000 aproximadamente-, en el antiguo Hospital Madariaga como un comité destinado a organizar, planificar y evaluar programas de educación para las residencias médicas, haciéndose extensivo luego a todo el personal profesional y no profesional.

En la actualidad la Unidad Académica del Parque de la Salud reúne a representantes de las áreas y departamentos de Docencia e Investigación de las 4 unidades hospitalarias, a saber: el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, el Hospital Provincial de Pediatría, el Hospital Materno Neonatal y la Unidad IV -Genética, Banco de Sangre Central, Laboratorio central y Centro Radiante-. Funciona un comité de *Docencia*, uno de *Investigación* encargado de recopilar los trabajos que se hacen en todas las unidades, revisarlos, aprobarlos y/o corregirlos; y un comité de *Bioética* por el cual deben pasar todos los investigadores que busquen dar curso a sus trabajos científicos.

En cuanto a las capacitaciones en general, la Unidad coordina la ejecución del plan Remediar + Redes que está destinado a prevención de las enfermedades cardiovasculares, y gestiona la disposición de docentes que sirven al programa. Además de ello, se ocupa de generar y promover capacitaciones en distintas temáticas que van surgiendo a demanda, según los requerimientos que manifieste el Comité Ejecutivo en sus reuniones generales. Así, las capacitaciones realizadas en el período 2011/ 2012 fueron¹⁰⁸:

¹⁰⁸ Informe de actividades Unidad Académica 2011/2012 presentado a la Subsecretaría de Salud del MSP.

- Jornadas Multidisciplinarias de Investigación del Parque de la Salud
- Jornadas de Atención Pre Hospitalaria del Trauma
- Talleres de capacitación para la publicación de trabajos científicos
- Simulacro de Incendio Jardín Maternal "Evita"- Proyecto Escuela Segura
- Capacitación Educación Vial a Jardín Maternal "Evita" - Proyecto Escuela Segura
- Taller de Atención Inicial del Paro Cardíaco y Shock Anafiláctico
- Capacitación EPET N°1 - Proyecto Escuela Segura
- Jornadas de Gestión en Enfermería del Parque de la Salud

En lo referente a la formación del profesional de salud, específicamente de los residentes, la Unidad Académica se encarga de articular entre el Ministerio de Salud y los respectivos hospitales las áreas en las que se desempeñarán los ingresantes a las residencias. Además, absorbe las demandas de los residentes, de los instructores y controla la ejecución correcta de los programas de enseñanza. No obstante, la Unidad Académica no dicta líneas directas de formación a los profesionales, exceptuando las capacitaciones mencionadas que surgen según la coyuntura y la fase del calendario académico que se trate.

Consultado por la formación complementaria en materia de aspectos sociales de la salud y la investigación como actividad curricular, el Director de la Unidad Académica, Dr. José María Blariza, docente de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la UNaM, expresó que *"En lo que compete a la Unidad Académica la respuesta de los profesionales a las convocatorias por lo general son buenas, pero es tanta la demanda y responsabilidad asistencial, que deja poco margen para estudiar e investigar"*.

La articulación de los Programas sociales entre el Ministerio y los hospitales

El hospital que por excelencia recibe toda la demanda de formación en materia de derechos sexuales y reproductivos es el Hospital Materno Neonatal, dada su condición de eje por el cual pasa la mayor parte de la población femenina con consultas materno neonatales. En la división de funciones luego de la creación de este hospital –que antes formaba parte del antiguo Hospital Madariaga como Unidad Perinatólogica- las tareas de obstetricia son absorbidas por éste y las consultas de ginecología por el Hospital Escuela de Agudos. Asimismo, al crearse la maternidad como tal, se conforma en 2011 el Departamento de Docencia e Investigación, cuyo jefe fue hasta principios de 2012 el Dr. Jorge Pianesi, quien fuera Director de la Unidad Perinatólogica, área desde la cual tomó contacto con los programas estatales de protección de los derechos de la mujer: Programa de Salud Sexual y Reproductiva; Plan Nacer; Plan Mamá; Programa de Educación Sexual Integral; Programa de Prevención de Violencia -de género o familiar-; Asignación Básica Universal por Hijo.

Consultado por la aplicación concreta de la oferta programática del Estado en esta materia, el Dr. Pianesi manifestó que el mayor contacto que tuvo con estos planes fue desde su función como Director de la Unidad Perinatólogica, no así como Jefe de Docencia e Investigación: *"Te podría decir que a nivel de Docencia e Investigación yo nunca recibí una directiva donde Docencia e Investigación, ya sea Comité o Departamento debía encargarse de capacitar en relación a estos programas. Estos programas bajan línea directamente a los directivos de los hospitales. Cuando era director estos programas bajaban las líneas a los directores del hospital, y la Dirección lo que hace es dictar la aplicabilidad de estos programas. Yo lo entendí desde la Dirección y como Jefe de Departamento de que estos programas debían bajarse a la docencia e investigación, por mi anterior conocimiento; pero no he visto durante mi año de desenvolvimiento en el Departamento que hayan bajado líneas para que capacite gente en los programas."*

Asimismo, el ex Jefe de Docencia e Investigación manifestó las dificultades a la hora de capacitar a todo el personal del hospital en temáticas sociales, que no están contempladas por la población médica como inherentes a su área curricular obligatoria: *"En el poco tiempo que yo estuve lo hicimos de una forma más bien personalizada, a dos o tres personas clave que puedan asumir y tomar la función, pero no fue institucional en este caso. Como la actividad vos la tenés que cumplir a veces es muy difícil que todo el personal esté capacitado; vos empleas estrategias que permiten llegar a la gente, en este caso personas claves que puedan entender, que tengan condiciones, desenvolvimiento, que puedan hacerse entender. No hay una línea obligatoria o yo no avizoré nunca una línea tan directa: es una política de la maternidad que debería implementarla con tiempo todo el personal, tomar cursos etc. Esto depende de la Dirección y de cómo puedas implementar la estrategia de que toda la gente reciba capacitación porque tenés escasos recursos, lo asistencial te ocupa tiempo en realidad. Entonces vos vas rescatando personal que no se ocupe tanto en lo asistencial por la edad, porque ha reducido el horario, entonces vas buscando personal que pueda encargarse de eso."* De este modo la actividad de docencia y la atención a otros aspectos del paciente que no sean los biológicos quedan supeditadas a la atención que les puedan prestar los equipos del Área Social que trabajen en la maternidad, es decir, antropólogos, comunicadores sociales, trabajadores sociales; ya que para los médicos, enfermeros, bioquímicos, etc. estos aspectos están vistos como sobrecargas a su tarea asistencial: *"Los contenidos de estos programas están como agregados, como que es una sobrecarga, la gente no los toma muy bien, no llegan, no impacta en la gente por más que los capacites, es complicado. Para mí las áreas sociales (comunicadores, trabajadores, antropólogos) y todo lo que sea del área social, están más predispuestos. Si vos me preguntás a mí si encuentro alguna predisposición te digo: el personal de salud, 20%, escaso, el personal ideal que hubo un antecedente para hacer este tipo de acción lo encontré siempre dependiente del área social: tienen una sensibilidad distinta, llegan a la gente, entienden a la gente, es como si fuera su profesión. Al resto es como que vos le estás insertando algo más de su actividad que es asistencial y no lo saques de ahí."*

Considerando estas cuestiones, el testimonio del Dr. Pianesi evidencia los obstáculos para incorporar una capacitación efectiva en temáticas de sexualidad que acompañen a la concreción de los programas que vienen del Estado; y con ello se acrecientan las dificultades a la hora de ayudar a las mujeres a posicionarse como sujetos de derecho. Así, los diferentes estratos de decisores en materia de salud requieren de mejores estrategias para hacer realmente más efectivas estas iniciativas. Al decir del Ex Director de la Unidad Perinatólogica, *"el posicionamiento social de las mujeres en el campo de la salud a partir de la implementación de los programas ha mejorado, pero ha sido mucho más mérito de las exigencias de la mujer reclamando sus derechos que desde la salud aplicando esos programas y esos derechos."*

Conclusiones

Los testimonios recogidos evidencian los desfases que existen entre los compromisos a asumir para la ejecución de los programas de promoción de la sexualidad y derechos de la mujer y la real participación de todas las instancias de la cadena de autoridades de la salud pública. Desde las directivas ministeriales, las bajadas de línea de las direcciones hasta el papel de los jefes de Docencia e instructores de residentes, las medidas a implementar parecen quedar más a criterio de cada efector que a un nivel de obligatoriedad que se pueda constatar. No son aspectos vistos como esenciales de la formación del profesional que trabaja con seres humanos sexuados, con derechos, con sensibilidades específicas. El modelo biologicista y anatomista es, para el caso de los especialistas de la medicina, enfermería y ciencias exactas, el esquema que prima.

Los contenidos curriculares desde la etapa primera de formación de grado contemplan escasos aspectos de la fase social del ser humano. Esto, aparentemente, se va haciendo más fuerte en las escalas posteriores de formación, ya sea la residencia como las iniciativas de capacitación *ad hoc* de cada unidad hospitalaria.

Por otro lado, todas las entrevistas evidencian que el personal que trabaja en la salud pública es absorbido por la actividad asistencial ya desde el momento de las residencias, lo cual oscurece su voluntad para continuar formándose o interesarse en aspectos que no hayan sido considerados nunca en su formación. Además, las remuneraciones son insuficientes a la altura de las exigencias que plantean estos programas en el desempeño del personal: deben ocupar tiempo extra para capacitarse y no existen incentivos para mejorar su oferta laboral.

A todo ello se suma la complejidad del sistema sanitario con todos sus escalafones, que al dejar a criterio de las direcciones hospitalarias la toma de medidas tendientes a exigir capacitación al personal, deja poco espacio para hacer crecer los saberes en estas temáticas. También es para tener en cuenta la imposibilidad de obtener resultados a corto plazo con este tipo de medidas, lo que hace que cada ciclo de capacitación exhiba resultados varios años más tarde, generando la creencia de la obsolescencia de capacitar al personal.

Bibliografía consultada:

ALONSO, Guillermo. *Elementos teórico-metodológicos para el análisis de capacidades estatales. Con énfasis en el área de las políticas sociales.* Buenos Aires. Prometeo. 2007.

RIVAL, Laura, SLATER, Don, y MILLAR, Daniel. "Sexo y sociedad. Etnografías comparativas de objetivación sexual" en *Antropología de la Sexualidad y Diversidad Cultural.* Madrid. Ed. Talasa. 2003.

ANZORENA, Claudia "Reflexiones en torno a las sexualidades en las políticas públicas en Mendoza: las sexualidades esperadas, las invisibles y las excluidas". *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.* Universidad Nacional de Jujuy. 2006. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042006000200015&lang=es

BLANCO PRIETO, Pilar y RUIZ-JARABO, Consuelo: "Prevención de la violencia contra las mujeres". En: *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud.* Ediciones Díaz de Santos. 2005.

CARRIQUE, Violeta: "Género, ciudadanía y control de constitucionalidad". *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.* Universidad Nacional de Jujuy. 2006. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042006000200014&lang=es

ESTEBAN, Mari Luz: "El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista." 2004 En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000100002&script=sci_arttext

ORTALE, Susana: "Programas de salud sexual y reproductiva y maternidad adolescente en La Plata (Buenos Aires, Argentina)." *Revista Avá* n° 15. 2009. En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000200014&lang=es

SCHIAVONI, Lidia y BAEZ, Alina: "Violencia sexual en condiciones de alta vulnerabilidad social. Estudios de casos en municipios de Misiones, Argentina." En López, E. y Pantelides, E. (Comps.) *Aportes a la Investigación Social en Salud Sexual y Reproductiva.* Buenos Aires. 2007.

SCHIAVONI, Lidia: "Vulnerabilidad y desafiliación social en un contexto de frontera II: la sexualidad en el campo de la salud". *Informe Final Proyecto UNaM 16H/218*. Posadas. Universidad Nacional de Misiones. 2009.

TAMAYO SÁEZ, Manuel: "El análisis de las políticas públicas", en Bañón, R. y Carrillo, E. (comps.), *La nueva Administración Pública*. Madrid. 1997.

El riesgo como significativo social en la prevención del VIH: un esbozo

Mauricio Raga
Adscripto estudiante

Presentación.

En el presente trabajo nos proponemos analizar el concepto de *riesgo* en el campo de la prevención de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), entre mujeres de sectores socialmente desfavorecidos de Posadas. Siguiendo las propuestas de Almeida y Calvez, partimos de tres ideas centrales, a saber: el concepto de riesgo es un eje central de los discursos y prácticas médicas orientadas a la prevención del VIH/Sida (y las Infecciones de Transmisión Sexual) destinadas a las usuarias de interés; la noción de riesgo en cuanto categoría social, constituye el principio a partir de la cual estas mujeres estructuran sus representaciones y prácticas referidas a la prevención; ambas conceptualizaciones, divergen en cierta medida, generándose disonancias entre lo que médicos y usuarias del Sistema Público de Atención de la Salud consideran como "riesgo". Por esto, el Riesgo puede ser considerado un significativo móvil, a partir del cual abordar la relación entablada entre los diseñadores de las actividades de prevención al VIH y sus destinatarias. Luego de un breve desarrollo intentaremos proponer un enfoque alternativo que resulte complementario del precedente, al poner el énfasis en las concepciones respecto de la sexualidad.

Creemos que la categoría riesgo resulta muy productiva, en tanto se la considere un significativo "vacío" o "flotante" a través del cual se relacionan las formas de ser y de hacer de unos y otras, en el vasto campo de la prevención de las ITS y el VIH/Sida. Puede pensarse, siguiendo la línea de Almeida, que el "sentido común" condiciona al discurso médico en su definición del "riesgo", pues pese a tratarse de una categoría analítica (de suma importancia en la Epidemiología y en la Clínica, como veremos más adelante), traslada significados propios de lo que Almeida denomina Discurso Social Común. Entendemos por sentido común, el conjunto históricamente condicionado de creencias (pero también prácticas), que son compartidas por un colectivo amplio de personas.

Por otra parte, el contexto social también influye en la puesta en práctica de dichos discursos y prácticas, a través de la noción de riesgo socializada en un grupo particular. Es decir, las actividades de prevención centradas en la noción médica del riesgo tienen lugar en un contexto social específico, que las condicionan y/o transforman. Es por esto que, la concreción de las políticas públicas relacionadas a la prevención de las ITS y el VIH, materializada en un conjunto de actividades, estará influida por los modos de hacer y de ser – socialmente determinados- del grupo destino.

Para el presente trabajo utilizaremos en forma indistinta las palabras de "categoría", "noción" y "concepto", puesto que en esta etapa de aproximación al tema, no consideramos indispensable su delimitación conceptual. Tarea que dejaremos para más adelante.

El riesgo y la sexualidad en el campo de la prevención del VIH: introducción y anticipaciones.

Como fue planteado, partimos de la idea de la divergencia entre las definiciones de "riesgo", lo que lleva a que las políticas públicas en materia de prevención sean ineficaces a cierto nivel. O lo que es lo mismo, que las

usuarias no puedan apropiarse de todas las herramientas potenciales que tales iniciativas les ofrecen, o les podrían ofrecer.

El interés por este grupo de mujeres se justifica en que son definidas como un grupo de riesgo o “en riesgo”, vulnerable a las infecciones de transmisión sexual en función de la baja frecuencia de la práctica sexual responsable. Por esto entendemos relaciones sexuales en las que se utiliza de manera apropiada el preservativo, el método que se ha demostrado más eficaz para prevenir los contagios de las ITS. A partir de la propuesta de Almeida, como desarrollaremos más adelante, podemos concebir las diferencias y similitudes entre los discursos, médico y no-médico, con relación al riesgo de las infecciones. Con Calvez podemos dar cuenta de algunas de las particularidades que entran en juego cuando actividades de prevención, pensadas en una determinada experiencia social, son implementadas en individuos y grupos insertos en una experiencia social diferente. Compartimos con este autor la idea que destaca que la experiencia social genera sesgos perceptivos con relación al riesgo, y esto puede ayudar a comprender no sólo las representaciones de los individuos y conjuntos ante el riesgo del sida, sino sus actividades y relaciones concretas.

Consideramos que la noción de riesgo constituye un significante “vacío” o “móvil”, susceptible de ser llenado de contenidos divergentes, que pueden tener elementos comunes pero que varían de acuerdo a la experiencia y la posición social. Cabe aclarar que no nos proponemos desarrollar interrogantes al respecto de los contenidos específicos del concepto de riesgo y de las actividades de prevención con la expectativa de recomendar normativamente una significación más adecuada a contextos sociales, no siempre tenidos en cuenta por el saber médico. La intención de indagar esto remite a problematizar la relación usuario/médico en el contexto de la prevención del VIH/Sida, en el intento de construir un saber lo más riguroso posible a las situaciones empíricas concretas en las que se enmarcan las actividades de prevención. Al mismo tiempo, trataremos de añadir a esta indagación sobre el riesgo, una interrogante en torno a las representaciones sobre la sexualidad, la cual no invalida el planteo anterior, sino que –creemos- lo complementa. Si desde el punto de vista del riesgo, las concepciones y actividades de usuarias y médicos, pueden ser diferentes, en el campo de la sexualidad podrían existir ciertas homologías, que nos ayudarían a profundizar la comprensión de los problemas de la puesta en práctica preventiva en el campo del Sida (y las ITS).

En efecto, partiendo de la base de que el método más efectivo disponible para prevenir las ITS y el VIH es el uso correcto del preservativo, nos proponemos indagar si es posible que, además de la divergencias entre las ideas y los usos culturales específicos del riesgo, sea el uso mismo de los condones un limitante a la prevención, debido a las concepciones sobre la sexualidad compartidas entre médicos y usuarias. Puesto que el uso de preservativos –así como los Métodos de Anti-Concepción (MAC)- pone de manifiesto un ejercicio de la sexualidad no orientado hacia la reproducción biológica, y este ejercicio estaría prohibido –difusamente- por las concepciones dominantes sobre sexualidad, estimamos lícito plantear que, en este contexto, puede aparecer una impugnación contra el uso del condón. En otras palabras, al estar prohibido todo ejercicio no reproductivo de la sexualidad, especialmente a las mujeres, las actividades de prevención se verían limitadas -o cuando menos serían ambiguas- en la recomendación del uso de preservativos.

Todo sucede como si el ejercicio “lúdico” (orientado al placer y no al deber) de la sexualidad femenina, encontrará resistencias en el marco de una sociedad androcéntrica, y complejizará el problema de la prevención del VIH. Un planteo que se desprende del anterior: si los profesionales que integran los servicios de salud pública comparten junto a una parte importante de la sociedad, los prejuicios con respecto al ejercicio no-reproductivo de la sexualidad, las actividades de prevención del VIH se verían constreñidas a proponer alternativas al uso de condones. Es decir, se verían limitadas a proponer actividades “preventivas” tales como la abstinencia sexual o las relaciones sexuales monogámicas. Pero esto se daría en forma difusa

porque en este punto, habría un conflicto entre lo que los médicos saben sobre el contagio del VIH y lo que creen al respecto de la sexualidad. Del otro extremo, las usuarias tendrían dificultades para el ejercicio seguro del sexo, al estar vedado el uso del preservativo y las prácticas sexuales no reproductivas. Si existe una constante en los casos investigados por Calvez, en torno a los usos sociales del riesgo del VIH en Francia, es la dificultad del uso del preservativo.

La noción de riesgo en el sentido común y en la medicina.

Almeida distingue tres campos discursivos en los que opera el concepto del riesgo, el Social, el Epidemiológico y el Clínico. Los tres discursos sobre el riesgo estarían íntimamente relacionados, a tal punto, que ciertos contenidos surgidos en un tipo de discurso serían reapropiados y resemantizados por los demás. Este proceso no está exento de una retroalimentación, de manera tal que el flujo de sentidos no se realizaría en una única dirección. Sin embargo, es preciso aclarar que el Riesgo es, en el Campo Social, una experiencia individual y colectiva; mientras que en el Campo Médico (que engloba a la Clínica y la Epidemiología) se convierte en un concepto fundamental, esencialmente técnico.

Conforme a este planteo, los primeros usos de la noción de riesgo surgen en el campo social y a partir de allí pasan, en una secuencia, al campo epidemiológico primero y finalmente, al campo clínico. Este pasaje poseería una serie de consecuencias de suma importancia para la práctica médica, especialmente en la clínica. En primer lugar, el autor analiza diversos sentidos de la palabra "riesgo", la cual denota "límite" (línea en portugués), "rasgo" (latín), "peligro oculto" (lenguas anglosajonas) y posteriormente, posibilidad de un evento cualquiera. En el uso moderno, riesgo remite a la potencialidad de ocurrencia de un suceso negativo, que atenta contra la salud o la vida.

Almeida señala que en el discurso del sentido común existe una asimilación de significados diferentes en la noción de riesgo, que identifica a la fuente potencial o la causa del peligro, con el evento nocivo en sí mismo. En otras palabras, en el uso común del riesgo, este representa la percepción de la presencia real o potencial de un peligro, lo cual aglutina simultáneamente al peligro con la posibilidad de peligro. Esto es importante cuando la noción pasa al campo médico, pues implica una suerte de identificación de las causas con los efectos del riesgo. En esta perspectiva, comprender el contenido semántico del riesgo en el discurso social es fundamental para todo intento de deconstrucción crítica del concepto médico del riesgo, siendo éste dependiente de aquél, tanto en términos semánticos como sintácticos.

El discurso científico -según Almeida-, originado en un contexto social históricamente determinado, se reapropia y transforma los significantes sociales de los cuales termina conservando algunas de sus acepciones, que pueden resultar en incoherencias e inconsistencias, vinculadas al carácter polisémico de los mismos. En efecto, esta asimilación entre entidad y potencialidad que se da en la noción de riesgo, vuelve a aparecer en el discurso clínico, bajo la forma de identidad entre Riesgo y Factor de Riesgo. Se trataría de un proceso de reificación no del todo explicitado que opera en los discursos y prácticas médicos.

El concepto central de riesgo epidemiológico, entendido en su faz técnica, se apropia del sentido de "probabilidad" presente en la noción de riesgo del discurso social común. Esto obedecería a la necesidad de generalizar las particularidades de los procesos de salud-enfermedad con vistas a poder desarrollar generalizaciones que permitan realizar predicciones plausibles. En epidemiología, los modelos de prevención basados en el concepto de riesgo descansan en el presupuesto inferencial que señala el dato originado en una población será válido para (o reaparecerá en) otras poblaciones ubicadas en otros puntos geográficos y en otros periodos cronológicos. Esto habilitará predicciones epidemiológicas, con lo que el concepto de riesgo

funciona como un “predicador” (temporal) y como un “pseudopredicador” (geográfico). Cabe destacar que en estos planteos la noción de riesgo remite exclusivamente a una formulación colectiva, susceptible de manipulaciones estadísticas, de formalización matemática. En efecto, la recolección sistemática y exhaustiva de datos individuales en una población –sobre procesos de salud-enfermedad- posibilitará realizar predicciones epidemiológicas para poblaciones no-observadas o para esa misma población -u otra- en un momento del tiempo ulterior. Pero lo esencial es que en el discurso epidemiológico, el concepto de riesgo se aplica al ámbito colectivo y supraindividual.

Como dijimos, siguiendo el análisis de Almeida, la forma de conceptualizar el riesgo en epidemiología retoma y reformula, la indistinción entre potencialidad y entidad del peligro propia del discurso social común. Esta sería una “inconsistencia incorporada” que fusiona el riesgo y el factor de riesgo, que determina la aparición de una incoherencia en la estructura lógica del discurso a partir del aglutinamiento entre el determinante del riesgo (el factor riesgo) y su efecto (el riesgo en sí mismo) (Almeida, 2000:250).

Ahora bien, esta incoherencia en la noción de riesgo es retomada por el discurso clínico, amplificándola al aplicar al plano individual de los casos, un razonamiento de carácter colectivo, basado en la probabilidad estadística. Es decir, en el pasaje del campo epidemiológico al clínico, la noción de riesgo colectiva (sustentada en la probabilidad estadística) se transforma en riesgo individual, lo cual permite “des-subjetivizar” la práctica, “suprimir” al sujeto que lleva a cabo el examen clínico y a su “objeto”, el paciente. Para Almeida, existe un proyecto “contrasubjetivo” y “deshumanizador” en esta transformación del concepto de riesgo “epidemiológico” operada por la Clínica.

La noción de riesgo clínico que encontramos en el trabajo de Almeida abreva en dos fuentes distintas pero vinculadas entre sí. Por una parte, la concepción del riesgo aplicada a casos particulares implica la idea de que el individuo reproduce lo que sucede con las poblaciones, es decir, constituye la constatación particular de un fenómeno general por medio de una “intrapolación”. Por otra parte, el riesgo en Clínica surge de las constataciones particulares de un sinnúmero de experiencias prácticas anteriores, compiladas y sistematizadas a través de la casuística para producir generalizaciones válidas. En otras palabras, el riesgo clínico (individual) proviene –en este caso- de las observaciones sistematizadas de un conjunto de casos individuales. Esto implica intentar fundar un conocimiento “objetivo” a partir de un número considerable de experiencias subjetivas, lo cual, desde esta perspectiva, constituye una incoherencia del discurso clínico.

Sin embargo, para el autor, la inconsistencia más importante del discurso clínico basado en la noción de riesgo, proviene de una apropiación de sentido del discurso social común, y no de la reelaboración del concepto epidemiológico. Se refiere a la definición de entidades –individuos y grupos- “bajo riesgo”. Para la medicina clínica, formar parte de un grupo definido como “de riesgo” o presentar cierto “factor de riesgo”, significa estar “bajo riesgo”, lo cual implica la amalgama del riesgo con el factor de riesgo, el efecto con su determinante. Es así como la noción “bajo riesgo” transforma el atributo de una persona o de un colectivo en un signo o síntoma susceptible de análisis clínico. En un proceso de reificación, un rasgo descrito por el discurso clínico como “factor de riesgo” –el hecho de pertenecer a un área endémica, por ejemplo- pasa a formar parte del cuadro clínico, adoptando el estatuto de un signo o un síntoma propio de una patología consumada. La potencialidad del riesgo –su factor de- es reificada al ser incluida en el cuadro clínico.

“(…) el perfil de riesgo de los sujetos pasa a ser incorporado al proceso de identificación de enfermedad, proceso diagnóstico regulado por el discurso de la propeutéica clínica. En la práctica cotidiana de la clínica y en la construcción de su propio discurso, el riesgo pasa a ser un objeto de diagnóstico en sí (...) en cuanto factor de riesgo, pasa a ser reconocido como un signo/síntoma, que a su vez se toma una entidad clínica,

incorporada a un perfil patológico específico. Al final de este recorrido, (...) aparentemente se cierra el ciclo con riesgo terminando por denotar enfermedad" (Almeida, 2000:253).

Una última consideración tiene que ver con la incidencia de esta conceptualización del riesgo en la práctica clínica. Como vimos, la definición de riesgo en epidemiología estaba orientada a generar modelos predictivos aplicables a diversas poblaciones con vistas a reducir al mínimo la aparición o propagación de epidemias. En la clínica, esa definición de riesgo también está relacionada con la posibilidad de intervención, pero ya no colectiva, sino individual. Entonces, las conminaciones que la epidemiología dirige a colectivos con el propósito evitar los riesgos –en base a un análisis probabilístico del riesgo- la clínica las dirige hacia los individuos. Así se consuma un sistema de poder disciplinario sobre cada persona, basado en el riesgo/peligro.

"A partir de ahí, se engendra una práctica social denominada preventiva, que tiene como objetivo anticipar la ocurrencia de eventos indeseables (básicamente enfermedad y muerte) en el seno de poblaciones abstractas indicadas como portadoras de riesgos" (Almeida, 2000:255).

El uso social del riesgo en el contexto del VIH.

En este apartado desarrollaremos sintéticamente los aportes que realizó Calvez, a partir de su análisis cultural sobre el uso del riesgo en el contexto del VIH / SIDA. El trabajo, que fue uno de los pioneros en la materia, se encuadra en la región de Bretaña (Francia) durante las primeras décadas de la propagación de la pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humano y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Este trabajo de campo se realizó en el año 1988, pero el autor profundizó el análisis del material en años posteriores. La publicación del libro en la edición de la Universidad Nacional de Misiones, data del año 1998. En el contexto del trabajo de campo, debe destacarse que no existía un tratamiento efectivo para la infección y en consecuencia, el status serológico y la enfermedad poseían connotaciones claramente diferentes a las de la actualidad. Por aquel entonces, era una patología fatal y actualmente se trata de una enfermedad crónica. Asimismo, la seropositividad tampoco implica el desarrollo inevitable de la patología.

Con respecto al marco teórico, la tipología social del tipo Grid-Group ("*Grid*", rejilla, cuadrícula; "*Group*", grupo) guía esta investigación centrada en el análisis cultural. La antropóloga Mary Douglas es la referencia teórica más importante del trabajo de Calvez, lo que el propio autor se encarga de aclarar. La tipología Grid-Group reduce la complejidad de la estructura social a unos pocos grandes tipos ideales, en los que acciones, percepciones y relaciones de los sujetos están condicionadas en grado variable por los grupos sociales en los que estos estarían insertos. Calvez señala cuatro tipos: la estructura individualista, la de aislamiento social, la estructura jerárquica y la igualitaria.

En la estructura individualista los individuos no estarían limitados por roles en su interacción social, es decir, el peso de la estructura no cerraría la posibilidad de los individuos de establecer relaciones. En el extremo opuesto, en la estructura jerárquica de aislamiento, los sujetos carecen de toda autonomía y su comportamiento estaría totalmente determinado por el entorno. No poseen tampoco la posibilidad de establecer relaciones y carecen de un grupo de referencia que los contenga. Estos serían los dos tipos "*Grid*", donde el entramado de roles sociales marca un creciente estreñimiento de las opciones individuales, sin que los grupos jueguen un papel predominante.

A la inversa, dentro de los tipos en los que el grupo condiciona las relaciones y actividades, interviniendo como mediadores entre la estructura social y los sujetos, encontramos a los tipos Group, del tipo jerárquico e igualitario. El autor agrupa estas estructuras dentro de lo que denomina estructuras de enclave, las cuales

proyectan el peligro hacia el exterior y se defienden a partir de la autopercepción del grupo como incontaminado, seguro. Por esta razón sostiene que en estos tipos ideales, el accionar de los sujetos está limitado por las fronteras de grupo, que define roles y status. La diferencia entre las estructuras jerárquica e igualitaria radica en que éstas últimas permiten mayor libertad de acción al ser los roles más ambiguos y negociables. En la estructura jerárquica, el sujeto debe acatar los roles establecidos grupalmente, a riesgo de exponerse y exponer al peligro.

Todos estos tipos del análisis cultural Grid-Group imponen sesgos culturales, en función de la estructura social –para el fortalecimiento de la estructura-, que condicionan y orientan las percepciones y prácticas de los individuos.

En este sentido, Calvez utiliza el modelo de análisis cultural de Douglas para dar cuenta de las percepciones -socialmente condicionadas- de diversos grupos de personas ante la amenaza de infección con VIH y las actividades de prevención. El autor considera central la noción de “riesgo” no desde su formulación médica, sino a partir de su definición cultural, poniendo el énfasis en las formas de hacer y de ser adoptadas por las personas ante el peligro de la infección. Desde esta perspectiva, el medio social en el que se desenvuelve la persona, determinará su percepción vinculada al riesgo y la prevención del VIH/Sida, percepción que no estará exenta de sesgos e invisibilizaciones.

Calvez sostiene que existe una divergencia en el uso, las percepciones y prácticas en torno al riesgo de infección con VIH, que construyen los agentes de prevención por una parte y los destinatarios, por la otra. Los primeros configuran el riesgo a contraer Sida como una categoría orientada a la acción, mientras que los segundos se enfrentan a ella en función a su propia experiencia social, marcada por un mayor o menor apego a un estilo de vida y relaciones. Lo cual, en este tipo de análisis, equivale a una pertenencia variable a la comunidad, así como también, a un acatamiento variable a sus normas. Calvez considera al Sida como un “recurso cultural” que permite a un colectivo construirse a sí mismo, demandando cierto tipo de solidaridad y de obediencia a un conjunto de normas morales y sexuales. Además, el sida otorga a la comunidad o al grupo, un sustento explicativo para la construcción del exterior y de las amenazas en su contra, sean éstas comportamientos o sujetos.

En esa investigación, Calvez insiste en que los discursos sociales que se entrelazan en torno al riesgo de infección con VIH juegan un papel muy importante en la construcción del orden social de la comunidad. Para él, las representaciones y las actitudes frente al Sida no pueden deducirse automáticamente, sino que deben ser reconstruidas a partir de las situaciones empíricas concretas, pues, como ha sido planteado, cada grupo social engendra sus propias anteojeras al respecto de los riesgos de infección.

Retomando la perspectiva trazada por Douglas para el análisis cultural del riesgo, las nociones de contaminación y peligro son fundamentales para entender la forma en que las sociedades organizan las respuestas colectivas frente a la infección. Según nuestra interpretación, para Douglas y Calvez, las creencias y prácticas relacionadas a la contaminación y pureza, aglutinan las experiencias individuales fundando un orden social. En particular, son cruciales en la constitución de una idea de “comunidad sana”, donde la amenaza de contaminación proviene del exterior. Las creencias sobre la contaminación son utilizadas para consolidar ciertos status social y exhortar a los integrantes de una comunidad a comportarse de una forma específica, en este caso para conjurar la amenaza representada por la infección. Estamos de acuerdo con Douglas –citada por Calvez- cuando sostiene que la noción de riesgo viene a cumplir en las sociedades industrializadas modernas la misma función de “moralización y politización de los peligros” que cumplía la noción de tabú y pecado en el discurso religioso. En cambio nos resulta más difícil aceptar que exista un

contexto escepticismo religioso creciente, aún en las sociedades centrales y no-periféricas (Calvez, 1998:18,19).

Como señalamos más arriba, el trabajo de campo fue realizado en Bretaña (Francia) en 1988. Allí Calvez analizó las actitudes y percepciones de distintos grupos de personas frente al riesgo de contagio con VIH, en el marco del análisis grid-group. Según él, las definiciones y percepciones sociales del riesgo ante el VIH/Sida, fomentan actitudes de solidaridad entre los individuos –que se enfrentan a la amenaza “exterior”- las cuales se organizan en base a dos principios, el individualista y el holista, según si la responsabilidad recae sobre los individuos o los grupos. La noción de comunidad sana era fundamental para estimular los lazos de solidaridad, y consecuentemente, para organizar las actitudes y percepciones sobre el sida. Esto implica que subyacen principios morales en las actividades de prevención, lo que pone en entredicho los argumentos médicos, científicos, en suma, “técnicos”, que se esgrimen para fundamentar tales actividades. Estos principios morales pueden analizarse a partir del tipo de solidaridad que promueven las actividades de prevención.

A partir de concebir a la propia comunidad como incontaminada y al peligro como exterior, la sociedad (o el grupo) conmina a los individuos a apegarse a las normas morales y simultáneamente, a concebir a ciertos grupos, comportamientos y sujetos como “peligrosos” o “contaminantes”. Obviamente, la idea de comunidad sana se basa en el prejuicio al exterior.

Ahora bien, los dos principios de solidaridad, que se basan en ideas diferentes de comunidad protegida, modelan dos tipos de políticas de prevención, en las que los médicos juegan un importante papel. El principio individualista pone el énfasis en los intereses individuales y presupone que los individuos adoptarán comportamientos y actitudes preventivos de manera casi automática, a partir de ser informados apropiadamente sobre los peligros de infección, las medidas de prevención y los tratamientos disponibles. El principio holista, por el contrario, propone la adopción de normas colectivas para conjurar el peligro del sida, sobre la base de defender una comunidad propia –simbólica, territorial, moral-, que estaría libre de contaminación. Sin embargo, es preciso resaltar junto con Calvez que:

“En ausencia de medios de inmunización, la prevención es una tarea principalmente no médica, ya que apunta a que los propios actores adopten en situaciones potencialmente peligrosas ciertas modalidades de control de sus comportamientos (...) la actividad médica (...) no procura un modelo pertinente para tratar un fenómeno cuya característica principal es la de escapar [del ámbito médico] y ser un subproducto de las clasificaciones que ella misma genera” (Calvez, 1998: 48).

Dado que son las clasificaciones sociales las que construyen las figuras identificadas con la infección, la actividad médica termina por acentuar los prejuicios socialmente determinados con respecto a las personas y las costumbres consideradas como “de riesgo”. La incertidumbre de la seropositividad se anula, con el costo de la intensificación de los prejuicios contra determinados grupos considerados “vulnerables” y comportamientos “peligrosos”.

De los casos estudiados, podemos señalar que se relacionan con tres grandes conjuntos: los de estructura individualista (que otorgan amplio margen de maniobra a los sujetos), los de estructura de enclave (que estructuran la respuesta en base al grupo) y los de jerarquía (ni dan preeminencia al grupo, ni favorecen la autonomía de los sujetos, sino remiten a situaciones de aislamiento). Cabe destacar que los grupos estudiados son presentados en dos capítulos, uno que agrupa a homosexuales varones y otro a heterosexuales de ambos géneros. Calvez no trabajó con grupos heterogéneos desde el punto de vista de la orientación sexual. Una diferencia importante a tener en cuenta que los estudios sobre los heterosexuales se

realizaron a partir de la participación grupal de individuos, mientras que la investigación sobre homosexuales se basó en historias de vida. Nos centraremos en los casos de heterosexuales, porque en éstos participan mujeres, sin entrar por ahora en la discusión sobre si las prácticas sexuales construyen o no una identidad sexual.

Dentro de los grupos de estructura individualista Calvez describe una red femenina de adolescentes preuniversitarias de procedencia socialmente privilegiada. En el conjunto de grupos de enclave, debemos incluir a una red mixta de adolescentes de sectores medios, caracterizado por el consumo excesivo de alcohol. En el conjunto de grupos de estructura jerárquica con individuos aislados, se describe a un conjunto de mujeres marginales que cohabita en un refugio gubernamental.

Caracterizables dentro de la estructura individualista, un grupo de jóvenes menores de 19 años, preuniversitarias, perciben al sida como una eventualidad de su medio social, que puede ser conjurada a partir del apego a las reglas y del cumplimiento de las expectativas sociales con respecto a su futuro (postergación de la procreación, obtención de un título de grado, etc.). Estar fuera de peligro y mantener fuera del peligro a la comunidad es una responsabilidad individual ineludible, en la que el grupo ejerce un control a partir de las actitudes individuales de estas adolescentes. El temor a incumplir con las trayectorias sociales asignadas pareciera inhibir las ocasiones de riesgo de contagio y por ende, llevan a las integrantes de este colectivo a no elaborar una teoría al respecto de la enfermedad. La prevención se centra en el autocontrol individual, lo cual implica una cierta tolerancia a la infracción de las normas, siempre y cuando se trate de episodios aislados.

En la red mixta de adolescentes que responden a la estructura de enclave, se percibe la infección como un atributo de la alteridad. Construyen el peligro de infectarse en las relaciones con individuos ajenos al entorno local y para protegerse se apoyan en la pertenencia a la propia comunidad. La infección sólo puede sobrevenir cuando salen del propio entorno o se relacionan con personas ajenas al mismo. Sin embargo, al atravesar una por una etapa de experimentación de sustancias –caracterizada por el exceso- y la falta de control en las relaciones, se encuentran estructural y temporalmente en riesgo. Superada esta etapa de desarrollo, si se apegan a las normas de la comunidad, dejan de estar expuestos al riesgo, de acuerdo con sus representaciones y las de la sociedad. La responsabilidad individual no es un mandato omnipresente, sino que permanece suspendida en algunos casos –varones sin pareja estable, mujeres que se relacionan con varones mayores ajenos al grupo. Al encontrarse momentáneamente en una posición en la que las desviaciones son conductas esperables –sobre todo por el exceso en el consumo de alcohol-, la responsabilidad por la infección recae en el grupo. El sida sirve en este caso para establecer los límites y la pertenencia a la comunidad, al mismo tiempo que permite identificar a los individuos que no cumplen con las normas de la sociedad y que se encuentran en una posición ambigua. Dado que el peligro se encuentra en el exterior de la comunidad y en la ruptura de normas, se refuerza la idea de la comunidad sana que se mantiene a salvo de la infección a partir de la permanencia de los estilos de vida tradicionales.

En contraste con los grupos precedentes, Calvez investiga las representaciones sobre el riesgo al contagio con VIH en un contexto marcado por la ausencia de un grupo definido que sirva de guía de las conductas de prevención. Aquí nos presenta el caso de un conjunto de mujeres internadas en un centro de readaptación social, cuyos únicos círculos sociales lo constituyen sus familias. Se trata de marginales que mantienen una relación conflictiva con el círculo familiar y no han podido compensar esta carencia con ningún otro círculo social. Al no poseer un grupo de referencia que las contenga, sus modos de ser y de reconocer se caracterizan por la falta de realismo, oscilando entre las proyecciones ilusorias o fatalistas. En este contexto sus construcciones al respecto del sida y sus comportamientos de prevención varían entre un temor

generalizado al relacionamiento y la búsqueda de relaciones que las doten de respetabilidad social. Como perciben su entorno como profundamente peligroso e incontrolable, y ante la imposibilidad de regular sus relaciones interpersonales, conciben todo contacto relacional como fuente de contagio. La idea de la transmisión incontrolable las lleva a aislarse de las relaciones de naturaleza sexual. En palabras del autor:

"(...) perciben su entorno como profundamente hostil y las relaciones son consideradas peligrosas. El sida entonces aporta un contenido plausible a esta percepción del contacto peligroso. A la falta de dominio de esos contactos sociales peligrosos, corresponde la representación de una transmisión no controlable de la infección. La estrategia de la autoprotección se centra en el cuidado del cuerpo o en las reivindicaciones de respetabilidad" (Calvez, 1992: 76)

Según el autor, una de las salidas que encuentran a esta situación, relacionada quizás con las proyecciones ilusorias, es la búsqueda de respetabilidad a partir de evitar relaciones afectivas con personas que podrían estar contaminadas. Esto origina una ceguera contra el peligro potencial de infección, pues las precauciones en los contactos sexuales son impensables con las personas con las que se relacionan, las cuales son a sus ojos, respetables. Es decir, incapaces de contagiar una enfermedad.

Con respecto al estatus serológico de los individuos, Calvez entiende que discriminan a determinados colectivos y comportamientos concebidos como amenazadores de la pureza de la comunidad, en función de las categorías sociales. En realidad, los comportamientos y los grupos de riesgo son justamente aquellos que atentan contra el orden social y sus normas morales. Es por esto que la seropositividad es clasificada en función de la (des)calificación de comportamientos y grupos, asignándole a ciertos comportamientos lo que Calvez llama status "preliminar" y a ciertos grupos, el "liminar". En otras palabras, pertenecer a cierto colectivo en una sociedad que se autodefine como incontaminada para protegerse de la infección biológica –y de la crítica social-, coloca a la persona en una clasificación liminar, con respecto a la seropositividad y el sida. En cambio, los comportamientos definidos como "de riesgo", colocan a la persona en la clasificación preliminar con respecto a la infección. Es decir, un poco más alejados del riesgo, y en consecuencia, se les concede la posibilidad de revertir la situación, siempre que se apeguen al conjunto normas que la sociedad debe definir. Por el contrario, los miembros de los grupos de riesgo estarán constantemente expuestos al riesgo, lo que fomenta el aislamiento del grupo. O bien, el alejamiento del individuo con respecto al "grupo de riesgo", o bien, el ocultamiento de la pertenencia. Un ejemplo de la clasificación preliminar con respecto a la enfermedad estaría dado por los adolescentes sin pareja estable, que debido a la experimentación sexual y toxicómana, se encuentran temporalmente en riesgo de infectarse, debido a falencias de la estructura social. Pasada esa etapa del desarrollo, la situación puede revertirse, si los individuos se amoldan a lo que de ellos se espera. En el extremo opuesto se encuentran los homosexuales, quienes son clasificados muy próximos a la infección o inclusive, siempre sospechosos de seropositividad. A la inversa, la seropositividad es sinónimo de pertenencia a alguno de los grupos de riesgo o de infracción a las normas sexuales, que garantizarían la protección de la sociedad frente a la amenaza.

En efecto, el sida como herramienta cultural, parece funcionar en este esquema como el justificativo para una impugnación sexual-moral contra comportamientos, contra pertenencias. En parte, esto explicaría por qué se desestiman las circunstancias concretas de infección. En efecto, los grupos ponen el énfasis en los colectivos (estigmatizados/"patologizados") y los comportamientos.

De este trabajo nos interesa destacar la diferenciación propuesta por Calvez entre lo razonable y lo racional, que estaría implícita en la divergencia en las construcciones sociales sobre el riesgo del VIH. Entiende que lo

racional remite a una adecuación entre los medios empleados y los fines perseguidos por un individuo; mientras que por el contrario, lo razonable implica la adecuación del comportamiento a un conjunto de normas morales. Esta diferenciación parece ser clave para entender la disonancia entre lo que planifican las personas involucradas en las campañas de prevención del VIH y los destinatarios de las mismas. Como vimos hasta aquí, siguiendo a Calvez:

“La experiencia social tiene un rol determinante en la formación de representaciones de los riesgos del sida, en la medida en que sirve de marco de referencia para identificar las relaciones sociales peligrosas (...) Las respuestas aportadas al sida varían en función de la experiencia social de los individuos, es decir, conforme a la manera como utilizan sus instituciones sociales para construir contextos de acción y cómo marcan su fidelidad a un estilo de vida y de relaciones. Cada tipo de experiencia social genera sesgos en la estimación de riesgos (Calvez, 1992: 77).

Lo precedente no necesariamente quiere decir que los comportamientos serán evaluados pertinentemente en función de los conocimientos disponibles al respecto de la infección y sus formas comprobadas de contagio. Todo sucede como si los actores involucrados en la prevención pensarán el comportamiento de los individuos en base a su propia experiencia social, que estaría guiada por la racionalidad, cuando, por el contrario, los destinatarios de la prevención se defienden del riesgo del sida –y lo construyen- a partir de una estimación que es más razonable que racional. En la construcción selectiva del riesgo que éstos se dan a sí mismos, íntimamente relacionada a formas de hacer y de ser que refuerzan la pertenencia a un grupo, no depende de los saberes disponibles al respecto de las modalidades de transmisión del VIH (Calvez, 1998: 78).

En las conclusiones de este libro, Calvez arriba a una conclusión similar a la de Almeida con respecto a cómo funciona y se materializan las políticas de prevención: son sistemas normativos que imponen a los destinatarios formas de pensar y de relacionarse que chocan contra sus convicciones y modos de vida. No podemos afirmarlo con la elegancia con la que lo hace el autor:

“Las diferentes acciones de prevención, chocan con las convicciones de aquellos a quienes se dirigen (las cuales) tienen una función importante en la experiencia social de los individuos, puesto que les sirven para justificar sus acciones. Al circunscribirse a una prescripción de conductas en un medio peligroso, la prevención se presenta como un sistema de poder que se ejerce sobre ellos y con respecto al cual no tienen ni la comprensión ni el control que les permita dotarse de la experiencia que integre la existencia de los riesgos del sida. Deben por tanto encontrar en otra parte el sentido de sus conductas” (Calvez, 1992:94).

Consideraciones finales.

En primer lugar, cabe pensar que el motivo que explica que las estrategias de prevención contra el VIH pongan mayor énfasis en los grupos o en los individuos, se encuentre no tan solo en las características culturales de los colectivos en sí mismos. Podría plantearse que el grado de autonomía relativa de los agentes, que determina un tipo de percepción del peligro y de ciertas prácticas (que como bien señala el autor, no pueden ser deducidas de las representaciones) está correlacionado a la magnitud de capital económico y simbólico que pueden poner en juego (Bourdieu, 2003). Esto no equivale a decir que la posición social determina las prácticas y representaciones de los sujetos, pero sí, nos llevaría a considerar que esta posición –y los diferentes capitales implícitos en la misma- posibilita que unos sujetos sean más autónomos o más dependientes del colectivo que compone sus relaciones interpersonales más cercanas. Esa es una conclusión que podría extraerse de la comparación entre las respuestas ante el peligro -y las construcciones

sobre el riesgo y la prevención- del grupo de jóvenes de estructura jerárquica y el grupo de adolescentes de estructura igualitaria. Estas son más “independientes” que aquellos porque disponen de un volumen y una variedad mucho mayor de capitales sociales que poner en juego en la interacción social.

De igual manera, quisiéramos indicar que las diferencias en la posición social, que garantiza unos capitales y a la vez es expresión de los mismos, podrían jugar un papel en la divergencia de concepciones de los actores sociales que trabajan en la prevención y quienes serían los destinatarios de ese trabajo. El fenómeno de la autonomía relativa que incide en la construcción del riesgo y el peligro del sida, creemos está vinculada a la posición social, o dicho en otras palabras, al grado de resolución de las necesidades materiales. En el aporte de Calvez, la dimensión económica –en su acepción más vasta- no parece central para comprender las acciones y los esquemas perceptivos de los sujetos/agentes.

El contexto histórico del trabajo no debe ser pasado por alto. La investigación focaliza en un periodo en el cual la infección equivalía a desarrollar una patología para la cual no había tratamientos y, lógicamente, desembocaba en la muerte del afectado/a. Esto podría hacer pensar que la actitud frente al VIH de la totalidad de los sujetos que participaron de la investigación era de, como mínimo, suma cautela. Lo que Calvez nos muestra es como el contexto social, a un nivel micro, modifica la percepción, las relaciones y las prácticas con respecto del sida, a partir de la construcción del riesgo. Pero parece partir del supuesto de que todas las personas temen a la infección y a la muerte, aunque desarrollan diferentes percepciones y prácticas en torno a la prevención. Quizás por esto describe como “fatalistas” algunas de las actitudes adoptadas por los actores en determinados contextos.

Dos cuestiones al respecto, por un lado, las actitudes ante la vida y la enfermedad de las personas quizás no sean idénticas, así es posible que en algunos casos, la exposición a la infección no haya sido esencialmente involuntaria o inconsciente. La segunda cuestión, que remite al contexto histórico de la investigación, tiene que ver con el avance en el desarrollo de tratamientos y medicamentos que permiten que la infección nunca se manifieste como enfermedad, o que esta no tenga consecuencias fatales en el corto, mediano y largo plazo. En efecto, si los nuevos tratamientos permiten que la patología se vuelva crónica o que la seropositividad no implique necesariamente el desarrollo de la enfermedad, la construcción del riesgo/prevenición puede verse drásticamente transformada.

Finalmente quisiéramos destacar el aporte que podríamos realizar si a la noción del riesgo se le añade la vinculada a la sexualidad. Como vimos hasta aquí, Calvez y Almeida parecen llegar a la conclusión siguiente: las prácticas médicas en materia de prevención de infecciones, construidas a partir de la noción del riesgo, se imponen a los destinatarios, constituyendo así un sistema de poder, en un sentido profundo. En otras palabras, hablan del sistema de poder en base a la concepción Foucault que señala que esta se “produce” en la relación que los sujetos mantienen entre sí, a partir de un determinado saber (Foucault, 2002). El saber modifica la relación y coloca a ciertos sujetos en situación subordinada. En este caso, se trata de un saber médico, que es no sólo el gran conjurador de la enfermedad y de la muerte, sino además el que imparte las normas morales y sexuales adecuadas para el mantenimiento de la salud. Por si esto fuera poco, se trata de un tipo de conocimiento abiertamente refractario a toda crítica que no provenga de la propia disciplina y de sus sesgos (Foucault, 2005).

Ahora bien, así como desde el punto de vista del conocimiento del riesgo, las representaciones de médicos y usuarias varían, pero con una decidida preponderancia del saber médico, en el campo de la sexualidad puede plantearse, lo contrario, es decir, que habría una identidad o cuando menos una similitud pronunciada. Creemos en base a nuestra somera experiencia de campo que lo que creen médicos y usuarias del Servicio

de Salud Pública –destinatarias de las campañas de prevención- sobre la sexualidad permitida y “normal” es en esencia, similar. En otras palabras, ambos actores sociales coinciden en mantener prejuicios contra los ejercicios de la sexualidad no centrados en la reproducción biológica. De allí la impugnación a prácticas como el onanismo, el homosexualismo y la sodomía. Si esto fuera cierto, también podría sostenerse que las representaciones y las prácticas en torno a la sexualidad, socialmente condicionadas, inhabilitan o dificultan el uso de preservativos y MACs en las mujeres, especialmente en las de sectores socialmente desfavorecidos. Como este sería un problema colectivo, es decir, obligatorio, estarían incluidas las parejas de las usuarias del sistema de salud, con lo que la dificultad en la práctica del sexo “seguro” se ve doblemente limitada: por los médicos y por las parejas.

Parece bastante claro que si el uso del preservativo fuera generalizado, las tasa de infección con VIH e ITS sería exigua y, en consecuencia, las concepciones y actividades en torno al riesgo y la prevención podrían ser divergentes, pero sobre la base común del comportamiento sexual preventivo, que minimiza el peligro de las infecciones y la expansión de las pandemias de transmisión sexual. Dado que este no parece ser el caso, al menos en la Posadas contemporánea, la comprensión de los motivos que explican las “fallas” de las actividades de prevención, podría enriquecerse a partir del estudio de cómo se enlazan entre sí las nociones sociales del riesgo (divergentes) y de la sexualidad (homólogas) en la relación médico-usuaria, o preventista/destinataria.

Bibliografía:

Almeida (filho), Naomar de (2000): “La deconstrucción del concepto del riesgo”, Capítulo 12, pags. 239-259, en *La Ciencia Tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Lugar Editorial, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

Bourdieu, Pierre y Jean Claude Passeron (2003): *Los Herederos. Los estudiantes y la cultura*, Siglo XXI Editores S.A., Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

Calvez, Marcel (1998): *Los Usos Sociales del Riesgo. Elementos de análisis del sida*, Editorial de la Universidad Nacional de Misiones, Posadas, Misiones, Argentina.

Douglas, Mary (1996): *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Editorial Paidós, Barcelona, España.

Foucault, Michel (2005): *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, Alianza Editorial S.A., Madrid, España, 2005.

------(2002): *Vigilar y Castigar*, Siglo XXI Editores S.A., Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

La rutina de trabajo en un Centro de Atención Primaria de la Salud

Kriss Noelia Orozco Jara

Pasante-CEDIT

Introducción

El siguiente estudio es análisis exploratorio de las estrategias de trabajo del equipo técnico-profesional que garantiza el derecho a la salud de los jóvenes usuarios del Centro de atención integral Adolescente (CAIA), y de las formas que dicha población adopta para el cuidado y atención de su salud.

El ingreso al espacio de trabajo se dio en el marco del proyecto de investigación "Sexualidad y ciencias sociales: aportes al campo de la salud" (16H\287) de la Facultad de Humanidades y Ciencias sociales UNaM a inicios del 2011. La propuesta inicial fue la realización de charlas sobre salud sexual y reproductiva con las usuarias/os, con apoyo de materiales educativos que debían ser puestos a prueba, aprovechando el tiempo en las salas de espera antes del inicio de la atención médica. Esto facilitó el acceso a dicha institución y permitió que el equipo de salud se familiarizara con nuestra presencia y circulación en el CAPS, lo que nos permitió la realización de otras tareas de campo como observaciones y entrevistas. Se revisaron asimismo la propuesta programática y las líneas de acción del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PAIA)¹⁰⁹.

El PAIA está orientado a la población joven, contempla además actividades como: educación para la salud: promoviendo el autocuidado y cuidado mutuo en la práctica cotidiana, facilitando el mejoramiento de la calidad de vida y la adopción de estilos de vida saludable. Además se articula con el Programa de Salud Sexual y reproductiva: promoviendo derechos sexuales y reproductivos, proveyendo métodos anticonceptivos, facilitando decisiones libres e informadas, brindando atención pre y postnatal de calidad y centrada en la familia o pareja, desarrollando actividades de prevención como así también medicamentos básicos específicos para distintos tratamientos incluidas las ITS. Este modelo pretende dar atención diferenciada por parte de un equipo interdisciplinario; que abarque los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El personal de este nivel que atiende adolescentes tiene formación básica en los temas señalados para el primer nivel, profundizando los conocimientos y la formación en su área específica para resolver situaciones de riesgo.

Encuadre conceptual

Entre las múltiples y variadas medidas estatales que constituyen las políticas sociales, las tendientes al logro de una mayor equidad de género conforman una serie de leyes orientadas a garantizar un abanico de derechos (políticos, sexuales, educativos) permite visualizar las intenciones por potenciar a los adolescentes

¹⁰⁹. Tiene por objetivos: brindar herramientas a esta contrarrestar problemáticas que la afectan, fundamentalmente a nivel de la sexualidad. Pretende instalar un modelo "preventivo" y desterrar el modelo "curativo". Incluir la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad. Facilitar la participación del adolescente en el cuidado de su salud. Promover el desarrollo de los adolescentes y jóvenes en todos los aspectos: facilitando el conocimiento de su cuerpo y de su sexualidad; construyendo su autonomía y autoestima; acompañando en la asunción de nuevos roles a enfrentar en su vida adulta como ciudadano, trabajador, pareja, etc.

como sujetos sociales (PAIA). Y esto no es una casualidad, a los argumentos se suman los de derechos humanos.¹¹⁰

Desde la incorporación del factor social como uno de los determinantes de la salud¹¹¹, como resultados de las conferencias internacionales sobre Atención Primaria (APS)¹¹², se pasaba a nivel mundial a una visión integral, con un nuevo modelo sanitario, con una nueva estrategia de APS y en las redes de promotoras de servicio, con tres componentes: atención, gestión y financiamiento. Dado el carácter de prioridad absoluta otorgado a la APS, las acciones de promoción y prevención recibirían una atención creciente de recursos. De ahí que se haya contemplado extender el sistema sanitario hasta la intimidad de los hogares y mejorar la comunicación con los individuos y su familia; esto permitiría articular los saberes y la cultura con la medicina científica, conocer la realidad socio-sanitaria de la población y alcanzar mejoras significativas en los principales indicadores de salud.

Sin embargo a pesar de los nuevos lineamientos, se empezaron a elaborar propuestas contradictorias, con una perspectiva "selectiva" anulando el compromiso comunitario y social para volver al marco médico y a las soluciones técnicas. En este sentido se vuelve a una reinterpretación de la Atención Primaria como el primer nivel asistencial, excluyendo la promoción de la salud y la participación de la comunidad, y manteniendo el carácter elitista, autoritario y biologicista de los servicios sanitarios. Y ello se plasma en los diferentes programas implementados desde el 2003 en la Argentina¹¹³.

El equipo de salud (a veces mencionado en este trabajo como equipo técnico), surge aproximadamente en la década de 1970, cuando en Inglaterra aparecen las primeras conceptualizaciones de atención médica integral comunitaria, orientada a la familia, con enfoque multidisciplinario, e implica comunicación y cooperación entre varios profesionales de la salud lo que ya no puede ser alcanzado por un solo profesional.

En 1973, se comienza a entender el concepto como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas, pero con un objetivo común, proveer a los pacientes y familias la atención más integral posible. De la Revilla define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan, desde esta mirada la organización es vista como mecanismo artificial creado para lograr un objetivo común siendo cada trabajo basado en las prácticas colaborativas es la base de funcionamiento de los programas e implican la dependencia del grupo de las diferentes habilidades de cada actor para funcionar con eficiencia en pos de metas y objetivos comunes. Sin embargo para esta investigación se tomará al equipo de salud bajo el concepto de autoorganización, *"esto significa que las organizaciones sociales no están determinadas desde afuera, que su realidad también debe comprenderse desde la óptica de su lógica interna, de sus propias leyes de funcionamiento"* (Etkin y Schvarstein 2000:63). En este sentido desde un abordaje de

¹¹⁰ El derecho a la salud es un concepto amplio, integrador, holístico, que da cuenta de la capacidad de las personas de sentir bienestar en todos los ámbitos de su vida a partir del goce de una serie de condiciones favorables que trascienden lo meramente biológico. Condiciones que incluyen tener una vida digna y libre de violencias, un trabajo decente, una vivienda, alimentación suficiente, educación, descanso y acceso a la cultura.

¹¹¹ Durante siglos "la salud" fue entendida como "ausencia de enfermedad" hasta que en 1947 la Organización Mundial de la Salud modifica el concepto. Para este abordaje vamos a tener en cuenta la definición que da la OMS de la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad Señala que el Estado debe garantizar recursos materiales y humanos para asegurar a la población condiciones necesarias para mantener un estado óptimo de salud física, mental y social. (carta constitutiva OMS)".

¹¹² Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud Alma Ata 1978.

¹¹³ El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR-2003), Plan Nacer (2005), y Pan Mama (2009). Estas políticas de Salud se plantean dos objetivos principales reducir la morbi-mortalidad mejorando el acceso a los recursos y las condiciones de vida y por otro fomentar las estrategias de (APS). Estos programas son focalizados, están pensados en una población específica que la misma política define y delimita.

tipo sistémico y constructivista son las interacciones entre los participantes las que construyen las condiciones de auto-organización e invariancia, y ello no se da de manera deliberada si no que es emergente del propio sistema.

Los CAPSs como toda organización social disponen de un esquema de trabajo formal que en la práctica se lleva a cabo según las particularidades de sus equipos, nuestro estudio se centrará en este aspecto, y sobre todo cómo estas prácticas y representaciones inciden en las posibilidades de lograr que la Salud sea considerada como un derecho universal¹¹⁴.

Estrategia Metodológica

Al comienzo de la investigación nos proponíamos analizar la adecuación de los recursos didácticos en la población usuaria en los niveles de atención del sistema de salud, un conjunto de láminas y folletos relativos a los cuerpos humanos y al uso de métodos anticonceptivos construidos concertadamente en talleres con usuarias/os y personal de salud en una etapa previa de investigación (generados por Berger 2008-2009). La escasa utilización del material por parte del equipo de salud, en la primera etapa (noviembre-marzo), nos llevó a reformular nuestros objetivos. Por ello pasamos a tomar los materiales educativos como disparadores, donde la educación para la salud se convirtió en el vector para reconocer, en las estrategias de atención, la apropiación por parte de las mujeres principalmente, de saberes y conocimientos adecuados al cuidado de su salud personal y familiar, así como también la utilización de láminas y folletos por parte del personal del CAPS para generar nuevas estrategias educativas de promoción y prevención en los ámbitos de atención.

Se realizó una revisión bibliográfica para entender la dinámica de las organizaciones, particularmente de los CAPSs, así como para evaluar la importancia de las mujeres como responsables del cuidado de la salud en el ámbito familiar; el valor de su formación para cuidarse a sí mismas y para cuidar a los otros.

El paso siguiente fue establecer los acuerdos sobre el trabajo a realizar en el Centro de Salud, como ser: la ubicación de las láminas, presentación del folleto sobre MACs y las reuniones, su modalidad de administración en los talleres y entrevistas a realizar en las salas de espera.

Luego de varias visitas se colocaron las láminas en los consultorios de ginecología, obstetricia y pediatría. La presencia de estos materiales en dichos espacios fue considerada de gran interés por los profesionales, considerando que sería de utilidad para explicar temas, en el caso de usuarios de pediatría; cómo nacen los bebés, como se desarrolla el cuerpo y como se encuentra el bebé en la panza; problemas en los ovarios y útero, administración de MACs, en las consultas ginecológicas y obstétricas.

Pediatría: la elección del lugar y colocación de las láminas estuvo a cargo de la Dra. Farras (Pediatra), tuvo en cuenta la visualización por parte del paciente como el alcance desde el escritorio para posibles explicaciones.

Ginecología y obstetricia: se distribuyeron dos juegos de láminas, uno en cada consultorio al igual que en el consultorio pediátrico la elección del lugar estuvo a cargo de los profesionales que utilizan ese espacio.

Sala de espera: si bien en la reunión con el equipo técnico se acordó la colocación solamente de láminas del desarrollo del cuerpo femenino y masculino en la sala de espera de la guardia, lugar de circulación constante

¹¹⁴ Con ello se impulsa la consideración de la Salud como un derecho social básico de todas las personas, situando al Estado ante la disyuntiva de ejercer la protección de este derecho. Es incuestionable que la salud guarda una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos y que, además, cualquier limitación en el acceso a los servicios sanitarios es causa de exclusión social.

para los usuarios, tales láminas fueron ubicadas en la sala de espera principal un día antes de la llegada del equipo del Programa Nacional de Atención al Adolescente (PAIA). Hasta la fecha están en ese mismo lugar sin rayones ni roturas por parte de la población usuaria.

El trabajo de campo se realizó en tres etapas:

- **Primera etapa** noviembre - marzo: se concretaron los acuerdos institucionales con los diferentes directivos, se colocaron las láminas en los consultorios, se realizaron observaciones en los diferentes espacios (ver anexo croquis), se efectuaron entrevistas informales al equipo técnico como a la población usuaria.
- **Segunda etapa** abril – agosto: se instituyó un horario fijo para los encuentros con la población usuaria, se relevaron las encuestas de manera sistemática como así también las entrevistas y los registros de los talleres. Se evaluó el folleto de cuidados del cuerpo en relación al formato, color, información pertinente, fotografía, comprensión de los textos.

Se resolvió elaborar una encuesta como herramienta para recuperar las opiniones de la población usuaria y el equipo técnico sobre el diseño y uso de las láminas. La encuesta se puso a prueba (instancia de pre-test) con la población usuaria y se detectaron debilidades en la herramienta que debieron ser reajustadas.

En el mes de abril se realizó el relevamiento entre la **población usuaria** de los servicios de pediatría, ginecología y obstetricia, se indagaron variables de base para caracterizar a la población (nivel socioeconómico, educativo, estado civil, etc.), así como su relación con el CAPS, los servicios utilizados, la antigüedad como usuarios del CAPS, la actitud ante las láminas del consultorio, opinión sobre el diseño y utilidad, el uso médico en la consulta, tiempo de duración de cada consulta, entre otros (Ver formulario en anexo).

Al finalizar las entrevistas grupales, momento en que comenzaba a atender el médico, se administró la encuesta. A la salida de cada consulta se detectaba a las personas y se aplicaba la encuesta, hubo buena disposición de los usuarios para responder al cuestionario, la duración promedio fue de 15 minutos.

Las encuestas con el **personal de salud** se efectivizaron entre los meses marzo y mayo, se definieron sus características generales a partir de la consignación de la edad, formación profesional, especialidad profesional, lugar donde realizó la residencia, entre otros. Se indagó además hace cuántos años trabajan en el Centro de Salud, que actitud perciben en la población usuaria ante el material educativo, su opinión sobre el diseño y la utilidad de las láminas, temas específicos en los cuales utilizaron el material y efectos para explicar a sus pacientes procesos fisiológicos, tratamientos o dolencias (Ver formulario en anexo).

Las encuestas con el equipo técnico se desarrollaron en los lugares de trabajo con una previa cita, antes o después de las actividades diarias, esta situación presentó variaciones según las diferentes formas de recepción a la hora de contestar la encuesta, o la negación implícita plasmada en reiteradas citas donde el personal nunca acudió.

Se optó por estas instancias individuales con el equipo técnico ante las dificultades de concretar reuniones grupales por lo que se realizaron reuniones informales en espacios de trabajo donde aportaron sus opiniones sobre el material, posibles lugares de exposición y utilidades. No se logró consolidar un sitio propicio compartido por todos para intercambiar saberes y opiniones, por ello las reuniones se dieron en forma particular en la oficina administrativa, en la salita de promotores de salud y/o en la sala de enfermería; las entrevistas con los integrantes del equipo médico se desarrollaron en cada consultorio.

Como estrategia complementaria de relevamiento, se realizaron encuentros-talleres en la sala de espera durante el período de pre-consulta, capitalizando el tiempo muerto de espera de la población usuaria utilizando como herramientas de apoyo al discurso educativo, el uso de las láminas y folletos. Así se realizaron reuniones semanales en salas de espera con un promedio de 6 a 10 personas, con una duración de 1:00 hora, con mujeres mayoritariamente (madres con sus bebés o con varios hijos de diferentes edades, grupos de jóvenes adolescentes, cursos de estudiantes de nivel secundario) dado que la presencia de varones era circunstancial por consulta odontológica o por acompañar a su pareja. En varias ocasiones se contó con la presencia y participación espontánea del personal administrativo y promotoras de salud.

Al término de cada encuentro grupal se distribuyeron folletos sobre *métodos anticonceptivos*, dando lugar a devoluciones sobre el contenido y las posibles dudas de las usuarias/os. Se creó una planilla de registro donde se describía los temas tratados en cada reunión: los saberes de los participantes, las explicaciones dadas por los coordinadores, las reacciones de la gente, gestos y miradas sobre los materiales utilizados en cada encuentro. Estos registros se realizaron regularmente. Se utilizó además en las reuniones realizadas el registro fotográfico como herramienta complementaria.

Como otra instancia de interacción se propuso indagar sobre el acceso a CAPS, formas de atención a su salud, en **entrevistas profundidad** (ver en anexo guía de entrevista), algunas de las cuales implicaron más de una visita. Los informantes fueron seleccionados en función de la edad (14 a 19 años) en las reuniones grupales realizadas; en relación a la edad temprana del primer embarazo, no concurrencia al CAPS para seguimiento del embarazo en curso, no utilización de MACs. Se consideró pertinente registrar las observaciones de las condiciones habitacionales de las usuarias como así también las características de los barrios en que viven para una mejor interpretación de los datos recogidos en encuestas y entrevistas. El trabajo de campo en dichos lugares se realizó en diferentes horarios, prefiriendo el horario matutino hasta las 13:00 hs debido a la peligrosidad de la circulación por ciertos espacios.

Además de indagar sobre la utilidad del material gráfico (láminas y folletos) en la explicación de las temáticas demandadas por la población usuaria, se realizaron observaciones regulares en el Centro de Salud en diferentes espacios; enfermería, administración, farmacia, salas de espera, pasillos, patio, en diferentes horarios para indagar su funcionamiento. Las observaciones se registraron en el cuaderno de campo. Y las entrevistas fueron grabadas, de su desgrabación resultaron los informes correspondientes.

El siguiente cuadro sintetiza el relevamiento en campo según técnicas utilizadas:

Técnica de relevamiento	Lugar de registro	Cantidad
Encuestas a población usuaria	CAPS N° 5	55
Encuestas a personal de salud	CAPS N° 5	10
Encuentros grupales en salas de espera	CAPS N° 5	32
Entrevistas a jóvenes	Domicilios particulares	5

Para proceder al análisis de los datos obtenidos, se establecieron diversas modalidades de sistematización: una base de datos excell para las encuestas diferenciando población usuaria de equipo de salud; y una matriz donde se volcaron los datos registrados de los temas tratados en las reuniones grupales (encuentros en salas de espera).

Los temas de las entrevistas se codificaron por tipos de informantes (equipo de salud y usuarias jóvenes) y fueron analizadas comparativamente dentro de su grupo de referencia.

Descripción del área de estudio

En esta investigación el trabajo de campo se desarrolló en el CAPS N°5, Barrio Yacyretá de la ciudad de Posadas, Misiones. La creación de este CAPS fue promovida por la gestión ministerial, para dar respuesta a los servicios de salud requeridos por las familias relocalizadas por la Entidad Binacional Yacyretá (EBY), nombre que se le dió al barrio. El edificio está conformado por nueve consultorios y cuatro salas de espera: Sala de espera de la Guardia médica, Sala de Espera central y dos pasillos que operan como salas de espera. Además cuenta dos dependencias administrativas y una farmacia que funcionan solo durante la mañana.

Servicios Regulares: de lunes a viernes cuenta con atención pediátrica, ginecología, medicina clínica y odontología. Tres veces por semana atienden Lic. en Nutrición a cualquier usuario que lo requiera; dietas para problemas alimenticios de todo tipo. Dichos servicios poseen días y horarios diferenciales para la obtención del turno, todos se realizan por la mañana.

El área de enfermería cuenta las 24 horas con personal disponible, 3 enfermeros por cada turno de 8 horas. La Farmacia solamente funciona por las mañana excepto los fines de semana. Tanto por la mañana como por la tarde realizan sus acciones las promotoras de salud, 4 promotoras en cada turno, en tareas administrativas como ser inscripción al Plan Nacer o actividades en campo¹¹⁵.

Dispone de una guardia médica todos los días a partir de las 6 de la tarde hasta las 6 de la mañana, horario en que comienzan a atender los consultorios externos; los días sábados, domingos y feriados la guardia es de 24 horas. Cuenta con un servicio de seguridad privada las 24 horas (se adjunta croquis de las instalaciones edilicias). Desde noviembre del año 2010 funciona el "Centro de Atención Integral Adolescente" (CAIA) que congrega a jóvenes de la zona.

El equipo técnico está conformado por 39 personas: Directora (médica clínica), cinco administrativos, diez médicos, nueve enfermeros, ocho promotores (dos en el sector de farmacia, cuatro en seguridad/limpieza de carácter privado). En Julio del 2011 se incorporaron al equipo técnico, una obstetra, una psiquiatra, una psicopedagoga y una trabajadora social, lo que da un total de 43 personas actualmente.

Los usuarios de este CAPS, no constituyen una población homogénea. Según los datos de las promotoras de salud los usuarios se agrupan en dos conjuntos bien diferenciados: los que residen en los barrios de la EBY (30% de las familias) y los que se fueron agregando en diversos asentamientos antes dispersos y ahora conglomerados (70% restante).

¹¹⁵ Cada semana seleccionan una día para recorrer las zonas correspondientes a cada promotora, donde visitan a las familias en situación de riesgo, por ejemplo; quienes no volvieron a realizarse controles de embarazos, no retiraron la leche ni los alimentos del "programa hambre 0", indagando sobre los motivos. Además controlan las vacunas y las suministran en los hogares si es necesario. Ello le posibilita reconocer embarazos no controlados, abuso, como así también situaciones de violencia en general, las cuales son registradas en sus informes.

Las viviendas correspondientes a los barrios construidos por la EBY, se trata de casas de ladrillos o bloques de cemento, con luz eléctrica, cañerías de agua potable en el interior; son familias cuyos adultos tienen una inserción laboral estable.

Las familias que viven en asentamientos en condiciones de extrema precariedad; estos actores tienen dificultades para asegurar la subsistencia diaria y están expuestos a diversos tipos de amenazas (sociales, ambientales, etc.), tienen dificultades para acceder a los servicios de salud, educación, recreación. Sus viviendas consisten en casillas de madera, o combinación de madera, ladrillos, lonas, chapa-cartón, bolsas u otros materiales de reciclaje. Los caminos internos son muy angostos, permiten el paso de una sola persona. La provisión de agua es a través de una canilla comunitaria y se divide en red a través de mangueras individuales a cada casilla; no hay cloacas, ni contenedores de basura.

Características de la población usuaria

En términos generales, los grupos familiares que conforman a la población usuaria de los servicios de los CAPS no disponen de obra social, quizás solo sólo 5% aproximadamente si acceden a estos servicios; algunos han logrado inserciones formales como trabajadores y temporariamente usufructuaron servicios médicos privados. Pero aún disponiendo de obra social, son usuarios regulares de los servicios públicos. Además complementan el sistema bio-médico con otras alternativas como medicina casera o curanderil (Jaume y otros 1984). Entre las mujeres adultas hay un reconocimiento tácito de su expertiz como "curadoras" (Ramírez Hita 2009) a nivel doméstico, y por ello su interés en conocer sobre sus cuerpos, el desarrollo de sus hijos e hijas, etc.

De las 55 encuestas realizadas se observa que una amplia mayoría son mujeres (95%) de las cuales 60 % hace más de 6 años concurren a ese Centro de salud. Casi 90% son mayores de 19 años de las cuales 70% vive en pareja y 74% se reconoce como ama de casa. Una amplia proporción (70%) es beneficiaria de planes sociales (Asignación Básica Universal, Nacer o Mamá). Con respecto al nivel educativo, la mitad ha iniciado el nivel secundario mientras que casi un tercio no completó la primaria.

Las mujeres adultas reconocieron conocer a las profesionales de hace más de cinco años y les consultan "porque ya conocen a sus hijos y su forma de atender"; aunque los horarios de atención anunciados no siempre coinciden con los reales, las madres son muy tolerantes a estos desfases. Al considerar el tiempo de duración de la consulta en la atención médica, observamos que varía entre especialidades y profesionales. Las consultas en usuarios de pediatría llegan a un máximo de 7 minutos y 45% de los casos se atiende más de un niño a la vez. En cambio, las consultas obstétricas son más extensas, más tiempo permanece la usuaria en contacto con el médico siendo la duración promedio 20 minutos, en comparación a las ginecológicas que oscilan entre 6 y 8 minutos.¹¹⁶

En relación del uso del material educativo, en las entrevistas grupales fueron de gran utilidad para la comprensión de los temas de interés que surgieron, se comprobó que la no utilización genera obstáculos

¹¹⁶ La duración de las consultas constituía un primer indicio de la permanencia de las usuarias frente al material expuesto y del potencial uso de los profesionales de estos recursos explicativos. Una amplia mayoría (86%) no reconoció cambio alguno en el consultorio (de la presencia de las láminas), pero al preguntar si habían visto las láminas casi la totalidad sí lo hizo (97%). A un tercio de las entrevistadas, las láminas no le causaron ninguna sensación: "y no sé, las vi no más"; "las mire sí, pero no le presté atención"; "miré así no más, porque estaba mirando a la doctora". Estas respuestas se desarrollan en función del poco tiempo en el consultorio o en la preocupación por alguna enfermedad por lo cual la atención está fijada solamente en el médico (Orozco Jara-CEDIT 2011).

para el proceso de aprehensión en temas como la menstruación, la ovulación, el funcionamiento de los métodos anticonceptivos, los controles ginecológicos como ser Papanicolaou y/o Colposcopia.¹¹⁷

Se destacó el valor educativo de las láminas para los niños ya que las usuarias reconocían no poder responder a preguntas sobre las partes del cuerpo, lo que evidencia una fuerte intención al diálogo con los hijos obstaculizado en parte por una limitaciones personales de falta de información.¹¹⁸

La predisposición a participar en las reuniones, comentar sus anécdotas, saberes populares, prácticas de higiene personales como las de sus hijos, dan cuenta de la disposición e interés de las mujeres a ser responsables del cuidado la salud.

De los comentarios sobre el folleto sobre “cuidados del cuerpo de la mujer” concluimos que es de suma importancia su divulgación teniendo en cuenta el alto número de mujeres que comentaron no hacerse controles ginecológicos ni de mamas (mamografías) por desconocimiento sobre cuidados del cuerpo (higiene íntima, alteraciones cervico-genitales y de transmisión sexual).

Caracterización del equipo técnico

Del análisis de los datos relevados entre los integrantes del equipo técnico, se advierte que más de la mitad del personal es “contratado” (60%), lo que se evidencia en la situación de inseguridad laboral que provoca ante los trabajadores permanentes; hemos escuchado por los pasillos frases como “acordate que en diciembre vemos si seguimos o no” (ginecóloga a personal administrativo). La antigüedad varía entre uno a doce años, siendo mayoría quienes permanecen entre 10 y 12 años y de sexo femenino.

La amplia mayoría (80%) no advirtió la existencia de las láminas, debido a que en la primera etapa se encontraban en los consultorios, espacio al que pocos accedían, sumado a la escasa comunicación entre los miembros del equipo técnico, mostrando como cada área trabaja en forma autónoma con limitada coordinación con las otras.

Solo los profesionales que trabajan en los consultorios donde están ubicadas las láminas reconocieron que los usuarios advierten la presencia de los materiales. En los casos de la atención pediátrica, los niños se muestran asombrados por la ubicación del bebé en la panza de la madre, sin embargo los médicos no pudieron dar cuenta de la impresión que causan las láminas entre sus pacientes adultos, ello se puede deber al escaso tiempo de duración de las consultas.

Si bien han afirmado usar el material en la instancia de consulta, sus opiniones se contraponen con las respuestas de la población usuaria donde 90% señaló que “los médicos no utilizan esos recursos”.

El **personal de enfermería** consultado manifestó la utilidad de las imágenes en esta área ya que las/os usuarias/os circulaban y permanecían largos períodos de tiempo en pasillos y salas de espera lo que daría

¹¹⁷ Sin embargo, otras comentaron (94%) que les provocaron “curiosidad en ver, en mirar bien”; “me causó gracia.. me llamo la atención los cuerpos”; “bien, informan, sirven para informar”. En la lámina de desarrollo femenino señalaron: “me dió impresión ver el feto dentro del vientre, el asombro ante los períodos de gestación es una constante como así también la de posición ginecológica: “las vi poco, pero cuando salí me llamó la atención del dibujo de la vagina (se refiere a la vulva); “me llamó la atención porque nunca había visto en ningún lugar” (Orozco Jara-CEDIT 2011).

¹¹⁸ De las mujeres consultadas 95% reconoció que el médico no utilizó las láminas en la consulta, sin embargo consideran importante que las usen: “Para entender lo que dice”; “te hace ver las cosas, tener más entendimiento de lo que te va a pasar”; “porque me puedo imaginar como es mi cuerpo por dentro” (Orozco Jara-CEDIT 2011).

lugar a posibles preguntas y que surgieran explicaciones. Cabe aclarar que en el momento de las entrevistas el personal admitió no conocer dichas láminas ni la investigación que se estaba realizando sobre ellas, lo que demuestra la escasa comunicación entre los miembros del equipo; *“acá nadie te cuenta nada”* (enfermera, 57 años) sin embargo estuvieron predispuestas a utilizarlas en su área de trabajo.

En los diferentes encuentros con el **personal administrativo** se observó su agrado por los materiales expuestos: *“están re buenos yo quiero llevar a casa para que los vean mis hijos”*, lo demuestra la circulación de los distintos recursos (folletos, láminas) por sus hogares. Además fueron utilizadas para la realización de trabajos en grupo en la carrera de Técnico en Atención Primaria, lo que demuestra su importancia tanto en ambientes educativos como familiares/privados.

De las entrevistas con el **personal médico** se observó inicialmente la aceptación de los recursos así como la disposición a utilizarlas en la instancia de consultas, destacando su relevancia de disponer de estos materiales ya que aportarían para transformar los actos de atención en instancias educativas. Sin embargo, en la práctica la utilización de las láminas fue escasa. En este sentido el equipo médico no se predispone al desarrollo de acciones educativas en la instancia de atención, reforzando el carácter paliativo de sus acciones más que apuntando a estrategias promocionales. Como señala Menéndez estos profesionales no pueden desprenderse del modelo médico hegemónico (MMH) al que caracteriza como el *“conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos como por el Estado”* (Menéndez 1990:83).

Otros profesionales como una psicóloga y una odontóloga consultadas opinaron que las láminas eran útiles para que la gente se informe y sobre todo que *“le pierda miedo a encontrarse con su cuerpo”* (Psicóloga, 35 años).

Estrategias y estilo de trabajo en el Centro de Salud

En el CAPS N°5 debido en gran medida al interés que suscitó en el ámbito político la creación del CAIA, las actividades realizadas al margen de las prestaciones de salud comunes de un centro de atención primaria mencionadas más arriba, son varias:

- *Promoción de los cursos del SIPTED* (Sistema Provincial de Teleducación y Desarrollo): para promover la reinserción escolar y la finalización del secundario se distribuyeron folletos del SIPTED; las acciones se limitaban a la mera distribución sin fundamentar en la instancia de entrega la importancia de concluir la educación formal básica obligatoria. Se realizó durante el año 2011.
- *Trabajos entre el Centro de Salud y la escuela*: se estableció un acuerdo de trabajo con las siguientes instituciones educativas Escuela 729 de nivel primario, CEP N 4 nivel secundario y la Escuela 53 de nivel primario y secundario. Al comienzo los encuentros eran con cursos del 4to y 5to año del nivel secundario, como observaron que *“...al secundario llegamos tarde ya que hay muchos embarazos...”* (Coordinadora CAIA) se pasó a convocar a cursos de 7mo grado de nivel primario. Dichas actividades se centraban en visitas guiadas por el Centro de salud, donde a cada alumno se le abría una historia clínica para que posteriormente fueran usuarios del programa; sin embargo muy pocos volvieron a consultar. Aumentó estadísticamente la cantidad de historias clínicas pero constatamos que en la práctica el número de consultas se mantuvo invariable en los primeros

meses, y en el último trimestre hubo incluso un importante descenso. Durante el 2010 hubo 10 encuentros y en el 2011 solamente 1.

- *Obras de Títeres: desde la Dirección de Zona Capital*, se desarrolló una obra de títeres como parte de las estrategias de promoción de métodos anticonceptivos entre los adolescentes. Se realizó la función sin convocatoria previa, en la sala de espera principal, cuando los usuarios presentes en ese momento esperaban ser atendidos, por lo que debieron esperar 45 minutos más hasta que finalice la obra. Estuvieron presentes profesionales ajenos al Centro quienes solo sacaban fotografías y llenaron de banderas partidarias el salón. La audiencia de la obra fueron personas mayores de 25 años y sus hijos, ya que no existía en esa época un horario específico donde se nuclea a los adolescentes. Se realizaron dos funciones, una en marzo y la otra en junio del 2011. La obra versaba sobre la historia de una pareja de adolescentes y se produce un embarazo. Se pretendía incluir el tema de la anticoncepción pero solo en un diálogo de la obra *"por qué no usaste forro...boludo no sabés que podés contagiarte de ITS"*. En el mismo tenor, se pretendía tocar el tema aborto *"che y la mamá de ella no quiere que tenga...pero nosotros estamos re contentos...nosotros queremos tener"*. Al final de la historia, el varón dejaba de estudiar porque su suegro le conseguía un trabajo en un taller mecánico y finalizaba: *"si es nena se llamará Sofía y si es varón se llamara José"*. Sin una reflexión de por medio y con las palabras de la Coordinadora (PAIA) *"no se olviden que acá funciona el Centro... "Estamos para ayudarlos"*. Si bien la Coordinadora dijo no estar conforme con el mensaje de la obra *"esto no puede ser es una falta de respeto, no volverá a suceder...yo no sabía cómo era la obra"*; la misma representación se volvió a repetir en las mismas condiciones en distintos Centros de Salud de la Ciudad de Posadas.
- *Ciclo de "Talleres de Inteligencia emocional"*: realizado por un grupo de tres promotoras y la Directora¹¹⁹ del Centro de Salud, conto con 15 encuentros, donde se trabajó con madres de niños menores de tres años *"les enseñamos a cuidar a los chicos, cómo darles de comer, qué vacunas hay que ponerles y todo eso"* (Promotora). Estos talleres estuvieron enfocados a "madres" en sentido genérico, en el cuidado de los niños, no existiendo una atención diferenciada en relación a las madres "adolescentes". En total eran 20 participantes con edades que oscilaban entre 17 y 25 años, todas concluyeron el ciclo de talleres, mostrando gran interés. Comenzó en marzo y terminó en octubre del 2011. Si bien habían comentado que habría una segunda etapa debido a la demanda de las usuarias, nunca se llegó a concretar.
- *Talleres sobre "violencia en el noviazgo"*: se realizaron talleres en la Escuela 53 y CEP 4, como parte del Programa de Médicos Comunitarios llevado a cabo por una Trabajadora social, una Ginecóloga y una Psicóloga pertenecientes al CAPS, a raíz de las constantes consultas relacionadas al tema. Tenía como objetivo elaborar "indicadores de inicio de Violencia en el Noviazgo". Los talleres se realizaron en el turno mañana los días Lunes y en el turno tarde los martes sobre un total de 400 alumnos de los respectivos establecimientos. Se relevó a través de encuestas a toda la población información sobre las situaciones de violencia que identificaban en su vida cotidiana, se produjo un video y un informe final, sin embargo este material nunca se socializó con la escuela y los resultados no fueron aprovechados para dar continuidad a esta línea de trabajo. Incluso, esta forma de implementación de proyectos generó desánimo entre los involucrados: *"Nosotras hicimos todo (Psicóloga y trabajadora social), hasta un video hicimos, los informes, bajamos las encuestas, después otras personas se llenan de flores con nuestro trabajo"*. Se planteó por parte de la Coordinadora (PAIA) volver a realizar este tipo de talleres en la escuela, sin embargo no logran

¹¹⁹ Dra. con especialidad en medicina clínica.

ponerse de acuerdo debido a la experiencia del año anterior. Durante el año 2010, desde marzo a Agosto¹²⁰.

- *Programa de Médicos Comunitarios (PMC)*: de los 43 integrantes del equipo de salud, ocho¹²¹ son integrantes de dicho programa. Como parte de sus tareas académicas, realizan encuestas entre los usuarios en función de los requerimientos de las materias que estén cursando; por ejemplo, al momento de este trabajo, los temas fueron: formas de alimentación, características habitacionales de sus hogares, situación socio-ambiental¹²², tales encuestas se realizan al término de la consulta o en las salas de espera, siendo un total de 30 formularios completos por tema los que luego deben ser presentados en informes. Tienen como requisito "salidas a terreno" una vez por semana, donde recorren conjuntamente con las Promotoras los barrios pertenecientes a la jurisdicción del CAPS. Durante nuestro trabajo de campo solamente dos médicos clínicos realizaban esta tarea continuamente.
- *Charlas en la sala de espera*: el equipo UNaM desarrolló esta actividad. Inicialmente fue muy bien recibida, considerada necesaria para la población "adolescente", tocando temas sobre Educación Sexual, pero cuando comenzamos a incorporar otros temas como disparadores: violencia de género, relaciones entre parejas, amigos, charlas con la familia, fueron vistos como no prioritarias por la coordinadora del PAIA quien señaló que las charlas debían ser solamente sobre MACs. Sin embargo, el resto del equipo técnico argumentaba la importancia de trabajar con los jóvenes dichos temas en base a los problemas que veían en sus lugares de trabajo¹²³. Aunque la participación de los usuarios en temas referentes a su sexualidad, compartiendo experiencias y saberes personales, evidencia la potencialidad del material educativo para acercarnos a los cuerpos, sumado al interés de las usuarias en discutir y reflexionar acerca de sus saberes, percepciones, dudas, cuidados, miedos, fantasías, entre otros, la estrategia promocional no fue bien vista por la Coordinación del CAIA. La propuesta de intercambiar conocimientos entre los presentes en la sala de espera permitía articular conocimientos científicos precisos con los saberes populares de la población usuaria acercando dos universos simbólicos, para construir de manera conjunta nuevos conocimientos. Pero esta modalidad no pudo comprenderse y las acciones se desactivaron en diciembre al concluir 2011.

Del equipo de salud y los usuarios

El equipo de salud comparte la dificultad para encarar su trabajo como equipo. Cada integrante funciona como una entidad separada del resto con diversas consecuencias que repercuten sobre los usuarios. Por ejemplo: la coordinación de los horarios de atención se cambia con mucha frecuencia y no siempre se comunican de manera clara a los usuarios, con carteles visibles y suficiente anticipación. Tanto es así, que los mismos han naturalizado el hecho de llegar con previa cita y encontrarse con los turnos cancelados sin aviso porque "hoy el médico no atiende".

¹²⁰ Antes de la inaugurarse del CAIA.

¹²¹ Una Psicóloga, una Ginecóloga infanto-Juvenil, una Nutricionista, una Odontóloga, dos Médicos Clínicos, una Peditra y una Trabajadora Social.

¹²² Otro ejemplo fueron las encuestas sobre indicadores de Violencia en el Noviazgo, realizado en el 2010

¹²³ Situaciones de violencia domestica, abuso, indiferencia a los lazos de amistad.

Pero esta falta de coordinación e incomunicación con la población usuaria se repite al interior del equipo, donde los administrativos reciben órdenes y contraórdenes a último momento, y la comunicación suele ir en un solo sentido a algunos pocos y no todos los implicados en el funcionamiento del centro.

Si tomamos como ejemplo nuestro rol en la organización, solo 30% del equipo sabía de los talleres que estábamos realizando en las salas de espera y en la mayoría de los casos porque coincidían con sus turnos de trabajo.

La papelería exigida para la atención tampoco favorece la fluidez de contacto y uso del sistema público de salud, menos por un público juvenil poco habituado a ello: hay que sacar turnos por la mañana muy temprano, entre las cinco y seis, donde la mayoría de los usuarios quedan esperando a ser atendido, espera que oscila entre 4 y 5 horas promedio. En otros casos deben volver para la atención por la tarde. La incertidumbre sobre si serán atendidos o no se ha naturalizado entre los usuarios, no observándose queja alguna.

La realización de un PAP como estudio básico de toda mujer requiere varias visitas al Centro de salud; no se realiza el mismo día que se da la indicación médica, deben sacar otro turno, los cuales solo se dan 15 por mes, la extracción de la muestra la realizan Promotoras de Salud capacitadas especialmente para esta tarea e identificadas por sus chalecos de color amarillo por parte de las usuarias. De los datos recopilados en los talleres solo 20 % de las mujeres admitía haberse hecho el PAP alguna vez pero desconocían para qué servía dicho estudio, dando cuenta que no se acompaña la indicación con explicaciones claras en la consulta.

Los estilos de recepción tanto de jóvenes como de adultos responden más a predisposiciones personales por parte de cada integrante del equipo que a pautas de trato con el usuario, consensuadas como organización. En relación a las promotoras, administrativos y enfermeras, el trato se da de manera cordial y empática siempre y cuando no estén sobre cargadas de tareas. Los médicos presentan un variado espectro de formas de relacionarse con los usuarios, las variaciones responden a si "son sus pacientes de hace tiempo" hay mayor simpatía y tolerancia pero si son nuevos, el trato es distante.

Como en este Centro de salud funciona el CAIA, solo una ginecóloga posee un trato diferencial con las mujeres jóvenes sin hijos que van en busca de MACs; las consultas tiene un promedio de duración de cinco minutos por paciente, por lo que queda en duda la realización de consejerías en ese estrecho lapso de tiempo. Advertimos que las jóvenes embarazadas son tratadas indistintamente como si fueran adultas.

La administración de métodos anticonceptivos sigue siendo tarea de ginecología y obstetricia, si bien los médicos clínicos y el pediatra también están habilitados para realizarla, por cuestiones burocráticas derivan las consultas a este sector.

Desde el 10 de Noviembre del 2010 funciona el CAIA en Posadas, han pasados siete meses para que se logró establecer los viernes como "día de atención al adolescente" en el turno mañana con los médicos clínicos y a la tarde las consultas ginecológicas y obstétricas. Sin embargo, el cambio constante de horarios o la ausencia del profesional responsable por diversos motivos impidió la fijación de ese horario como rutina lo cual repercutió en la afluencia de las jóvenes al Centro, mermaron significativamente.

En los casos de derivaciones al psicólogo, nutricionista, trabajador social, se realizan sin una previa explicación al usuario aún en el caso del CAIA. Durante nuestra estancia en el CAPS pudimos ver cómo los usuarios salen del consultorio y recurren a las enfermeras para volver a preguntar por las derivaciones o análisis pedidos. Incluso recurren a nosotros para saber de qué se trata, qué importancia tienen, cuáles deberían ser resultados "normales", etc.

Las variadas formas de atención de los integrantes del equipo de salud habilitan a que la población usuaria genere sus propias estrategias para no padecer el maltrato o la falta de servicios cuando los necesita. Y aunque todos reconocen, los que tienen y los que no tienen obra social- que prefieren atenderse en el barrio (aunque vivan a 15 o 20 cuadras del CAPS) no quedan cautivos de este grupo de profesionales. Ante los problemas de salud, la población usuaria -tanto en adolescentes como adultos- despliegan diferentes estrategias como la concurrencia al Hospital para casos críticos o que demanden atención inmediata, saben que "si bien el viaje es largo" están seguros de que "alguien" los va a atender. En otras situaciones seleccionan a los médicos "que los traten bien" en distintos Centros de Salud, por ejemplo para seguir los controles de un embarazo, para atender a los hijos, etc. Entre los/as usuarios/as que no era asiduos al CAPS N°5, manifestaron concurrir solamente en "casos de emergencia", situaciones asociadas a dolor intenso, o cambios en la piel, y solamente si no lograban solucionarlas con automedicación, "yuyos" o analgésicos de venta libre.

Conclusiones

El desarrollo de actividades en el CAPS muestra la regularidad de las prestaciones habituales (guardia médica, atención en pediatría, clínica médica, ginecología y obstetricia, odontología, enfermería) y otras acciones específicas orientadas a la población juvenil desde el CAIA. Las instalaciones edilicias fueron construidas para este fin por lo cual disponen de espacios suficientes aunque más adaptados a las necesidades y comodidades de los integrantes del equipo de salud (por ejemplo, transformar un pasillo en sala de espera porque el local habilitado como laboratorio pero transformado en consultorio tiene instalado un equipo de aire acondicionado y no todos los consultorios) que a las preferencias y requerimientos de los usuarios (horarios de atención en función de rutinas antiguas establecidas para médicos de tiempo parcial y aun habiendo médicos de tiempo completo no las adecuan a las prioridades de la gente). Las repuestas de la población usuaria ante los cambios de horarios, la restricción de algunos servicios o la incorporación de propuestas novedosas (talleres de inteligencia emocional, charlas en la sala de espera) son de carácter pasivo: no se quejan, adecuan sus estrategias según la coyuntura, y son escasas las demandas de acciones de su interés o atracción (solo dos mujeres se acercaron a solicitar que se repita el curso de inteligencia emocional, por ejemplo).

En el equipo de salud, hay gran *disparidad de orientaciones y opiniones*; por ejemplo, con relación a la entrega de MACs a adolescentes, el tema nunca fue tratado a nivel de equipo y por lo tanto cada quien se guía según sus propios parámetros al momento de la atención.

En relación a la división de trabajo más que conciliación se suelen imponer tareas lo que también genera malestar. Existen diferencias jerárquicas disciplinares al interior de los equipos, donde los *médicos* se encuentran en lo más alto de la escala, las enfermeras en el medio y el personal administrativo y los promotores en el último escalón (MMH en términos de Menéndez).

De tal manera la colaboración de los *promotores* se restringe al mínimo necesario y la mayor parte de las veces el trabajo se realiza a desgano. Se resisten a incorporarse a nuevas acciones o brindar más apoyo a lo que está en curso por temor a que les signifique más trabajo en las mismas condiciones laborales. Sin embargo, cuando son ellas, las promotoras quienes organizan alguna actividad (taller en educación emocional), lo realizan con entusiasmo y creatividad. Los médicos por su parte mantienen la idea de que éstos "no tienen ganas de trabajar y no saben nada", desprestigiando permanentemente a este sector.

La violencia institucional se repite en el trato al personal de *enfermería*, aun frente a los usuarios. Lo que genera una gran dificultad a la hora de concertar acciones y recuperar sus opiniones, se desvaloriza al personal de enfermería quienes cuentan con una amplia experiencia en campo lo que podría capitalizarse para llevar a cabo nuevas estrategias educativas con la población.

Estrategias sustentadas en la *inter-sectorialidad* y la *inter-disciplinariedad* son vistas como la solución mágica pero el modo en que son entendidas genera más desconcierto y fracasos. Estos modos de articular acciones entre sectores y entre profesionales de diferentes disciplinas son tomados de manera laxa, y consideran que se enmarcan en esta línea de trabajo porque establecen leves y discontinuos contactos entre áreas, instituciones o profesionales, sin objetivos consensuados claramente, ni asignación de actividades, responsabilidades, roles y competencias. Por ejemplo, cuando se convoca a las escuelas al CAPS, sólo se fichan alumnos, con poca articulación con docentes y directivos, ni aún entre los distintos profesionales del Centro que actúan en diferentes áreas. De esta manera los datos generados por las acciones de cada sector pasan a engrosar las estadísticas, pero en la realidad caen en el vacío y no tienen repercusión real sobre los modos de actuar del equipo de salud y mucho menos sobre la población a la que pretenden dirigirse. Así la interdisciplinariedad no es tal sino la realización de actividades de diversos profesionales en forma aislada, dispersa y fraccionada, no llega a constituirse un producto superador de las rutinas habituales.

Se plantean las acciones más por su efecto mediático (por ejemplo la obra de títeres) que por su impacto real sobre una problemática específica o un grupo delimitado de población, el caso puntual de la *población juvenil* que pretende ser convocada con actividades dirigidas en realidad a adultos o infantes. En estas condiciones aunque las propuestas pueden ser interesantes, generan reacciones contradictorias o abiertamente negativas entre los usuarios. La falta de comunicación dentro del equipo es un factor preocupante, que no necesariamente tiene que ver con el tamaño de la organización o con la composición de los equipos de trabajo.

El público juvenil, de por sí reacio a contactos con el sistema de salud y sin una cultura de prevención, se encuentra en una situación de fragilidad cuando contacta con un sistema que funciona en *condiciones expulsivas* (horarios cambiantes, discursos y acciones inespecíficas, etc.). Existe una cultura de prevención y "consumo de servicios de salud" débil y cuando él o la joven llega al Centro enfrenta dificultades para acceder a información sobre horarios y prestaciones, días de atención cambiados, profesionales que no respetan horarios. Derivaciones sin explicación que no favorecen la continuidad de los tratamientos, sumadas a los mensajes contradictorios entre los mismos integrantes del equipo técnico del Centro.

De las capacitaciones al personal médico sobre la temática adolescente solamente participa la coordinadora del PAIA, siendo ésta la encargada de socializar los conocimientos adquiridos con su equipo, actividad que realiza de manera fragmentada. Cuando se ejecutan evaluaciones sobre el programa por los responsables a nivel nacional, participa sólo parte del equipo, designado por la coordinadora; los integrantes del equipo de investigación que desarrollamos tareas en el CAPS no participamos a pesar de nuestra solicitud, tampoco los promotores de salud, y ni siquiera se informa sobre dichos eventos a los médicos restantes. Esta modalidad de acción -personalista y selectiva con sesgo verticalista - desgasta las posibilidades de un *trabajo en equipo "de forma integral"*, donde se articulen las experiencias con sus usuarios, se conformen estrategias más eficaces para generar una mayor autonomía en la población juvenil. Así se podría decir que las instancias de equipo, donde se comparta lo adquirido, más bien se dan, como eventos, que simple vista, tienen que ver con requerimientos de formación y actualización profesional.

Las *representaciones del equipo de salud sobre los adolescentes*, identifican a éstos con individuos desinteresados en su superación personal, tanto en relación a ocupaciones laborales como a su instrucción formal. Los jóvenes son considerados como despreocupados de su independencia económica, e irresponsables ante la sexualidad, las relaciones de pareja y la maternidad- paternidad; esta situación obstaculiza las posibilidades de acceder al conocimiento de las dificultades, necesidades, formas de comunicación y preferencias de los jóvenes. Señaló en una oportunidad la coordinadora del CAIA "yo no sé cómo no les entra en la cabeza, yo les digo: ¿no te jode que tengas que pedir para comprarte una bombacha...tu desodorante?...Les pregunto si quieren hacer algo... tejer por ejemplo, y nada... yo les mando a que hablen con la Psicóloga a ver si ella por lo menos les cambia la cabeza"...

La *maternidad de las jóvenes* según las representaciones del equipo de salud "son producto de su irresponsabilidad"; y sin mediar acciones específicas que atiendan a las singularidades de este colectivo las asimilan a la categoría de adultas con las consecuentes expectativas sobre su comportamiento: de mujeres adultas. Ante estas situaciones de disparidad de poder frente a profesionales y la lógica de la organización, las usuarias usan el único recurso que disponen: no vuelven, salvo que sea por extrema urgencia.

Los integrantes del equipo de salud, sobre todo los profesionales médicos, no logran ver a la *población usuaria como portadora de una historia particular*, con una historia familiar generada en un espacio comunitario, portadoras de creencias y conocimientos sobre salud, teniendo sus propias prácticas y modos de cuidarla y atenderla.

De acuerdo a esta primera aproximación se puede decir que la actual dinámica de trabajo en el CAPS no responde a los criterios que orientan las acciones del PAIA, de este modo la creación del CAIA modificó escasamente la oferta de atención y promoción para los jóvenes. Las acciones específicas que se instrumentaron no lograron constituirse como una línea programática orgánica sino como piezas sueltas que por ensayo y error se van probando sin siquiera realizar una evaluación sistemática que permita componer una estrategia de atracción de las y los jóvenes al CAIA.

Un recurso que pusimos como equipo a disposición que fue la realización de encuentros en salas de espera para la promoción del uso de los MACs y otros temas de interés para la sexualidad juvenil y la exposición de un conjunto de láminas sobre los cuerpos sexuados y el desarrollo por etapas de la vida, solo fue capitalizado por un reducido número de integrantes del equipo de salud y por circunstanciales usuarios.

Pudimos observar, en la población usuaria, al utilizar como vector los materiales educativos propuestos (láminas y folletos) en las entrevistas grupales, que éstos gozaban de gran aceptación, resultaron comprensibles y adecuados a sus saberes previos y destacaron el valor para comprender las explicaciones técnicas y/o comunicarse con sus hijos e hijas, mostrando gran interés por los temas sobre el cuidado de su salud y la de su familia.

Desde el equipo de salud, advertimos opiniones diversas: entre los médicos un discurso propicio a la promoción pero poco efectivo en los actos, ente los miembros de menor rango (promotores, enfermos/as y administrativos) se reconoce la importancia de acercar conocimientos a los usuarios y admiten a estos recursos como valiosos, pero tampoco los utilizan en sus acciones.

Es evidente que las potencialidades educativas de los recursos no son independientes de las actitudes de los educadores, al compara los efectos de estos productos en los talleres coordinados por el equipo UNaM en los CAPS y en los barrios observamos la importancia de las actitudes según la intención de acercar conocimientos y comunicarse con los otros para habilitar el ejercicio del derecho a la salud.

Se podría decir que las estrategias desde la Educación para la salud en el desarrollo del empoderamiento social deben priorizar un enfoque horizontal frente a un abordaje jerárquico; deben valorizarse los espacios de interacción dialógica (entrevista grupales-equipo UNaM) que promuevan la autonomía de los sujetos y el análisis crítico de los problemas, desde sus dimensiones socioculturales e histórico-políticas.

En base a lo expuesto anteriormente advertimos desajustes en la dinámica de trabajo del equipo de salud posibles de ser reparados así como también reconocimos disposición en la población usuaria para incorporar nuevas actividades, de carácter promocional. Ahora bien, el desafío será diseñar propuestas y poder instrumentarlas en vistas de lograr un acercamiento efectivo entre las acciones del CAPS y los jóvenes y sus familias.

Bibliografía mencionada

Dávila, Oscar (editor) *Políticas públicas de juventud en América Latina: Políticas Nacionales*. Santiago de Chile. CIDPA Ediciones. 2003.

Etkin, J. y Schvarstein, L. *Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio*. Bs As Ed. Paidós. 2000

Baez Alina y Schiavoni Lidia " ¿Una vida Saludable es posible? Oportunidades y contradicciones institucionales para garantizar el derecho a la salud en pequeños municipios de Misiones en Báez, A. y Jaume,F. (comps.) *Desarrollo y ciudadanía en Misiones, Argentina: escenarios locales, procesos y política*. ANPCYT-UNaM. Posadas. 2012.

Bourdieu, Pierre *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona. Ed. Anagrama, 1997.

Menendez, Eduardo. *Morir de alcohol*. Editorial Alianza. México. 1990.

Menendez, Eduardo "Biologización y racismo en la vida cotidiana". *Red de Revista científica de América Latina y el Caribe* "La enfermedad y la curación ¿Qué es la Medicina Tradicional?. *Alteridades*. 4 (7): Págs. 71-83. 1994. México. <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74711357008>> ISSN 0188-701

Naomar Almeida Filho y Jairnilson Silva Paim "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica" Proyecto de la Organización Panamericana de la Salud, parcialmente financiado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Brasil (CNPq. (Proceso nº 520.573/95.1). Brasil. 2000

Ponte Mittelbrunn, Carlos "Conceptos Fundamentales de la Salud a través de su Historia reciente". En *Salud y Ciudadanía, Teoría y Práctica de la innovación*. Consejería de Educación y Ciencias. Gobierno del Principado de Asturias, Centro del Profesorado y de Recursos de Gijón. Asturias. 2009

Pozzio María *Madres, mujeres y amantes, usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Bs. As. Editorial Antropofagia. 2011.

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 5

“Mujeres Jóvenes: maternidad y salud sexual.”
Experiencias de atención en tres espacios del sistema público de salud de Posadas.¹

Lic. Patricia Venialgo Rossi
Becaria de Iniciación CEDIT

1. Introducción

Este trabajo indagamos el posicionamiento de las mujeres en el campo de la salud en los últimos cinco años a través de un recorte sobre la situación del colectivo de mujeres jóvenes (menores de diecinueve años) ante el sistema público. Se definieron dos objetivos generales: analizar las representaciones de las mujeres jóvenes con respecto a la maternidad y la salud sexual y reproductiva; y caracterizar los servicios de salud orientados hacia ellas actualmente desde el sistema público de salud.

Para desarrollar el primer objetivo general, nos abocamos a reconstruir las trayectorias de vida de estas mujeres considerando especialmente los cuidados, prácticas y saberes relativos al embarazo, parto, postparto y anticoncepción. Además indagamos sobre las modalidades de contacto con el sistema público de salud, dificultades y factores facilitadores así como las expectativas y percepciones de las mujeres jóvenes sobre los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para abordar el segundo objetivo, nos dispusimos a revisar las prestaciones disponibles para las jóvenes antes y después de su maternidad, considerando la especificidad de los servicios (pre y postnatales) orientados hacia estas usuarias, reconocer las formas de atención que garantizan o niegan derechos a partir del análisis de las representaciones del equipo de salud con respecto a la sexualidad y maternidad juvenil. Y por último aportar para elementos para la generación de líneas de acción específicas orientadas a las adolescentes.

Se adoptó para la investigación una perspectiva socio-construccionista que enfatiza la historicidad de los conceptos de salud, sexualidad, maternidad y juventud. También se recurrió a la teoría de las representaciones sociales que nos permite incorporar al análisis los discursos de los propios actores (jóvenes madres e integrantes del equipo de salud), sus valores y los procesos de internalización de éstos. Se intentó revelar asimismo, la asimetría de poder en la interacción entre estos actores, y de qué manera influye sobre los resultados de la atención/cuidado de la salud y la comunicación y entendimiento entre las partes involucradas. El concepto de modelo médico hegemónico (MMH) de Eduardo Menéndez sirvió también como soporte para el análisis.

Algunas de las preguntas que orientaron la indagación fueron: ¿Por qué siguen habiendo dificultades para la regulación de la fecundidad de las mujeres menores de diecinueve años? ¿Por qué es “un problema” el embarazo en este período etario y para quién, cuando la literatura biomédica acuerda que el riesgo médico sólo abarcaría los embarazos entre los catorce años y menos? ¿Es el embarazo juvenil causa de pobreza o consecuencia de ésta y de factores que devienen de la misma? ¿Cuáles son las percepciones al respecto, desde el equipo de salud y desde las mujeres jóvenes? ¿Cómo inciden en el

¹ Residencia de Madres (Unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga Hospital) y Centros de Atención Primaria de la Salud N°23 y N°5 de la ciudad de Posadas.

contexto del ejercicio de la sexualidad y la maternidad juvenil otros factores como la educación sexual, la existencia o no de servicios específicos para este colectivo, las cuestiones de género?

Condensamos en este artículo el desarrollo las actividades de investigación realizadas en el período comprendido entre el año 2009 y el 2012. La estrategia metodológica fue de tipo cualitativo lo que nos permitió enfatizar el estudio de los significados que los actores dan a los tópicos sobre los que se centró el trabajo así logramos la producción de datos descriptivos a partir de la observación y de las propias palabras y discursos de las personas. Se optó por esta perspectiva por su relevancia para el abordaje y la comprensión de los hechos sociales. Se pudo así acceder a las ideas y creencias asignadas desde el sentido común y en la práctica de la vida cotidiana. El área de estudio estuvo comprendida por la Residencia de Madres y las salas de espera de la ex Unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) N° 5 y N°21 de la ciudad de Posadas.

Iniciamos nuestra presentación con una revisión conceptual para situar nuestro marco interpretativo, luego comentamos la estrategia metodológica implementada, nuestros principales hallazgos y las conclusiones.

2. La revisión conceptual

Para establecer la red conceptual que orientó nuestro trabajo de campo y la interpretación de los datos, presentaremos sintéticamente los conceptos claves utilizados.

2.1. La antropología y la salud

La incursión de la antropología, fundamentalmente de la mano de la antropología médica tuvo diferentes momentos marcados por intereses diversos. En un primer momento el foco estuvo en las instituciones de salud, el funcionamiento de los equipos profesionales y los sujetos vistos como pacientes, meros receptores de la acción institucional y profesional para la aplicación de políticas y programas. El eje cambió, fundamentalmente a partir de los años 70's, para recuperar las percepciones, prácticas y comportamientos de los actores sociales en relación con los procesos de salud y enfermedad. La antropología médica se centró a partir de este momento en la observación de las estructuras familiares y las redes de apoyo contextualizadas, como se ve en el desarrollo más exhaustivo que hacen Benazet y otros en su "Introducción a la antropología de la salud..." (Benazet , García y Botella, 2007) . También para esta época hubo un auge de la investigación etnomédica, tendencia desde la que se rescató la importancia de las estructuras de atención primaria, la participación de las comunidades en el cuidado y la resolución de los principales problemas de salud. De este modo, los intereses del campo disciplinar acompañaron la actuación de la OMS instando a los gobiernos, a partir de la conferencia de Alma Ata (1978), a promover la participación directa de la población en cuestiones de salud. En nuestra investigación, retomamos esta orientación de la disciplina, que identifica y caracteriza distintos modelos médicos de atención articulados con el de la medicina científica que opera como MMH y cuyos rasgos identificatorios son el biologismo, la ahistoricidad, el individualismo, la relación asimétrica médico/paciente, la subordinación técnica y social del mismo, el no reconocimiento de otros saberes, etc.

Nuestro interés en la recuperación de los modos de atención y cuidado que orquestan los grupos sociales y que pugnan por la hegemonía del saber en salud, nos permitió reconocer cómo se filtran estos saberes de la población usuaria en la relación médico/paciente del sistema público. Las mujeres jóvenes y sus familias son tomadas como "ignorantes, despreocupadas, irresponsables" pues desconocen desde sus prácticas hegemónicas otras formas alternativas de encarar el cuidado y atención de la salud. El abanico de opciones que dispone la población usuaria del sistema público de salud no se limita a éste sino que

incluye medicina casera o doméstica así como prácticas curanderiles y religiosas (Jaume y otros 1983; Ramírez Hita 2005 y 2007).

2.2. Sexualidad y Poder

Si bien la sexualidad tiene un sustento biofísico y depende de las características del cuerpo como entidad biológica; cómo se la vivencia y los significados que se le asignan dependen de situaciones sociales concretas, es regulada y moldeada por ellas. Sobre la base biológica se construyen representaciones simbólicas, ideas, creencias, valores y prácticas que orientan las interacciones de los sujetos. Estas construcciones definirán un plano íntimo relacionado con la experiencia, vivencias y preferencias privadas e individuales y un plano público vinculado a las actitudes esperadas y a las pautas de comportamiento público. Foucault desarrolla la idea de la sexualidad como una creación de la historia (Foucault, 1977), y entiende que ésta es construida como un saber que modela las formas en que pensamos y entendemos el cuerpo. Al estar inscriptos en la cultura, tanto la sexualidad como el cuerpo se convierten en espacios de relaciones de poder, por ello Foucault descartó la posibilidad de interpretar la realidad sexual desde el naturalismo biológico.

El hecho sexual humano analizado desde la perspectiva biologicista, subraya el sexo como actividad instintiva, resalta los aspectos fisiológicos y favorece una idea medicalizada que fija comportamientos sexuales “normales y sanos” en relación a los “desviados o patológicos”, no reconoce por lo tanto la diversidad. La perspectiva constructivista impulsa avances en el estudio de la sexualidad que implicarán el salto de la biología a la cultura, el cambio de la visión universalista por la aceptación de la diversidad y la historicidad.

Al abandonar el determinismo biológico se hace posible pensar la ruptura de la subordinación de la mujer, desvinculando el papel social del género de la reproducción. Se incorporan además los aspectos subjetivos, emocionales, morales y políticos. En la sexualidad, el poder influye y moldea las diferentes manifestaciones de los individuos y los grupos, Foucault al referirse a los contextos de poder en que se desarrolla la sexualidad, menciona no sólo el poder de la coerción sino también el poder del consenso, mucho más eficaz. (Lara y Mateos R., 2006).

2.3. Salud sexual y reproductiva

El capitalismo industrial marcó la división entre esfera pública y privada, desplazando a esta última la sexualidad/reproducción. A partir de allí empezó un tratamiento especializado, fundamentalmente de la reproducción y de quienes con sus cuerpos la llevaban directamente a cabo, las mujeres. Esta época, se caracterizó por la preeminencia del control sobre el cuerpo en dos áreas fundamentales para la vida: el trabajo y la reproducción. Fue necesario entonces proteger esta última, y con ese cariz se contuvo y normatizó un aspecto más amplio, la sexualidad.

La racionalidad imperante requería de la economía de la energía vital para el trabajo, acotando la amenaza de desgaste que implicaba la sexualidad, encauzándola hacia la reproducción/maternidad; estos términos unidos asimilarán sexualidad a maternidad. Así la sexualidad estará definida e identificada con los fines reproductivos hasta el siglo XX. Rastreando este origen, se puede entender por qué el concepto de salud relacionado con sexualidad y reproducción estuvo hasta hace muy pocos años restringido a la cuestión reproductiva, ya que la legitimación del ejercicio de la sexualidad se daba en el marco de la vida sexual “moderada” y de relaciones entre cónyuges, orientada a la procreación, se entiende la escisión del placer y la sujeción al “deber” más que a la noción de derecho.

El placer y el derecho vinculados a la sexualidad van a reaparecer con el avance de los movimientos feministas y el desarrollo de la anticoncepción en la década del '60. El concepto de salud sexual y reproductiva surgió en la década del '80 desde el campo de la salud, las políticas públicas y a través de organizaciones internacionales como la OMS y organizaciones internacionales de mujeres. Entre 1960 y

1970 países subdesarrollados implementaron planes de control de la natalidad que implicaron la inducción masiva y compulsiva del uso de métodos anticonceptivos lo que generó preocupación de distintos sectores y derivó en la creciente crítica a estas políticas. Para esa época la OMS se encontraba en un proceso de ampliación del concepto de salud, que incluía además de los aspectos fisiológicos, lo social y la salud mental. En 1978 en Alma Ata la OMS reconoce la planificación familiar junto con la salud materno-infantil, como aspectos integrales de la estrategia de atención primaria de la salud.

Todos estos cambios fueron promoviendo la discusión en torno a los derechos sexuales, la injerencia del Estado para su garantía, y el acceso a servicios en relación con la reproducción y la anticoncepción. En 1994, la OMS propuso como definición de salud sexual y reproductiva: *“Que todas las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura y que gocen de plena capacidad para reproducirse y de la libertad de decidir si, cuándo y cuán a menudo hacerlo”* (Szasz I. en Lartigue y Avila, 1996).

2.4. Juventud y Sexualidad

La juventud es para la antropología una construcción socio-histórica y cultural, desde nuestra perspectiva se resalta la importancia de retomar las diversas situaciones intervinientes desde lo social, cultural e histórico como factores constitutivos de las múltiples maneras de ser joven. Para que exista juventud, deben darse una serie de condiciones sociales como por ejemplo: normas, comportamientos, cualidades e instituciones que distingan a los jóvenes frente a otros grupos de edad; y así se generan imágenes culturales asociadas específicamente a los jóvenes. Deben tenerse en cuenta la condición de género, las adscripciones étnicas, sociales y económicas. Las jóvenes analizadas en este trabajo no son “universales”; son, concretas, diversas, ubicadas en un contexto histórico, socioeconómico y familiar específico que las dota de su singularidad.

En el abordaje de la temática de la sexualidad juvenil han influido tres grandes corrientes teóricas, a saber: el paradigma positivista, el enfoque de riesgo y las perspectivas socio-constructivistas. A partir de los años 90 del siglo XX la perspectiva socio-constructivistas critica las orientaciones positivistas o de riesgo y enfatiza la historicidad de los conceptos de sexualidad y adolescencia, incorporando al análisis la cuestión los discursos de los propios actores, de los valores y los procesos de internalización de éstos. Se analizan las influencias y los referentes desde los cuales los jóvenes construyen los significados que otorgan a la sexualidad y a su capacidad de reproducirse y cómo éstos orientan sus prácticas; también se incorpora la cuestión de derechos sexuales y reproductivos (Villa 2007). Desde este enfoque hemos trabajado.

2.5. Representaciones Sociales

Las representaciones sociales son la manifestación de un proceso de producción de sentido, generado en circunstancias particulares. Cada evento, objeto, acción, pensamiento, creencia o persona, es objeto de una representación social. Pueden entenderse como elaboraciones de la percepción de la realidad del entorno que convierte los objetos sociales (personas, contextos, situaciones) en categorías simbólicas (valores, creencias).

Abordar las representaciones sociales implica conocer cómo se establecen, qué se sabe (información), que se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o como se actúa (actitud). Las representaciones o esquemas interpretativos son la antesala del comportamiento y derivan en la dirección de la acción. Aquí se pretende captar las representaciones sociales en torno a la sexualidad y los temas que la integran (afectividad, relaciones de pareja, conocimiento del cuerpo, maternidad, etc.) para comprender mejor a través de ellas las disposiciones para las prácticas alrededor de los cuidados del cuerpo y la salud sexual y reproductiva pues las prácticas de los sujetos dan cuenta de sus sistemas de representaciones sociales.

3. Estrategia Metodológica

La estrategia metodológica combinó dos modalidades: la primera, una permanencia regular en campo, consistente en la concurrencia semanal a la Residencia de Madres en la primera etapa y a los Centros de Salud en la segunda; y la otra modalidad, entrevistas individuales a las informantes seleccionadas a través de visitas domiciliarias. Se ingresó en los espacios públicos de trabajo a través de la propuesta de realizar talleres sobre sexualidad para las usuarias jóvenes, lo cual fue muy bien recibido; se informó periódicamente a los responsables sobre el desarrollo de las acciones promocionales y de la investigación en curso.

3.1. Los espacios de trabajo

Las primeras indagaciones (2009-2010) se llevaron a cabo en la ex Unidad de Perinatología del Hospital Dr. Ramón Madariaga, específicamente en la **Residencia de Madres**², así como en las salas de espera de los consultorios de planificación familiar y de neonatología y los patios circundantes de la Unidad.

El trabajo de campo se organizó en torno de los encuentros grupales con el grupo de madres alojadas, en los cuales se presentaban los temas de interés y se reconocían las futuras informantes, seleccionadas por la edad actual y/o por haber pasado la experiencia de la maternidad en la adolescencia. Estos registros complementaron los datos obtenidos en las entrevistas y las observaciones.

Se realizaron un total de veinte entrevistas: quince en profundidad a madres adolescentes y cinco a madres adultas, para ampliar los tópicos de interés; y otras cinco entrevistas a personal médico (dos), enfermeras (dos) y a una voluntaria de la Asociación Dar a Luz³.

Los **Centros de Atención Primaria** N° 5 y N°21 donde se continuó el trabajo de campo (2010-2011) fueron seleccionados por sus características disímiles en relación a infraestructura, recursos humanos, historia, gestión y servicios prestados y por atender ambos a sectores poblacionales de escasos recursos.

En el CAPS N°5 ubicado en el barrio Yacyretá funciona desde noviembre del 2010 el "Centro de Atención Integral al Adolescente" (CAIA), coordinado por una médica especialista en ginecología infantojuvenil. El CAPS fue abierto por gestión ministerial a raíz de la relocalización de familias por la Entidad Binacional Yacyretá (EBY). Conformado por nueve consultorios y cuatro salas de espera. Dispone de servicios de atención en pediatría, clínica médica, ginecología y obstetricia, odontología, enfermería; guardia médica todos los días de 18hs a 6hs y los sábados, domingos y feriados las 24 horas. Cuenta con un servicio de seguridad privada. Su equipo técnico y profesional está conformado por 41 personas (médicos generalistas y especialistas, psicólogas, trabajadora social, enfermeros/as, promotores de salud, administrativos).

El CAPS N°21 se encuentra en el barrio Independencia que surgió a partir de la iniciativa de los propios vecinos, quienes gestionaron los recursos para conseguir el espacio físico, el pequeño edificio y la asignación de personal a través de los organismos de salud provinciales. Su origen es netamente comunitario, para cubrir la falta de servicios primarios de salud por la lejanía con el centro de la ciudad y de los hospitales disponibles. Las instalaciones consisten en una sala de espera en la que confluyen varios salones destinados: uno a consultorio, otro a farmacia, una sala de enfermería con un pequeño

² La "Residencia de Madres" es una habitación donde se albergan las madres cuyos hijos deben permanecer internados en Neonatología pero que carecen de recursos para instalarse en algún lugar cercano al hospital. Se da prioridad a las de muy escasos recursos y/o que vienen del interior de la provincia. Están habilitadas 8 camas, pero se pueden agregar más plazas si es necesario.

³ Grupo de mujeres que conformaron una asociación civil sin fines de lucro que coopera con las actividades del Servicio de Neonatología.

depósito y un baño. El equipo se conforma con 13 personas, contando tres médicos, cuatro enfermeras, trabajadora social, promotoras de salud; y personal de seguridad privada.

En los CAPS también se implementaron talleres en las salas de espera sobre diversos temas de sexualidad, y con el apoyo del personal de salud se identificaron las 18 jóvenes madres (entre ambos CAPS) que luego se entrevistaron en sus domicilios. Los registros de los talleres también fueron utilizados como contexto para la interpretación de los datos de las entrevistas individuales.

Para obtener datos sobre las prácticas y representaciones del equipo de salud, se contactaron enfermeras/os, médicos, trabajadora social, promotoras, con quienes se mantuvieron entrevistas semi-estructuradas. Con algunos profesionales más de una (Lic. en Enfermería, directora del CAPS N°21, por ejemplo o la trabajadora social del mismo CAPS; o la Coordinadora del CAIA) y con otros solo una (médico clínico y ginecólogos del CAPS N°5). Con las promotoras de salud y el personal de enfermería se tuvo un contacto más fluido y se realizaron entrevistas breves sobre temas puntuales, un promedio de 5 entrevistas con 3 enfermeras, cuatro promotoras y dos con el personal de seguridad de cada CAPS⁴.

4. Los principales hallazgos

En base al contacto con las mujeres jóvenes en las reuniones grupales y entrevistas se pudieron recuperar sus representaciones acerca de la sexualidad en términos generales, y a la maternidad y los cuidados de la salud sexual y reproductiva, en particular.

Quedó en evidencia que en la franja etaria considerada se polarizaban los testimonios sobre las experiencias de vida en dos grupos bien diferenciados: las mujeres menores de catorce años, niñas; y las mujeres de catorce hasta diecinueve años. En los tópicos considerados- iniciación sexual, vivencia y expectativas frente a la maternidad, uso de métodos anticonceptivos (MACs), educación sexual- las opiniones y lo que habían vivido eran claramente distintos siendo la dimensión edad más fuerte que la residencia rural o urbana, o el nivel educativo alcanzado.

4.1. Las prácticas y representaciones de las jóvenes sobre la sexualidad

La *iniciación sexual* entre las **jóvenes menores de catorce años** da cuenta de relaciones no consensuadas, ya sea por distintos mecanismos de coerción, cuando no abiertamente por incesto o violación. La imposibilidad de pensarse como sujetos de derecho en referencia a sus cuerpos les impide a muchas de ellas, reconocer la "situación no consentida". Esto se notó más marcadamente en las jóvenes de menor nivel educativo, de sectores más empobrecidos o en las que provenían de ámbitos rurales, pobres y con escasa alfabetización.

Suponemos que la menor capacidad de objetivación sobre sus experiencias de vida responde al constreñimiento en ámbitos donde los valores tradicionales muy conservadores y machistas, donde la idea de que en el varón el impulso sexual es "naturalmente incontenible", y por ello la "necesaria e indiscutible" sumisión de las mujeres. La dependencia de los varones, y de los mayores, adultos, no dejan margen siquiera para reconocer la situación de dominio, violencia e invasión sobre la propia corporalidad. Por ejemplo, dice Laura (14 años): *"yo era muy chica (trece años en su iniciación) y no sabía cómo era...fue todo rápido, no entendí nada."* –Pero vos querías? Te preguntó él? – *y...no sé...él insistía sí, me atropellaba todo cuando estábamos solos, no se podía aguantar...yo quería esperar pero él no podía..."*

⁴ No se los había previsto incluir, pero como tenían amplia disposición con nuestro trabajo y manejaban información sobre las rutinas de entrada y salida del personal médico, escuchaban comentarios de la gente, etc. los incluimos como parte de la información contextual.

Otro factor con notoria incidencia en la dificultad de estas mujeres jóvenes para decidir el momento, lugar y compañero de iniciación es la falta de autodeterminación. En este sentido, es importante no equiparar exposición a condiciones de vida difíciles que obligan a asumir responsabilidades u ocupaciones de adultos (como la crianza de hermanos pequeños, tareas domésticas o aún el trabajo fuera del hogar) con la adquisición inmediata de la madurez de una persona adulta. Esta imposibilidad de pensar la propia sexualidad como un espacio de acción personal, de ejercicio de derechos, de disfrute, pero por sobre todo de elecciones se repite en las jóvenes de mayor edad pero manifestado más solapadamente en otros aspectos que se detallarán más adelante.

La *maternidad* es vivida con un alto grado de idealización, sin plena consciencia del cambio de vida que implica. En otros casos se notó ausencia de registro del embarazo o fantasías y expectativas del hijo por nacer (o por lo menos sin mención verbal de ello). Se observaron casos en los que el hijo era ignorado, salvo cuando estuviera presente. Sólo una de las entrevistadas de esta edad había accedido al uso preservativo, ninguna de las demás había usado MACs. La iniciación de todas las jóvenes contactadas (entre 13 y 18 años) se dio con varones entre cuatro y diez años mayores que ellas.

La *información* sobre los cambios en la pubertad, embarazos, métodos anticonceptivos es prácticamente nula o se comenta indirectamente y con eufemismos. El conocimiento del cuerpo y sus procesos fisiológicos es incompleto o erróneo. Se accede a la información sobre estos temas de manera fragmentaria y fundamentalmente a través de pares o de la propia experiencia.

El equipo de salud es resistido para este tipo de consultas, no se lo considera referente. Existe recelo y una imagen de autoridad que censura acerca de los médicos y las enfermeras, una visión generalizada asimilable al rol de padres y tutores.

El *acceso a los servicios de salud* es difícil o imposible dependiendo de la localidad de residencia. Se registraron casos de jóvenes de localidades o colonias en las que la atención médica en el centro de salud se limitaba a un solo día a la semana, además de las dificultades económicas y de transporte. Las jóvenes que asistieron a consultas médicas lo hicieron con sus madres ante el hecho confirmado de un embarazo, y ninguna antes de cumplido el primer trimestre. El promedio de controles de embarazo para la muestra en este rango de edad es de dos. No recibieron preparación para el parto ni indicaciones para el cuidado del bebé. Las jóvenes esperaban este tipo de información de las mujeres de su entorno con más experiencia, no lo consideraban dentro de lo esperado en la consulta médica. Las madres de las jóvenes que acompañan en las consultas son las que preguntan, según el testimonio de las hijas; las jóvenes lo justifican por su mayor experiencia, no lo sienten como una invasión.

En el **grupo de catorce años y más** la *iniciación sexual* también se dio en el marco de relaciones que ellas denominaron "noviazgos" y también la justificación del amor – aunque no fueran novios- antecede a otras relaciones como confianza, cariño, curiosidad, atracción física. Pero en este caso el concepto de noviazgo se aproxima más a la idea de relación con cierta permanencia y constancia en el trato, reconocida en el entorno social o con algún nivel de compromiso reconocido por ambas partes.

Entre las jóvenes de 14 años, los contactos se dieron de manera esporádica, a veces en secreto, sin reconocimiento ni compromiso por la otra parte; o fueron fruto de encuentros casuales. Sin embargo ellas jóvenes refirieron a estas relaciones como "noviazgos".

En cambio, entre las jóvenes de quince a diecinueve años, mayormente de áreas urbanas, es menor la diferencia de edad con la pareja y entre las han permanecido escolarizadas hasta el embarazo o el parto, las edades se equiparan.

La pertenencia urbana y el nivel educativo también inciden en una mayor calidad y cantidad de *información* tanto sobre el cuerpo y sus procesos, como de los MACs, de las infecciones de transmisión

sexual (ITS), acerca de los controles de embarazo y una mínima noción de derechos, aunque incompleta, con eufemismos y tabúes en torno a los temas.

Aún cuando se advierte cierta *noción de derechos*, esto no quiere decir que esté lo suficientemente incorporada al ideario como para ser llevada a la práctica en la vida cotidiana. Por ejemplo: saben que pueden elegir cuándo y cuántos hijos tener, el espacio intergenésico, el derecho a no soportar violencia (que es entendida fundamentalmente como violencia física) pero ello no implica que ejerzan estos derechos. No exigen el uso del preservativo por miedo a ser censuradas moralmente por sus parejas que, según comentarios de las jóvenes consideran que las mujeres “ligeras o prostitutas” son las que lo usan, no disponen de autonomía para elegir el MAC, cada cuánto tiempo o la cantidad de hijos, no se niegan a mantener relaciones cuando no tienen deseos por temor a ser abandonadas.

Para obtener información y plantear dudas, la escuela sigue siendo el referente preferido después del grupo de pares; el equipo de salud no. También entre las jóvenes de este grupo de edad los integrantes del *equipo de salud* son identificados con la autoridad, la censura y la sanción. Las jóvenes que consultaron por MACs fueron las de nivel secundario incompleto o más, fueron las mismas que también asistieron más temprano y a más controles de embarazo.

Aún así, el mayor porcentaje de las jóvenes de este grupo que accedió al *uso de MACs* lo hizo sin previa consulta, por referencias de pares, parejas o comprándolos porque manifestaron vergüenza del contacto con el equipo de salud, temor a la censura, o a ser descubiertas como iniciadas sexualmente por la familia. Algunas manifestaron haber sido reprendidas abiertamente por enfermeras o personal médico al ir a buscar MACs. Otro problema mencionado como dificultad en el contacto con el sistema fue la burocracia para la asignación de los turnos y la posibilidad de ser vistas por personas conocidas ya que no existen servicios diferenciales para jóvenes y son atendidas junto con las mujeres adultas. Unas pocas manifestaron retirar sus MACs de otro CAPS o del Hospital Madariaga aunque les quedara más lejos para evitar encontrarse con conocidos en la consulta.

La *maternidad* es vivida muchas veces con ilusión y suele formar parte de un proyecto de vida. Es vista con dramatismo entre las jóvenes que por sus condiciones familiares y económicas, pudieron plantearse otros proyectos de vida ya sea de formación educativa o de carrera laboral.

Estas jóvenes aún ante un embarazo imprevisto cuentan con una amplia red de apoyo y recursos materiales y simbólicos en su entorno familiar, tanto para afrontar los compromisos económicos como para aportar saberes, contención, etc. De los embarazos imprevistos, la mayor proporción pertenece a parejas que tenían algún proyecto de convivencia o matrimonio, formalizan ante su entorno el vínculo – legal o convivencial- por la situación del embarazo.

4.2. Los estilos de atención y las representaciones de los miembros del equipo de salud

Los equipos de salud, tal como mencionamos antes tiene una variada conformación según los ámbitos de trabajo, no obstante las perspectivas de sus integrantes responden más al rol que desempeñan que a sus características personales. Por ello hemos agrupado por rol en el equipo los comentarios e interpretaciones.

En el caso de los *médicos* son notorias dos tendencias que imprimen un fuerte sesgo en la atención y representación sobre las jóvenes y su sexualidad: la mirada biomédica y la distinción de pertenencia de clase. La mirada biomédica moldea una visión de las jóvenes como portadoras de características biológicas y funcionales particulares que derivan en determinados comportamientos “propios de la adolescencia”. Los cambios corporales unidos a procesos hormonales justifican para los algunos médicos la mayor parte de las tendencias observadas en la muestra (inicio sexual temprano, falta de conductas

preventivas o de cuidado, no planificación, etc.). Lo que no puede ser explicado por estos motivos, se justifica por la pertenencia de clase.

El equipo de salud no considera a las parejas de las jóvenes como componente de influencia en su sexualidad y en las prácticas en torno a su salud sexual y reproductiva; niegan la existencia de las parejas de estas mujeres, las toman como sujetos aislados de sus parejas. Soslayan la cuestión de la disparidad de edades, experiencia y poder al interior de las relaciones de pareja. En todo el período de estancia en campo en los tres espacios elegidos, sólo una médica invitaba a las parejas de las jóvenes a acompañar los controles de embarazo o por otras consultas.

Los médicos sí consideran importantes a padres y madres, fundamentalmente a estas últimas. En cuanto a las familias, no reconocen la gran diversidad existente más allá de las características socioeconómicas o educativas que pueden ser similares. La mirada sobre el entorno familiar de las adolescentes es altamente homogeneizante. Abundan los prejuicios, consideran esta etapa en general como un período de efervescencia sexual debido a los cambios hormonales y las jóvenes de sectores sociales de menores recursos en particular como carentes de control sobre sus impulsos, con escasos valores morales, carentes de información y resignadas ante sus condiciones de vida, resignación que lleva al abandono, la despreocupación o la "dejadez".

Los médicos comentan: *"se les da información, porque se sabe que no las forman en la casa, pero al año vuelven a embarazarse, y vienen otra vez sin los controles...o contraen enfermedades venéreas...se entiende que viven en una situación de promiscuidad la mayoría...pero saben que tienen que usar preservativos..."* *"está también la cuestión de los planes sociales...para "ellos" es más fácil vivir de los planes que trabajar, están acostumbrados a tener un montón de hijos, así que muchas veces es como una forma de obtener recursos económicos."* (Médico de planta, 59 años). La diferenciación entre el nosotros y ellos es violenta. Esta caracterización limitada y prejuiciosa impide ver las fallas en la comunicación desde el propio discurso.

La excesiva homogeneidad de esta caracterización del grupo de jóvenes, no rescata la gran diversidad de situaciones que se presentan dentro del colectivo considerados como "de menores recursos". Todo lo negativo se sitúa en el "otro", lo que es también una manera de deslindar responsabilidades y evitar la revisión de las propias prácticas.

Otra dificultad presente es la de abandonar la postura de autoridad de la que todos son más o menos conscientes. Acercarse intentando reconocer las pautas ajenas como válidas y con alguna función dentro de su contexto es un ejercicio todavía pendiente. La mirada predominante sobre las personas es la de "paciente", es decir un sujeto sobre quien se aplican acciones pero al que no se le reconoce capacidad de acción, de recreación de saberes y prácticas, y poseedor de otros conocimientos que le sirven en su andar por el mundo. En una postura de desvalorización del otro es imposible rescatar esos conocimientos e intentar una reconstrucción conjunta que incorpore elementos útiles a los sujetos en su contexto de vida.

El personal de *enfermería* comparte en cierta medida los sesgos de la mirada biomédica de la adolescencia y ciertos prejuicios en torno al abandono y la despreocupación pero por estar en mayor cercanía (tanto física, temporal como socialmente), su mirada se vuelve más abierta y se incorpora la cuestión de la diversidad, por ejemplo. Prevalece sin embargo la tendencia a crear o manejar estereotipos. *"Las adolescentes no son todas iguales...acá hay de todo...está la que se nota que quedó embarazada por tonta nomás y está la que se nota que es viva y que hace rato que anda teniendo sus cosas por ahí y quedó de puro irresponsable...enseguida se nota...ésas ni se ocupan de los hijos, tenés que ir tres o cuatro veces a despertarlas para que den de mamar y el resto del tiempo ni aparecen...hay otras sin embargo, por ahí más jovencitas y todo, que están todo el tiempo con su bebé, que vos le*

enseñás, y ya ella sola lo quiere bañar, vestir, está atenta y viene cada rato a ver si llora, re maternales...hay de todo...tiene que ver con la crianza también.” (Enfermera de Neonatología Hospital Madariaga, informante de 48 años) En este testimonio se puede ver que no se captan otras posibilidades más que la responsabilidad/irresponsabilidad, el sentimiento maternal o la ausencia de éste. No se complejiza sobre el hecho de que la mayoría de estos embarazos fueron imprevistos, que tal vez no se creó el vínculo entre madre e hijo, por razones diversas. Como se da por descontado que o pertenecen a una categoría o a otra y no se problematiza, tampoco se buscan alternativas que favorezcan, por ejemplo el vínculo madre-hijo que es lo que preocupa a la enfermera en este testimonio.

La forma de conceptualización de la sexualidad adolescente de parte del equipo de salud muestra cercanía con las nociones de las familias de las mismas jóvenes contactadas. Ambos grupos se sitúan en el polo que detenta el poder, que desvaloriza o minimiza la capacidad de los jóvenes de tomar decisiones informadas. Asimismo, administran la información según estos presupuestos y no gozan de la confianza de los jóvenes ni son referentes preferidos por éstos. Esta coincidencia marca una distancia que es necesario acortar.

Conclusiones

En relación a los cuidados y prácticas en torno a la salud sexual y reproductiva todos los factores revisados tienen un fuerte peso y ninguno puede soslayarse a la hora de analizar los resultados de las políticas en este sentido. La falta de información es importante pero no es suficiente para explicar los comportamientos de este grupo. En todo caso la falta de información simplemente aumenta o refuerza otras desventajas.

Por ello es necesario examinar otros elementos que también hacen a la relación con este colectivo y el sistema de salud: es urgente considerar la adaptación de todo el funcionamiento del sistema para volverlo amigable en su atracción, contacto y relación a largo plazo con este grupo. Es indispensable generar espacios y horarios de consulta exclusivos. Disponer guardias especiales permanentes o los fines de semana. Generar otras acciones además de las consultas, que puedan ser atractivas y promuevan la circulación por ese espacio favoreciendo la familiaridad con el mismo, como actividades educativas, talleres, proyección de películas. Promover la formación de promotores juveniles de salud.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres jóvenes en el sistema público de salud, se muestra como un área en la que todavía es difícil el reconocimiento de la sexualidad con enfoque de derecho. La subordinación y el control ejercido de diversas maneras sobre las mujeres jóvenes impide el pleno ejercicio de la sexualidad y la autonomía. Prima la mirada biomédica y las representaciones de las jóvenes como pacientes más que como sujetos con autodeterminación.

A pesar de que formalmente se plantean “servicios especializados” esto no se cumple en la práctica donde las adolescentes son incluidas en la atención de mujeres adultas y existe uniformidad en el trato de ambos grupos de mujeres. Las rutinas y burocracia para el acceso a los turnos, los espacios de espera y consultorios y el trato en general son los mismos para todas las mujeres.

Es necesario pensar que estas jóvenes se encontraban al momento de la iniciación sexual, el embarazo y la llegada del hijo en un ámbito de sujeción a distintas autoridades adultas (padres, madres, médicos, enfermeras, parejas mayores), en todos los ámbitos de su vida y que son estas autoridades las administradoras de recursos, permisos, prohibiciones y castigos. Es más fácil comprender entonces que la dificultad para tomar o imponer decisiones sobre la propia vida y el cuerpo no sólo tiene que ver con la adquisición de información, acceso a recursos sino con la imposibilidad de negociar ante los adultos en igualdad de condiciones. Esta imposibilidad no atañe únicamente al trato con padres o tutores sino

también con las parejas cuando existe mucha diferencia de edad y con el equipo de salud cuando logran acceder al sistema.

De la tríada de conceptos que encierra la noción "salud sexual y reproductiva", en la atención de las mujeres jóvenes en el sistema público de salud prevalece la idea tanto de salud como de sexualidad, en relación o subsumidas en la idea de reproducción.

La sexualidad como concepto amplio y abarcativo, desvinculado de la procreación o conectado a la posibilidad de vivencia del placer es obviada (por decir lo menos) por el equipo de salud. Cuando se asocia y reconoce la posibilidad de placer y disfrute a través de la sexualidad en las jóvenes, se acota su manifestación a la genitalidad o se censura su manifestación aludiendo falta de control de expresiones meramente instintivas. Esto denota claramente representaciones incapaces de ver o aceptar la sexualidad juvenil.

Todo esto activa en estas mujeres procesos de adquisición de pautas de cuidado que tienden a continuar disociando ambos conceptos, o a justificar la vivencia o exteriorización de la sexualidad a través de la reproducción. Las jóvenes reciben un discurso que las insta a "cuidarse" lo que es leído inmediatamente en el sentido de prevención de embarazos, lo cual perpetúa el ciclo de no reconocimiento de los propios deseos, la negación de la satisfacción, y no facilita el aprendizaje de la toma de decisiones libres.

El equipo de salud no detecta la equiparación o asociación que realizan las jóvenes entre los profesionales y el entorno familiar, sobre todo con las madres como entidades penalizadoras/fiscalizadoras del ejercicio de su sexualidad. El entorno familiar, marco de escasa confianza para estos temas es asimilado al equipo de salud y los intentos de diálogo son rechazados al ser percibidos como otra forma de control. Los discursos de cómo debe ser vivida la sexualidad desencadenan críticas y resistencias al ser entendidos como intentos de dominio sobre el cuerpo.

La condición de género interviene con fuerza en la construcción de la sexualidad y de los cuidados y prácticas en torno a la salud sexual y reproductiva. Lo femenino se encuentra, entre la población elegida, desvalorizado, estas jóvenes viven su condición de mujeres como de inferioridad. Las instituciones que las reciben también ejercen sobre ellas ciertas formas de poder ligadas a su condición social (pobres), de edad (menores) y de género (mujeres que "deben" ser madres). Y vuelven a instalar cuando no a reproducir, la situación de subalternidad de este colectivo en toda su magnitud.

Bibliografía consultada

AISCAR, Sonia Cristina (2005) *La maternidad en sectores populares. Representación social en las mujeres y relación con la atención de su salud*. Ed. Espacio, Buenos Aires

ALONSO, Valeria "Abordajes de los servicios de salud y perspectivas profesionales acerca de la adolescencia y el embarazo" en GOGNA, Mónica (2005) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES, Unicef, Argentina.

ALPÍZAR, Lidia y BERNAL Marina – "La construcción social de las juventudes." *Última Década*, (On line) 2003, Vol.11, n 19 (citado 2010-08-30) pp.105-123 Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50718-22362003000200008&lng=es&nrmiso> ISSN 0718-2236 doi: 10.4067/s 0718-2236 200300200008

ARRIAGA FLORES, Mercedes (2006) *Mujeres, espacio y poder*. Arcibel Editores, España.

BENAZET, Álvaro, GARCÍA Miret M. Teresa, RICO BOTELLA Silvia (2007) *Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados*. Libros en Red.

- BERGER, P. y LUCKMANN, T. (1967) *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires.
- CÁRDENAS, Edurne y TANDETER Leah (2008) *Derechos sexuales y reproductivos en Argentina: una visión de la legislación y la jurisprudencia*. Buenos Aires, CONDERS.
- CAPORALE BIZZINI, Silvia. Comp. (2004) *Discursos teóricos en torno a las maternidades: una visión integradora*. Edit. Entinema. Madrid.
- COFFEY, Amanda- ATKINSON Paul (1996) *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Editorial Universidad de Antioquía, Colombia, Primera edición en español 2003.
- CÓRDOVA PLAZA, Rosío (2003) *Los peligros del cuerpo. Género y sexualidad en el centro de Veracruz*. Plaza y Valdez Edit., México.
- FLICK, Uwe (2004) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, Ed. Morata, 2da. Edición 2007
- FOUCAULT, Michel (1977) *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Siglo XXI editores, primera edición en castellano 1977, trigésima edición en castellano 2005, México.
- GALEANO, M. Eumelia (2004) *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín, Fondo Editorial – Universidad EAFIT.
- HARO, Jesús (2004) "Entrevistas grupales en la investigación del ámbito sanitario. Criterios y estrategias para campo y análisis." *Trabajo social y salud*. Vol 48, 2004, págs. 139-187
- JAUME, F., HEDMAN, G., Niela, G., SCHIAVONI, G. y SCHIAVONI, L. *Estudio antropológico sobre salud y enfermedad en dos barrios de la ciudad de Posadas*. Instituto de Investigación. FHyCS. UNaM. Posadas, 1983.
- LARTIGUE, Teresa y ÁVILA, Héctor (1996) *Sexualidad y reproducción humana en México*. México, Plaza Valdés ed.
- MARGULIS, Mario et all (2003) *Juventud, cultura y sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires, Biblos
- MARGULIS Mario, URRESTI Marcelo (2007) *Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires*. Biblos, Buenos Aires
- NIETO, José Antonio (2003) *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Talasa, Madrid
- OSORIO CARRANZA, Rosa María (2001) *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CIESAS, México
- OLIVEIRA COSTA, Albertina Org. (1997) *Direitos tardíos. Saúde, sexualidade e reproducao na America Latina*. Brasil.
- PETRACCI Mónica y PECHENY Mario (coord.) (2007) *Argentina: derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires, CEDES-CLAM-IMS.
- RADCLIFFE BROWN, A. (1958) *El método de la antropología social*. Edit. Anagrama, Barcelona España.
- RAMÍREZ HITTA, Susana 2005. *Donde el viento llega cansado*. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. Cooperacion Italiana- Plural Editores. La Paz.
- RAMIREZ HITTA, Susana 2007. *Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos*. Ed. Bellaterra. Barcelona.

RODRÍGUEZ, Gabriela – *“Perdiendo los estribos. Emociones y relaciones de poder en el cortejo”*. *Desacatos- revista de antropología social*. Vol. 11 (2001) págs. 35- 62

SALAZAR RODRÍGUEZ, Tania y GARCÍA CURIEL, María L. (2007) *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. México, Ed. CUCSH - UDG Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.

SALINAS, Lola – *“La construcción social del cuerpo.” Revista española de investigaciones sociológicas*. Número 68, (1994) ISSN: 0210-5233 - Madrid, Edit. CIS Centro de Investigaciones Sociológicas.

SEVILLA CASAS, Elías y otros (2003) *EL espejo roto. Ensayos antropológicos sobre los amores y la condición femenina en la ciudad de Cali*. Programa Editorial Universidad de Cali, Colombia.

VILLA, Alejandro (2007) *Cuerpo, sexualidad y socialización. Intervenciones e investigación en salud y educación*. Ed. Novedades Educativas, Buenos Aires.

VILLA, Alejandro comp.(2009) *Sexualidad, relaciones de género y generación: perspectivas histórico culturales en educación*. Ediciones Novedades Educativas, Buenos Aires.

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 6

ITS: un problema ¿para quién?

Lic José Miguel Ramos

Docente-Integrante

INTRODUCCION

Luego de larguísimo tiempo, a mediados del siglo XX la sífilis parecía estar condenada a su inminente desaparición. Por un lado, se comienza a contar con métodos de diagnóstico y tratamiento, de bajo costo y muy confiables, lo cual funda razonables expectativas para que “esa patología oprobiosa” pudieran ser resuelta en el primer nivel de atención. El descubrimiento de los antibióticos impactó en la sífilis como quizá en ninguna otra enfermedad. Por otro, las características propias de la enfermedad reunía condiciones para que su persistencia se opacara definitivamente: las vías de transmisión eran pocas y bien conocidas y el ser humano (ese sujeto tan bien conocido por la biología) era –y es- el único reservorio de la enfermedad. Los informes disponibles a nivel nacional y regional son consistentes en mostrar como luego de una retracción, la sífilis reapareció luego de los ´60 y más allá de las múltiples dificultades que plantea su registro epidemiológico, todo hace pensar que permanecerá entre nosotros por mucho tiempo.

Pareciera que las llamadas *infecciones de transmisión sexual* (ITS), o más precisamente parte de ellas, han quedado relegadas como objeto de reflexión desde las ciencias sociales e incluso podría afirmarse que debido a la eficacia de los dispositivos actualmente vigentes para su tratamiento, han hecho que perdieran algo de la atención que en otro momento se les dispensaba desde los saberes e instituciones médicos. Sin duda, la aparición de VIH/SIDA ha corrido la agenda de las preocupaciones, al punto que hoy el resto de las ETS apenas aparecen mencionadas en los Programas sanitarios específicos, y menos aún son las acciones que se proponen desde las estructuras estatales de atención de la salud.

La provincia de Misiones (RA), no es una excepción a esta generalidad. Las estadísticas disponibles sugieren sin embargo, que esta “indiferencia” es preocupante. En este trabajo nos proponemos apuntar algunos aspectos que se configuran alrededor de la ocurrencia de numerosos casos de sífilis congénita. Estas reflexiones, vale aclarar, forman parte de un Proyecto de Investigación⁵ más vasto orientado a reflexionar -desde distintas perspectivas- las diferentes articulaciones entre las ciencias sociales y las

⁵ Se trata del *Proyecto de Investigación 16/H287 Sexualidad y Ciencias Sociales: Aportes al campo de la salud*, Secretaría de Investigación y Posgrado FHCS – UnaM Dentro de los objetivos fijados para este el equipo de investigación trabajó distintos aspectos de las políticas públicas en salud. De esta manera fueron abordados los principales programas de atención de la salud y la enfermedad orientados a las mujeres y la infancia. En un primer nivel de análisis, necesariamente propositivo, fueron examinados los diagnósticos sobre los que se fundan y propuestas de intervención de estos Programas, a partir de las regulaciones legales en las que se inscriben -decretos, leyes, reglamentaciones, normas y recomendaciones-, por lo general elaboradas desde el Ministerio de Salud Pública de la Nación, aunque también se indagó en las disposiciones provinciales.

políticas públicas en el ámbito de la salud. Debe reconocerse que la transposición de este *problema* sanitario a la constitución de una *problemática* específica desde las ciencias sociales en general y desde nuestro ámbito disciplinar en particular, supone múltiples y complejas mediaciones.

Nos encontramos ante un heterogéneo conjunto de mujeres que han transitado su embarazo con esporádicos o ningún tipo de control prenatal, y que llegan al parto en distintos momentos del desarrollo de la enfermedad. La sífilis congénita conlleva las consecuencias más graves de la enfermedad, pero paradójicamente (o no) es –como se señaló más arriba- al mismo tiempo una patología absolutamente prevenible y curable a muy bajo costo luego de un tratamiento de la embarazada. Esta característica de la sífilis congénita la constituye en lo que lenguaje epidemiológico se conoce como *evento centinela*⁶, un evento cuya presencia pone de manifiesto inconsistencias y fallas en la ejecución de los programas de maternidad orientados a la atención del embarazo, como en la implementación de los programas específicamente orientados a la población que padece la enfermedad.

Muestra además la matriz ideológica de la mujer aprehendida solo en su dimensión reproductora. La crítica a estas limitaciones, conlleva –según entendemos- a la imperiosa necesidad de reconsiderar tanto los marcos teóricos y conceptuales como las estrategias desarrolladas hasta el momento para la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva, incorporando la perspectiva de género en la promoción de una vida sexual placentera y responsable, apuntado al ejercicio real de los derechos sexuales y reproductivos.

Se ha señalado que los discursos hegemónicos de subordinación de las mujeres ante los varones reproducidos desde el sistema de salud habilitan prácticas violentas -físicas y simbólicas- hacia las mujeres. Los resultados de estas prácticas se manifiestan en la sumisión de las mujeres a los mandatos bio-médicos, en las dificultades de acceso a información fiable y veraz sobre sexualidad, en las posibilidades de hacer valer sus derechos en la atención de embarazos y partos, etc. Como ocurre con los discursos religiosos y sentido común, la influencia de discursos dogmáticamente sostenidos como verdaderos desde el campo médico ejerce su coerción sobre las prácticas reales y sobre otros saberes, multiplicándose en prestaciones del propio sistema de atención así como del sistema educativo. 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.

Esta vulnerabilidad se expresa en limitaciones de orden material pero también en el orden simbólico, restringiendo aún más las condiciones de vida de las fracciones y categorías sociales subordinados. Desde esta perspectiva es que asumimos la importancia de revisar los aportes que las Ciencias Sociales acercan para el análisis de las prácticas de sexualidad, y éstas vinculadas con los derechos a la salud, en

⁶ Para el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) la sífilis forman parte de las llamadas *Enfermedades de Transmisión Sexual*, y para su seguimiento se atiende a diferentes clasificaciones que prioriza el grado de desarrollo de la patología –latente, primaria, secundaria, terciaria y sin especificar. Para todas esas clases de sífilis “el objetivo de la vigilancia es la detección precoz de los casos de sífilis congénita que permita el adecuado tratamiento de la madre y el niño, y además contribuir a interrumpir la cadena de transmisión”.

tanto que problematizar la sexualidad y analizarla críticamente en ámbitos de la salud pública habilitaría el ejercicio de una sexualidad más plena tanto individual como colectiva.

MARCO TEORICO

El trabajo de investigación que iniciamos se inscribe en la articulación siempre inestable entre ciencias sociales (particularmente la antropología) y ciencias de la salud. Los principios de comprensión y explicación que sustentan al punto de vista del campo biomédico y del socio-antropológico difieren tanto en los modos de pensamiento, en las construcciones alternativas de la realidad y a partir de allí en la misma fundamentación de sus objetos. Muy sucintamente pueden reseñarse los aspectos de divergencia. Mientras que la biomedicina se dirige abiertamente hacia a la acción, las ciencias sociales lo hacen hacia la comprensión. En biomedicina la investigación centrada en la enfermedad (disease), queda por lo general atrapada en la casuística, apuntando a cuestiones formales de su objeto al que acceden y explican a partir de datos derivados casi exclusivamente del orden cuantitativo; en las ciencias sociales contemporáneas los contextos relacionales y situacionales son los puntos de partida (y de llegada) en tanto que sus intereses de investigación centrados particularmente en el padecimiento, solo pueden realizarse en un proceso fundado prioritariamente en métodos cualitativos de análisis, sin desatender el peso de lo estadístico (Frankenberg Ronald: 2003:23)

La tradición dominante en América Latina de la salud pública, de neto corte positivista, fue objeto de fuertes cuestionamientos desde perspectivas sanitaristas, desde la llamada medicina social y de las ciencias sociales que han puesto de manifiesto desde hace un tiempo las insuficiencias de los paradigmas preventivistas y multicausales. "En los tiempos modernos, la práctica médica viene asumiendo cada vez más un carácter eminentemente técnico, reduciéndose a la aplicación práctica de tecnologías para el reconocimiento y manejo de cuadros patológicos. En esta dirección, se ha pautado casi que en un enfoque individualizado y biológico, con poco énfasis en el desarrollo conceptual de la Medicina y de sus ciencias básicas. Se trata de un proyecto de práctica ahistórico y acrítico, que se enfrenta con impasses y dilemas propios (...)" (Almeida Filho, N. 2000:115).

Para estos abordajes, las organizaciones sociales son meros agregados de individuos susceptibles de ser analizados epidemiológicamente porque comparten características demográficas similares -edad, sexo, ocupación; lugar de residencia, ingreso, escolaridad- que dan lugar a prácticas sobre el complejo salud, enfermedad y atención homogéneamente repartidas y a las representaciones que les son solidarias, enfoque que se sustenta en lo que Granda denomina el trípode fundacional de la salud pública: el funcionalismo para explicar el orden social, el método positivista para estudiar la enfermedad y el poder del Estado para garantizar la prevención (Granda, 2000).

La reforma que las distintas estructuras de los estados nacionales latinoamericanos vienen realizando sobre sus sistemas de salud han dado origen a dos visiones, por momentos contrapuestas, respecto de las intervenciones en el área de salud reproductiva. Por un lado, es posible reconocer discursos reformistas que argumentan en términos de eficiencia en la asignación de los siempre escasos recursos

presupuestarios disponibles y en eficacia de las acciones encaradas por el sistema en su conjunto. Por otro, esta visión es interpelada en forma creciente por discursos que promueven la necesidad de estructurar las prácticas en salud sexual en términos de derechos reproductivos. Podrían ciertamente encontrarse acuerdos en muchas líneas de trabajo entre estas dos posiciones. No obstante, y más allá de lo sustentado por los mismos actores, tendríamos que reconocer que por debajo de estos discursos persisten visiones del mundo altamente incompatibles que estructuran modos de reconocer, valorar y actuar sobre la realidad, haciendo poco menos que insalvables las diferencias que las separan.

En este contexto -necesariamente amplio- es donde situamos nuestro abordaje del análisis realizado para la Provincia de Misiones desde la epidemiología tradicional (y hegemónica) de las enfermedades de transmisión sexual en general y de sífilis congénita en particular⁷. Se trata igualmente de indagar en la concepción epidemiológica sustentada igualmente en dispositivos institucionales y en prácticas clínicas seguidas para el tratamiento de la ETS. Para nuestros propósitos, el concepto de riesgo adquiere una importancia estratégica, en tanto que constituye un eje 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, N. 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 inicialmente 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 este autor, cuando los significantes sociales sobre el riesgo en su empleo cotidiano son retomados por el discurso médico conservan este carácter polisémico y su inconsistencia. 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 Almeida Filho- de un proceso de reificación no del todo explicitado que opera en los discursos y prácticas médicos.

La epidemiología ha construido su objeto de conocimiento alrededor del concepto de riesgo. En su dimensión estrictamente técnica, retiene el sentido de “probabilidad” presente en el discurso social. En esta probabilidad se asienta la propensión a abstraer de las múltiples particularidades que rodean a los procesos de salud-enfermedad, aquellos factores que permitan realizar predicciones plausibles.

⁷ Al respecto, véase Jacquier, N. Dos Santos, L. Deschutter, J. et al. "Sífilis en Madres Adolescentes en la Ciudad de Posadas, provincia de Misiones". (Artículo Especial) Rev. Medicina. 1999, 59 (5): 437-445. Disponible en http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol59-99/5/v59_n5_1_437_445.pdf

Concretamente en epidemiología, los modelos de prevención basados en el concepto de riesgo descansan en el presupuesto que el dato originado en una población reaparecerá en otros colectivos ubicados en otros lugares y/o en otros periodos temporales. En este planteo la noción de riesgo remite exclusivamente a una formulación colectiva, susceptible de manipulaciones estadísticas y de formalización matemática. Se supone que la recolección sistemática y exhaustiva de datos individuales en una población permite realizar predicciones epidemiológicas para poblaciones no-observadas o para esa misma población (u otra) en un momento del tiempo ulterior. Lo esencial es que en el discurso epidemiológico, el concepto de riesgo se aplica al ámbito colectivo y supraindividual, cuando los datos fueron abstraídos de "individuos". Estas predicciones epidemiológicas encuentran serias limitaciones en lo que se conoce como la "falacia ecológica", es decir que se infiere la naturaleza de determinados individuos a partir de las estadísticas agregadas del grupo al que pertenecen. Esta forma falaz de argumentación que supone que todos los miembros de un grupo presentan las mismas características del grupo, orientan -en el nivel de las representaciones y de las prácticas médicas que le son solidarias- la producción de un conjunto de estereotipos y prejuicios cuando se aplican las características "típicas" del grupo en general a un individuo.

El análisis de Almeida señala que bajo las nociones fusionadas de riesgo y factor de riesgo, ciertos usos epidemiológicos retoman la ambigüedad propia del discurso social común entre potencialidad y entidad del peligro. Esta "inconsistencia incorporada" posibilita la aparición de una incoherencia en la estructura lógica del discurso a partir del aglutinamiento entre el determinante del riesgo (el factor riesgo) y su efecto (el riesgo en sí mismo) (Almeida, 2000:250).

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 paciente⁸.

La investigación que iniciamos se inscribe igualmente en los llamados estudios de género. La emergencia de este campo de estudios fue precedida por las intervenciones -políticas y académicas- del feminismo, que desde el inicio se estructuró como un área de conocimiento transversal dentro de las ciencias sociales y de las ciencias humanas en general. El feminismo fue fundamental también para la introducción de la dimensión de género como preocupación del estado, particularmente en programas de política pública. En este contexto, la sexualidad se constituyó como un importante objeto de disputa política, definida simbólicamente por los movimientos feministas como esfera privilegiada para la emancipación de las mujeres.

Con la institucionalización de la categoría -"la perspectiva de género", como se la designa en diversos ámbitos institucionales, particularmente en el de la salud pública- el potencial crítico de esta herramienta

⁸ Para Almeida Filho, en esta transformación del concepto de riesgo epidemiológico operada por la clínica existe un proyecto "contrasubjetivo" y "deshumanizador".

analítica se ha ido perdiendo y finalmente ha sido domesticada al punto que hoy en esos ámbitos pareciera que no designa otra cosa que la "mirada de la mujer". En otras palabras, en ese proceso de incorporación de esta categoría a los discursos institucionales pasa a ser un elemento decorativo, "políticamente correcto", pero incapaz de cuestionar el sistema de desigualdades existentes y de promover activamente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Desde la perspectiva género y sexualidad -centrales para nuestros propósitos- corresponde señalar que la situación de las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud se presentan 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 y reforzada por la condición de género. Por ello, la negación de la sexualidad en el campo de la salud constituye una expresión más de la vulnerabilidad de las mujeres pobres, denota una mayor dominación y sujeción. 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.

ASPECTOS DE ORDEN METODOLOGICOS

Este primer Informe asume sin reservas un carácter estrictamente exploratorio en tanto que nos encontramos definiendo y reconociendo un terreno poco transitado desde las ciencias sociales, como sin duda lo es el espacio donde se articulan saberes y prácticas epidemiológicas y clínicas sobre un padecimiento escasamente tratado por la investigación social, y donde se interceptan complejas categorías teóricas.

Para elaborarlo se han realizado entrevistas semi-estructuradas entre el personal de salud vinculados con la vigilancia epidemiológica y asistencial. Igualmente hemos tenido la oportunidad de dialogar informalmente con mujeres puérperas madres de recién nacidos con análisis de LUES positivo. Es sabido que en general la etapa de puerperal acarrea en las mujeres bruscos cambios hormonales, cambios que suelen expresarse también agudamente en el ánimo de las parturientas, en este caso sobredimensionado por el estado de salud del/a hijo/a. Esta cuestión aquí someramente apuntada, merece ser atentamente evaluada cuando encaremos una indagación más profunda.

Aún cuando reconocemos que el lugar de estudio no es el objeto de estudio, corresponde señalar que el locus donde se realizaron estas entrevistas son las áreas de información epidemiológica del Ministerio de Salud provincial y el *Servicio de Obstetricia* del Hospital Materno Neonatal "Dr. Ramón Madariaga" de Posadas, Provincia de Misiones. Se han realizado igualmente las primeras observaciones en estos ámbitos y en el área de Neonatología del mismo Hospital.

Tuvimos acceso a las historias clínicas (HC) de las madres allí internadas durante los meses de Enero a Marzo de 2011 que -de acuerdo a los análisis de laboratorio- presentaban este diagnóstico presuntivo al momento del parto. Aunque el análisis de la HC forma parte de otro informe actualmente en elaboración, corresponde ahora señalar la inconsistencia de las estrategias sanitarias de tratamiento y prevención del servicio de salud que pretende abordar una enfermedad infecciosa que necesariamente liga a tres personas, dándose un sistema de registro absolutamente individualizado -desagregado en dos HC (la madre y el recién nacido) sin conexiones entre sí y desconociendo al tercero-, lo cual es una elocuente muestra del carácter marcadamente biologista el modelo de atención, centrado en la mujer-madre ignorando la participación masculina en la reproducción.

Las entrevistas han tenido como propósito central reunir información que permitan formalizar el diseño para una investigación más profunda. Por un lado, y debido a la escasísima información consignada en las historias clínicas maternas, se intentó especificar la trayectoria laboral reciente y el estado conyugal de actual de las mujeres. Al mismo tiempo se procuró también identificar el nivel educativo alcanzado por las mismas e indagar inicialmente en los sentimientos y representaciones de estas mujeres respecto de aquello que están viviendo.

En la actualidad -y lamentablemente- el servicio de salud pública provincial no completa el relevamiento de las cuestiones establecidas en el conocido *Sistema Informático Perinatal* (SIP) desarrollado por el *Centro Latinoamericano de Perinatología* (CLAP). Este sistema -empleado por toda América Latina- se orienta específicamente a relevar datos estadísticos referidos a la salud y su atención en las madres y sus niños, desde el comienzo del embarazo, durante el parto y el puerperio. Este Sistema es de crucial importancia para el análisis epidemiológico y para la toma de decisiones que apunten al mejoramiento de las prácticas de salud dirigidas a dichos grupos y etapas⁹.

Esta ausencia de información -en sí misma, todo un síntoma del interés que despierta el seguimiento de las políticas sanitarias- constituye un obstáculo para reconstruir el pasado gestacional de las mujeres y todos los datos referidos al proceso de atención del último embarazo. La información consignada en las Historias clínicas -cuyas "lagunas" adquieren a veces una magnitud oceánica- no permiten ni por asomo reemplazar la ausencia del SIP.

UNA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA

La persistente recurrencia de la sífilis congénita resalta las limitaciones que evidencian los modelos médicos de atención en salud, sobre todo -como dijimos- aquellos centrados en el control del embarazo donde su fracaso es indisimulable. Los indicadores de sífilis congénita nos confrontan con la evidencia de

⁹ El SIP contribuye a la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de la puerpera y su hijo al centro de salud. Aporta además, elementos para el seguimiento de algunas metas propuestas por las Naciones Unidas, que le otorga al SIP el carácter de instrumento de verificación y estudio de políticas de estado.

El Sistema fue incorporado por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil a las Normas y/o Guías Nacionales y Provinciales de la actividad. Evidentemente en el contexto provincial no se ha dado esa "cultura de la sistematización" de los datos perinatológicos en los servicios asistenciales a los que se orientaba su implementación.

mujeres con algún grado de sífilis que no fueron diagnosticadas y tratadas adecuadamente durante su embarazo.

Para la Provincia de Misiones, la sífilis congénita comporta un grave problema sanitario: esta jurisdicción presentó 107 registros de Lues congénita durante el año 2009, el 53.7 % de los eventos acaecidos en el NEA y el 16.8 % de los casos nacionales, cuando el total de los nacidos vivos en Misiones apenas constituyen el 3.3 % de los totales del país. Valores similares se encuentran en el 2008 y también en las proyecciones de los posteriores.

CUADRO 1

SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN JURISDICCIONES (frabs)

Jurisdicción	Años					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total País	838	603	582	767	680	635
Región NEA	251	141	115	150	200	199
Misiones	180	48	24	62	114	107

FUENTE: elaboración propia sobre Indicadores Básicos Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) Ministerio de Salud de la Nación - Organización Panamericana de la Salud

Una primera y necesaria observación se dirige al significado de las prácticas sanitarias y de políticas supuestamente activas para su seguimiento y tratamiento. Más allá de las menciones muy genéricas de los Programas nacionales específicos que pretenden afrontar las infecciones de transmisión sexual (concretamente, el Programa ETS VIH/SIDA), debe subrayarse que son ciertamente escasas las intervenciones implementadas desde el estado provincial para abordar la cuestión. En contraposición con lo que recomendado por todos los manuales de la materia, no hay búsquedas activas y seguimientos programados de los casos confirmados de Lues, lo cual explica su recidiva y el mantenimiento de las tasas de frecuencia estadísticas. No obstante, debe señalarse que desde la aparición del SIDA y su asociación con estas otras infecciones¹⁰, es que las genéricamente llamadas "enfermedades venéreas" han vuelto a ocupar la atención de los sanitarios.

Se ha observado que su persistencia visibiliza vacíos e insuficiencias en la implementación de otros programas de salud materno infantiles que debería prevenir su aparición. Sin dudas, actualmente el más importante de estos programas -en cuanto presupuesto y alcance- es el Plan Nacer. Al parecer, los modelos médicos de atención seguidos desde una perspectiva epidemiológica, como los centrados en nuevas formas de gestión mediante cápita, estrechamente ligados a una concepción biologista e individualista, esta vez ampliada al binomio madre/hijo, son manifiestamente insuficiente para intervenir en una realidad que se resiste a ser abordada por fuera de la "perspectiva de género", y contradicen los

¹⁰ Para un análisis de los vínculos históricos y simbólicos entre SIDA y sífilis, véase entre otros a Susan Sontag en "El SIDA y sus metáforas".

discursos oficiales acerca de que estamos frente a un “nuevo paradigma” de atención centrados en la salud y no en la enfermedad¹¹.

Las políticas orientadas al sector salud por el estado provincial, tanto en su fundamentación como en el plano de la implementación, constituyen un importante trasfondo donde nuestro análisis cobra sentido y significación. Si bien no constituye formalmente nuestro objeto privilegiado de investigación, reconocemos que es de referencia obligada para situar las reflexiones sobre las diversas formas de intervención estatal en el proceso salud, enfermedad atención.

Alrededor de la sífilis en particular, como de las venéreas en general (en el plano de las representaciones colectivas no existen diferencias sustantivas entre las distintas ETS), se han construido históricamente muy diversas significaciones. Casi siempre, la sífilis se ha constituido como uno de grandes “males” de la humanidad, por momentos un pecado individual, en otros una situación de alarma que escapaba a la órbita del individuo y su familia para constituirse en un peligro social y casi siempre sostenida por discursos de culpabilización de los enfermos.

Todas esas representaciones retienen parte de su vigencia incluso entre personal de los equipos de salud donde situamos nuestra investigación, como en parte parece evidenciarlo discursos recogidos en las tareas preliminares a la formulación de este Proyecto. A estas conceptualizaciones ahora se agrega la supuesta inevitabilidad de su persistencia y por ello las perdurables consecuencias que acarrea, debido a un factor “incontrolable”: la sexualidad masculina, refractaria por definición a todo tratamiento.

Afortunadamente muchos profesionales de la salud, ubicados en la primera línea de atención reconocen la gravedad y profundidad que encierra este cuadro epidemiológico. Sin embargo, el cuestionamiento de las estadísticas sobre Sífilis Congénita es una constante entre los equipos de salud del área materno-infantil.

Quizá como argumento contrafáctico, corresponde señalar que también se cuestionan otras muchas estadísticas. Antes que tratar de justificar o atacar su verosimilitud, deberíamos prestar atención a los argumentos esgrimidos acerca de porque no son ajustadas a la realidad estas estadísticas. Sintéticamente, los argumentos que esgrime el personal médico consultado señalan que 1) En otras jurisdicciones hay un sub registro en las estadísticas de sífilis congénita. 2) el Sistema de Salud provincial registra todos los casos de lues congénita; y 3) En Misiones siempre hubo muchas enfermedades venéreas. Los casos que se denuncian son reales, pero hay muchos más que no se registran. Detrás de estas afirmaciones, que no se niegan recíprocamente, se esconde toda una bio-política del cuerpo y la salud, que descansa en una concepción epidemiológica que es necesario desentrañar. En principio podríamos señalar que estos cuestionamientos no niegan la evidencia estadística, sino que la relativizan cuando la comparan con las tasas de otras jurisdicciones y la naturalizan cuando atiende a su espesor histórico.

¹¹ Al respecto, véase Ramos J. Miguel *Entre viejos y nuevos paradigmas: políticas provinciales sobre salud sexual reproductiva*. Un análisis preliminar sobre la implementación del *Plan Nacer* en la Provincia de Misiones. Informe *Proyecto Sexualidad y Ciencias Sociales: aportes al campo de la salud*. Proy.16H287.IA2009 (inédito)

Decíamos más arriba que este Informe asumía un carácter exploratorio. En ese sentido no deberían esperarse ahora conclusiones de algún tipo, sino tan solo un conjunto de hipótesis o sugerencias a ser tenidas en cuenta en otra etapa donde se ahonde en la problemática.

Atendiendo a esto, señalamos que el perfil socioeconómico que parece predominante de las mujeres que atraviesa su embarazo portando alguna etapa de esta patología, de acuerdo a la caracterización que realiza el personal asistencial se corresponde muy genéricamente con aquel que cierta literatura sociológica identifica como característica de los sectores marginalizados de la sociedad, esto es mujeres ocupadas en trabajos de escasa formalización y de bajo nivel remunerativo, cuando no simplemente desocupadas y/o "beneficiarias" de algunos de los planes estatales que combaten la pobreza extrema, sosteniendo vínculos conyugales transitorios y de reciente constitución, y alcanzando niveles educativos comparativamente bajos. Sumado a estos indicadores se agregan otros elementos que para la mirada epidemiológica sostenida por el modelo médico hegemónico indican *factores de riesgo*: un inicio temprano en la sexualidad, con recurrencia estadística de embarazos en la adolescencia, escasa o nula vinculación con el sistema de salud que inhibe la captación temprana del embarazo, acompañados de eventuales antecedentes de violencia (doméstica o sexual), adicciones a sustancias prohibidas (cocaína, marihuana, etc.) y a esporádicos trabajos sexuales o una vida cotidiana en situación de calle.

Como se ha sugerido, 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 del 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 estas mujeres han tenido en realizar los controles rutinarios del embarazo¹². Esta desidia es interpretada entonces como un emergente de algo más profundo y temido: su rechazo a la maternidad. Desde esta perspectiva, se instala 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.

¹² 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.

Las diferentes dimensiones que asume la sexualidad de estas mujeres y sus parejas adquieren para nuestros propósitos de investigación un carácter estratégico. 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.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Las cuestiones esbozadas preliminarmente hasta aquí se entroncan con la mirada más amplia sostenida desde el Proyecto de Investigación que integra. Si bien no se han diseñado aún políticas sanitarias que aborden integralmente la lucha contra la sífilis congénita, esta lucha se encuentra incluida en un conjunto de programas de maternidad e infancia y de salud sexual y reproductiva que se vienen implementando desde hace varios años con resultados que -a la luz de las evidencias estadísticas- no pueden valorarse como satisfactorios.

En este sentido, entendemos que una investigación orientada a especificar las implicancias socioculturales de una patología como la que nos ocupa, corresponde que al mismo tiempo atienda tanto a la especificidad del proceso de salud, enfermedad y atención que involucra, como a las desigualdades de género y de otras pertenencias sobre las que se despliega, a las creencias generalizadas sobre los atributos que caracterizan a varones y mujeres referida a muy diferentes aspectos (la procreación, el auto-cuidado, la sexualidad, el embarazo no deseado, etc.) entre otros ya apuntados.

No obstante, estas cuestiones por importantes que parezcan no deben oscurecer el hecho que la recurrencia de la sífilis congénita también se origina y perpetúa en los factores que inhiben el empoderamiento de estas mujeres para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

BIBLIOGRAFÍA Consultada:

- ALMEIDA FILHO Naomar de *La ciencia tímida Ensayos de deconstrucción de la epidemiología* Buenos Aires, Lugar Editorial. 2001.
- BERLINGUER Giovanni. *La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal y estímulo*. Buenos Aires, Lugar Editorial. 1994.
- BOURDIEU, Pierre *La dominación masculina*. Barcelona, Ed. Anagrama, 2000.
- BRONFMAN Mario *Como se vive se muere Familia, redes sociales y muerte infantil* Buenos Aires, Lugar Editorial. 2001.
- CERRUTI BASSO Stella "Salud y sexualidad desde la perspectiva de género" en E. GOMEZ (ed.) *Genero, mujer y salud en las Américas*. Washington DC OPS, 1993 pp 124-129.

- CARVALHO MESQUITA AYRES José Ricardo De *Acerca del riesgo Para comprender la epidemiología* Buenos Aires. Lugar Editorial. 2001.
- CORCUFF PHILIPPE *Las nuevas sociologías Construcciones de la realidad social* Madrid, Alianza Editorial SA. 1998.
- DE LOS RIOS, Rebecca *Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción* www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PC541-3-18.pdf.
- HELLER, Agnes y FERENC Fehér *Biopolítica: la modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona, Península. 1995.
- LE BRETON, D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión. 1995.
- LE BRETON, D *Antropología del Dolor* Barcelona, Six Barral .1999.
- FLEURY, Sonia *Estado sin ciudadanos*. Buenos Aires, Lugar Editorial. 1997.
- FRANKENBERG, RONALD. "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, Buenos Aires. Facultad de Filosofía y letras UBA 2003.
- GRANDA, EDMUNDO "Formación de salubristas: Algunas reflexiones" en *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI* .Medellín, Universidad Nacional de Colombia/Universidad de Antioquia. 2000,
- MENÉNDEZ, Eduardo. "Salud Pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible". En: OPS. *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica Nro. 540. Washington DC. 1992
- "Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones". *Cuadernos de la Casa Chata*. Nro. 179. CIESAS. México. 1990.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. SERIES Y BOLETINES "Estadísticas Vitales- Información Básica 2008" Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- MORENO, Elsa. "Introducción". En OPS. *Salud Materno-infantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias*. Publicación científica Nº 461. OPS. Washington. 1984.
- PLAN NACER. *Manual para el Prestador* El Ministerio de Salud de la Nación, 2005.
- SHEPPER-HUGHES Nancy *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil* Barcelona, Ariel. 1997.
- SONTAG Susan *El SIDA y sus metáforas* Barcelona, Muchnik Editores. 1989.
- SOUZA MINAYO Maria Cecilia de EL DESAFÍO DEL CONOCIMIENTO Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004
- TENTI FANFANI, Emilio *El Estado benefactor: un paradigma en crisis*. Bs. As. Miño y Dávila- Ciepp. 1991.
- TESTA, Mario *Saber en salud La construcción del conocimiento* Buenos Aires, Lugar Editorial. 2001.
- STOEHRREL, Verónica. "Sobre los fines y la metodología en los estudios sobre la mujer y las relaciones de poder en la sociedades occidentales desarrolladas". *Espéculo. Revista de estudios literarios*. Universidad Complutense de Madrid. 2000.
http://www.ucm.es/ino/especulo/numero16/v_stoehr.html

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 7

Mujeres, cuerpos y métodos anticonceptivos

Cinthy Gabriela Sosa

Adscripta estudiante

En esta presentación sintetizamos algunas reflexiones que nos fueron surgiendo acerca de cómo incide la dimensión corporal en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres usuarias de un Centro de Atención Primaria de la Salud de Posadas, Misiones.

Trabajamos con las mujeres que asistían al Centro de Atención Primaria (CAPS) N° 21, ubicado en el barrio Independencia de la ciudad de Posadas, en talleres para brindarles información acerca del uso de los métodos anticonceptivos (MACs), las infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros temas que cambiaban según las inquietudes que éstas presentaban.

Los encuentros se realizaban los días jueves a las 13.30 hs, en el CPAS durante el período en que las mujeres esperaban para ser atendidas, ya que llevaban a sus hijos a la consulta médica con el pediatra, que atendía entre las 14:00hs y las 14:45 hs aproximadamente, según el número de pacientes. Como el horario de llegada del médico podía anticiparse, estas mujeres concurrían un poco antes pues temían perder el turno, de este modo las esperas podían ser de casi una hora, momento en que desarrollaban los talleres.

Las instalaciones del CAPS eran bastante pequeñas: contaba con un solo consultorio para el médico, la enfermería, y una oficina que funcionaba para la administración y la farmacia pues allí retiraban sus remedios los pacientes. El personal que asistía el turno de la tarde estaba integrado por: el guardia de seguridad, una enfermera, la señora de la administración y las promotoras de salud, y el médico, cuya especialidad variaba según los días de la semana (lunes y jueves, pediatra; martes y viernes, ginecólogo, etc.).

Nosotras llevábamos acabo el taller en la salita de espera, que contaba con dos bancos largos para sentarse, donde esperaban las personas hasta que llegase el médico y luego el turno de ser atendidas. El taller comenzaba a las 13:30 hs a 14:45 aproximadamente, a veces nos extendíamos porque las inquietudes de las mujeres eran varias. A este CAPS concurrían vecinos del barrio y vecinos de los barrios aledaños (por ejemplo del barrio San Onofre).

En todos los encuentros se utilizaban como material de apoyo didáctico láminas de gran tamaño (de 130 cm de alto) de los cuerpos de una mujer y de un varón con los órganos del aparato reproductivo destacados para acompañar nuestras explicaciones y hacer aclaraciones. También usábamos como complemento un conjunto de métodos anticonceptivos, los mismos que se distribuían desde el sistema público de salud: pastillas comunes y para el período de lactancia, ampollas de los inyectables, un dispositivo intrauterino (DIU) con el colocador para mostrar en qué consistía la colocación. Se repartían folletos alusivos al uso de los diferentes métodos para facilitar la comprensión de sus características y formas de administración.

Durante los talleres, preguntábamos a las mujeres acerca de qué MACs eran los que conocían, ante lo cual respondían: pastillas e inyecciones anticonceptivas. Surgían interrogantes acerca de si las pastillas hacían engordar o modificaban en algo el "aspecto visible del cuerpo", o si las inyecciones como método

preventivo del embarazo, "sacaban muchos vellos". Como dice Bourdieu "Casi no es necesario recordar en efecto que el cuerpo, en lo que tiene de más natural en apariencia, es decir, en las dimensiones de su conformación visible (volumen, talla, peso, etc.), es un producto social..." (Bourdieu 1986:184).

Parafraseando a Bourdieu, podemos señalar que si bien las características distintivas que diferencian a los varones de las mujeres están dadas bajo una base biológica, no podemos negar que la percepción del cuerpo está condicionada por factores socio-culturales y que éste se va modificando a través de la historia y de las influencias políticas sociales y culturales por las cuales atraviesan los actores sociales. También es necesario remarcar que estas percepciones pueden variar según el acceso económico y cultural que posea el individuo y lo que él mismo pueda adquirir para modificar su cuerpo real y poder obtener el cuerpo ideal.

Debemos aclarar que las mujeres entrevistadas pertenecen a un estrato social medio y medio-bajo (algunas dispusieron de obra social en otros períodos de sus vidas y/o disponen pero les resulta más problemático desplazarse hasta el centro para atenderse que continuar utilizando los servicios de la salita), con lo cual no son inherentes a estas mujeres lo que se propone como el cuerpo ideal, que nos llega a través de los medios de comunicación, revistas y programas de entretenimientos, donde las figuras corporales de los protagonistas pocas veces coinciden con los cuerpos reales de la mayoría de las mujeres.

Otros rasgos que presentaban las mujeres que concurrían al CAPS 21, era que no consultaban regularmente al ginecólogo desde su último hijo; en algunos casos se trataba de mujeres grandes de edad (más de 40 años) que habían tenido varios hijos y priorizaban la atención de sus hijos antes que la de ellas. Por ejemplo, una señora de 45 años contó que no fue a consultar al ginecólogo desde el nacimiento de su último hijo, que hasta esa fecha contaba con 12 años de edad. El cuidado de sus cuerpos no se halla interiorizado como parte de su salud, solo consultan ante situaciones de enfermedad. En cambio, para con sus hijos, la cuestión de controles preventivos sí está más internalizada.

En un taller, una mujer al ver el DIU comentó que ella tenía colocado desde hacía varios meses pero era la primera vez que lo veía; su ginecólogo no se lo mostró y tampoco le dio mucha explicación, solo le señaló que era recomendable para su caso era lo más apropiado ya que las pastillas no le funcionaron por haberse olvidado de tomarlas en más de una oportunidad y esto la llevó a tener más hijos de lo que tenía planificado.

Durante los talleres realizados pudimos observar un rasgo que se presentaban la mayoría de las mujeres participantes: conocían muy poco acerca del DIU, de cómo se lo ingresaba y situaba en sus cuerpos por ello presentaban menor predisposición a utilizarlo, el conocimiento de sus cuerpos era muy acotado, (nos referimos al reconocimiento de los nombres y ubicación de los órganos reproductivos). Incluso nos encontramos con numerosas mujeres que no tenían información sobre el DIU, y más de una vez aún informadas sobre sus ventajas y desventajas tendían a presentar rechazo. Así nos surgió la pregunta ¿por qué las mujeres presentaban más rechazo al DIU? Sus respuestas circulaban en torno a que "es un método invasivo", puesto que el mismo se coloca en el útero través de la vagina, su colocación lleva entre 10 y 15 minutos, es más recomendable su colocación en el momento en que la mujer se encuentra menstruando ya que el cuello del útero se encuentra más dilatado y se introduce con mayor facilidad en su colocación; se lo coloca utilizando un colocador lo mantiene plano y cerrado hasta que llega al fondo del útero.

Conociendo estos procedimientos e imaginando los cambios en el interior de sus cuerpos, las mujeres concurrentes al CAPS 21 preferían las pastillas o las inyecciones. Tener un objeto extraño en sus cuerpos por más efectivo que resultara para prevenir embarazos, o pequeño que pareciera no les hacía

mucha gracia a estas mujeres. Sus argumentos para elegir pastillas o inyecciones anticonceptivas consistían en que su uso para ellas no representaba tanta exposición de su cuerpo ante el médico, y las consideraban más efectivas.

La siguiente pregunta que nos surgió fue: ¿qué les ofrecen los programas de salud a las mujeres para quitarse estas dudas tan frecuentes? Aunque en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva están previstas las consejerías tanto individuales como grupales, no se efectivizan. La administración de MACs sigue siendo un acto rutinario donde más opina el médico que la usuaria y la información que se pone a su disposición es limitada. Los talleres implementados desde el proyecto de la UNaM proveían de un espacio de consulta e información que posibilitaba acceder a más conocimientos para tomar las decisiones, pero no forman parte de una oferta programática permanente. Lo que se informa en la consulta médica se orienta más a la descripción de los métodos en sí que a sus efectos en los cuerpos femeninos.

Schiavoni y Fretes, en base a una investigación realizada en el Hospital "Dr. Ramon Madariaga" de Posadas, señalan: "A partir de una serie de encuentros de promoción de salud sexual, observamos que la mayoría de las usuarias tiene dificultades para referirse a su propio cuerpo, desconoce sus partes y realiza limitadas prácticas de autocuidado, controles y análisis médicos. Estos aspectos, constitutivos de su sexualidad, influyen en sus representaciones y prácticas de salud" (Schiavoni y Fretes 2010:187).

Bibliografía mencionada:

Bourdieu, Pierre "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo" en *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid. Editorial La Piqueta 1986. Págs. 183-194.

Bourdieu, Pierre *La dominación Masculina*. Buenos Aires. Editorial La Pagina S.A. 2010. Págs. 15-79,

Schiavoni, Lidia y Fretes, Lucia "Cuerpos innombrables y cuerpos nominados. Perspectivas de las usuarias y del equipo de salud Reproductiva y Procreación Responsable" en Citro, Silvia (comp.) *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Bs. As. Ed. Biblos. Págs. 183-194.

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 8

Aborto: una mirada desde los aspectos sociales, legales y políticos

Suirezs Vanesa
Adscripta estudiante

Introducción

En nuestro país una de las principales causas de muerte materna es el aborto y esto a causa que en la mayoría de los casos son realizados de manera clandestina sin las normas y medidas de salubridad adecuadas para su realización. Hoy día el aborto es considerado por la legislación vigente como un delito excepto casos puntuales, pero también como un "acto de asesinato" por parte de muchos sectores de la sociedad, principalmente por la iglesia. Los sectores más vulnerables ven dificultado el acceso a información adecuada y a los programas de salud, en muchos casos se advierte no solo que la información se desvirtúa sino también se realiza un mal uso. Nos interesa presentar en este informe los datos que recogimos sobre el aborto en nuestro trabajo con mujeres – adultas y jóvenes- de sectores populares de Posadas. No se trata de fijar posición política, estar a favor o en contra del aborto, sino de analizar a partir de los testimonios relevados cuáles son las consecuencias del modo en que se interpreta la legislación vigente que penaliza el aborto, y las limitaciones que se plantean frente al derecho de las mujeres de la libre elección sobre su propio cuerpo y su vida, y el derecho a la vida en términos generales.

Al realizar un informe sobre un tema como el aborto considero necesario dar cuenta de los aspectos que son de nuestro interés dando a conocer la incidencia que tiene este fenómeno en nuestra sociedad en la actualidad, y para ello parto de una pregunta inicial: *¿qué significa el aborto, y el derecho al aborto no punible?* Para poder explicar mejor este aspecto nos centraremos en temas como: el tipo de conducta de las mujeres frente al aborto, los aspectos, morales, políticos, ideológicos y religiosos que inciden en su opinión sobre el aborto. Además de la mirada de diferentes autores, teniendo en cuenta distintas posiciones al respecto..

La edad y el nivel socio-económico, como inciden en la decisión de la práctica del aborto; así como la decisión en la utilización de métodos anticonceptivos como vía favorable para el retraso de un embarazo y la no realización de un aborto. ¿Qué tipo de diferencias se pueden encontrar en las percepciones de las mujeres con respecto al aborto? ¿En qué medida se cumple el derecho al aborto no punible frente a los casos contemplados en la ley? Comprender si la decisión de la práctica del aborto tiene que ver solo con la mujer en sí, o en ella influye su contexto de vida (su pareja, algún tipo de familiar o amigos, vecinos).

Se incluirán distintas opiniones con respecto a lo que es la diferenciación entre la vida y la persona. Y se intentará realizar una aproximación con respecto al estado emocional que conlleva la práctica del aborto en las mujeres.

Para poder desarrollar estos tópicos, se tomaron diferentes testimonios de mujeres, a través de entrevistas, durante talleres de salud sexual y reproductiva realizados con mujeres adultas y con jóvenes de Posadas. Las primeras fueron contactadas en el Centro Social y Comunitario del barrio San Jorge, son promotoras del Proyecto PROGEN, sus edades oscilan entre 30 y 50 años aproximadamente. Las

jóvenes tienen entre 15 y 19 años, son residentes del barrio Yacyretá, concurrentes al Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS N°5). Estos encuentros se realizaron durante el mes de agosto del 2011.

¿Qué significa el Aborto y el derecho al aborto no punible?

Se entiende por aborto a la interrupción de un embarazo en cualquier instancia de su desarrollo desde el momento de su fecundación, hasta la expulsión del feto o embrión que no ha alcanzado su desarrollo para sobrevivir, y éste puede ser causado por diferentes motivos o métodos, ya sean de origen natural o espontáneos, o inducidos. Estos últimos pueden ser realizados de diversas maneras, dependiendo del estado de salud de la madre y del tiempo de gestación del embrión o feto; se lo realiza mediante intervención quirúrgica o por la utilización de medicamentos o químicos, este tipo de procedimiento no es excluyente según quién lo realice; es decir, no necesariamente tiene que realizarse a través de un médico, sino que también lo puede hacer una persona que conozca el tema y su procedimiento.

En Argentina el aborto es ilegal, es considerado un delito contra la vida. Pero según el código penal vigente es aceptado solo bajo dos circunstancias: cuando la salud o vida de la madre corre peligro; y cuando el embarazo es producto de una violación, o en una mujer mentalmente discapacitada, en estos casos se puede hacer pedido de la instancia de aborto.

Más allá que los abortos no punibles están contemplados en la ley, aun así se sigue restringiendo su cumplimiento. Para dar cuenta de esto basta con nombrar un caso ocurrido durante el 2011 en la ciudad de Posadas, acerca de una adolescente de 14 años violada y embarazada por su tío a quien se le negó el aborto. Este tipo de situaciones son las que reflejan la incompetencia e incumplimiento del sistema que penaliza el aborto en nuestro país.

Empero, a partir del caso de "A. G., una adolescente de Comodoro Rivadavia que fue violada por su padrastro cuando tenía 15 años. Su mamá optó por llevar el pedido de aborto a la Justicia para que se hiciera en un hospital público de modo de resguardar muestras genéticas que sirvieran para probar la violación. En la Justicia penal, juez y fiscal se declararon incompetentes, el fuero de familia rechazó la petición en primera y segunda instancia y, cuando el embarazo de A. G. ya tenía 20 semanas, la Corte Suprema de Chubut dio vuelta el enfoque y ordenó encuadrar el reclamo como un aborto no punible. Aunque descartó la necesidad de autorización, la firmó para saldar una polémica que se estiraba mientras la joven "presentaba síntomas depresivos" e "ideas suicidas" ante un "embarazo" que avanzaba y era "vívido" por ella como "un evento extraño, invasivo".

Ante este caso la Corte Suprema explicó el derecho al aborto no punible y fijó pautas precisas para su cumplimiento, estableciendo, entre otras cosas que: *"Lejos de estar prohibido", el aborto "está permitido y no resulta punible" cuando "el embarazo es consecuencia de una violación". Vale para toda mujer. Es un derecho que se debe interpretar en forma "amplia" y sin distinciones "discriminatorias" que lo limiten a quienes padecen una discapacidad mental. Interrumpir la gestación producto del abuso sexual tampoco requiere ninguna clase de autorización judicial ni trámite burocrático.* (Diario Pagina12; miércoles 14 de marzo del 2012)¹³

Esta resolución exige a las autoridades nacionales, provinciales y porteñas a aplicar normas de alto nivel y protocolos hospitalarios para atender abortos no punibles y para la asistencia integral de toda víctima de violencia sexual, sin importar si se trata de una mujer demente o discapacitada.

¹³ <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-189566-2012-03-14.html>

Tal como lo considera E. López "la anticoncepción y su contracara, el aborto inducido, dan testimonio de una clara situación de inequidad: mientras las mujeres y las parejas de los sectores sociales más favorecidos disponen de mayores posibilidades en la elección de métodos y frente a la decisión de interrumpir un embarazo, el caso opuesto es materia corriente entre las mujeres más carenciadas, que se constituyen en la población en riesgo más evidente: son las que tienen más hijos, las que los tienen en edades más tempranas y más tardías y las que frecuentemente tienen partos y lactancias más próximas entre sí"(López 1997:43).

Aborto: una mirada desde adentro con repercusiones hacia afuera

En el marco de lo que fueron los talleres sobre salud sexual y reproductiva, se habló sobre el tema del aborto, entre otros. Recuperamos aquí solo los testimonios vinculados al tema que nos ocupa. Presentamos primero al grupo de adultas contactadas en el barrio San Jorge, promotoras en la prevención de violencia del Proyecto PROGEN y luego las opiniones de las jóvenes concurrentes al CAPS N°5.

Con las mujeres adultas en el barrio San Jorge, se utilizó como disparador para dar pie a la charla, el tema del embarazo juvenil. Partimos de una serie de preguntas tales como: ¿un embarazo interrumpe un proyecto de vida o permite organizar el proyecto a futuro? Nos encontramos con diferentes testimonios: en ciertas instancias de la vida el embarazo puede ser parte de un proyecto pero en otras no; tiene que ver con la edad, el apoyo y la contención de la familia; pero en otras instancias puede implicar una carga tanto para la familia como para el Estado. "No interrumpe un proyecto de vida, se puede formar uno nuevo a partir del embarazo, depende mucho de la situación emocional" (Ramona, 36 años).

En la mayoría de los grupos, las mujeres consideraban al aborto como una vía desfavorable de solución, incluso en los casos de abuso; argumentaban que en esos casos tiene que haber un acompañamiento durante el embarazo por parte de las madres, porque son ellas las que acompañan y crían a sus nietos e hijos. También tiene que haber un apoyo desde la escuela, porque existe discriminación por parte de los alumnos o compañeros, y en esos casos es imprescindible que haya una reacción positiva de los pares: ayuda, buenos consejos, etc. Reafirmando así, estas mujeres que: "hoy en día hay más embarazos que antes, por la falta de contención en la familia" (Mirtha, 48 años).

El "amor hacia un hijo" constituía un argumento muy sólido que permitía superar cualquier otra situación por terrible o desagradable que hubiera sido. Consideraban que más allá de que el hijo fuera producto de una violación, la madre puede encontrar una instancia en su vida en la que considere criarlo y amarlo como tal, recordando el testimonio de una de las mujeres que decía, que sus seis hijos fueron producto de violaciones y a los seis los amaba por igual. (Martha, 48 años).

Sin embargo a pesar de estos comentarios en los cuales coincidían, se planteó una controversia: un grupo que consideraba que el aborto era factible en los casos donde "la situación lo amerite", como violaciones y si corría riesgo la vida de la embarazada, y además de esto había que tener en cuenta "el derecho de elección de la mujer en cuanto a desear ser madre o no". También consideraban que un tema sobre el cual se podía opinar "si una viviera una situación así", según las condiciones de vida y el estado en que se encontrase la mujer y su familia, y analizar si el aborto es o no una solución favorable para los implicados en ese caso.

En este tipo de situaciones plantearon como importancia considerar otros tipos de factores que influyen para la realización de un aborto como ser: la edad y el nivel socio-económico. En los casos de mujeres jóvenes o adultas embarazadas que no quieren seguir el embarazo, si no tienen plata tienen que arriesgar su vida pues la realización de un aborto no está amparada por la ley, y esto conlleva a que miles de mujeres decidan realizarse abortos clandestinos. Quienes toman esta decisión debe ser porque en primer lugar que no están preparadas física ni emocionalmente para ser madres y en segundo lugar

porque la realidad económica en la que se encuentran no favorece ni ayuda en la crianza de un niño. Para dar cuenta de cómo surgían estos comentarios, cabe aclarar que algunas mujeres se referían a embarazos entre los 10 y 14 años, como algo traumático ya que los cuerpos no están preparados. En cambio, cuando analizaban la situación de embarazo entre los 15 y 19 años, reconocían que “las chicas están más preparadas, y a esa edad es socialmente más aceptado; las chicas están más preparadas en cuanto a los cuidados, son más conscientes” (Roxana, 40 años).

Con el grupo de jóvenes en los encuentros en sala de espera del Centro de Salud, el disparador utilizado para encarar el tema del aborto fue el caso de la niña de 14 años violada por su tío que resultó en embarazo (era una noticia reciente que había sido muy tratada en los diarios y en las radios), se les preguntó ¿si conocían el caso y qué opinaban respecto a la negación del aborto por parte del Hospital? Muy fluidamente y sin reparos, comentaron que lo podrían haber resuelto sin ir al Hospital, en la clandestinidad. Entre los testimonios recogidos de varias jóvenes señalaban que no sólo conocían que era un aborto sino que habían presenciado esta práctica en la clandestinidad dos veces. Destacaron que en ambos casos el aborto se realizó en condiciones insalubres por una “curandera” del barrio, mediante la utilización de una sonda. En un caso la misma curandera aconsejó a la joven a quien había realizado el aborto que se hiciera una serie de estudios por las posibles infecciones; y en el otro caso la curandera que efectuó el aborto recomendó a su paciente que tomara un té de perejil u orégano para expulsar lo que quedaba adentro.

A través de estos relatos las jóvenes demostraron conocer qué significaba un aborto no punible y la necesidad de su realización cuando las situaciones lo ameritan, y así poder resguardar la salud física y emocional de la mujer. Destacamos la relevancia de la implementación de los métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado y así también evitar la realización de un aborto.

En la revisión de las opiniones de las mujeres adultas y de los relatos de las jóvenes, se vio una clara diferenciación entre sus opiniones con respecto a la práctica del aborto: las mayores exponían su desacuerdo, muy pocas (tres) manifestaron estar de acuerdo con el aborto no punible; en cambio las más jóvenes no sólo lo consideraban una “solución al alcance de la mano” sino que habían acompañado estas experiencias a compañeras y amigas. Suponemos que estas diferencias tan marcadas pueden deberse a las diferencias de edad pues pertenecen a estratos sociales medianamente homogéneos compartiendo pautas y patrones culturales, donde se implementan las mismas políticas públicas de salud; la cuestión religiosa no constituyó un argumento fuerte en estos grupos. Solo una mujer del barrio San Jorge refirió a las palabras del obispo ante la “inconveniencia del aborto post violación”, dijo “una violencia no se cura con otra violencia” (Marisa, 38 años).

“Nosotras parimos, nosotras decidimos”

Frente al caso mencionado anteriormente, la niña de 14 años violada por su tío y obligada a continuar un embarazo por imposición del Hospital público, es notable la falta de cumplimiento de la ley con respecto al aborto no punible. Al respecto D. Maffía señala que “El Código Penal establece cuáles son las circunstancias en que el aborto no es punible, pero este amparo legal es cercenado de muchas maneras, lo que empuja a las mujeres que tienen derecho a practicar una interrupción legal de su embarazo a hacerlo en condiciones de clandestinidad e inseguridad. Con esta conducta se afectan derechos muy básicos como el derecho a la justicia y el derecho a la igualdad” (Maffía 2006:149).

Hay que tener en cuenta los “errores” de interpretación sobre la ley, por ejemplo, cuando se menciona que el aborto puede realizarse en los casos donde esta en “riesgo la salud o la vida de la mujer”, salud siempre se reduce a salud física y nunca son considerados los aspectos psico-sociales. En este caso no se consideran todos los términos que implica el concepto de salud, según la Organización Mundial de la Salud que define a tal como “el bienestar físico, psíquico y social de una persona”. Según estas

interpretaciones sesgadas la ley no ampara el estado emocional de una mujer, que también corresponde a su estado de salud, excluyentemente de tener una enfermedad o no, sino que solo lo hace para resguardar su vida y no su salud.

Estas limitaciones en el modo de interpretar la letra del código penal, más lejos están aún de considerar otros aspectos que hacen al "riesgo de vida" que son los deseos de las mismas mujeres para decidir ser madres o no, lo cual conlleva a una maternidad forzada, o a la realización de abortos inseguros, que en muchos casos pueden llevar a la muerte.

Así se evidencia que la práctica del aborto no depende solo de las mujeres, sino que detrás se encuentra todo un aparato político que manipula la situación según sus intereses y convicciones. El sistema patriarcal mantiene su vigencia y en un tema como éste resulta más notable, pues las mismas mujeres se auto limitan la posibilidad de pensarse en roles diferentes al de ser madres y poder ser consideradas "dignas de respeto". Opiniones de algunas mujeres del PROGEN dan cuenta de esto: ellas consideraban que la elección de ser madres no depende sólo de los deseos de la mujer, y en los casos que se tratase de una menor, la familia puede intervenir en esa decisión.

Para iniciar un camino de reflexión sobre estos temas que permitan cambios de opinión es necesario considerar lo que plantea Marta Alanis señala: "solo cuando hay diferentes opciones las decisiones se pueden tomar en libertad, condición básica para que haya un lugar para la ética. Si no hay diferentes opciones se está imponiendo la maternidad como destino, la maternidad forzada, la maternidad como mandato social y cultural. La maternidad debería ser siempre una decisión consciente, amorosa y por lo tanto voluntaria" (Alanis 2007:10).

¿"Vida" es igual a "Persona"?

En este apartado nos proponemos diferenciar que es "la vida" y que es "una persona", para ello tuvimos en cuenta comentarios expuestos por las mujeres del PROGEN, quienes consideraban al embrión como un ser humano desde el momento de su concepción, y que como seres humanos tienen derechos desde ese momento definiendo así del mismo modo en que se define el derecho a la vida. Marta Alanis menciona al respecto lo que dice el Código Civil: "...hay vida desde el momento de la concepción, pero también precisa que todos los derechos que se puedan adquirir están sujetos al nacimiento...esto significa que el feto si nace con vida tiene derechos, si no, es como si no hubiera existido. Entonces, no es lo mismo que una persona" (Marta Alanis 2007:11). Para interpretar esta frase basta con considerar que no todo lo que tenga vida, se convierte en una persona.

La asimilación de las ideas de que un embrión desde la concepción tiene vida y que ello implica derechos constituye una argucia político-ideológica para justificar la equivalencia entre el derecho de la mujer y el derecho del "niño por nacer", cuya posibilidad de hacerlo con vida o muerto son las mismas. La potencialidad de una vida (del embrión o feto) no es la misma que la de una vida ya situada. Este juego de supuestas equivalencias pone a las mujeres en duda frente a sus derechos y constituye parte de los mecanismos sutiles por los cuales el patriarcado exige a las mujeres el ejercicio de su condición de madres.

Como última instancia consideramos importante tener en cuenta el estado emocional de una mujer que decide la práctica del aborto; en la mayoría de los casos las mujeres que deciden realizarse un aborto, por diferentes motivos, y las que están a favor de la despenalización del mismo son etiquetadas como "asesinas" por "poner fin a la vida de una persona" potencial agregaríamos nosotros. Así se vuelve a tergiversar la diferenciación entre vida y persona, y no se tiene en cuenta el dolor que atraviesa una mujer que toma esa decisión pues siempre el aborto es la última instancia de solución.

Las mujeres que deciden abortar o que apoyan la práctica del aborto se ven violentadas por parte del Estado y las diferentes organizaciones e instituciones de la sociedad que están en contra, al ser privadas de su derecho a elegir lo que es más conveniente y favorable para ella y su familia. Convirtiéndose así en títeres de un sistema político que manipula este tipo de situaciones interviniendo en ello su ideología política y moral, descartando así los deseos y necesidades de las mujeres afectadas.

Conclusiones

De lo planteado anteriormente, podemos concluir que de acuerdo a nuestro relevamiento en campo, la mayoría de las mujeres adultas no está de acuerdo con el aborto; sin embargo entre las más jóvenes sí hay acuerdo y se siente con derechos a practicarlo aunque sea en la clandestinidad y con conocimiento de los riesgos que corren legales y vitales.

La condición de embarazo implica una elección, por ello la difusión del uso y administración de los métodos anticonceptivos constituye una herramienta clave. Es necesario disponer de buena información con respecto a éstos y a los riesgos del aborto.

El aborto no se presenta como un tema tabú, se puede hablar sobre él. Pero sí se lo reconoce como un "acto no bien visto", como algo incorrecto de ser realizado en el sentido moral y ético del término, por parte de ciertos sectores de la sociedad. Todas reconocen conocer casos pero ninguna de las adultas admitió haberlo practicado, en cambio entre las jóvenes hubo menos pruritos morales y dieron detalles de sus experiencias como acompañantes.

La diferencia en las opiniones para estar a favor o no del aborto pareciera responder a ciertos "imponderables de la vida cotidiana", éstos son: la crianza y el cuidado de los hijos, el rol de madres y lo que socialmente esto implica como ser dar una buena educación a los hijos, brindarles todo lo que necesiten para vivir, ya sea hogar, vestimenta, alimento, amor, etc.

La práctica del aborto remite a otros temas, como el proyecto de vida y el papel de los hijos, aún no pueden desprenderse de la identidad mujer-madre, por ello sus vínculos y relaciones sociales, intereses personales, ante la toma de decisiones, hacer priorizar el embarazo. La maternidad sigue siendo la instancia en las jóvenes "se realizan como mujeres", la única opción para su proyecto de vida.

La inconsistencia del sistema que penaliza al aborto, se ve reflejada en la práctica de abortos clandestinos, algunos inseguros con riesgo de muerte. Actualizar la legislación es un deber de los funcionarios elegidos y un derecho de las mujeres para decidir con libertad.

Ante esto ¿se puede decir que la despenalización del aborto favorecería a las mujeres en situación de abortar, y con ello reducir las causas de muerte de maternidad, facilitando un mayor acceso a las políticas públicas de salud? Es probable que sí, pero sobre todo facilitar los medios para una adecuada información y apoyo en la toma de decisiones.

Bibliografía

- Elsa Lopez *Anticoncepción y aborto, su papel y sentido en la vida reproductiva*. Bs. As. Universidad de Buenos Aires. 1997.
- Marta Alanis: "Aborto" en la *Serie Educación Sexual* del Diario Página/12. Buenos Aires. Ed. La Página. 2007.
- Diana Maffia "Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina?" en Susana Checa *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Susana Checa: "realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires, Paidós, 2006.

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 9 (Parte 1)

Los relatos sobre la violencia hecha cuerpo

María Rosaura Barrios

Becaria Iniciación CEDIT

1. Introducción

En este trabajo se trató de reconstruir y analizar las historias de vida a través de los relatos de dos mujeres adultas, residentes en Posadas y usuarias del sistema público de salud. Partiendo de sus relatos intentamos trazar una cronología de sus vidas, tuvimos en cuenta las situaciones violentas que atravesaron (y atraviesan), cómo las superaron (y las siguen superando), los actores que participan o participaron, cómo fueron (son) sus registros corporales y sensoriales de estos maltratos, etc.

Identificamos entre los actores involucrados diversos agentes estatales, expresando en sus funciones el rol del Estado traducido a través de las políticas públicas; y por otro lado, sus allegados, la red familiar, los amigos y vecinos, como espacios alternativos de contención y cuidado, pero también de complicidad con el agresor.

Para el análisis de estos relatos tuvimos en cuenta conceptos como *violencia cultural, estructural y directa* (J. Galtung 1995); *violencia de género* (Segato 2003); estos focos puestos en el proceso de *narración* (Rincón 2006, García 2004) y el rescate de sus *relatos* (Maidana 2010) interpretando las formas en que ellas comparten estas vivencias a través de sus historias. Nuestra participación como científicos sociales en esa interacción, los contextos de enunciación logrados y sus usos de la entrevista etnográfica.

Logramos el acceso a estos universos ajenos de vidas a través de una estrategia metodológica cualitativa, utilizando herramientas como entrevistas no directivas y observación (Guber 2005), complementando estos datos con los obtenidos de los registros de los talleres realizados en las salas de espera de la Maternidad del Hospital Madariaga de Posadas entre los años 2007 y 2009.

En la presentación incluimos una breve revisión de los conceptos teóricos claves, luego una descripción de la metodología, los relatos de vida reconstruidos sobre los testimonios de las mujeres seleccionadas y por último las conclusiones surgidas del análisis de las historias.

2. Conceptos claves

El concepto de *violencia de género* va a atravesar todo nuestro análisis, la misma entendida como una violencia basada en las relaciones y definiciones de género dominante en una sociedad dada. Existe una naturalización de este sistema de relaciones que coloca a las mujeres en situación de desventaja frente a la población masculina (Segato 2003). "*Los actos de violencia deben definirse en relación con las normas y costumbres de una sociedad dada. Es decir, que la concepción de violencia es siempre una concepción social e histórica...*" (Riella y Cisneros, 2001 en Delgadillo Guzmán y Mercado Maya 2006:2). Tratando de rastrear estas cuestiones que se desprenden de la visión de géneros ubicados por jerarquías arbitrarias en la sociedad es que nos parece pertinente trabajar con Johan Galtung; con sus reflexiones y propuestas que permiten describir los mecanismos de violencias que sufren no solo las mujeres sino los sectores minoritarios de la sociedad. Es decir, estos maltratos no sólo lo vemos en varones y mujeres

sino que son estructuras ordenadas arbitrariamente, lo heterosexual por sobre lo homosexual, lo occidental por sobre lo oriental, el varón blanco por sobre el indio, la mujer blanca por sobre la indígena, etc.

Rita Segato sostiene que las discusiones sobre género siempre se dieron en torno a las mujeres. Con ello se alude, en realidad, a estructuras de relaciones que permiten entender la subordinación voluntaria y forzada, las jerarquías impuestas a todos los sectores y que afectan a todos. Entonces, no solo hablamos de subordinación de las mujeres en un mundo pensado para varones, sino que podemos pensar también en grupos y colectivos sociales como disposiciones jerárquicas en la sociedad, unos por encima de otros, todos participantes de la misma lógica de subordinación que se juega en el plano de lo racial, étnico, regional, etc.

La estandarización y la fijación que sufren los roles, las formas del ser y la naturalización de la cultura crean y refuerzan patrones/conductas/formas duras, fijas en torno a la figura de la mujer y el varón, "...por medio de su encarnación en actores sociales o personajes míticos, los géneros constituyen una emanación de posiciones en una estructura abstracta de relaciones fijada por la experiencia humana acumulada en un tiempo muy largo, que se confunde con el tiempo filogenético de la especie" (Segato 2003:57). Estos ordenamientos jerárquicos imponen al mundo estructuras de poder dentro de la sociedad, se naturalizan estas posiciones/lugares y sus roles, "los géneros constituirán, desde este punto de vista, transposiciones del orden cognitivo al orden empírico" (Segato 2003:57). Las estructuras se revisten de géneros, los imaginarios se refuerzan y se dramatizan las diferencias biológicas entre varones y mujeres al punto de doblarlas hasta convertirlas en diferencias sociales. El sentido común se adiestra, aprehende lo que es "ser varón o ser mujer". La trampa reside en pensar que estas estructuras de géneros no pueden cambiar ni ser cambiadas, "están condenados a reproducir los papeles relativos previstos para ellos" porque derivan de un orden inmutable, lo biológico, la diferencia sexual. Así, fijos, estáticos, adheridos, es un sentido tan fuerte que no nos permite ver que son sólo lugares, posiciones sensibles de ser modificadas, relaciones abiertas y disponibles para ser ocupadas por otros sentidos. Es decir, fueron distintas fuentes y procesos quienes se aseguraron de naturalizar estos órdenes sociales. Así lo masculino y lo femenino están básicamente representados por anatomías de varones y mujeres en cuanto cuerpos que dan cuenta de las diferencias que allí operan. Diferencias biológicas que encarnan con la fuerza de diferencias sociales y culturales.

En cuanto al concepto de *violencia* entendemos distintos tipos: la *Violencia Simbólica* (Bourdieu 2000) o *Moral* (Segato 2003) dan cuenta de procesos complejos que mediante una estructura patriarcal legitiman una violencia de fuerza machista, que oprime y obliga a las mujeres a seguir sus reglas. La percepción de esta violencia es casi invisible, aceptada y silenciosa. Sin intención de olvidar u omitir las fuerzas de choque o resistencia, consideramos que la estructura misma suele ahogar estos intentos de liberación mediante la dependencia económica o afectiva, una estructura que las atrapa, presas muchas veces de un círculo que son incapaces- incluso- de detectarlo como tal. Aún así, varían las formas de violencias ya que no se trata de un concepto estático sino de procesos sociales, culturales y- sobre todo- históricos.

Gilberto Velho (1996) señala que la violencia siempre alude a un vínculo de poder, por la posibilidad de imponer la voluntad, deseo o proyecto de un actor sobre otro, la idea de violencia no se limita al uso de la fuerza física sino también a la posibilidad de usarla o amenazar con su utilización. Pensando en una red de fuerzas, *estructuras estructurantes* (Bourdieu) que van delimitando el comportamiento de las mujeres, tan sutiles que son tomadas como "naturales" y las diferencias biológicas entre ambos sexos son tomadas como diferencias sociales y culturales, unos convencidos de poseer derechos para someter a otros. "Galtung distingue tres formas de violencias: directa, estructural y cultural. La primera, la violencia directa es la visible (física o verbal, por todos perceptible) y las otras dos, violencia estructural y violencia cultural se toman invisibles al ojo inexperto. La violencia estructural es definida como la suma

total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales, remite a situaciones de explotación, discriminación y marginación. Y la violencia cultural está constituida por los razonamientos, actitudes, ideas que promueven, legitiman y justifican la violencia en sus formas directa o estructural' (Schiavoni 2009).

Estos complejos procesos que describimos anteriormente son difíciles incluso de detectar, no sólo hablamos de maltratos físicos como las violaciones, el acoso sexual, los golpes, las cachetadas, sino también advertimos esa violencia invisible a la cual se refiere Bourdieu. Se realiza una apropiación del cuerpo de la mujer encubierta como "simples celos", la presión para cumplir ciertas funciones que son "innatas" por el simple hecho de "ser mujeres" como la reproducción biológica. Así podemos ir hacia esferas mucho más amplias como ser el estereotipo que imponen los grandes medios masivos sobre "cómo ser mujer", el encasillar(nos) en unas pocas características y funciones. Se limitan las formas (de ser), lo cual ya constituye una forma de opresión y violencia significativas, son consideradas sólo para parir y "cuidar" a la familia relegando así a las mujeres al espacio privado y a los varones al espacio público. Los rasgos de distintos estereotipos femeninos son trasladados a una cotidianidad que- muchas veces- valoriza a las mujeres porque son "sensibles, cariñosas y débiles".

Los modos de contar las experiencias traumáticas

Aquí veremos a la comunicación como *práctica social de interacción*, construcción e intercambio de sentidos...veremos a este problema desde una mirada comunicacional que atraviesa en todo sentido. Es así como la analogía de la comunicación con una orquesta- en lugar del telégrafo- propuesta por Winkin a propósito del denominado "modelo orquestal o interaccional" de la comunicación planteado por los investigadores de Palo Alto ("la Universidad Invisible"); nos ayuda a pensar estos procesos por demás complejos, *"la comunicación se concibe como un sistema de canales múltiples en el que el autor social participa en todo momento, tanto si lo desea como si no: por sus gestos, su mirada, su silencio e incluso su ausencia"* (Winkin 1984:22,23). Cada uno por pertenecer a una determinada cultura forma parte del proceso de comunicación, como el músico forma parte de la orquesta. Debemos ver no sólo qué nos dicen, sino la manera en que lo dicen y en qué condiciones. Es por ello que tomamos a la comunicación como un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento: la palabra, el gesto, la mímica, el espacio interindividual, etc. Desde tal enfoque no se busca oponer entre comunicación verbal y no verbal sino concebir a la comunicación como un todo integrado. Desde tal perspectiva el sistema que estudiamos exige más que una descripción del discurso verbal, un análisis de la interacción en la que todo comunica.

Omar Rincón (2006) dice que la acción de contar es generadora de comunidad y un modo de socialización. Implica contar experiencias y compartirlas. Nos conecta, nos une, nos identifica. El contar(se) implica reconocerse, pensarse, describirse. Los relatos no son enunciados aislados sino que forman parte de un gran diálogo constante, siempre son una respuesta o continuidad de otros relatos contados anteriormente. Así con legados y memoria se va tejiendo la red de sentidos que forma la trama social (García 2004). Y es allí donde queremos poner la mirada, en las descripciones de esos relatos que ellas seleccionan para contar, ajustar el foco en esas formas de narrar las violencias. *"La narrativa oral es el relato cotidiano acerca de uno mismo, es un auto reconocimiento"* (Hunter y Kieran por Maidana 2010:4).

La narración acá es vista como matriz, como una forma de mediación y modelación de la experiencia, *"es la producción de memoria y sentido"* (García por Maidana 2010:2). *"Los relatos constituyen instrumentos poderosos...hacen creer y hacen hacer: relatos de crímenes o de francachelas, relatos racistas y patrioterros, leyendas de calles, visiones fantásticas de los suburbios, puntadas o perversidades de la nota roja..."* (Michel de Certeau y Luce Girard 1999). Por ello optamos por el análisis de las entrevistas en tanto

relatos que nos permite la reconstrucción de los hechos, se constituyen en el instrumento para compartir lo vivido y re-vivirlo, es tan real como el hecho mismo y tan lejano que no se siente tanto el miedo. Estos relatos, en definitiva, son sus maneras de percibir el mundo y de compartirlo con los "otros".

3. Estrategia Metodológica

La reconstrucción de estas vidas- hechas relatos – buscan plasmar la secuencia de episodios de violencias de, muchas veces, limitado registro corporal y simbólico. ¿Quiénes señalan como violento algunos de los episodios que viven?, ¿quiénes las protegen?, ¿cómo actúan los "otros" cercanos? Y a partir de estos interrogantes ver las respuestas desde el Estado traducidas en políticas y servicios públicos, la red familiar, los vecinos y amigos, etc.

Teniendo en cuenta los interrogantes iniciales, este trabajo se inscribe dentro del paradigma interpretativo, por lo tanto, las herramientas a utilizar para su análisis responderán a una metodología cualitativa. Se tuvo en cuenta la dinámica de *entrevistas no directivas*, definida por Rosana Guber como "*una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores*" (Guber 2005:203). Acceder al universo del otro significa poder ver y describir ese *otro* mundo de sentidos, es poder acceder- a través de los relatos- esas otras formas de ver, comprender y percibir el mundo. Es reconocer que el otro tiene y se mueve dentro de un mundo de sentidos diferente al nuestro e intentar comprender esos otros modos a través de la mirada del informante. Así, en la descripción densa de las vivencias del otro es donde podremos ver y analizar la compleja trama de sentidos que atraviesan a esos sujetos -que son esos sujetos- es mediante las entrevistas no directivas que *se solicita al informante que lo introduzca en su trama cultural*.

Por otro lado, pero sin estar dissociada de la anterior, la observación participante que "*consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo aquello que acontece en torno del investigador y participar*" (Guber 2005:176). Estar atentos al contexto, a cómo se desarrolla la entrevista, a las actitudes del informante completan la información que nos puedan proporcionar además de sus palabras. La observación permite involucrarnos en esos contextos de vida, ser parte (de manera artificial) de ellos, ver sus dinámicas, sus tiempos. Aún así esta observación no es inocente ya que no será neutral, incidirá en la participación de los sujetos observados, es decir, la observación y participación nunca será total (Guber 2005).

Es así que no sólo hablamos del análisis de las entrevistas sino que partimos del análisis de sus relatos de vida, sus formas de reconstruir esas vivencias que- muchas veces- es sinuosa, compleja, con baches pero que, en definitiva, busca describir esas vivencias traumáticas hechas cuerpo. Las entrevistas individuales fueron concertadas en los espacios de taller en la sala de espera. Al finalizar cada taller se reconocían historias interesantes para seguir trabajando y- luego de haber hablado casi una hora con estas mujeres- simplemente coordinábamos otro día para encontrarnos a solas en su casa. Si bien el grueso de los relatos analizados durante esta etapa son estas entrevistas individuales, las mismas fueron complementadas con los registros obtenidos sobre esas mujeres en la sala de espera.

4. Los relatos de las mujeres

En los márgenes recuadrados se despliegan los relatos de las mujeres entrevistadas, el orden de los episodios respeta la secuencia que ellas propusieron, nuestro trabajo fue organizar los datos para evitar las reiteraciones entre un encuentro y el siguiente sobre un mismo tema, así como seleccionar de sus discursos expresiones y frases significativas al introducir sus voces con sus propias palabras. Historias de vida que revelan una secuencia de episodios de violencia con limitado registro corporal y simbólico.

4.1. Lorena, sucesivas uniones entre palizas y amores

Lorena tenía 23 años al momento de la entrevista. El primero de nuestros encuentros se realizó cuando esperaba a su segundo hijo, fruto de su tercera pareja. Lorena tuvo en su panza tres hijos, dos vivos actualmente. Oriunda de Aristóbulo del Valle, su madre (45 años) se había separado del padre biológico de L. y se casó con otro hombre, (50 años) padre de sus hermanos; mencionó tener muchos hermanos a quienes tuvo que cuidar de niña, pero sólo se explayó sobre una hermana como persona relevante en su historia. A lo largo del relato se pueden reconstruir los lazos cercanos con el resto de su familia, una familia ensamblada (el padre con sus respectivos hijos/a y la madre con ella), aparecen tías como protagonistas y el abuelo paterno. Todos viviendo en el mismo barrio en Aristóbulo.

Ezequiel:

"Yo ahí tenía 12 años... mi mamá se enfermó de apendicitis y estuvo re grave mi mamá internada en Posadas. Y nosotros quedamos solos en casa, mi papá trabajaba en Montecarlo y no se podía hacer cargo ni de nosotros ni de mi mamá". M. era remisero y vivía a unas cuadras de la casa de Lorena. Siempre la miraba pasar cuando iba al colegio. Cuando él la empezó a hostigar L. tenía 12 años y él 24 años, doce años de diferencia existía entre ellos.

Cuando la mamá de L. se enfermó y tuvo que internarse en Posadas los controles maternos sobre la niña disminuyeron –su madre estaba internada y su padrastro trabajaba en Montecarlo- y el hombre aprovechó, *"(él) sabía que no estaba mi mamá viste, me decía cosas, me hacía señas viste"*. Si bien la tía que vivía al lado controlaba que L. no saliera más que para ir a la escuela, la niña se las ingeniaba para encontrarse con M. que, con el tiempo, *"bien pelotuda, me empezó a gustar el tipo"*. Sin animarse a ir a la casa de L. *"él pasaba a buscarme cuando yo me iba al colegio supuestamente, que salía de educación física que son, los horarios de la mañana...porque tampoco podía salir porque mi tía quedaba con mi hermanito"*. Cuando M. la embaraza a L. y ella se percata del hecho (varios meses después) el hombre se escapa a Buenos Aires dejándola sola. Con mucho miedo de que su padrastro las eche de la casa a ella y su madre, ocultó durante ocho meses su embarazo; ella dice que siempre fue gordita y que nadie se dio cuenta. Se fajaba todos los días la prominente barriga y se cortaba las muñecas manchando así sus toallitas femeninas todos los meses ante la mirada controladora de la madre. No podían enterarse, tenía mucho miedo de quedar en la calle con su madre, al parecer la casa en la que vivían era del padrastro.

Muy poco tiempo antes del parto la madre de L. se entera de que está embarazada y deciden acompañarla en la crianza de Ezequiel. No sólo el padrastro no las echó sino que se quedó junto con su hijo (Ezequiel) a vivir con sus padres - en Aristóbulo- mucho tiempo hasta que Lorena se fue a vivir con otro hombre. Ezequiel nunca se fue de la casa de sus abuelos hasta que Lorena se juntó con Juan en Posadas, su actual marido lo aceptó como un hijo más.

Raúl:

Raúl era un marido golpeador y violador con el cuál Lorena convivió durante un año y tres meses en una chacra camino a Apóstoles y posteriormente en Posadas. *"A él lo conocí ahí nomás, ahí de donde yo vivía, y él trabajaba, era un conocido viste..."*. Raúl era camionero y vivía cerca de la casa de Lorena. Al momento de conocerse L. estaba sin trabajo y ya vivía sola en Posadas (Ezequiel vivía con sus abuelos en Aristóbulo). Ella reconoce, *"te juro que no sé si le quería. Pienso que no sé si le quería porque cuando le conocí yo estaba sin trabajo viste, me había quedado sin trabajo viste y yo ya no estaba viviendo con mis viejos viste y tenía que pagar alquiler"*

viste, y yo pensaba... ¡ahyy dios mío! Y él apareció y bueno, como que dije acá..." los problemas de Lorena se solucionarían con la convivencia con este hombre.

Al muy poquito tiempo Raúl comenzó a golpearla. "Y él me empezó a pegar. Desde el primer mes que empezamos a vivir juntos me dio un sopapo en la cara. Me pidió perdón todo y que nunca más iba a pasar, bueno le perdoné". Pero Raúl nunca dejó de golpear a Lorena y con el tiempo se volvió aún más violento. Recién los últimos meses de la relación Lorena aceptó que R. no sólo la golpeaba sino que la violaba también.

Lorena no quería tener hijos, todavía se sentía culpable por no poder llevar a Ezequiel a vivir con ellos. Raúl no lo quería tener cerca. "Él quería. Pero ¿sabés lo que él tenía? Él me pegaba, el me golpeaba... y yo compraba la pastilla viste, tiraba todo el prospecto y cortaba el colchón (haciendo un gesto con la mano como que abre el colchón con un cuchillo) y escondía la pastilla ahí. Vos podés creer que él me revisaba y encontraba la pastilla...". Todos los meses R. controlaba si Lorena había quedado embarazada, negándose a cuidarse con preservativos y revisando toda la casa hasta encontrar las pastillas de Lorena y tirárselas. Así fue que la embarazó contra su voluntad.

"Mirá, el día que alguien me revisaba o miraba él iba a ir preso te juro. Porque cuando yo me quedé embarazada, yo estaba de cuatro meses embarazada y él me molió la panza a palos, él me pegó en la parte de debajo de la panza (haciendo una caricia a su parte baja de la panza), ¡me pegó piñas en la panza! El bebé estuvo muerto en mi panza casi una semana dentro de mi panza".

En una de esas golpizas Raúl le provocó un aborto y el bebé estuvo muerto casi una semana dentro de la panza, esto desembocó en una descompostura, Lorena tuvo que ingresar de emergencia a la guardia médica. No pudo ir antes ya que R. cada vez que viajaba la encerraba en la casa y se llevaba la llave, Lorena tenía 18 años. "Yo me di cuenta que el bebé no se movía. Yo no podía caminar, yo ya no podía caminar y yo no podía ir a la casa de mi mamá. Y esa tarde él me dejó encerrada en casa". La única vecina con la que contaba Lorena no la quería ayudar, la misma le contaba a Raúl todos los movimientos que daba Lorena cuando él no estaba. "Y ahí agarré y le dije a mi mamá, le dije a la vecina que por favor me abra la puerta. Porque la vieja de mierda esta, la dueña donde alquilábamos, la que nos vigilaba, ella le quería tanto a él...Y ella pensaba que yo le engañaba, que estoy con otro, porque yo era joven y él estaba con 34 años. Y supuestamente como yo era muy joven yo le iba a meter los cuernos viste, yo me quedaba días solas entonces le engañaba...". Cuando pudo salir Lorena no podía caminar ni cerrar las piernas. Fue hasta la casa de su mamá, L. y R. en ese momento vivían en Aristóbulo, "mi mamá dijo sabés que vamos a Campo Grande, ahí hay un médico, un ginecólogo. Ahí me fui y me revisó, me hizo una ecografía y todo y me dijo que no, que el bebé estaba muerto adentro. Que me tenía que hacer un raspaje sí o sí". Ese ginecólogo que le realizó un raspaje le ofreció ayuda para testificar, era evidente que ese aborto lo produjo la misma persona que la golpeó, el cuerpo entero de Lorena mostraban signos de golpizas. "Me hizo una ecografía y todo y me dijo que no, que estaba muerto. Estaba sin vida y ahí me dijo el médico, que yo estaba esperando para denunciar a la persona esa por matar a una persona, ¿entendés?". Este médico es la única persona que aparece en el relato de L. como interesado en lo que estaba viviendo la mujer, le preguntó que le había pasado, quién le había hecho eso, le había dicho que si esperaba unas horas más podría haber muerto...había estado casi una semana con el feto muerto en la panza. "Yo digo que hasta ese momento se movía, después ese fin de semana, era sábado y nosotros fuimos a una cena show en el casino. Fuimos ahí y de ahí es que me pegó y de ahí habré ido al miércoles por ahí al médico y de ahí yo ya estaba, un día yo sentí que el bebé no se movía viste, el bebé no se movía

estaba dura mi panza, no me sentía bien". Luego de ese episodio Lorena decide irse de la casa "... yo no quiero vivir más así, ya basta ya, ya era demasiado porque ni contándote así como te estoy contando...porque hay cosas que ni siquiera me acuerdo, ni contándote todo lo que me pasó..."

Al poco tiempo de mudarse con Raúl, Lorena se fue enterando de las otras vidas de su marido, *porque él tenía otras parejas y yo no sabía, después yo me empecé a enterar de esas cosas, de ahí donde yo me fui a vivir con él había una señora que tenía un hijo de él, después había otra señora que tenía un hijo de él también. Con el pasar de los días dos o tres mujeres se acercaron hasta la vivienda de Lorena a contarle que Raúl era su pareja y tenían hijos con él. "... ahí me entero...viene una morochita y me dice que tiene un hijo de él y después otra señora rubia que también tenía un hijo de él. Y yo le dije a él y ahí me pegó, que como yo iba a decir eso, porque yo no podía decir nada, solo él podía hacer y deshacer, todo él, viste ¡vos nada! Bueno y ahí viví un año y tres meses con él, un año y tres meses viví golpeada con él siempre, vos sabés que yo le dejaba y yo volvía otra vez porque yo le tenía un terror..."*. Yo hago y deshago todo acá, le había gritado una y otra vez.

"Yo no podía vivir con él, claro, yo le conocía del pueblo de ida y de vuelta que era fulano de tal, pero nunca supe bien cuál era la vida de él, cuando fuimos a la chacra ahí me aparecieron dos señoras diciendo que tenían hijos de él". En más de una oportunidad Lorena recalca esto, se juntó con un hombre que no conocía, su situación coyuntural pesó más, estaba sin trabajo y tenía que pagar el alquiler.

Cada vez que se separaban, Raúl la buscaba. Por medio de amenazas de muerte a ella y su familia, golpes e insultos le exigía que vuelva con él. Por miedo ella siempre volvía. Sus padres no sabían que R. la maltrataba pero algo sospechaban, L. a veces iba donde sus padres y se quedaba varios días resguardada de R. *"... él me buscaba. Y mi papá no sabía porque yo me iba cuatro días guau, mentira una calentura tenía yo, quería irme de allá... y yo no quería contarle a mi papá viste y mi hijo ahí no vivía con nosotros viste, él no le daba pelota a mi hijo y Ezequiel no quería vivir con él".*

Después de una de esas palizas la mamá de Lorena la acompaña a la comisaría, *"... él es todo amigo de los policías y vos sabés que no me tomaban la denuncia, ¿sabés qué me hacían? Me hacían una exposición y eso no te sirve de nada. No te sirve de nada una exposición, se reían de mí, se reían en mi cara, yo le tengo un odio a los policías ahí en el pueblo le tengo un odio, no vuelvo a vivir en Aristóbulo nunca más".* Luego de este episodio Lorena intentó sacar sus cosas de la casa de R. e irse, sin lograrlo, el hombre se las ingenió para robarle las pocas pertenencias con las que había llegado Lorena a su casa. Siempre se le adelantaba a lo que iba a hacer porque la hermana (hermanastra) de Lorena estaba saliendo a escondidas con Raúl y le contaba todo lo que hacía Lorena. Si cambiaba de número él era el primero en enterarse del cambio, si había una denuncia la policía le daba el aviso porque eran amigos de él, si ella se mudaba él se enteraba por la hermana...no tenía donde escaparse.

Los padres de Lorena no sabían que era golpeada por Raúl, aún así siempre estuvieron con ella y en el momento siempre la ayudaron. Luego de encontrar a su hermana con Raúl, Lorena decide contar todo a sus padres, *"mi papá me creyó. Mi papá me dijo que sospechaba algo, no quería creer viste, eso de Isabel porque era la hija de él".* Aún así poco podían hacer frente a un tipo que la iba a buscar hasta Aristóbulo y amenazaba con atropellar a su madre si no volvía con él.

El padre y el abuelo:

"Por ahí después, cuando le tuve a mi hijo, mi papá ya.... empezó....como a verme como de otra forma. Como mujer no como hija. Por ahí hablaba cosas así... cosas que... no es normal viste, o me decía cosas... Y ahí me fui de mi casa, estaba mala, siempre en forma de juegos ¿viste? Y a mí no me gustaba, esa vez yo me sentía mal con mi papá viste... mi mamá nunca escuchaba lo que decía. Siempre cuando mi mamá no estaba ahí decía las cosas y yo le había dicho lo que me decía viste, que no me gustaba que me trate así". Como relata Lorena hubo un episodio de mucha confusión para ella cuando lo tuvo a Ezequiel, fue el cambio de trato que sufrió con su padrastro cuando tenía 13 años. Ella dice que él se confundió, dejó de verla como una hija para verla como una mujer, si bien ella sostiene que él nunca le hizo nada relata con amargura los dichos por él. Las manos siempre iban en tono de "juego", las cosquillas, las caricias y los dichos referidos siempre a su cuerpo, a las formas de sus pechos, de sus caderas.

"Tenía una amiga que me decía date cuenta un poquito de cómo se comporta...", luego de que una amiga le dijo esto Lorena empezó a reflexionar al respecto. Años anteriores (y durante un tiempo) su abuelo- el papá de su padrastro- la manoseaba, *"me empezó a toquetear viste...y yo de esa vez le conté (al padrastro), yo le había contado a él viste..."* y luego de haberle contado al padrastro sobre estos episodios, éste decide echar al abuelo de la casa.

"Siempre yo pensé que era porque tenía miedo que yo me embarace otra vez, pero después un día le digo...después cuando me fui de mi casa, siempre yo me iba a lo de una tía viste, y entre que una y otra cosa viste si salía se molestaba porque yo salía, yo ya vivía sola. Y él igual se metía. Se enojaba porque yo no podía ir a bailar, porque yo no podía salir porque esto, porque que nada. Nada de eso podía hacer". Con el tiempo el padrastro de Lorena comenzó a exigir aún más a la niña, le prohibió salir o a realizar cualquier actividad recreativa, la acosaba con preguntas, se enojaba cuando la veía hablar con sus amigos, *"...era como que él quería algo conmigo"*.

Decide irse de su casa luego de no soportar esas situaciones con su padrastro, no podía decirle a la mamá porque pensaba que no le iba a creer. Ezequiel se quedó con ellos y Lorena se las rebuscó para conseguir trabajo en una casa de familia y vivir sola.

Años después- cuando Lorena ya estaba separada de R. (su ex pareja)- el padrastro cayó muy enfermo y pidió hablar con Lorena cuando estuvo internado: *"Y dijo que como que en ese momento él se estaba olvidando que yo era como una hija más para él entendés, y mi mamá se re enojó con él..."*.

El Después:

Luego de un año Lorena pudo recomponer su vida. Se mudó a Posadas a vivir con una tía, consiguió trabajo como empleada doméstica y había conseguido una orden judicial para que R. no se le acercara. *"Conseguí trabajo acá y ahí empecé a vivir sola. Mucho tiempo viví con mi tía viste, y ahí trabajaba. Hasta que empecé a tener mis cositas otra vez, mi patrona esta me re ayudaba viste, trabajaba y ahí se iba todo mi alquiler y para comer nada viste. Y yo trabajaba todo el día y yo comía allá"*.

Lorena dice que todavía continuaba teniendo mucho miedo, cuando veía muchos hombres en un lugar se iba, no dormía bien y tenía terror de volver a cruzárselo.

En esos tiempos conoció a Juan, un amigo de su primo, que estaba interesado en ella. Comenzaron a verse un tiempo pero ante su pregunta para convivir Lorena se escapa a Aristóbulo, tenía muchísimo miedo de repetir su historia anterior. Un mes estuvieron separados hasta que L. se animó a volver, *"me vine a Posadas, hablé con mi patrona y entré otra vez a trabajar, entonces le digo puedo volver acá y le avisé a él que vine. Los padres de él me dicen*

que ese día nunca él trabajó tan rápido como ese día, que andaba de diez puntos y dice que todo ese mes había pasado re mal”.

Lorena tiene ganas de retomar sus estudios, esta vez cuenta con el apoyo de Juan. *“Yo quedé como asustada, por ahí levanta la mano y ese parece que va... me va a pegar”.*

Reconoce que para ella, los profesionales de la salud siempre fueron un apoyo cuando los consultó, cuando se le murió el feto en la panza por los golpes de R., cuando se dio cuenta que se había vuelto a embarazar y tuvo mucho miedo de que le pasaran cosas... *“Yo no tengo queja del hospital porque siempre que voy me atienden re bien pero dicen que hay muchas quejas del hospital. Yo no tengo ni un drama pero viene gente de afuera y te cuenta cada cosa, te cuenta cosas que te atienden mal, que ...pero no entiendo digo, a mí siempre me trataron bien y entonces ahora me agarra el ataque, tengo un poco de miedo...”* Tendrá a su hija en el hospital y por eso viene a los controles casi todos los meses.

Sólo con Juan Lorena pudo rearmar su vida, convive con miedos del pasado (los golpes y abusos sexuales tanto de su padrastro y abuelo como de su ex pareja) pero sólo con este hombre halló algo de “paz”. Anteriores a Juan llegaron otras parejas, pero el tener un hijo grande (Ezequiel tenía cuatro o cinco años al momento de convivir L. con R.) dificultó la elección- o el niño los rechazaba o los mismos hombres no lo querían cerca. Consciente de que no quería atravesar por la misma experiencia que con Raúl (además de ser golpeada y abusaba por él, su hijo no vivía con ella porque Raúl no lo quería), decidió elegir a su hijo por sobre sus parejas. A Juan no sólo lo eligió porque ella lo quería, sino porque Ezequiel también lo eligió.

4.2. Revisando la historia de Lorena

En términos de Galtung podemos señalar que la violencia estructural (recursos limitados para garantizar la supervivencia) y la cultural que imprime el modelo patriarcal a las mujeres, las deja sometidas a los deseos sexuales de los varones sin importar el vínculo que los une. La fragilidad de los lazos que componen la familia de origen de L. llevan a que su padre “tenga que echar al abuelo de la casa” para garantizar que no avance sobre el cuerpo de la niña; pero el mismo sujeto –padrastro- cuando ésta “crece”, después de haber parido a su primer hijo comienza a verla con otros ojos. Es una persona ajena al círculo familiar, la que advierte a L. sobre esta “confusión” y su reacción será ver cómo huir de la situación pues su madre no logra registrar la precariedad de las relaciones de ese grupo familiar.

El rol de su madre resulta clave para delinear sus diferentes momentos de vulnerabilidad, ya sea por la prolongada ausencia en su niñez (internada en el pueblo y luego derivada a Posadas por la complejidad del caso) o por la fragilidad del vínculo entre ésta y su padrastro (L. teme que las eche de la casa si se entera que ella está embarazada). Y luego se constituye en el soporte para enfrentar sus momentos críticos: nacimiento y crianza del primer hijo, apoyo y acompañamiento en la pérdida de su segundo embarazo, furia ante la confesión del padrastro sobre sus intenciones cuando L. era jovencita.

El precoz inicio sexual de L. responde a una negociación entre el vecino que la escoge y ella que no logra defenderse, y hasta reconoce que se entusiasma con esa relación. El inesperado embarazo la deja sola y desamparada, ni con su madre puede contar en ese momento. Los confusos comentarios y acercamientos del padrastro la lanzan fuera del hogar y el trabajo en casa de familia se presenta como la solución.

La posibilidad de mantenerse sola se trunca rápidamente porque su situación laboral es precaria y sus compromisos serios (alquiler, comida, envió de dinero para su hijo, etc.). Su primer marido, Raúl, es visto como la tabla de salvación. Le cuesta creer las cosas que le van pasando porque no puede aceptar que

está sola y sola tiene que salir de esa situación. Resiste como puede la violencia, desde intentar no embarazarse (pero fracasa porque el otro “siempre descubre los anticonceptivos”), negociar reconciliaciones en espera de poder huir, pero ninguna respuesta resulta exitosa. Se embaraza y el embarazo la torna más vulnerable aún, pero constituye también un fuerte vínculo con un “otro” que la sostiene.

Raúl insiste en embarazarla, y la resistencia de ella constituye la peor respuesta; este rechazo se traduce en fuertes golpizas. Cuando L. se entera – ya alejada de él- por comentarios de las ex mujeres de R. que éste tiene varios hijos dispersos en el pueblo menos comprende la insistencia de que ella tuviera un hijo suyo. La imposibilidad de él de aceptar la decisión de ella, desde una posición típicamente patriarcal donde las mujeres están para ser madres, intentó de todas formas cumplir ese mandato. La posterior muerte del feto por los golpes se registra como un accidente y no puede encaminarse como una denuncia a pesar del apoyo del médico que le hace el legado.

La actitud cómplice de la vecina con el golpeador muestra cómo la violencia moral según Segato o simbólica en palabras Bourdieu, se incorpora y modela la visión de las propias mujeres aceptando la dominación masculina y operando desde su lógica.

Diversos intentos por separarse del golpeador se ven frustrados por la complicidad policial: le toman exposiciones en vez de denuncias, le avisan de sus actos en la comisaría, la amedrentan cuando intenta explicitar la violencia que padece.

Y el modo de cortar el vínculo torturante con la primer pareja, Raúl, será otro acto violento: descubrir que su propia hermana mantiene relaciones sexuales con ese varón. El hecho resulta tan contundente que ni la propia familia lo puede soportar, y la vuelven a acoger en el hogar donde está creciendo su hijo mayor. Nuevamente la estrategia de trabajar en casa de familia, pero ya en otra ciudad, resulta operativa para generar ingresos y reorganizar su vida. El vínculo con su segundo marido cuesta establecer, desconfía de los varones y siente miedo a que le hagan daño. Se asila y niega su interés por esa relación hasta que un primo opera como “garante” de que Juan es una buena persona. La actitud de su hijo mayor –niño de 8 años para entonces- confirma la seriedad del vínculo que pretende establecer Juan con ella.

Los sucesivos episodios de violencia que padeció Lorena muestran la extrema vulnerabilidad de una niña, luego una joven y también de una mujer adulta en un contexto de violencia estructural (recursos muy limitados para sobrevivir, propios y contextuales) bajo la dominación masculina. Las mujeres que la acompañan en diversos momentos de su vida responden al modelo patriarcal que han internalizado: obedecer al varón, resignarse a la maternidad aún contra su voluntad y subordinar su proyecto personal al bienestar de sus hijos.

Este relato aunque “cierra con un final feliz” no garantiza que L. logre superar otros acosos y eventuales situaciones de violencia porque la problematización de su condición de mujer violada y maltratada no trasciende el logro de un mínimo bienestar para criar a sus hijos y un horizonte lejano, seguir estudiando.

Los contactos con el sistema de salud la confirmaron en su rol materno, la “protegieron” del golpeador y la alentaron a denunciar, pero no pudo hacerlo, no pudo romper con la obediencia hacia el varón. Su tardío reconocimiento de los avances del abuelo y del padre y la misma reacción de la madre, evidencian que las niñas púberes están expuestas a estos padecimientos, y solo salir del entorno les permite evitarlos, la convivencia familiar incluye –en casos de padrastros sobre todo- este tipo de avances. La forma de revelarse fue salir de la casa, la madre – también producto de la dominación masculina- no pudo escuchar en ese momento. Su hermana al entrar en relaciones con su primer marido confirma la sumisión de las mujeres ante el varón, y no sólo a ese varón sino a todos al dejar de lado el sufrimiento de su hermana, la muerte del feto sobrino potencial, sino también la ristra de hijos sembrados por R. en el pueblo.

El umbral de exigencias de las mujeres para lograr el bienestar resulta limitado: no ser golpeadas ni maltratadas, criar a sus hijos en armonía y si “se puede” estudiar, pero no como trampolín hacia mejores trabajos y autonomía económica, sino como reparación de un ciclo escolar interrumpido tempranamente.

4.3. Rosita, una misma pareja y sucesivos pesares

Rosita tenía 32 años al momento de las entrevistas en el año 2010. Oriunda de Posadas, (Misiones)¹⁴ tiene tres hermanos y otros tres hermanastros de parte de su madre con otro señor y de parte del padre asegura que son “como 30 o 40 hermanastros”. La madre de Rosita se separó de su padre cuando ella era muy pequeña y decidió casarse con otro hombre con quien tuvo tres hijos más. Al poco tiempo volvió a separarse y se acompañó con una persona que fue su novio cuando eran niños. Al separarse de este hombre decidió viajar a Buenos Aires, donde conoció y salió con otros hombres hasta que resolvió volver a juntarse. Actualmente viven junto con su pareja desde hace tres años en provincia de Buenos Aires. R. reconoce que sigue teniendo contacto con su padre pero no dio mucha más información. De niña tenía que hacerse cargo de sus tres hermanitos que eran aún más pequeños que ella. Su hermano se fue a Puerto Rico a los 13 años.

Rosita y Andrés:

A los 12 años Rosita conoció a Andrés. Él, con 22 años, hacía poco tiempo había llegado de Tierra del Fuego a radicarse en Posadas. A. tenía un kiosko en el barrio de R., donde ella iba a diario a comprar, así poco a poco comenzaron a hablar y a conocerse; se juntaron al poco tiempo-cuando la mayor de sus hijas tenía un mes. R. tenía 14 años cuando se fue a vivir con este hombre y cerca de sus 17 años se casaron en Posadas; hace 19 años que viven juntos, 16 como casados. Nada cambió mucho en la realidad cotidiana de R. luego de casarse, “...lo mismo que estaba en casa digo nomás yo porque en casa yo vivía trabajando y limpiando y cuidando a mis hermanos, mi mamá nunca estaba”.

R. no pudo terminar la primaria puesto que tenía que hacerse cargo de la casa y sus hermanitos y se casó muy joven. Al momento de la entrevista había terminado el séptimo grado yendo a la escuela nocturna para adultos del barrio y tenía muchas ganas de empezar el secundario. R. también estaba haciendo un curso de informática, si bien recalcó que “a su edad una no agarra un título y va y trabaja” sino que “lo estaba haciendo para ella”, resignadamente decía que se iba “a quedar ahí nomás ya”. Fue reiterativa esta asociación entre la juventud y el “poder hacer cosas”, en varios momentos de la entrevista Rosita repetía que no se arrepentía de los hijos que tuvo pero que le hubiera gustado hacer más cosas, “... la juventud es una cosa que si vos no disfrutas ahora no disfrutas más...porque te arruinas, te llenas de hijos, por ejemplo hoy día se llenan de hijos y ya la gurisada no puede hacer más nada. O dejan todo abandonado y no hacen nada o... ellos (mis hijos) me dicen que no van a ser igual que yo”.

Desde muy joven R. sufrió las golpizas de A., repitiéndose con más intensidad a medida que pasaba el tiempo, “yo desde que vivo con él siempre fui golpeada, incluso ésta (una de las hijas) cuando fue al jardín tuvo problemas...no tuvo problemas pero se fue a la escuela un día, tenía acto, y yo no le llevé al acto. Porque él me había dicho yo le voy a llevar a V. a la escuela. Bueno mirá que vos tenés que llevarle y vestirle porque ella va a actuar...le llamaba le llamaba y ahí se levantó y me empezó a golpear. Y ahí me pegó mal...me reventó toda la cabeza, la cara, todo. Entonces no le llevé al acto. Un día fue a la escuela y la maestra le pregunta porque no fue al acto y ahí le comentó así así así...”. En esa ocasión la directora le había preguntado a Vanesa porque no había ido al acto, (...) ella [Vanesa] fue quien le comentó a la directora y la directora me citó a mí. Sí, así así pasó le dije, tengo la tramontina y todo...y ¿vos le denunciaste me preguntó? No, le dije. En aquel entonces era boba, porque yo era boba...

¹⁴ Este dato es confuso ya que R. había dicho en otra oportunidad que era oriunda de Puerto Rico.

Calculale (que tenía) 20, 22 (años) por ahí. Y entonces siempre me pegaba. Y lo último, lo más grave que me hizo, fue cuando éste era bebé. Estábamos en una fiesta de navidad y estábamos...navidad acá totalmente prohibido la navidad acá...".

Sus Celos:

Al preguntar a R. si su marido tenía problemas con que se arregle me contestó que ese no era el problema *"...el mío (marido) es celo. Se muere, por eso no es que me dice nada cuando me arreglo porque él tiene una obsesión, él a todos los que hablo, hable con quién hable a él le da celos... si salgo sola le ando comunicando por donde ando viste..."* si sale con alguno de los hijos A. confía un tanto más en R. *"Ahora si voy sola, ahí capaz que si viste...pero le muestro todo lo que yo hago, a donde voy todo viste..."*

"...el tema de A. es los celos... En la escuela le cела al maestro (...) Si estamos todos acá con los gurises no, pero él tiene celos de los amigos de él, del hermano de él... yo me mensajeo con uno (los hermanos) de Puerto Rico que siempre me manda mensajes, él es casado y todo también, pero yo siempre le estoy jodiendo, le pregunto cómo anda todo por allá y él me sigue con la conversación. ¿¿Qué te escribís tanto?? Con Julio, con tu hermano. Le muestro los mensajes y todo... No pasa nada, en realidad si yo le quiero meter la guampa yo a las 6 ya puedo salir, hacer joda por ahí..."

"Miedo sí, siempre te quedas con miedo, por ahí vos estás discutiendo sobre alguna cosa y él se levanta por ahí...una vez me hizo una escena, tenemos un chofer amigo que siempre entra acá. No sé qué es lo que él dijo que me vio hablando con uno de mis prestamistas que me traen los productos en un kiosko, viste hormiga, ahí ese que está arriba de la placita. Bueno, me vio hablando ahí, porque se ve que él también compraba de la hormiga viste. Bueno, estaba en la parada estaba esperando el colectivo y en eso me ve él y viene y me cuenta. Bueno quedó todo ahí. Bueno, si vos le crees más a él...si vos le crees más a él (al vecino que la vió hablando con el prestamista) créele le digo, no hay problema le digo. Estábamos sentados ahí en la mesa comiendo tranquilos, en la mesa así, y él en esa época él era sereno acá en el barrio, tenía una manguera así de larga con un caño adentro, se levantó de la mesa agarró el caño y me pegó por el brazo...y me reventó el brazo, feo quedó. ¿¿Qué es lo que te pasa a vos?? No, porque Fulano así así. ¿¿Y vos le crees?? ¡Andá le digo! Entonces agarré y le dije (a ese vecino) ¿¿qué mierda es lo que vos le dijiste a Andrés??... ¿¿por qué no agarras y me decís a mí?? ¿¿Qué es lo que tenés en la cabeza?? Sos un maricón de mierda, yo con este golpe pude haber ido a la empresa y decir que vos quisiste abusar de mí te echan de la empresa, le digo. Así nomás... ¡mueriego de mierda! Yo le estaba cargando nomás (le dijo ese vecino). ¡¡ Tarado!! Por lo que vos dijiste ¡¡mirá lo que me pasó!!".

Estas escenas de suma violencia son reiteradas en la vida de R., bajo la excusa de los celos hacia otros hombres A. se cree con el derecho de golpearla y pedirle explicaciones. Le revisa el celular, no la deja ir sola a ni un lugar salvo que sea acompañada de alguno de sus hijos/as, no la deja hablar con vecinos varones (incluyendo a los amigos de sus hijos), etc. Así podríamos suponer que este hombre está sumamente interesado en la vida de Rosita pero no es así, todas las actividades de ella le interesan tanto como las de sus hijos: nada, no participa. *"Todo yo le cuento, los movimientos que hacen los chicos, todo. Igual no le interesa mucho. No le interesa tampoco (como le va a R. en la escuela)... teníamos una cena viste e incluso yo le dije que YO le llevo a S. conmigo para no tener problemas. Y empezó a decir que tu maestro esto y lo otro...decí que se suspendió".*

A Rosita le va muy en la escuela, orgullosa cuenta sus logros pero dolida y resignada ante la falta de interés de A. hacia lo que ella hace... *"el año pasado le pedí que me acompañe al acto porque yo soy abanderada, el año pasado ya fui escolta y este año ya soy abanderada. Antes le pedía acompañarme para recibir el diploma todo...pero nunca fue".*

La Violencia instalada:

Los maltratos cotidianos condicionan y median los estilos de vida, las festividades, las cotidianidades, *"...navidad acá totalmente prohibido la navidad acá... 24 a la noche yo no quiero saber nada, aunque mi beba ahora nació el 25 (...) el 24 a la noche él estaba re en pedo viste, y empieza a delirar ya. Y estábamos tomando todos, yo trabajé 3 años para la vecina (hace gesto con el dedo pulgar hacia atrás). Estábamos cenando acá y a las 12 yo le dije a Antonio que me voy a ir a saludar...y ahí en la pared hay un huequito que siempre hablábamos por ahí, ella [la vecina de al lado] siempre me llamaba por ahí. Y había sido que él estaba espiando por ahí y yo estaba bailando con el nieto del patrón, un chiquitito igual que aquel. Estábamos bailando así...y él vio. El vio y me mandó un mensaje. Andá a bailar vos con tu patrón... y me empezó a insultar por mensaje. Y ahí fui y me empezó a levantar la mano, si no era porque mi hija se metió enfrente me iba a seguir pegando...que es lo que le tenés que pegar así!?? Le pegás y haces locuras...aquella (la hija) tenía 14 años todavía. Y ahí me separó toda (...)*

El círculo de personas para pedir ayuda es muy limitado, sumado a que el mismo pedido de ayuda está mal visto, como si fuera algo que molesta... *"me fui a la casa de mis patrones pero **tampoco podía hacer cagada ahí**...no, yo me voy a la comisaría le dije. No, y ese día pasamos todo el 24 y el 25 en la comisaría".* R. nunca pidió ayuda a sus vecinos y las organizaciones pertinentes tampoco dieron soluciones a sus problemas. Esto se agrega a las trabas típicas en el sistema policial para impedir a la mujer la realización de la denuncia correspondiente, *"no podían hacer nada porque **no había médicos forenses no había...no había ni comisario ni nada**. Entonces me fui a hacer la denuncia y quedó así. Entonces quedó ahí. Entonces me vine, no yo me voy le dije...dejá nomás yo me voy a dormir con todos mis chicos acá nomás, ahí yo vine y empezó a llorar ahí....siempre lo mismo le dije".*

¿Quiénes las protegen?

La madre de R. vive actualmente en Buenos Aires y si bien la ayuda como puede, no siempre pudo y puede estar en las situaciones más críticas atravesadas por Rosita y sus hijos, *"... desde el principio (siempre la golpeó)...mamá una vez me dijo eso, para qué te vas a acompañar si te trata así... mi mamá sufría mucho cuando él me pegaba y yo le llamaba y le lloraba...la última vez fue en diciembre, lo de las fiestas que te conté, y yo en enero me tenía que ir a Buenos Aires el 2 de enero, mamá me mandó los boletos, vení mi hija, traele a Lucas y vení. Y yo me fui toda golpeada ahí, había pasado el 25 viste y yo me fui el 1ro... y no me dejaba volver".*

Rosita no cuenta con un círculo cercano de parientes o amigos que la puedan ayudar más que su cuñado, hermano de A., *"...pasa que ni él ni yo somos de llevarnos con los parientes, ni parientes ni amigos. Por ahí de vez en cuando una cena de amigas así...en algún momento cuando trabajaba en los Pinos, venían, tomábamos cerveza pero así nomás... el tema de los parientes cero, navidad, día del padre...cero, nada. Todo entre nosotros. Ahora, el día de mañana, veré cuando todos ellos se casen, será otra cosa (otra familia)...".*

A lo largo del relato se percibe ese alejamiento progresivo de la familia más directa de ambos, llegando al extremo de contar sólo con el hermano del agresor para ayudarla en situaciones extremas, *"...viste que el hermano siempre me creyó a mí, siempre me apoyó a mí y ahí me escribió me dijo "¿Rosita vos estás bien?" Sí, le digo. Me preguntó que paso, así así así le dije, tu hermano otra vez...un tiempo trabajé con el hermano, (una vez) me fui toda golpeada, él no podía creer (lo que le hizo A.). ... siempre me dijo ¿por qué es lo que vos le aguantas? Y allá dice que el hermano le dijo, ¿dónde vas a conocer otra mujer así? ¿Cómo no le vas a respetar? ¿Cómo la vas a golpear así? Y ahí el (A.) venía llorando, la vez que le extrañaba a los chicos...Y lloraba".* Como se lee en el relato el hermano de A. siempre la ayudó a R. cuando ella necesitó pero también permitió al hermano vivir con él cuando se fue de la casa poco después de haber roto una ventana encima de la cabeza de Rosita. *"Y otra vez, ... estábamos así acostados y él no sé...el estaba acostado así y el gurisito estaba acostado conmigo ahí el agarró pegó una piña contra el vidrio y rompió una ventana encima mío... mirá si le agarraba a Luca le dije. (...)*

*Porque él siempre le celó a mi patrona... Ahí me levanté no dije nada ese día. Al otro día me levanté y me fui a la Comisaría de la Mujer hice la denuncia todo, le habían citado ya a él y ahí yo le dije ya tenés una citación. **Vos siempre creíste que ibas a tener limpio tu hoja de vida, le digo**".*

Otra(s) forma(s) de resistir:

A pesar de las limitaciones de ayuda que padece R., logró encontrar vericuetos por donde filtrar algunas formas (otras) de resguardarse y- quizás- poder negociar con el golpeador, *"ahora vos vas a tener esos antecedentes, donde vayas vas a tener maltrato familiar a donde vayas le digo. Entonces cualquier cosa ya te salta [los antecedentes por maltrato], le digo. No sé le digo, esto ya es mucho, hasta acá llegó, le digo. O te vas de la casa o haces algo, le digo. Y ahí agarró y se fue, una semana se fue a vivir con el hermano".* Si bien es una estrategia que no la salva o libera de esa situación, Rosita aprovecha instancias como éstas para negociar cierto margen de "salvación", no es un recurso institucional para sacarla del círculo de violencia, pero sí constituye una/otra forma de negociar que no la golpee más.

Rosita siempre manifestó sus ganas de irse pero bajo distintas excusas nunca lo hizo, sí existen planes a futuro de negociación quizás, *"va a llegar un momento en que no me va a poder golpear más...y después todo se da vuelta. Pero no vayas a creer que vas a tener 55 (años) y yo 45 y yo voy a seguir acá le dije, y eso es lo que le está dando miedo ahora...".* Aún así no descarta la posibilidad de irse, *"el día de mañana ponete que...me separé una semana nomás no fue gran cosa viste, podría probar un poquito más [risas] nunca fue mi intención separarme y hacer otra vez con otro viste, yo si me quiero separar yo quiero disfrutar un poco...lo que no hice en 17 años atrás capaz que en un año lo hago viste, porque salir joder, hacer algo viste, después si... veo lo que hago viste, pero si llego a tener algún día la dicha...¡dicha le digo yo! [risas] la suerte de estar libre un tiempo...".*

Llegar a fin de mes:

Hace 13 años que viven en ese barrio (Chacra 153) pero anteriormente se habían mudado varias veces hasta que le dieran esta casa. R. tiene el plan siete hijos (plan de Madre de Siete Hijos), los viernes y sábados trabaja por las mañanas como empleada doméstica en otras casas y A. es taxista del turno noche (17 hs-5 hs). Antes de cobrar el plan R. tenía que lidiar con la falta de dinero en su casa, ya que A. sólo le dejaba 10 pesos por día nada más para ella y todos sus chicos. (...) *dejé todos mis otros trabajos para darle el gusto a él. Yo tenía cuatro trabajos en total".* Anterior a la asignación del plan R. trabajaba en cuatro casas distintas como empleada doméstica para llegar a fin de mes, con el tiempo él la obligó a dejar todos sus trabajos para quedarse en la casa a cuidar a los chicos. *"(...) yo dejo mi trabajo si querés, pero acá no me hacés faltar la plata le dije. Entonces cuando él se va así me deja 15 o 20 pesos viste. Siempre me dejaba 10 nomás, ¿vos gastás 10 pesos? Compras un pan y fuiste y le digo dejame más porque ahora tengo que comprar pañales. Ya en los pañales gasto mucha plata..."*

Le cortaron el agua y la luz en muchas oportunidades, el plan le permitió tener- por lo menos- los servicios al día y poner "todo a su nombre". *"Claro, porque el tipo [M. es un prestamista que le vende electrodomésticos y muebles a R., es del mismo barrio] va y saca todo a mi nombre...me trae todo a mi nombre, el papeleo me hace todo a mi nombre, la mayoría de las cosas están todo a mi nombre, porque... cuando ... no había luz, no había agua, no había nada...y **con el plan, cuando empecé a cobrar comencé a poner todo a mi nombre y ahora tengo todo al día...** Ese [Asignación Universal por Hijo] voy a hacer, tengo hasta que me saque madre siete hijos".* Sus dos chicos más grandes [15 y 17 años] trabajan en un pelotero para niños en el centro de la ciudad.

Contar con dinero seguro todos los meses para sus hijos le permitió a R., pensar en más de una ocasión en irse y dejar todo, *"...una vez me estaba por ir, cuando quedé embarazada de ella [la última], que él decía que no era de él, que se haga cargo el padre...bueno, me voy le dije. Yo no voy a pasar los 9 meses arriesgando mi embarazo le dije, no voy a estar perdiendo mi embarazo por tu culpa".* Si bien no

se animó a irse por cuestiones afectivas hacia sus hijos, sí consideró la idea y este plan significaba cierta autonomía para dejar, por lo menos, ese dinero seguro para sus hijos y así poder irse con la beba. *“Agarré, preparé mis cosas y me iba a ir, me iba a ir en la casa de mi hermana, mi hermano...en algún lado iba a ir a parar y encima como le dije, **yo te dejo la tarjeta...porque yo cobro por tarjeta, te dejo para los chicos, yo siempre trabajé, no me hace falta...**yo no me fui por la gurisada, si yo me llegaba a ir la vida de ellos iba a ser muy difícil. Porque ellos no quedaban con el padre, si quedaban solo con él, el día de mañana...”*

Los Hijos:

R. y A. tienen ocho hijos, siete vivos actualmente, *“la guaina [hija de la ex jefa] me corrió [la echó de la casa] un sábado ya el domingo empecé con pérdidas, lunes martes, lunes me fui al hospital, martes ya perdí, no vas a retener me dice...uno que no te conviene me dice, porque ya se estaba formando mal...”*. A pesar de que R. describió esta situación como la causante de la pérdida de su embarazo no queda claro en el relato los motivos reales de esta pérdida, si fue a causa de este despido por parte de la hija de la jefa o por los golpes que le propinaba A. durante los meses de gestación. Perdió el bebé a las pocas horas de ese martes en diciembre del 2009.

Rosita sufrió un desgarramiento de pelvis durante las sanaciones de su último parto, esto hizo que no pueda volver a quedar embarazada, el resto de sus hijos van desde los 6 meses hasta los 17 años. Luego del terrible episodio de la pérdida de su bebé, R. se había jurado volver a quedar embarazada para tener a su beba por esas mismas épocas en que perdió su embarazo anterior, *“ese yo perdí un diciembre. Y ahí yo dije para diciembre del año que viene yo tengo que tener otro bebé y esta que tenía que nacer en enero nació en diciembre”* [risas]. Es la última de sus hijos/las y tiene 6 meses, [él] *dijo que no era de él [la beba]. Él rechazó a full, recién a los seis meses [la] reconoció...”*.

Los celos de A. no van direccionados hacia sus hijas mujeres, sólo hacia Rosita es la cuestión, *“a él no le importa si las guainas tienen novio o no... viste que hay padres que celan... él dice [que] si el día de mañana se embarazan [alguna de las hijas] que se vayan todos nomás. No es lo mismo, si una se embaraza vas a querer saber que pasó, le digo”*.

Hace años R. logró identificar porqué seguían juntos con A., ella no habla de amor, de necesidad o la imposibilidad de divorciarse: *“como yo le dije lo nuestro ya fue ya, esta pasión de antes ya quedó ahí. Estamos con aguantarnos porque están los chicos, más que yo me embaracé otra vez... pasa que yo demasiado quería una nena, yo fui la caprichosa que me embaracé (...) ellos cuando eran chicos siempre les quería pegar y yo me metía. Yo siempre le digo al más grande, yo 17 años puse la espalda para que no les pegue, daba yo la espalda por ustedes, me reventaba a mí pero a ustedes no, nunca les tocó un pelo”*. Es la única razón por la que no se separa de A.: sus hijos. Aún así, la idea de poder separarse la tuvo recién cuando empezó a percibir el plan Madre de siete hijos y el plan Mamá, esos beneficios se convirtieron en la posibilidad de irse sin culpas y dejar, de alguna manera, cubiertos a sus hijos. *“(...) todos son mis hijos, yo todo lo que hago son mis hijos....como le digo a ellos, yo siempre voy a dar la espalda por ustedes le digo pero de ahí a ligar otra vez...no, no ligo mas. Uno aguanta hasta que no puede más”*.

Sin embargo la idea de irse y dejar a sus hijos solos viene y por momentos se va, *“pasa que él cuando pega, pega muy fuerte. Yo sé, el sopapea y pega muy fuerte. Yo tengo traumatismo en la cabeza que me golpeó contra la pared, casi me rompe la cabeza...”*.

Rosita lleva como puede su matrimonio pero cierto alivio se desplaza cuando habla de su posibilidad de irse, con la mayoría de sus hijos ya grandes (adolescentes) y disponiendo de un dinero seguro por mes para dejarles, no abandona el deseo de tomar a la beba y marcharse algún día.

4.4. Revisando la historia de Rosita

De la lectura de la historia de Rosita podemos reconocer que hay un sentido de propiedad que siente y ejerce Andrés sobre el cuerpo de Rosita, al intentar desligar a Rosita de todas sus relaciones, no quiere que estudie ni que salga sola a la calle, insiste y la obliga a estar siempre acompañada por uno/a de sus hijos/as. Intenta (y un tiempo logra) aislarla del mundo externo fuera del hogar. Rosita aclara que ni siquiera se reúnen con familiares amigos, o vecinos, que siempre es entre ellos.

Este control y manipulación de la vida de esta mujer no solo se expresa en cómo avanza sobre su cuerpo: a los gritos, a partir del puño y las reiteradas palizas sufridas por R. desde su casamiento. Pero también en el plano económico este marido celoso obliga a la mujer a abandonar todos sus trabajos extra-domésticos (llegó a tener hasta cuatro lugares de trabajo distintos) para empujarla a depender solo de sus ingresos, lo que él aporta como varón. Al controlar la plata del hogar establece una forma de mantener "bajo control" a R.; en varias oportunidades le cortaron la luz y el agua, el gas a veces no podía comprar porque A. se negaba a darle más dinero para los gastos del hogar. Estos comportamientos obsesivos sólo se dan hacia R., ellos tienen otras hijas mujeres en edades de la adolescencia, edad que supone despertar celos en los padres varones por la misma cultura machista que las presenta como propiedad del padre ("la nena de papá). Pero Rosita aclara que no, que es sólo con ella "su locura" y si alguna de sus hijas llega a quedar embarazada se tienen que ir de la casa y listo.

R. admite que hubo como un despertar tarde de su situación, al principio ella dejaba que él la maltrate "mucho peor", que ahora "de grande" ella se da cuenta que cuando se casó con él era "muy boba" y chica (ella se fue con él cuando tenía 13 años). Admite que no ha habido grandes cambios entre su vida anterior al casamiento con A. y después de juntarse con él, en ambos casos tenía que limpiar la casa y cuidar a sus hermanitos más chicos. El legado materno, "el cuidar al marido", estar en la casa, ceder ante las pretensiones de una pareja casi ausente, son valores, modos y formas que heredaron del "ser mujer". En cuanto a esto Segato trae a colación el modelo de Nancy Chodorow que articula el psicoanálisis con la antropología, explicando la subordinación femenina en diversas sociedades mediante el proceso de socialización en proximidad con la madre, *"por el cual la mujer emerge como un ser social sin llegar a quebrar completamente esa identificación primaria y sin transformarse jamás en un ser autónomo"*. Chodorow afirma que *"en el caso de la mujer no hay un corte claro entre la identificación primaria con la madre y la identificación secundaria que da origen a la identidad de género, pues ambas se tratan de un mismo referente, se trata de dos momentos sin solución de continuidad"*(Chodorow citado por Segato 2003:61). Pudo terminar la primaria después de haberse casado pero a duras penas ya que A. no la dejaba ir a la escuela porque "celaba del maestro".

Rosita dice que nunca se fue de su casa por miedo a dejar a sus hijos en manos de A., aunque admite que a ellos nunca les levantó un dedo, que solo fueron hacia ella las agresiones. En varias oportunidades amenazó con irse y tras una de las peores golpizas que recibió se fue de la casa durante una semana, tras lo cual A. le prometió que iba a cambiar y que vuelva. La segunda vez que R. decide irse es luego de tener a su última beba, hija que se niega a reconocer A. y la acusa de haber estado con otro varón. La única forma que encontró R. de negociar su partida dejando a sus chicos es a través del Plan Siete Hijos (nacional) y Asignación Universal (estaba a punto de iniciar los trámites) contar con esta plata segura todos los meses le permitió tener la luz y el agua a su nombre, no le volvieron a cortar los servicios y dispuso de cierta "libertad" monetaria para irse cuando quisiese.

Si bien nunca se fue de su casa por mucho tiempo, esa idea comenzó a tener forma y a darle cierta "tranquilidad" que ahora podía irse sin culpas de dejar sin nada a sus hijos. Podía dejarle la tarjeta para sus chicos y ella se iría con su última beba. Hasta el momento de la entrevista no había concretado este

proyecto pero destacó las pequeñas mejoras en su vida cotidiana a partir de la incorporación del plan; si bien estas políticas del Estado no lograron sacar a esta mujer del círculo de la violencia sí lograron dotarla de cierta independencia económica. De contar con 10 pesos por día que le dejaba A. Rosita pasó a tener una cierta cantidad de dinero "propia" disponible todos los meses, dinero que invertía en sus hijos y le permitía trazar planes como estos para escapar de este marido golpeador. Sabemos que no es suficiente pero vemos que, con la incorporación de algunas políticas estatales como éstas, R. se las ingenió para negociar ciertos parámetros de no maltrato, pudo imaginar la idea de irse sin cargar con la culpa de dejar a sus hijos, ahora les puede dejar la "tarjeta".

5. Sobre el oficio de escuchar

Si bien conceptos como la violencia simbólica, directa y estructural vuelven a aparecer en estos relatos, haremos una apreciación sobre la instancia misma de la entrevista. Porque describir y analizar las narrativas desplegadas en formato de entrevista etnográfica es también ver el contexto en el que fueron creados esos enunciados, es poder describir, no sólo el contenido, sino los modos de producción del mismo, es- en definitiva- ver "*esta práctica creadora a la vez que abre mundos, inventa mundos posibles, imita o (re)produce el mundo común, genera y despliega, al desarrollarse, su propia teoría ("poética") de tal modo que la actitud correspondiente, la respuesta comprensiva (Bajtín), es el análisis crítico de la misma (...)*" (García 2004). Ver las narrativas es ver las formas en que (nos) relacionamos (con) el mundo, es conocer los distintos formatos en los que pueden transportarse las mismas (canciones de cuna, chismes, cánticos infantiles, cartas, etc.) es ver la (re)construcción de eso/a(s) (dramas) tramas que se juegan en el diálogo constante del proceso comunicativo. Y no solamente vemos esas articulaciones y modos del discurso sino que la mirada crítica se posa en el contexto que creamos para lograr se abran a esas densidades narrativas, es preguntarnos- en definitiva- ¿por qué nos cuentan a nosotros/as situaciones tan dolorosas de recordar y sensaciones tan traumáticas que revivir?

"...en gran medida el secreto de la buena etnografía es el respeto acordado a los otros y el deseo de aprender de las vidas de los demás. Me parece que las principales razones por las que los sujetos deciden abrirse a extraños tiene que ver con sus propias expectativas y sus esperanzas sobre nuestro trabajo" (Auyero 2004:6). No es cualquier escucha la que se necesita, sino una escucha atenta, curiosa, abierta. Escuchar estos relatos supone verlos con la mirada crítica del científico social pero con la sensibilidad que provocan los mismos, es una escucha especial, lenta, pausada y- por sobre todo- sumamente respetuosa.

Ellas hacen una selección de sus historias sin respetar muchas veces la línea cronológica de sus vidas: hay narrativas que son más densas descriptivamente que otras, unas cobran más intensidad en el tono del relato, otras son pasadas por alto y debemos volver sobre las mismas para comprenderlas mejor. *"...la entrevista etnográfica es una 'oportunidad para contar parte de sus historias'"* (Scheper-Hughes en Auyero 2004:7), así los modos de narrar sus pasados son todos distintos y a criterios de ellas, los modos de contar sus vidas cobran cuerpo y fuerza en la densidad de estas historias que son las vías para compartir el dolor atravesado. Esos silencios que suelen molestar en una charla, esos cortes, esos finales inacabados, las dudas, los tropiezos en palabras difíciles, el dolor de recordar cobran otra importancia en estas dinámicas armadas "artificialmente" pero que buscan, en definitiva, compartir esas experiencias y darles cuerpo, un cuerpo lo suficientemente consistente para ser compartido para ese otro/a ajena a esa vida.

Sus usos de la entrevista etnográfica

Pero volviendo a la pregunta inicial: *"debemos dar cuenta de los usos que los manifestantes hacen de la etnografía y del etnógrafo no sólo para comprender mejor nuestro lugar en el campo, sino porque inciden*

en el proceso mediante el cual construimos el objeto de investigación" (Auyero 2004:6). Así, y sin menospreciar nuestras "habilidades" personales para entablar buenas relaciones con estas mujeres y de lograr el *rapport* (Guber 2005) también existe un uso y una intencionalidad por parte de ellas de participar en estas entrevistas... vistas como oportunidades de reconstruir(se) a una (ellas) misma(s), son esas instancias en que deben objetivar lo que vivieron y traducirlas a palabras, es el pasaje de ese discurso sensorial/corporal/psíquico a un lenguaje articulado que pueda ser compartido y comprendido por otro/a(s). Porque lo transformado en palabras significa tomar distancia, observarlo y nominarlo. Es cosificar el acontecimiento. *"El acto de contar una historia es el acto de organizar la experiencia. Al contar historias organizamos los acontecimientos y los actos humanos en alguna clase de totalidad; damos forma a la comprensión de un propósito de la vida...de manera más profunda, nuestras historias nos dicen quienes somos y quiénes podemos o no podemos ser, tanto en un sentido superficial como profundo"* (Langelier en Auyero 2004:8). Porque ese encuentro etnográfico también tiene que ver con procesos de luchas internas, con romper silencios que reinaron durante años, con poner sobre la mesa años de miedos, maltratos y dolores y arreglárselas con esas memorias. *"El encuentro etnográfico puede, por lo tanto, ser una oportunidad para polemizar con la interpretación oficial, para hacer conocer el propio punto de vista y una ocasión para reflexionar sobre la propia vida"* (Auyero 8:2004). Tener en cuenta esta dimensión práctica de sus usos de la entrevista etnográfica también forma parte de la construcción del objeto de estudio. He allí la importancia de los contextos logrados y de poner la mirada sobre nuestra propia participación en esa interacción.

6. Conclusiones

Estas historias de vida que revelan una secuencia de episodios de violencia con limitado registro corporal y simbólico dan cuenta de lo complejo que es salir de ese círculo de violencia y despertar de esos maltratos. En ambos casos el registro de maltratos, por parte de ellas, se produce mucho tiempo después- es decir- en ambos casos no hay una reacción inmediata de salvaguardarse sino "soportan" durante meses o años antes de tomar la decisión de irse o denunciar al agresor.

Señalando a los sujetos que participan de este círculo y lo denuncian son las madres las primeras en aparecer al momento de prestar ayuda. En el caso de Rosita ella no acude a nadie más que a su madre, cuando viaja a Buenos Aires es sólo a ella a quién solicita que la ayude. En el caso de Lorena aparecen varios personajes para ayudarla, el padrastro, la hermana (que si bien después la traiciona en un primer momento aparece como ayuda), una amiga y la madre, el círculo de gente que podían ayudar a Lorena era mucho mayor que el de Rosita. Quizás esta contención le facilitó salir antes de este contexto de violencia, más no así Rosita que aún sigue viviendo con su agresor.

Las respuestas desde el Estado en el caso de Rosita son casi nulas. La única vez que fue a denunciar a la comisaría los terribles golpes perpetrados por su marido no la atendieron porque no había "personal habilitado". El mismo pedido de ayuda era muy mal visto por ella, en una ocasión se encontraba en casa de su vecina minutos antes de una de las golpizas y dijo que "no podía hacer cagada ahí tampoco", sin decir nada a nadie agarró a todos sus hijos y se fue sola a la comisaría. Mencionó que se lleva mal con sus parientes y que casi no tiene amigos en el barrio, esto se vio cuando no tuvo a nadie para pedir- por lo menos- que se quede a cuidar a sus hijos cuando tuvo que ir a denunciar. En el único momento en que aparece una ayuda externa es cuando su madre le ofrece irse a vivir a Buenos Aires con L. (uno de sus hijos más chicos), oferta que rechaza puesto que no quiere dejar a sus hijos solos con el padre. La escuela aparece como una organización "preocupada" por el bien estar de esta mujer, la hija de Rosita es quién le comenta a la maestra sobre por qué no fue al acto escolar cuando tendría que haber actuado, esta maestra le cuenta a la directora y al final es esta directora quién cita a Rosita para hablar. Le

pregunta si ya había denunciado... es decir, como la autoridad de una organización "atenta" a los problemas que los chicos traen de las casas.

En el caso de Lorena se menciona la ayuda de un médico de Campo Grande que le ofrece testificar a su favor cuando su pareja le provoca un aborto, más no así el sistema policial quienes se burlan de ella al momento de realizar la denuncia y sólo le hacen una exposición, documento que no le sirve para nada. Las respuestas para socorrer a estas víctimas, en el caso de Lorena dictan una orden para que el hombre se aleje de ella, pero no lo garantizó, como se lee en el relato él la siguió hostigando mucho tiempo después de haberse dictado esa orden. En el caso de Rosita, le tomaron la denuncia y nada más. Como vemos no hay una intencionalidad de sacarlas de ese ámbito de violencia, apagan el fuego de las urgencias pero la mujer sigue inmersa en ese ámbito, rehén del varón.

Poniendo la mirada sobre sus movimientos, son ellas las que saben cómo moverse por los vericuetos de los trámites que significan el sistema de salud y el legal. No desconocen donde ir si quieren denunciar o atenderse por malos tratos físicos, saben con quienes hablar, donde o a quién pedir ayuda. Se conocen todas las trampas de las leyes (en el caso de L. cuando la policía ofreció hacerle una exposición ella exigió que le tomen la denuncia porque esa exposición no le servía para nada) y a lo que son obligadas a mostrar o presentar para que les crean (ambas fueron con los golpes recién sufridos o sangrando a la comisaría, con testigos, etc.).

Por otro lado, los relatos nos permitieron ver el orden que les dan ellas a sus vivencias. Las preguntas no siguieron un orden cronológico de sus vidas sino que esos años fueron reconstruidos después por el equipo de investigación. Fueron ellas quienes decidieron cómo y qué contar de lo que vivieron.

Sin preguntar específicamente por los beneficios de algunas políticas públicas tanto nacionales como provinciales, fueron ellas quienes dejaron filtrar esta información. Esto responde a la importancia que le atribuyen en su cotidianidad a estas oportunidades tanto del sistema de salud como de beneficios monetarios. En el caso de Rosita a través de distintos planes "*ahora estoy más tranquila, cualquier cosa me voy y le dejo la tarjeta (del plan) a él para los chicos*"; y en el de Lorena a través del sistema de salud que "*siempre me respondieron muy bien y me atendieron bien*".

A medida que fueron describiendo las distintas situaciones de maltratos sufridas por ellas pudimos analizar sus contextos de vida también. El análisis significó abrir la mirada no sólo a las situaciones concretas de maltratos sino, también a los contextos de vidas violentos que facilitaron se perpetren los daños. Cómo los superaron y superan, quiénes las ayudan, cómo, etc., intentamos reconstruir esa red de contención que se presenta para que la mujer, en definitiva, siga viviendo.

El foco en el relato permite eso, ver las formas que eligen ellas para contar, cómo, el orden, las vueltas, sus lógicas... permite ver el contexto de enunciación, sus sensibilidades, sus herramientas narrativas para compartir/vivir (la vida) con ese (nosotros) alguien desconocidos por ellas hasta ese momento. Señala la necesidad de hablar de experiencias traumáticas vividas por ellas, la falta de interés de una sociedad que se jacta de ayudarlas pero, sin embargo, en la actividad primaria de escucharlas y contenerlas se corre dejando un vacío muy agresivo.

En cuanto a lo discursivo, es interesante ver los desplazamientos que hacen estos enunciados de la esfera privada a la pública, las migraciones que sufren estos relatos que- muchas veces- ni siquiera fueron dichas en la esfera íntima y- sin embargo- son revelados frente a otras mujeres desconocidas, estimuladas por personas que ni siquiera estamos ahí ese día para atendernos (nosotras). Esto dispara varios argumentos, pero el más fuerte es- quizás- las escasas oportunidades que tienen estas mujeres de contar sus experiencias y que las escuchen. La cuestión de la escucha se vuelve crucial en este punto ya que no es cualquier escucha ni cualquier predisposición para estar con ellas.

La circulación de estos relatos en esferas públicas (si bien las entrevistas individuales fueron hechas en sus casas particulares el disparador de nuestros encuentros privados fueron las entrevistas grupales que llevamos a cabo en el Hospital) nos dieron a pensar en varias cuestiones: ¿es mérito nuestro lograr que estos relatos propios de la esfera íntima privada resurgan en esferas públicas (como lo es la sala de espera)?; ¿en qué contextos viven estas mujeres dónde sus relatos son silenciosos/silenciados?; ¿por qué nos cuentan a nosotros?; ¿qué derecho tenemos nosotros- miembros o representantes de la Academia- de revivir(les), a través de sus relatos, esas situaciones dramáticas de mucho dolor?; al momento de la entrevista, ¿qué grado de responsabilidad tenemos como científicos sociales de reforzar esa violencia institucional, la cual ellas denuncian? Interrogantes que nos permiten abrir aún más la mirada al análisis.

Bibliografía consultada

- BOURDIEU, Pierre *La dominación masculina*. Ed. Anagrama. Barcelona. 2000
- DELGADILLO GUZMÁN, *Leonor Guadalupe y Mercado Maya, Aída* "Algunos modelos explicativos para el estudio de la violencia de género. Límites y herencias conceptuales". *Revista Caminos Hacia la Equidad*.- Año 2, número 4. *Universidad Autónoma del Estado Mexicano*. Año 2006.
- GALTUNG, Johan *Investigaciones teóricas. Sociedad y Cultura Contemporáneas*. Madrid. Ed. Tecnos. 1995.
- GALTUNG, Johan. "Trascender los conflictos". Publicado en *Revista Futuros* No 13. 2006 Vol. IV.
- GALTUNG, John en *Revista Paz y Conflictos*. Teoría del conflicto de J. Galtung (Texto escrito por Percy Calderón Concha) Número 2. Año 2009.
- GARCÍA, Marcelino. "*Narración. Semiosis/ Memoria*". Editorial Universitaria de Misiones. Posadas. 2004.
- GUBER, Rosana. "*El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*". Buenos Aires. Paidós. 2005.
- MAIDANA, Elena. "Apuntes sobre Narración". *Ficha de Cátedra UNaM*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. 2010.
- MARTÍN Barbero, Jesús. "De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía". *Convenio Andrés Bello*. 2003.
- MARTÍN Barbero, Jesús. "*El oficio del cartógrafo*". Fondo de Cultura Económica. 2002.
- MUMBY, Dennis (comp.) "*Narrativa y control social*". Bs. As. Amorrortu; pp. 11-25.
- RINCÓN, Omar. *Narrativas Mediáticas. O cómo se cuenta la sociedad del entretenimiento*. Estudios de televisión N 23. Gedisa Editorial. Barcelona. 2006.
- SCHIAVONI, Lidia. "*Discusiones en torno a la violencia sexual desde el campo de la salud*". Documento Inédito. Proyecto UNaM 16/H218. Posadas, Mayo 2009.
- SEGATO, Rita L. *Las estructuras elementales de la violencia*. Bs. As. Ed. Universidad de Quilmes. 2003.
- WILLIAMS, Raymond. "*Marxismo y Literatura*". Ediciones Península. Barcelona. 1980.
- WINKIN, Yves (compilador). *La Nueva Comunicación*. Editorial Kairós. Barcelona. 1982.

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 9 (Parte 2)

Lugares de enunciación y de escucha ¿Cómo es relatado tanto dolor?

María Rosaura Barrios
Becaria Iniciación CEDIT

1. Introducción

No escuchamos de cualquier manera, ni preguntamos de cualquier forma. Más allá del análisis del contenido de las entrevistas etnográficas lo que nos propusimos con este texto es abordar con una mirada crítica las condiciones en que estos discursos son elaborados y las condiciones en que tomamos estos relatos y lo volvemos material empírico de campo. Es ver, de una manera descriptiva y analítica, las posiciones del investigador y de los entrevistados. Ellas no son sólo objetos de estudio con las que nos "encontramos", hablamos de personas con historias densas que merecen, de nuestro lado, pensar las mejores y respetuosas formas que vamos a utilizar para desencadenar esos relatos cargados de tanto dolor y daños. Porque- de alguna manera- forzamos a que estos relatos, estos oscuros años salgan a flote, vuelvan a aflorar en la piel de estas mujeres, no sin antes pensar las mejores formas de preguntar, no sin haber entrenado la escucha. Un oficio tan viejo y aún así, tan difícil de hacerlo de manera respetuosa.

El siguiente análisis busca describir procesos violentos padecidos por Marta registrados, sobre todo, simbólicamente. El encuentro con Marta fue concertado en pasillos del Hospital Madariaga, cuando realizábamos los talleres de Salud Sexual en Planificación Familiar. La conocimos en uno de los talleres y quisimos conocer más acerca de ella.

Identificamos en estos relatos los lugares desde donde preguntamos y escuchamos; los lugares de enunciación de esta mujer que se sienta a contar su historia; las formas del investigador de abordar esta temática tan dolorosa y compleja; las utilidades de la entrevista etnográfica desde ambos lados (investigador-entrevistados). Para analizar estos puntos recurrimos a conceptos como *violencia simbólica* (Bourdieu 2000), *violencia cultural, estructural y directa* (J. Galtung 1995); *violencia de género* (Segato 2003)¹⁵; su identificación como *víctimas* (Reguillo 2006); estos focos puestos en el *proceso de narración* (Rincón 2006, García 2004); teniendo siempre presente el sentido que le atribuye Palo Alto al concepto de Comunicación (Winkin 1982); las formas de interpelación desde nuestro lugar como miembros de la Universidad y su comparación con los medios masivos; y el rescate de sus *relatos* (Maidana 2010) interpretando las formas en que ellas comparten estas vivencias a través de sus historias.

Logramos el acceso a este universo ajeno de vida a través de una estrategia metodológica cualitativa, utilizando herramientas como entrevistas no directivas y observación (Guber 2005), complementando estos datos con los obtenidos de los registros de los talleres realizados en las salas de espera de la Maternidad del Hospital Madariaga de Posadas entre 2007-2009.

En la presentación incluimos una breve revisión de los conceptos teóricos claves, luego una descripción de la metodología, fragmentos del relato de Marta y algunas conclusiones parciales que surgieron luego del análisis.

2. Conceptos claves

¹⁵ Si bien el análisis a partir de estos conceptos de Galtung y Bourdieu no fueron utilizados para este proceso de producción, sí fueron utilizados para seleccionar pasajes de la entrevista etnográfica y analizar lo planteado al inicio del informe. Ayudaron en la etapa de recorte de ese gran relato que significa la historia de Marta.

La estandarización y la fijación que sufren los roles, las formas del ser y la naturalización de la cultura crean y refuerzan patrones/conductas/formas duras, fijas en torno a la figura de la mujer y el varón, "...por medio de su encarnación en actores sociales o personajes míticos, los géneros constituyen una emanación de posiciones en una estructura abstracta de relaciones fijada por la experiencia humana acumulada en un tiempo muy largo, que se confunde con el tiempo filogenético de la especie" (Segato 2003:57). Estos ordenamientos jerárquicos imponen al mundo estructuras de poder dentro de la sociedad, se naturalizan estas posiciones/lugares y sus roles, "los géneros constituirán, desde este punto de vista, transposiciones del orden cognitivo al orden empírico" (Segato 2003:57). Las estructuras se revisten de géneros, los imaginarios se refuerzan y se dramatizan las diferencias biológicas entre varones y mujeres al punto de doblarlas hasta convertirlas en diferencias sociales. El sentido común se adiestra, aprehende lo que es "ser varón o ser mujer". La trampa reside en pensar que estas estructuras de géneros no pueden cambiar ni ser cambiadas, "están condenados a reproducir los papeles relativos previstos para ellos" porque derivan de un orden inmutable, lo biológico, la diferencia sexual. Así, fijos, estáticos, adheridos, es un sentido tan fuerte que no nos permite ver que son sólo lugares, posiciones sensibles de ser modificadas, relaciones abiertas y disponibles para ser ocupadas por otros sentidos. Es decir, fueron distintas fuentes y procesos quienes se aseguraron de naturalizar estos órdenes sociales. Así lo masculino y lo femenino están básicamente representados por anatomías de varones y mujeres en cuanto cuerpos que dan cuenta de las diferencias que allí operan. Diferencias biológicas que encarnan con la fuerza de diferencias sociales y culturales.

En cuanto al concepto de **violencia** entendemos distintos tipos: la *Violencia Simbólica* (Bourdieu 2000) o *Moral* (Segato 2003) dan cuenta de procesos complejos que mediante una estructura patriarcal legitiman una violencia de fuerza machista, que oprime y obliga a las mujeres a seguir sus reglas. La percepción de esta violencia es casi invisible, aceptada y silenciosa. Sin intención de olvidar u omitir las fuerzas de choque o resistencia, consideramos que la estructura misma suele ahogar estos intentos de liberación mediante la dependencia económica o afectiva, una estructura que las atrapa, presas muchas veces de un círculo que son incapaces- incluso- de detectarlo como tal. Aún así, varían las formas de violencias ya que no se trata de un concepto estático sino de procesos sociales, culturales y- sobre todo- históricos.

Gilberto Velho (1996) señala que la violencia siempre alude a un vínculo de poder, por la posibilidad de imponer la voluntad, deseo o proyecto de un actor sobre otro, la idea de violencia no se limita al uso de la fuerza física sino también a la posibilidad de usarla o amenazar con su utilización. Pensando en una red de fuerzas, estructuras estructurantes (Bourdieu) que van delimitando el comportamiento de las mujeres, tan sutiles que son tomadas como "naturales" y las diferencias biológicas entre ambos sexos son tomadas como diferencias sociales y culturales, unos convencidos de poseer derechos para someter a otros. "*Galtung distingue tres formas de violencias: directa, estructural y cultural. La primera, la violencia directa es la visible (física o verbal, por todos perceptible) y las otras dos, violencia estructural y violencia cultural se tornan invisibles al ojo inexperto. La violencia estructural es definida como la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales, remite a situaciones de explotación, discriminación y marginación. Y la violencia cultural está constituida por los razonamientos, actitudes, ideas que promueven, legitiman y justifican la violencia en sus formas directa o estructural*" (Schivoni 2009).

Estos complejos procesos que describimos anteriormente son difíciles incluso de detectar, no sólo hablamos de maltratos físicos como las violaciones, el acoso sexual, los golpes, las cachetadas, sino también advertimos esa violencia invisible a la cual se refiere Bourdieu. Se realiza una apropiación del cuerpo de la mujer encubierta como "simples celos", la presión para cumplir ciertas funciones que son "innatas" por el simple hecho de "ser mujeres" como la reproducción biológica. Así podemos ir hacia esferas mucho más amplias como ser el estereotipo que imponen los grandes medios masivos sobre "cómo ser mujer", el encasillar(nos) en unas pocas características y funciones. Se limitan las formas (de

ser), lo cual ya constituye una forma de opresión y violencia significativas, son consideradas sólo para parir y “cuidar” a la familia relegando así a las mujeres al espacio privado y a los varones al espacio público. Los rasgos de distintos estereotipos femeninos son trasladados a una cotidianidad que- muchas veces- valoriza a las mujeres porque son “sensibles, cariñosas y débiles”.

¿Cómo se cuenta tanto dolor?

Aquí veremos a la comunicación como práctica social de interacción, construcción e intercambio de sentidos...veremos a este problema desde una mirada comunicacional que atraviesa en todo sentido. Es así como la analogía de la comunicación con una orquesta- en lugar del telégrafo- propuesta por Winkin a propósito del denominado “modelo orquestal o interaccional” de la comunicación planteado por los investigadores de Palo Alto (“la Universidad Invisible”); nos ayuda a pensar estos procesos por demás complejos, “la comunicación se concibe como un sistema de canales múltiples en el que el autor social participa en todo momento, tanto si lo desea como si no: por sus gestos, su mirada, su silencio e incluso su ausencia” (Winkin 1984:22,23). Cada uno por pertenecer a una determinada cultura forma parte del proceso de comunicación, como el músico forma parte de la orquesta. Debemos ver no sólo qué nos dicen, sino la manera en que lo dicen y en qué condiciones. Es por ello que tomamos a la comunicación como un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento: la palabra, el gesto, la mímica, el espacio interindividual, etc. Desde tal enfoque no se busca oponer entre comunicación verbal y no verbal sino concebir a la comunicación como un todo integrado. Desde tal perspectiva el sistema que estudiamos exige más que una descripción del discurso verbal, un análisis de la interacción en la que todo comunica.

Omar Rincón (2006) dice que la acción de contar es generadora de comunidad y un modo de socialización. Implica contar experiencias y compartirlas. Nos conecta, nos une, nos identifica. El contar(se) implica reconocerse, pensarse, describirse. Los relatos no son enunciados aislados sino que forman parte de un gran diálogo constante, siempre son una respuesta o continuidad de otros relatos contados anteriormente. Así con legados y memoria se va tejiendo la red de sentidos que forma la trama social (García 2004). Y es allí donde queremos poner la mirada, en las descripciones de esos relatos que ellas seleccionan para contar, ajustar el foco a esas formas de narrar las violencias. “La narrativa oral es el relato cotidiano acerca de uno mismo, es un auto reconocimiento” (Hunter y Kieran por Maidana 2010:4).

La narración acá es vista como matriz, como una forma de mediación y modelación de la experiencia, “es la producción de memoria y sentido” (García por Maidana 2010:2). “Los relatos constituyen instrumentos poderosos...hacen creer y hacen hacer: relatos de crímenes o de francachelas, relatos racistas y patrioterros, leyendas de calles, visiones fantásticas de los suburbios, puntadas o perversidades de la nota roja...” (Michel de Certeau y Luce Girard 1999). Por ello optamos por el análisis de las entrevistas en tanto relatos que nos permite la reconstrucción de los hechos, se constituyen en el instrumento para compartir lo vivido y re-vivirlo, es tan real como el hecho mismo y tan lejano que no se siente tanto el miedo. Estos relatos, en definitiva, son sus maneras de percibir el mundo y de compartirlo con los “otros”.

¿Desde dónde hablan y cómo escuchamos tanto dolor?

Para analizar los relatos es preciso tener en claro los lugares de enunciación para escucharlas e interpelarlas, como así también sus lugares de enunciación y contextos desde donde emiten el discurso. Un lugar de enunciación es ese espacio social-discursivo y de sentido desde donde uno habla, dónde se empieza a construir la difícil relación con las personas.

Tener en cuenta sus contextos es tener presente desde donde nos hablan, para entender su “posición” en el mapa comunicacional recurrimos a Rosana Reguillo con su concepto de víctima, “la víctima se ha

instalado en el paisaje contemporáneo como un 'lugar' densamente cargado de significado y visibilidad. Es la víctima la que narra para el nuevo periodismo, obsesionado por conquistar el lugar sin mediaciones, la nota cruda, la voz que proviene de la auténtica experiencia límite y que, por tanto, no admite refutación, es la víctima la que llena los prime time, la que garantiza un zapping favorecedor..." (Reguillo 2006:1) (El destacado es mío).

Y derivado de este análisis que hace Reguillo es que comparamos nuestro lugar de enunciación (como científicos sociales pertenecientes a la Universidad) con el de los medios masivos de comunicación (como constructores de realidades). Si bien Reguillo trabaja el concepto de víctimas a partir de catástrofes donde intervienen elementos humanos como responsables (las explosiones de un drenaje en la ciudad de Guadalajara, México en el año 1992 y la tragedia de Cromañón en diciembre del 2004 en la ciudad de Buenos Aires) me fue útil pensar sus categorías para establecer lazos de conexión y diferencias.

3. Estrategia Metodológica

La reconstrucción de esta vida- hecha relato – busca plasmar la secuencia de episodios de violencias de limitado registro simbólico. ¿Cómo son las reconstrucciones de esos discursos?; ¿cuáles son las percepciones de su vida viviendo con ese agresor?; ¿cómo hablamos de esto con ellas?; ¿desde qué lugar las interpelamos?, etc.

Teniendo en cuenta los interrogantes iniciales, este trabajo se inscribe dentro del paradigma interpretativo, por lo tanto, las herramientas a utilizar para su análisis respondieron a una metodología cualitativa. Se tuvo en cuenta la dinámica de *entrevistas no directivas*, definida por Rosana Guber como "*una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores*" (Guber 2005:203).

Acceder al universo del otro significa poder ver y describir ese *otro* mundo de sentidos, es poder acceder a través de los relatos- esas otras formas de ver, comprender y percibir el mundo. Es reconocer que el otro tiene y se mueve dentro de un mundo de sentidos diferente al nuestro e intentar comprender esos otros modos a través de la mirada del informante. Así, en la descripción densa de las vivencias del otro es donde podremos ver y analizar la compleja trama de sentidos que atraviesan a esos sujetos -que son esos sujetos- es mediante las entrevistas no directivas que *se solicita al informante que lo introduzca en su trama cultural*.

Por otro lado, pero sin estar dissociada de la anterior, la observación participante que "*consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo aquello que acontece en torno del investigador y participar*" (Guber 2005:176). Estar atentos al contexto, a cómo se desarrolla la entrevista, a las actitudes del informante completan la información que nos puedan proporcionar además de sus palabras. La observación permite involucrarnos en esos contextos de vida (de manera limitada en nuestro caso ya que no convivimos con ellas), ser parte (de manera artificial) de ellos, ver sus dinámicas, sus tiempos. Aún así esta observación no es inocente ya que no será neutral, incidirá en la participación de los sujetos observados, es decir, la observación y participación nunca será total (Guber 2005).

Es así que no sólo hablamos del análisis de las entrevistas sino que partimos del análisis de sus relatos de vida, sus formas de reconstruir esas vivencias que- muchas veces- es sinuosa, compleja, con baches pero que, en definitiva, busca describir esas vivencias traumáticas hechas cuerpo. La entrevista fue concertada en los espacios de taller en la sala de espera. Al finalizar uno de los talleres reconocimos la historia de Marta como interesante para seguir trabajando y- luego de haber hablado casi una hora con estas mujeres- simplemente coordinamos con ella otro día para encontrarnos a solas en su casa. El

análisis grueso de este trabajo se hizo en base a las entrevistas pero las mismas fueron complementadas con los registros obtenidos sobre esas mujeres en la sala de espera.

4. Su relato

En los márgenes recuadrados se despliegan el relato de Marta, el orden de los episodios respeta la secuencia que ella propuso, nuestro trabajo fue organizar los datos para evitar las reiteraciones entre un encuentro y el siguiente sobre un mismo tema, así como seleccionar de su discurso expresiones y frases significativas al introducir su voz con sus propias palabras. Por cuestiones de tiempo para seguir profundizando en su vida se ven baches o agujeros temporales en sus relatos.

4.1. Marta

Advertencia: Más allá de la reconstrucción cronológica de los relatos, buscamos describir distintos episodios de violencias destacadas por Marta en la convivencia con su marido. Se verán muy desordenados en cuanto a secuencia cronológica pero responden a sus lógicas de narración. Los hechos principales son de hace siete años en adelante.

Marta tiene casi 40 años, vive en el Barrio Nueva Esperanza (A4) con sus cuatro hijos/as y su marido. Oriunda de San Vicente, se casó con su marido cuando era muy chica y se mudaron a Posadas, hace 21 años. Anteriormente vivían sobre la costa del río hasta que los relocaron debido a la crecida del agua y se mudaron al barrio Nueva Esperanza.

En la sala de espera Marta había hablado mucho de su marido, que era borracho, que le engañó con una amiga y le contagió de gonorrea. Decidimos acercarnos a ella por uno de sus dichos: *"Lo único que lamento es no tener una tumba donde ir a dejarle flores a mi marido porque para mí él ya se murió"*.

A pesar de la negativa de la madre y de la abuela de Marta (en ese entonces vivían en San Vicente) ella se casó con ese muchacho- *"no sé, no le quería, mi abuela tampoco, que en paz descanse, era muy racista, ¡no le quería a los morochos y a mí me encantan los morochos y no le quiero a los rubios! Vos sabés que le conocí así en una joda, en un baile allá"; "... ¡yo pelotuda me escapé con él y me casé con él! ¡Para la desgracia humana me casé con él! Y ahora yo me quiero divorciar y él no se quiere divorciar conmigo. Yo anduve de novia meses con él y después un día me decidí y me fui con él"*.

(...) empezamos y empezamos que no sé ni como... después ya vinimos acá, ya vinieron los mellizos así de una, que lo tuve no sé cómo y ahí empezamos. Ahí el empezó a hacerme la misma cagada que todos, claro...

Marta recuerda los reproches del marido sobre su virginidad (anterior a casarse ella tenía un novio a los 18 años) cuando se conocieron, *"yo cuando le conocí a él, yo ya no era más... virgen, eso siempre me echaba en cara, pasó un buen día y metió la pata y más con esa, encima de todo... me trajo enfermedad en la casa, yo porqué no me contagié"*.

Hará unos años ya que el marido de Marta sale con otras mujeres, el dinero comenzó a faltar, algunas noches no iba a dormir y por supuesto los vecinos advirtieron de las andanzas de E. a Marta. Aún así, lo primero que menciona M. cuando habla de Eugenio es su adicción al alcohol. En la sala de espera habló de la preferencia de E. por la bebida antes que por su familia y lo dispuesto que está de perder todo si eso significa seguir consumiendo vino. *"Te juro que no me arrepiento de los hijos que tengo pero del marido que tengo me arrepiento miles de millones de veces, porque no le hice caso a mi madre!?"*

Durante un tiempo, hará hace 5 años, M. alojó en su casa a una amiga que no tenía donde vivir, *"...yo siete años de mi vida estuve re bien, después yo tenía una amiga que vivía en mi casa, mi marido se iba a trabajar a Buenos Aires y no tenía donde quedarse, ni que comer, se quedaba a comer... era un día*

que volvió del trabajo, se bañó y el abrió una botella de cerveza y me dijo voy a tomar con Fulana porque vos no tomás conmigo y como un día me hizo así... y así fue como tres meses por ahí, que iban a jodas a chupar. Yo confiaba en ella ciegamente". Estos comentarios vienen a colación de los años de engaño que sufrió por parte de E. con la amiga alojada en su propia casa, bajo sus propias narices.

"¡En ese entonces yo le quería! Imaginate primero me traicionó con mi amiga, después esto, el amor muere, él me dice que no pero el amor muere, ¿sabés porque te digo?... y ¡no me animo a decirle! Porque yo no sé cómo va a reaccionar, porque de que se muere se muere, porque es lo único que siento por él. Cuando él está sano es una buena persona, él me mira y yo le tengo lástima. Tengo una especie de cariño porque es el padre de mis hijos, pero no un amor por él".

Por consejo de una de sus cuñadas, Marta decide revisarle la ropa para constatar el engaño, "vos sabes que un día mi cuñada me dijo revisale la ropa... a las 2 de la mañana cuando volvió y se bañó, busque la toalla...". Cuando encuentra la toalla con la que se bañó E. se le revuelve el estómago, había rastros de sangre y pus y muchísimo olor a podrido. Marta sostiene que hacía rato que estaba infectado con algún "bicho" y es por esto que acudía al hijo y no a ella para hablarle de "cuestiones íntimas". Marta guarda esas toallas como prueba de adulterio y así poder divorciarse algún día, ante la insistencia de él de estar juntos hace varios años que ella recolecta pruebas como éstas para exigir el divorcio.

Otra de las anécdotas que menciona Marta es cuando uno de sus hijos más pequeños cae internado debido a unas complicaciones de salud. Fue ella sola quién se tuvo que hacer cargo de todo, de acompañarlo, de cuidarlo, etc. Luego de tres días de estar durmiendo en el piso para acompañarlo en el Hospital junto a su beba que todavía amamantaba vuelve a su casa (era 24 de diciembre), "...bueno después salgo del hospital 24 a la mañana, diciembre, llego a mi casa, me pongo a limpiar mi casa, hago la cena ... dormí profundamente, vos imaginete tres días durmiendo en el piso, con una beba que tomaba la teta que le tenía en una cuna y el otro con suero en la cama, yo en el piso encima en una frazadita yo sola y el otro en casa, el otro que quedó acá era el chiquito, el que quedó con la abuela. Llego a mi casa, me acosté a dormir, se ve que él se fue allá después volvió, tocó la puerta como yo no escuché golpeó la puerta, todos los vecinos salieron, le dio vergüenza fue por la puerta de costado y tumbó la puerta. Cuando tumba la puerta de costado entra, cuando giro veo la mano de él acá y ahí me pegó un sopapo... Ví la mano de él que venía para pegarme, pégame le dije, si sos macho pégame le dije, yo no puedo creer, tres noches yo dormí en el piso del hospital, como yo no me voy a dormir agarrando una cama le digo...".

En dos ocasiones Marta cayó internada muy grave debido al clima inestable que se vive en su casa, en una oportunidad fue por presión ocular y en otra se le disparó la tiroides dejándola en cama unos días. "Tengo odio, bronca, rencor, pero tengo que estar calmada porque un día casi me morí".

Una de las formas que tenía Marta de negociar su divorcio con E. era ofreciéndole su firma para que pueda vender la moto que está a nombre de ambos y así pueda comprarse otra. Firma por firma, había dicho Marta. "... yo no quiero saber más nada de hombres. Yo no quiero estar más con él, es como si... yo le digo a él si yo no quiero estar con vos es como si vos me violás, le digo. Es que yo siento así cuando estoy con vos, yo le demuestro todas las formas de decirle que ya no quiero estar con él, que se vaya".

Hablando de una vida sin él, Marta no se imagina establecer nuevas y buenas relaciones con otros hombres, reconoce que el miedo a fracasar otra vez son mayores, "... es como que si ya me quedó un trauma. Es como que si para mí nunca voy a tener novio...Tengo miedo físico. Para serte sincera yo tengo que descubrir todo... Con él no quiero (acostarme más). Y se me hace que si yo voy a conseguir una pareja el día de mañana me va a pasar lo mismo. ¡Es como si me va a pasar lo mismo!".

4.2. Revisando sus relatos:

La entrevista como un espacio artificial para contar:

En términos de Galtung, la violencia estructural y la directa no sólo afectaron en el plano corporal y en la economía cotidiana de esta mujer, sino también en sus mapas simbólicos, cognitivos. La desvalorización de esta mujer con los reiterados engaños de E. significaron (significan) en ella una sensación de fracaso, de miedo, de que "siempre le va a pasar lo mismo". Estos maltratos están arraigados no sólo en el cuerpo de esa mujer sino en sus sensaciones y percepciones. No solamente en instancias de la entrevista individual sino en el taller del Hospital donde participó también mencionó este rechazo a la idea de la "pareja amada, fiel", hay una idea y sensación de que la historia se va a repetir.

Que hayamos podido lograr que Marta y otras mujeres confíen en nosotras para hablar de sus miedos, sus anhelos, que hayan compartido con nosotras su dolor dan cuenta de la meta del *rapport* al que refiere Guber. Relación entendida como fluida, armónica, de confianza, lo suficientemente plástica para conversar cómodamente de estas cuestiones. Es lograr el clima adecuado con las entrevistadas. Así en el caso de Marta, predomina el chiste en los relatos, si bien por momentos se volvió crudo escuchar y contar, fue ella quien dio un tinte cómico a sus respuestas. *"Ya no sé qué hacer para deshacerme de él, cuando tenga la dicha de separarme, yo soy bruja por eso te digo..."*. Las expresiones que usaba daban pie para que nos riáramos de muchas anécdotas. Más de una vez mencionó que me contaba lo que me contaba "porque le caía bien", "vos sabés que yo, realmente... te cuento porque te agarré confianza, porque me caíste re buena onda...", fue ella quien explicitó los motivos por los cuales decidió contarnos sus dolores.

Compartir la (des)igualdad:

Con Marta vimos rastros de un discurso conocido que nos obligaron a volver sobre los registros del Hospital para buscar relatos similares. Fue uno de los puntos que llamó la atención en esta entrevista, la relación de desconfianza que se construye desde la mujer hacia el varón, siempre desigual, siempre en desventaja con ellos, siempre cuidándose (cuidándonos) de ellos. Cuando la escuchamos a Marta poner especial énfasis en que en los hombres no hay que confiar, volvimos sobre los registros del hospital: había muchas otras mujeres que habían dicho lo mismo en otros talleres. (...) *yo tengo una amiga que ella vivía acá antes, y un día a la tarde viene acá y me dice, estábamos hablando así y le digo Carmen vos con quién le dejaste a tus nenas eh? Con el papá, discúlpame le digo pero ese es tu marido y no confíes ni en tu sombra le digo, yo cuando viajo al interior las hijas no quedan acá con el padre, no confíes en los hombres (...)*

En más de una ocasión Marta planteó su desconfianza hacia todos los varones- sin importar qué tipo de relación tengan con ella- ya sea para cuidar a los hijos- siempre está presente el miedo al abuso y violación de sus niños- o para realizar los trabajos más importantes- que ella considera- del hogar como ser la limpieza. Esta amiga que ella hace mención, y que advierte sobre los peligros de confiar en los varones, siempre dejaba a su nena de 15 años con el padre y luego de la advertencia de Marta comenzó a tener más cuidado, a espiarlo y prestar atención a lo que decía la hija. El padre de la nena "(...) le amenazó que si le contaba a la madre que le iba a matar a toda la familia. (...) le dijo (la mujer a su hija) mirá hija vos ayudame y vamos a hacerle una trampa. Se fue la nena a la escuela y la mamá le dijo que le espere, que no entre así... ¿pero qué pasó? Que la nena volvió sola, y ella calladita entró en otra habitación porque él estaba acostado, para eso ya habían combinado ¿viste? Papi, ¿y mami? No sé, se fue allá, no sé donde a la casa de la mujer esa, le dijo. ¿Querés tomar mate pa? Y ella rogándole a Dios que la nena le busque conversación, debajo de la cama estaba ella en otra habitación. Papi te preparo el mate... después papi ¿querés que te cebe el mate? ¿No vas a ir con tu mamá? No, no dejé nomás, le espero acá. Entonces ella de debajo de la cama dice que salió... había sido que él le tocaba todo a la

... nena, le acababa todo encima de la nena, ella salió de debajo de la cama con un machete y ahí la hija le dijo mami no, vos nomás vas a ir a la cárcel".

Este es uno de los relatos que Marta trae a colación para justificar sus miedos, alega que es una cuestión "obvia" no confiar en los varones. Hay una transmisión de estos miedos y estos cuidados que no solamente advierten a su vecina del "inminente peligro", sino también lo hacen con sus hijas y conocidas. Toda mujer corre un peligro potencial si está en cercanías de un varón que pueda abusar de ella. La enseñanza del disfrute de una relación sexual plena y placentera, lo emocional y sentimental que entra en juego en una relación amorosa, la importancia de la información para disfrutar del sexo seguro, todo esto se ve desplazado y reemplazado por información negativa que proveen estas madres: siempre hay que tener cuidado, hay que estar alerta.

Con esto intentamos describir el proceso que se construye entre padres e hijos de transmisión de miedos, una de las tantas maneras que comparten la enseñanza de la desigualdad de géneros, las posiciones de subordinación que se enseñan y aprenden, los miedos, los cuidados (Segato 2003). Al respecto, Segato nos ofreció más pistas comprensivas cuando dice que: *"todos estos campos se encuentran enhebrados por un hilo único que los atraviesa y los vincula en una única escala articulada como un sistema integrado de poderes, dónde género, raza, etnia, región, nación, clase se interpenetran en una composición social de extrema complejidad"* (Segato 2003:56). El sistema jerárquico de organización de los géneros, como lugares y espacios de poder, nos sirve para entender como esa jerarquía se juega en otros planos, en otros sistemas, bajo otros valores y sentidos, pero siempre en un sistema jerárquico. "El patriarcado simbólico que acecha por detrás de toda estructura jerárquica, articula todas las relaciones de poder y de subordinación" (Segato 2003). Es así como las relaciones heterosexuales priman en estas valoraciones, lo masculino por sobre lo femenino, lo occidental por sobre lo oriental, etc.

*Sus lugares de enunciación. Nuestros lugares de enunciación*¹⁶:

Un lugar de enunciación es ese espacio social-discursivo y de sentido desde donde una habla, es una posición discursiva desde donde enunciamos discursos. Al momento de la entrevista y de anteriores talleres quedó claro que somos miembros de la Universidad Pública interesados en trabajar en la temática de violencias de géneros, algunos/as con más experiencias que otros/as pero todos/as bajo el paraguas de la Academia. Así opera el prestigio de organizaciones rígidas como lo es el sistema de salud.

Pero no sólo éramos integrantes de la academia, sino que éramos mujeres las que nos acercamos a las entrevistadas. Esto nos abrió nuevas puertas a la hora de conversar. La cuestión genérica y generacional muchas veces nos favorecía en el establecimiento de una relación de confianza.

Por otro lado, y en cuanto a su lugar de víctimas- esto teniendo en cuenta las situaciones de violencias (son muchas y variadas) por las que habían atravesado, el contexto de marginalidad en que viven y las experiencias que protagonizan. Un vistazo rápido por muchos diarios así lo demuestra cuando son violadas o maltratadas casi no aparecen sus voces en el discurso periodístico. Su dolor siempre emerge mediado por la voz del agresor, de la policía, del cuerpo médico; quienes hablan por y para ellas. Casi nunca hablan ellas. En muchos noticieros abunda lo amarillista, lo sensacionalista, sus voces aparecen como decoradas siempre en contexto de circo, en un clima de espectacularización y locura por el rating.

Rosana Reguillo hace mención a esas visibilizaciones en el espacio público (siempre urbano) y aquí viene el núcleo para pensar los discursos de estas mujeres que no están muertas, que a pesar de lo que sufrieron están aquí narrando lo que les pasó, en un espacio público que no fue pensado para que

¹⁶ Este apartado fue realizado con el material de la Prof. Schiavoni *"Violencia Sexual en el campo de la salud"* y con aportes desde el análisis del discurso de un corpus de noticias que van desde el 2007 al 2008 (corpus de 600 noticias aprox.) sobre el abuso sexual realizado por quien escribe.

circulen dichas experiencias aunque a lo largo de los talleres lo pudimos resignificar en espacios de escucha. Lo que cuentan son discursos (¿de mujeres?, ¿femeninos?) que circulan generalmente en la esfera privada, entre amigas, entre madre e hija luego de años de silencio, y el desafío era (y lo sigue siendo) ¿cómo hacemos para que esas anécdotas circulen en espacios públicos con sus palabras, sus miradas, sus silencios y sus omisiones de modo tal de hacerles justicia? ¿Cómo a partir de ese reconocimiento, de esa narración de lo vivido trabajar en el empoderamiento de las mismas en tanto sujetos de derecho? ¿Cómo transformamos esos problemas sociales en problemas conceptuales/epistemológicos? Y ajustando un poco más las preguntas, ¿cómo en tanto comunicadores sociales contribuimos en esa tarea sin reforzar la violencia institucional que las tiene muchas veces de rehenes de un sistema que no las ayuda?

Como un primer acercamiento, y para futuros trabajos, podemos sostener que rastrear a esas personas transformadas o (in)visibilizadas por el periodismo nos posibilita ver qué elementos se toman desde los medios, dónde y cómo las muestran a estas mujeres violentadas.

5. Conclusiones

Nos pareció importante, con fragmentos de la entrevista a Marta, describir los lugares de enunciación desde donde se (re)construyen sus relatos, no se habla y no se pregunta desde cualquier lugar/posición. Si bien el lugar de *víctima* no fue desarrollado largamente sí dejamos abiertas unas líneas para seguir trabajando a futuro este concepto que- en este trabajo- lo entendimos como una posición móvil, sensible de desplazarse del/ a través/sobre ella, como espacio (o no) de referencia desde donde hablar. Problematicar este concepto es una tarea pendiente como equipo ya que, en términos de la misma Reguillo- y realizando una lectura mediática del mismo- es el nuevo lugar de la contemporaneidad desde donde empezar a hablar. Poner la mirada en las condiciones en las que se producen sus discursos dan cuenta también de los usos que estas mujeres hacen de la entrevista etnográfica más allá de nuestras habilidades personales para crear un buen clima. Esta apreciación forma parte del mismo objeto de estudio y nos permite ver otras aristas de la entrevista, nos permite ver a nosotros mismos en esa construcción. Queda abierta la propuesta para seguir trabajando estas cuestiones ya que suponemos que sólo el análisis de nuestro propio trabajo en campo y su puesta en cuestión nos ayuda a mejorar los tratos con los/as entrevistadas, asumir la relación con sumo respeto y cuidado, replantear nuestro lugar y mejorar las estrategias para llegar de manera más cauta a esos discursos dolorosos.

Por otro lado, y para remitirnos ya a los discursos, empezamos a ver como es esa enseñanza de los miedos/desigualdades/vulnerabilidades compartidas de madres y padres a hijas. Escuchar con más atención y detalle lo dicho por Marta nos obligó a volver sobre registros anteriores del Hospital, esa "enseñanza" ya había aparecido en reuniones anteriores, con diversos matices pero con los mismos miedos. Es la advertencia hacia todo varón ya sea porque es un potencial abusador, rompe corazones, maltratador, etc. Las mujeres (somos) son enseñadas a (cuidarnos) cuidarse de no ser abusadas o que no (nos) le rompan el corazón.

Por último, hicimos una comparación entre las formas de interpelación a estas mujeres desde los medios de comunicación y como científicos sociales. Tenemos en cuenta que hay un uso de la entrevista etnográfica por parte de ellas y, lógicamente, de parte nuestra para fines distintos. La construcción de esas instancias de encuentros que- por más que sean artificiales- logramos que sea amena para compartir sus ideas, sus sentimientos; tiene que ver con el tipo de escucha que desarrollamos, las formas de preguntar, de acercarnos, el grado de empatía; factores como la edad, lo genérico, fueron componentes decisivos para interpelarlas. Quisimos, por lo menos, empezar a plantear que hay dos formas muy distintas de trabajar las violencias que sufren las mujeres, son dos formas de interpelar y son

desde dos lugares muy distintos, a partir de dos tiempos antagónicos e incomprensivos entre sí. Son dos discursos distintos- el mediático y el académico-, que buscan fines diferentes y acceden a los mismos de maneras distintas.

Bibliografía Consultada:

- BOURDIEU, Pierre. " *La dominación masculina*". Ed. Anagrama. Barcelona. 2000.
- GALTUNG, Johan *Investigaciones teóricas. Sociedad y Cultura Contemporáneas*. Madrid. Ed. Tecnos. 1995.
- GALTUNG, Johan. "Trascender los conflictos". Publicado en *Revista Futuros* No 13. 2006 Vol. IV.
- GALTUNG, John en *Revista Paz y Conflictos*. Teoría del conflicto de J. Galtung (Texto escrito por Percy Calderón Concha) Número 2. Año 2009.
- GARCÍA, Marcelino. "Narración. Semiosis/ Memoria". Editorial Universitaria de Misiones. Posadas. 2004.
- GUBER, Rosana. "El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo". Buenos Aires. Paidós. 2005.
- MAIDANA, Elena. "Apuntes sobre Narración". *Ficha de Cátedra* UNaM. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. 2010.
- MARTÍN Barbero, Jesús. "De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía". Convenio Andrés Bello. 2003.
- MARTÍN Barbero, Jesús. "El oficio del cartógrafo". Fondo de Cultura Económica. 2002.
- MUMBY, Dennis (comp.) "Narrativa y control social". Bs. As. Amorrortu; pp. 11-25.
- REGUILLO, Rosana. "Memorias, performatividad y catástrofes: ciudad interrumpida". En *Contratexto*: revista de la Facultad de Comunicación de la Universidad de Lima. Lima. 2006.
- RINCÓN, Omar. *Narrativas Mediáticas. O cómo se cuenta la sociedad del entretenimiento*. Estudios de televisión N 23. Gedisa Editorial. Barcelona. 2006.
- SCHIAVONI, Lidia. "Discusiones en torno a la violencia sexual desde el campo de la salud". Documento Inédito. Proyecto UNaM 16/H218. Posadas, Mayo 2009.
- SEGATO, Rita L. *Las estructuras elementales de la violencia*. Bs. As. Ed. Universidad de Quilmes. 2003
- WILLIAMS, Raymond. "Marxismo y Literatura". Ediciones Península. Barcelona. 1980.
- WINKIN, Yves (compilador). "La Nueva Comunicación". Editorial Kairós. Barcelona. 1982.

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 10

Historias que revelan otras posiciones para las mujeres

Ana Lucía Hassel

Becaria Auxiliar

Introducción

En esta presentación nos proponemos comentar la historia de vida de una mujer que ha padecido diferentes situaciones de violencia, su incorporación a un proyecto social que se encuadra en la nueva legislación sobre violencia le permite revisar y reflexionar sobre lo que le ha pasado en la vida y explicita cómo ha ido cambiando los modos de relacionarse con sus hijos y con su pareja, al reconocer que "a veces repetimos las formas de crianza que tuvimos nosotros sin pensar en lo que nos dañaron e hicieron mal".

Mencionamos categorías conceptuales básicas que orientaron nuestra mirada crítica como violencia estructural y simbólica, violencia sexual y de género, empoderamiento. El relato fue reconstruido a partir de datos provenientes de entrevistas individuales muy breves mantenidas con Sarita y de reuniones grupales (del Proyecto Progen) en las cuales ella compartió sus experiencias.

Nuestro informe consiste en la presentación del relato de Sarita con comentarios interpretativos sustentados teóricamente y una reflexión final acerca de cómo se cuele un proceso social en una biografía personal: cambio de posición de las mujeres frente a los procesos de violencia.

La reconstrucción crítica de historias de vida permite revelar episodios muchas veces naturalizados por los propios actores sociales. La violencia como fenómeno social está generalmente entrelazada en la cotidianidad de la vida, y debe ser visibilizada desde una postura de extrañamiento para reconocer procesos de interacción en los cuales se pueden filtrar actos de violencia de diversos órdenes.

La historia de Sarita

Sarita es una de las promotoras del Progen –mujer de alrededor de 40 años-. Nacida en Aristóbulo del Valle Misiones, pero anotada en 2 de Mayo por razones que ella misma desconoce, cuenta que al poco tiempo de su nacimiento su padre biológico abandona el hogar y a su familia, por lo que su madre decide empezar una relación con otro hombre. No es hasta los once años de edad, que Sarita se entera del hecho de que su padrastro no era su padre biológico, aunque lo considerara así durante toda su niñez temprana. Su madre tiene 6 hijos más con este hombre, a los que Sarita les lleva varios años de diferencia.

La familia de Sarita, cuenta, vivió en varios lugares a lo largo de su niñez; pasaban de una chacra a otra diferente por no poseer tierras propias que trabajar. Realizaban trabajos por temporadas, lo que hacía que no tuvieran una residencia fija, ya que tanto padres como todos sus hermanos ayudaban en la tarea.

Ya con once años de edad Sarita comienza a padecer situaciones incómodas y desagradables respecto de su padrastro (comenzó a manosearla, a exigirle besos en la boca, a besarla en las orejas, a tenerla en el regazo, a decirle cosas horribles y a perseguirla); ella padece estos avances primero como juegos amorosos y luego cuando ella empieza a crecer (sin menstruar aún) se tornan violentos porque a ella no le gustan sus miradas y sus manoteos: "La mano debajo de la frazada que me ponía en piel de gallina...". Ella como era la mayor tenía que ayudar más en la chacra y muchas veces le tocaba ir sola con el padre

al rozado y él se aprovechaba y la manoseaba y le proponía cosas horribles (irse juntos y dejar a la madre sola, hacerla su mujer, etc.).

El padrastro era muy amoroso con su madre, le proponía que ella fuera a visitar a sus parientes por dos o tres días, hasta una semana a veces. Su madre la dejaba sola con él para que hiciera las cosas de la casa y ayudara en la chacra. La madre se llevaba a los más pequeños y ella quedaba sola lo que le provocaba pánico, así que ni bien la madre se iba ella también trataba de salir y se escondía en el monte, pasaba varios días casi sin comer rondando las chacras vecinas pero no quería estar sola con el hombre. Cuando advertía que su madre regresaba, volvía a la casa y su padre la golpeaba con una vara pues se quejaba de que ella se había ido y no lo había atendido, y por lo tanto él se había tenido que cocinar, lavar la ropa y trabajar solo.

Si analizamos esta forma de organizar el trabajo propuesta por los adultos en la familia de Sarita, la división sexual de roles que se establece entre mujeres y varones para constituirse como sujetos activos, queda implícita el orden patriarcal de la sociedad: lo masculino se constituye como "naturalmente" superior en jerarquía y poder frente a lo femenino. Es por ello que se torna necesaria la constante sumisión de las mujeres a los varones para mantener este estado de cosas. Se generan así variados mecanismos para asegurar esa sujeción e invisibilizar los procesos de dominación y de abuso de poder, que se vuelven comunes a la vida cotidiana (se establecen jerarquías de género). La "bondad" del marido para que su mujer visite a sus familiares y cuide a los hijos más pequeños contrasta con el "horror" de Sarita, hija mayor mujer, quien debe quedarse en la casa acompañando al padre en las tareas duras de la chacra y reemplazando a la mujer adulta en las tareas domésticas, que por extensión incluyen en la lógica masculina, las relaciones sexuales,

Cuando ésta situación de abusos y "escapadas" ante la ausencia de la madre, se tornó insoportable, Sarita abandona la casa familiar. Estaba trabajando junto a su padre en la chacra de otros colonos y la mujer de esa familia advirtió que a ella le pasaba algo (que su padre la tocaba o se refería a ella de un modo extraño). Le preguntó si no quería ir a trabajar a otro lado pero sin decir nada de lo que observaba, ella aceptó y así a los 11 años fue a trabajar como empleada doméstica en el pueblo y se separó de sus hermanos y su madre. Al poco tiempo la regresan a su casa, pero su padrastro por temor a que ella hablara sobre lo que había estado ocurriendo, le sugiere a la madre que la envíe donde su padre biológico, quien ya había formado otra familia cerca de Aristóbulo del valle y tenía su propia chacra. Sarita pasa entonces un tiempo con su padre, su madrastra y sus nuevos hermanos, todos desconocidos para ella. Cuenta que no se llevaban bien y que por más de que extrañaba a sus hermanos y a su madre no quería volver a su casa. Es entonces que su padre biológico decide que Sarita podría serle útil a un hermano suyo que tenía una chacra y un almacén, y la envía a vivir allí. Ya en lo de su tío, este le arregla un matrimonio con un hombre de mucho dinero que tenía varios camiones y vivía en la ciudad (refiriéndose a Aristóbulo).

En el caso de Sarita no son solo los repetidos actos de violencia y abusos sufridos por parte de su padre los que generan desarraigo e imposibilidad de intentar cambiar su situación, sino en general la inestable estructura familiar donde vive desde pequeña. Los constantes cambios de domicilio, el traslado de una familia a otra imposibilitan generar estabilidad en los vínculos afectivos. Procesos como éste dejan traslucir –sumadas a la violencia física directa- situaciones de violencia moral y simbólica ancladas en un esquema de violencia estructural: sectores pobres con muy limitados recursos para garantizar la supervivencia de los grupos familiares.

A los 14 años de edad se casa legalmente con este hombre 10 o 15 años mayor que ella, que la lleva a vivir con él: *"Mi tío me dio como quien da una cosa, hizo un arreglo de plata y yo me tuve que ir con mi marido, nadie me preguntó si estaba de acuerdo o no"*. El marido en las primeras relaciones sexuales se da cuenta que ella no es virgen pues había sido violada por el padrastro, -ni su tío ni su padre

aparentemente lo sabían- así que comienza a tratarla mal, a burlarse de ella *“ya estás usada, no sos pura”, “sos como cualquier mujer de la calle”* y cosas que la hacían sentir una basura.

Aunque Sarita percibe la violencia de su marido y conoce cuáles son los motivos, no encuentra forma de defenderse, todos la acusan de actos en los cuales ella fue víctima pero es a quien la hacen sentir responsable. Ente sus sentimientos de injusticia y la reprobación de los “otros” termina resignándose a su condición de niña violada y mujer maltratada.

La violencia en todas sus variantes –más aún en la menos directa como la psicológica, la moral o la simbólica- se torna invisible a los ojos de la propia víctima formando parte natural de su cotidianeidad. Citando a Flora Tristán: *“La violencia contra las mujeres tiene claves específicas que tienen que ser visibilizadas y articuladas con las otras formas de violencia, con la cultura de la violencia de nuestras sociedades. Muchas autoras sostienen que la violencia familiar, la violencia común o delictiva, la intolerancia política, religiosa o sexual, la inestabilidad económica, la desigualdad de oportunidades de acceso a bienes de cultura, constituyen un espacio cultural e intersubjetivo que facilita el aprendizaje de la violencia. Y todo ello alimenta, permanentemente, una cultura de violencia”*.

Al poco tiempo de casarse Sarita queda embarazada y aunque su marido en ese entonces no quería que tuviera el bebé por no considerarla digna para ser la madre de sus hijos, ella decide seguir adelante con su embarazo. El hombre la manda sola a una chacra alejada donde tuvo a su hijo con una partera de campo, y no vuelve al pueblo por el desprecio de su marido. Siendo una joven de 14 o 15 años, Sarita tenía que sustentarse trabajando en la chacra para poder comer; se sentía sola y triste y casi nadie se relacionaba con ella.

Una vez, cuando el nene tendría un año y medio -porque ya caminaba pero no tomaba ya la teta- ella lo durmió y lo acostó en la cama, le habló antes y *“le dije mirándole bien fuerte a los ojos que se quedara tranquilo que mami va a ir a buscar leche para vos tomar al pueblo cercano”*. Y así lo dejó y caminó varias horas hasta que consiguió comida y leche, cuando regresó – no aclaró si el mismo día o al siguiente- se encontró que el bebé no estaba y los vecinos cercanos le dijeron que el padre se lo había llevado. Es entonces que Sarita va hasta el pueblo a reclamar por su hijo pero su marido le dice que se callara la boca y que si decía algo la iba a denunciar por abandono de persona.

Ya con 15 o 16 años viene a Posadas sin saber bien a dónde quedarse o para qué, pero si teniendo en claro que tenía que trabajar para vivir. Comienza como empleada doméstica en varias casas de familia hasta que conoce a quien fue su segundo compañero, un muchacho de su edad. Quedó embarazada a los 24 años, tenían una casita con él y cuando la nena nació él empezó a dudar si era de él o de otro, y al final no la reconoció y se fue. Ella quedó sola otra vez, muy dolida y atemorizada, no sabía en quien confiar [siete años pasaron desde que llegó a Posadas y nació su hija]. Cuando su hija cumple alrededor de dos o tres años conoce a quien es su actual marido con quien tuvo 7 hijos más, los dos últimos mellizos. El reconoció a su la niña como propia y la cuidó y respetó siempre. Hoy esa niña es una mujer de 25 años, madre de tres chicos, y vive cerca del barrio; se ven muy a menudo con Sarita.

Ella remarca la manera a veces un poco fría en que su marido la trata a ella y a sus hijos, pero reconoce que prefiere que así sea, pues con las cosas que le pasaron cuando niña aún conserva el temor que les pase lo mismo a sus hijos, pues nunca se sabe con qué intenciones un adulto se acerca a un niño.

El papel de las leyes y sus aplicaciones

La noción de *empoderamiento*, hace referencia al proceso por el cual ciertas personas o grupos de ellas consideradas, de alguna manera, oprimidas, van ganando control sobre sus propias vidas, incluyéndose en actividades grupales transformadoras de la vida cotidiana y de las estructuras en que se insertan. A partir del aumento de la capacidad de incidencia en aquello que les afecta, estos grupos se incluyen en

un proceso que supone el ejercicio de un determinado tipo de poder: el llamado “poder con” y el “poder para” en contraposición al uso del “poder sobre” más directamente ligado a los escenarios de dominación. Muchas veces el fortalecimiento de cierto marco legal que legitime y afiance determinadas prácticas, genera una toma de poder sobre la propia existencia, en este caso, de mujeres que luchan por defender sus propios derechos.

La ley provincial 4405 sobre violencia familiar, que modifica la 3325 de violencia física y psicológica, fue aprobada por la Cámara de Representantes de Misiones en noviembre de 2007. Ahora, entre los aspectos novedosos, incluye la obligación del Estado de garantizar gabinetes para la asistencia psicológica gratuita de las víctimas, así como refugia para las personas agredidas que hayan tenido que abandonar su hogar por ese motivo. La ley modificó los siete primeros artículos de la ley, en base a proyectos que tenían dos años de espera, en algunos casos. Las modificaciones a la ley incluye la figura del abandono, amplía los ámbitos para realizar la denuncia, las relaciones (maridos, uniones de hecho, noviazgo), la temporalidad (es decir que también incluye a ex maridos y ex novios) y fija las audiencias aisladas. Ahora, cualquier persona que tome conocimiento de un hecho de violencia familiar puede denunciarlo voluntariamente y con el resguardo de su identidad (identidad reservada).

Modificaciones como éstas en el sistema legal, no solo a nivel provincial sino también nacional, permiten generar herramientas más consistentes para que las promotoras en la prevención de la violencia hacia las mujeres puedan ejercer su tarea desde un posicionamiento más firme en la estructura de organizaciones como el Proyecto Progen.

La nueva ley incluye y diferencia los tipos de violencia a los que puede ser sometida una persona en el ámbito familiar y los aspectos en los que la ampara. Los tipos de violencia reconocidos son:

“Violencia física, configurada por todo acto de agresión en el que se utilice cualquier parte del cuerpo, algún objeto, arma, sustancia o elemento para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de otra persona, encaminado hacia su sometimiento, o intimidación o control; b) *Violencia psíquica o moral*: se considera tal a la que deriva de acciones u omisiones verbales, con la finalidad de someter las resistencias de la víctima o con la finalidad de degradar o controlar las acciones o comportamientos de la víctima, consistentes en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes de abandono y desamparo, capaces de provocar en quien las recibe inhibiciones o deterioro o disminución en su estabilidad emocional y una afectación en su estructura de la personalidad; c) *Violencia sexual*: es la consistente en actos u omisiones de carácter forzado, que infrinjan burla y humillación de la sexualidad, o la inducción, coacción, manipulación o sometimiento a la realización de prácticas sexuales no deseadas que afecten la integridad sexual y/o reproductiva de la víctima y cualquier otra actitud que impida el pleno ejercicio de la libertad sexual; d) *Violencia patrimonial*: provocada por acciones u omisiones que impliquen daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, ocultamiento o retención de bienes, objetos, instrumentos de trabajo, documentos, derechos, valores, o recursos económicos, con el propósito de coaccionar, coartar o impedir la autodeterminación económica de otra persona o de su grupo familiar”¹⁷.

Conclusiones

La reconstrucción de una historia de vida puede dar cuenta de sucesos que por ocurrir reiteradamente durante años, pasan a ser invisibles en la propia vida cotidiana, son de alguna manera naturalizados por el actor. Las desigualdades que se atribuyen al sexo biológico en la mayoría de los casos, avalan

¹⁷ Decreto N° 2668. Art. 1. ANEXO I REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 3325 MODIFICADA POR LEY N° 4.405. Boletín oficial de la Provincia de Misiones. Posadas, Misiones. 19 de diciembre de 2008.

procesos de violencia reiterados en los que la víctima se ve en imposibilidad de convertirse en una agente activo de su propia vida.

“Fundamentalmente la base de la desigualdad se sustenta en las diferencias biológicas que justifican las categorías de género. El sistema patriarcal, permanece vigente en sociedades con muy variadas formas de organización y su expansión alcanza a casi todos los grupos humanos. Es orquestado desde los órganos estatales y privados, dirigidos por varones y por mujeres, pero siempre señalando la supremacía de los varones frente a las mujeres” (Schiavoni, L.: 2010).

En el caso de Sarita la violencia se manifiesta no solo en actos directos como las agresiones físicas o el maltrato moral pasando por el desarraigo y la destrucción de la idea de hogar, afirman una estructura de jerarquías basadas en un modelo patriarcal. Esta organización patriarcal de la sociedad y de los núcleos familiares como el de Sarita, genera variados mecanismos para asegurar la sujeción femenina al varón e invisibilizar los procesos de dominación y de abuso de poder, que se vuelven comunes en la cotidianeidad, impidiendo su reconocimiento.

El hecho de que exista una legislación que reconozca y diferencie de manera apropiada cada tipo de violencia a la que puede estar sujeta una persona, o especifique los derechos que pueden y deben reconocerse para sustentar reclamos y luchas, de a poco puede convertirse en herramientas de empoderamiento para mujeres como Sarita.

Bibliografía mencionada

Ferrarotti, Franco *La Historia y lo Cotidiano*, Centro Editor de América Latina, Bs. As. 1990. Parte III.

Giberti, Eva: La víctima, generalidades introductorias. Revista VICTIMOLOGIA N°20- Córdoba-Argentina. 1998.

Schiavoni, Lidia: Discusiones en torno a la violencia sexual en el campo de la salud. Proyecto 16H/218 Vulnerabilidad y desafiliación en un contexto de frontera II: *La Sexualidad en el campo de la Salud*. INFORME FINAL. FHyCS. UNaM. Posadas, Misiones.

Schiavoni, Lidia: *El difícil papel de las mujeres víctimas en situaciones de explotación sexual, incesto y violencia conyugal*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. UNaM. Posadas, setiembre de 1999.

Tristán, Flora: *Violencia contra las mujeres y estrategias democráticas en América Latina*. 2008. Lima, Perú.

Leyes 3820 y 4405.

Decreto N° 2668. Art. 1. ANEXO I REGLAMENTACIÓN DE LA LEY N° 3325 MODIFICADA POR LEY N° 4.405. Boletín oficial de la Provincia de Misiones. Posadas, Misiones. 19 de diciembre de 2008.