

Ponencia Presentada en:

Primeras Jornadas de Jóvenes Investigadores en Antropología Social, realizadas los días 2 y 3 de Octubre del 2003, Buenos Aires Argentina, organizadas por la Facultad de Filosofía y Letras-UBA. Publicación en Formato CD.

### **Área Temática: 5- Cuerpo, Género y vida cotidiana**

Ivonne Dos Santos (antarq@adinet.com.uy)  
Valeria Grabino (valegrabino@adinet.com.uy)  
Natalia Montealegre (montealegrealegria@hotmail.com)  
Mariana Viera (marianaviera@yahoo.com)

Estudiantes de Antropología Social  
Programa Género, Cuerpo y Sexualidad  
Departamento de Antropología Social  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación  
UDELAR - Uruguay

## **“El poder sobre los cuerpos: barreras y estrategias frente a la atención médica”.**

### **INTRODUCCIÓN.**

El presente trabajo focaliza el análisis en un aspecto dentro de una investigación más amplia y aún en curso<sup>1</sup>: el referido a las barreras que las usuarias de un servicio de salud enfrentan y las estrategias que desarrollan para superar tales barreras.

El servicio de salud al que nos referimos es la Clínica Ginecológica A, dependiente de la Facultad de Medicina (UDELAR) y que funciona en el Hospital de la mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).<sup>2</sup> Allí se implementa, desde el mes de mayo, una normativa de atención sanitaria que, siguiendo los objetivos del programa “Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de

---

<sup>1</sup> Tal investigación está referida al tema del aborto y se enmarca en el programa “Género, Cuerpo y Sexualidad: Prácticas y Representaciones”, coordinado por la Lic. Susana Rostagnol (FHCE – UDELAR)

<sup>2</sup> Clínica a cargo del ginecólogo grado V Enrique Pons.

Riesgo”<sup>3</sup>, busca habilitar una instancia de información y apoyo a aquella usuaria que está decidida a practicarse un aborto<sup>4</sup>. Los resultados obtenidos hasta ahora no han sido acordes a lo esperado.

## **UN CUESTIONAMIENTO A LOS SUPUESTOS DE BASE.**

Podemos decir que hasta el momento la normativa de atención sanitaria no ha tenido respuesta por parte de las usuarias: las mujeres no consultan en los ámbitos establecidos por el programa.

Éste, se basa en dos presupuestos: uno más general, que refiere a la accesibilidad de la salud pública, y el otro más puntual que tiene que ver con no oponer obstáculos a la atención de aquellas mujeres que deseen consultar dentro del marco del programa.

Más allá de otros factores que puedan incidir en la falta de éxito de la normativa propuesta, cuestionamos estos presupuestos.

La accesibilidad de la salud pública, para empezar, es un concepto relativo: si bien la asistencia se brinda gratuitamente en términos materiales, implica un alto costo en términos de tiempo y de cosas “que se tienen que soportar”. Romero (1997: 185-186) se cuestiona acerca de si este don que se da en “forma gratuita” no estaría creando una situación de obligación permanente de los pacientes frente a los médicos, al servicio y a la institución. La institución entonces, trata a los pacientes como “obligados” por

---

<sup>3</sup> Este programa surge a partir de un diagnóstico de “epidemia”. Si bien, Uruguay presenta índices bajos de mortalidad materna, la primer causa de mortalidad materna son las complicaciones provocadas por abortos realizados en condiciones de riesgo.

<sup>4</sup> “El núcleo de esta propuesta se centra en incrementar hasta donde sea posible las condiciones de seguridad en la mujer que ha decidido realizarse un aborto provocado. Creemos que es bastante claro que lo que se puede hacer para mejorar las condiciones de seguridad se basan en: Educar a la comunidad acerca de la salud reproductiva y los abortos en condiciones de riesgo y promover cambios en las políticas para salvaguardar la salud reproductiva de la mujer evitando siempre el aborto como método anticonceptivo. Informar a la comunidad y a las pacientes que lo requieran con respecto al aborto en condiciones de riesgo (...) Desarrollar una correcta evaluación clínica y paraclínica pre aborto, que incluya el asesoramiento, el examen clínico, la confirmación ecográfica de embarazo intrauterino, la edad gestacional del mismo y la determinación del grupo sanguíneo de la madre, para evitar la inmunización en los casos de madres Rh (D) negativo.

Mejorar la calidad y accesibilidad de la atención postaborto. En este punto es clave promocionar la consulta precoz post aborto y no esperar los síntomas de una presunta complicación. Aquí el elemento determinante es generar condiciones de confianza en la consulta (...) Brindar asesoramiento post aborto en cuanto a métodos de maternidad elegida y soporte psicológico a las mujeres que lo realizaron”. (BRIOZZO et al, 2000)

servicios que siempre deben agradecer. Esta idea aparece en ciertos discursos de las usuarias de la Clínica en la que hemos trabajado justificando ciertos problemas del Hospital.

*“El problema de la mala atención es que el hospital está saturado; cada vez hay más gente que no puede pagar una mutualista y no dan a basto”*

En cuanto a los obstáculos directamente relacionados con la normativa de atención, existe uno que se presenta como el más obvio: en la puerta de uno de los consultorios se puede leer “NO SE ATIENDE A PACIENTES SIN NÚMERO NO INSISTA”, si bien la atención rápida y sin necesidad de número es una de las cosas que se presuponen (según lo acordado en la reunión de lanzamiento de la normativa con representantes de los diferentes departamentos del Hospital).

Pero existen otro tipo de obstáculos que van más allá de lo tangible y que se expresan en las relaciones entre el personal de salud, los médicos y médicas y las usuarias: ¿Es posible que una mujer le cuente a un médico que tiene intenciones de abortar cuando piensa que ese médico va a ejercer una sanción sobre su decisión?, ¿Puede una mujer ser atendida de forma urgente porque se siente mal luego de un aborto de riesgo si la enfermera, que actúan como intermediarias entre ella y el médico, le presenta una y otra barrera para su atención?

## **BARRERAS Y ESTRATEGIAS.**

Definimos barreras como elementos de carácter tanto material como simbólico que dificultan o impiden el acceso de la mujer a la atención en la policlínica. Mientras

---

que existe una “barrera en sí”, como puede ser la burocracia en el hospital -la usuaria, para poder atenderse en la policlínica debe pasar ciertos procesos que incluyen llegar a las 7 AM, sacar número, etc.- existe también una internalización subjetiva de la misma. Siguiendo a Bourdieu (1998), podemos hablar de estructuras que constriñen y posibilitan a un mismo tiempo, y es dependiendo de estas estructuras “estructurantes y estructuradas” que las mujeres hacen frente a estas barreras de modos diferentes. En algunos casos elaborando estrategias que subvierten el poder, en otros que lo reproducen; en las circunstancias más extremas limitándose a la inmovilidad.

En todas estas barreras aparecen tres tipos básicos de relaciones de poder que ubican a las usuarias en el lugar de subordinación:

1. El sistema de saberes (el médico/a sabe, la usuaria no sabe, en cuanto a poseer un saber legitimado)

Según Bourdieu (1998), el “campo” se refiere a las relaciones de poder y los procesos de producción, reproducción y disputa en torno al capital material y simbólico que -en nuestro caso- define la salud. Los saberes son parte de éste, quien tiene el dominio del saber legítimo detenta el poder: en este caso el médico/a.

2. Situación socioeconómica (el médico/a tiene una situación socioeconómica superior a la de la usuaria)

3. Relaciones de género (el lugar del médico/a es un lugar masculino, la usuaria está en un lugar femenino) Entendemos el género como un

elemento constitutivo de los intercambios sociales y como forma primaria de relaciones de poder (Scott,1986)

A estas tres relaciones se suma la básica de toda relación médico-paciente: El/a paciente tiene una necesidad (que la curen), y el médico/a puede satisfacerla.

Estos ejes de poder, los entendemos como parte constitutiva del campo de la salud<sup>5</sup> y al mismo tiempo constituyen el marco en el cual nos posicionamos.

### **LA SALA DE ESPERA.**

Lo primero que buscamos fue conocer el terreno, aproximarnos a la lógica de la institución, a las usuarias, a las dinámicas de los efectores de salud y, sin desconocer este contexto general, centrarnos especialmente en las relaciones que se dan en ese microcosmos que es la Clínica en la cual se inició la implementación del programa antes mencionado.

El no pertenecer a la institución Centro Hospitalario Pereira Rossell (a pesar de contar con el aval de la misma), nos colocó en una ubicación difícil pero privilegiada para realizar nuestras observaciones. Esto, nos habilitó a estar presentes en las instancias donde se producen las relaciones significantes para la comprensión del contexto generador de la realidad objeto de estudio y visualizar, por otro lado, los discursos y las prácticas sobre el aborto desde un lugar diferente. Las observaciones se centraron, en esta primera instancia, en la sala de espera; más adelante se abordarán otras instancias como la consulta y la emergencia.

Las mujeres que acuden a la Clínica son mujeres en edad reproductiva, que ya han dejado atrás la adolescencia (ya que en el mismo hospital hay una policlínica de

---

<sup>5</sup> Sabemos que la definición de salud es una construcción social que responde tanto a elementos cognitivo-valorativos como ideológico-políticos. A partir de esto, tomamos el concepto de campo de la salud conformado por agentes, objetos, procesos, instituciones, relaciones, capital simbólico, capital material que intervienen en él.

adolescentes que atiende mujeres hasta 19 años), y que pertenecen a sectores socioeconómicos pobres y sectores medios empobrecidos, (las que están en situación de pobreza crónica de acuerdo a la tipología de la CEPAL no concurren a esta policlínica)<sup>6</sup> En todos los casos: mujeres que no tienen relaciones laborales formales<sup>7</sup>. Algunas van acompañadas de sus parejas y otras pocas también con sus niños/as. Se trata de un grupo heterogéneo.

El espacio físico de la Clínica es un corredor de unos diez metros de largo al que se accede por una escalerita de madera luego de pasar por uno similar ocupado por otra policlínica. De un lado se ubican grandes ventanas que miran a la entrada del edificio de Ginecología (uno de los tantos edificios que componen todo el CHPR, dispersos en un área con calles por donde transitan gente, autos y ambulancias). Del otro lado están las tres puertas que dan a los consultorios y unos bancos largos para la espera. No hay bancos enfrentados excepto en la última parte del corredor, la más oscura (ya que allí no hay ventanas) y donde generalmente se dan más situaciones de diálogo. El ambiente está decorado por alguna planta y se pueden leer carteles como: “Por ti, por nosotros cuidate”.

Detrás de los consultorios, en un área que no es accesible para las usuarias, hay un corredor por donde se desplazan los/las médicos/médicas.

### **Con quién dejar los hijos.**

Esta es una importante barrera. En nuestra sociedad se entiende que es la mujer la que debe ocuparse de la crianza de los hijos. Para ilustrar la fuerza y el modo en que esta idea está “anclada” en nuestra sociedad, podemos citar el Código Civil que señala,

---

<sup>6</sup> Se considera “pobreza crónica” a la situación: NBI más por debajo del nivel de pobreza. El gasto de transporte, los trámites para obtener el carne habilitador, entre otros, hacen en los hechos inaccesible el servicio para esta franja de la población.

<sup>7</sup> La legislación uruguaya incluye, dentro de los aportes que el trabajador debe realizar en una situación de contrato formal, una prestación de salud.

en su artículo 174 referido al destino de los hijos en caso de separación de la pareja: “Salvo motivo, grave, a juicio del Juez, los hijos que tengan menos de cinco años serán confinados a la madre”. En el caso de los hijos mayores de mayor edad, la ley no dispone de determinación alguna, pero en la práctica jurisdiccional se da primacía a la madre. Podríamos decir que la legislación vigente, refuerza el modelo “madre-ante-todo” formulado por Camille Lacoste-Dujardin (en Romero, 1997:176)

En el caso de las mujeres de estos sectores socioeconómicos el rol de madre está aún más marcado; podemos decir que su identidad de género se desarrolla básicamente a través de los espacios-roles de dueña de casa, madre y esposa. Recurrir a una vecina, a un pariente que esté de visita, a la madre, o que el marido los vaya a buscar a la escuela, son algunas de las estrategias que las mujeres siguen, pero esto significa muchas veces dar la espalda a lo que se espera de su rol y por tanto también en algún sentido negarse a sí mismas. Aparece así el sentimiento de culpa:

*“Está mi esposo abajo, me está esperando con la bicicleta... tengo que ir a buscar a los chiquilines que salen a la una, tengo que hacerles la comida... tengo que ir a trabajar...”*

### **Sentir que se pierde el tiempo.**

*“Para todo tenés que venir 20 veces, atenderse es perder el día, entrás y no sabés cuando vas a salir”.*

La sensación de que es necesario disponer de “todo el día” es muy frecuente y es una de las fuentes de mayor malhumor por parte de las mujeres que acuden a atenderse. A veces el tiempo de espera se aprovecha para otros trámites, lo cual lleva a que se planteen algunos problemas con las enfermeras que se enojan porque la paciente no está

cuando se la llama y también recibe muchas veces sanción de otras pacientes que no pueden entender que alguien haya sacado el número y se haya ido.

El tiempo, como construcción cultural, supone una manera de medirlo que será diferente para cada cultura, y con relación a esto y al contexto individual y social, una manera de vivirlo subjetivamente. He aquí un claro ejemplo de cómo las barreras “objetivas” se procesan de un modo subjetivo, ya que un número para ginecólogo/a en el sistema mutual puede demorar hasta un mes (mientras que en el CHPR se otorga para la misma mañana), y la espera en el horario de consulta puede ser superior a la espera en la policlínica.

En función de la forma de concebir al tiempo las personas organizan las tareas diarias y también su vida a corto y largo plazo.

El día, por ejemplo, se pauta por ciertas rutinas: la escuela de los chiquilines es uno de los ejes de organización del tiempo y de las actividades, (en general no existen trabajos formales que requieran cumplimiento de horarios exactos).

Esta organización vital implica determinado grado de abstracción (pensamiento abstracto) y condiciones materiales y culturales que posibiliten ese razonamiento a futuro. Muchas veces conlleva la imposibilidad de llevar adelante determinados tratamientos o tener que abandonar otras actividades para poder realizarlos:

*“Este fue un año de mierda; ... no me inscribí en 3er. Año de facultad de Derecho por la vueltas que esperaba tener con este tema (tenía un quiste en un ovario) Estoy desde marzo y todavía me quedan un montón de exámenes”*

Actualmente estamos asistiendo a una sobredeterminación de presente, un cambio tanto en el uso como en la percepción del tiempo. Y este cambio cultural se ve incrementado en los sectores de bajos recursos por la incidencia del factor económico. En la investigación “Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos

entre hombres de sectores pobres urbanos” (Rostagnol, 2003) realizada en una policlínica del barrio Casavalle, donde van algunas mujeres que también van al CHPR y muchas otras que allí no llegan, se pudo comprobar esta “inmediatez”, ya que las condiciones materiales no hacen posible pensar en una vida a futuro.

### **Faltar al trabajo.**

Son trabajos informales, muchas son empleadas domésticas. En todos los casos si no trabaja no cobra, vale decir que ir a atenderse les significa una pérdida económica.

### **La distancia del hospital.**

Muchas mujeres viven lejos, la distancia significa gasto y pérdida de tiempo.

*“... desde que me operaron es la segunda vez que vengo... la doctora me dio un pase y las curaciones me las hacía una enfermera allá, te imaginás que venir de Salinas acá todas las semanas.... le dije a la doctora que no podía”.*

Muchas veces, además del dinero y tiempo que insume, significa moverse en espacios urbanos que no les resultan familiares.

Hasta acá las barreras para llegar hasta el hospital. Una vez en el hospital éste se presenta a las mujeres como “una gran barrera de incomunicación”.

### **Incomunicación espacial: el hospital como laberinto mudo**

*“Vine otra vez antes pero esta yegua (refiriéndose a la enfermera) me dijo que tenía que tener pase. Y cuando vine a conseguir número recién para el 20 de agosto me daban (la observación fue realizada en julio), yo dije “dále para el 20 de agosto a*

*alguien que no tenga nada” (cuando la médica la atendió le dijo, según el relato de la usuaria, que lo de ella era para operar de manera urgente).*

Otra vez había problema con las historias clínicas. *“Llegas temprano pero te vas tarde”.*

Cuenta una paciente a otras: *“Fui abajo y le digo ‘la historia no está’”, “¿usted está embarazada?” “NO, estoy en la clínica B” “Ah, entonces debe ser la primera vez que viene”, “No, hace años que me atiendo acá, tengo un historial así (y así con los dedos como un fajo grande). Me porfiaba la mujer, ¿no voy a saber yo?”.*

Una vez más las usuarias más nuevas le piden ayuda a otras que parecen tener más experiencias:

*“¿Sabés dónde queda el laboratorio?”*

*“¿Qué hago ahora con todos estos papeles?”*

*“Voy a perder toda la mañana porque esto es como un laberinto”*

*“Me perdí... es muy grande... no me sabían explicar bien...” Demoró unos 30 minutos en llegar a la policlínica desde recaudación.*

*“Todo es, no sé como se llama, recaudación, archivo, piso.... pila. Desde las más que estoy acá adentro”, y gesticula señalando las diferentes direcciones en donde queda cada lugar del recorrido, ¡Aparte que preguntás y nadie sabe nada, andá acá, andá allá, por las dudas! Son las diez y media, llegué al hospital a las 7 y media”.*

*“Yo la primera vez ni había visto la escalera (para subir a la clínica) me iba por el ascensor al piso de arriba, como tres o cuatro veces, y veía que ahí no era”.*

## **Incomunicación humana.**

*“Es horrible, yo vine una vez que me tenía que hacer un exudado y habían cambiado el lugar donde los hacían. Estaba en la hora y nadie me sabía decir donde era. Una cosa es que las pacientes no sepan, pero la gente que trabaja acá. Por lo menos hubieran puesto un cartel”.*

*“Además, cuando vas por el número te basurean”*

*“Hay gente que te trata bien, pero hay otra que te cierra la puerta en la cara”*

Esta incomunicación se compensa con conversaciones entre las pacientes las cuales sirven para informarse sobre cuestiones prácticas de la atención y también para pasar el tiempo.

Se observa un fenómeno interesante en los diálogos entre las pacientes, que tratan cuestiones que nosotros podríamos considerar como muy íntimas, lo cual contrasta con otras investigaciones como por ejemplo la efectuada por Sonia Romero (2003) en una policlínica de la Ciudad Vieja de Montevideo. En esa investigación se deja constancia que *“La poca práctica del vínculo social era particularmente observable en la sala de espera dentro del centro materno infantil: generalmente las mujeres se mantenían retraídas, poco proclives a la conversación a pesar de largas horas de espera”* (Romero, 2003:71)

El tipo de vínculo que se da en la sala de espera de la Clínica A del CHPR, lleva a definirla como un espacio en el que en general se da la *apertura de la mujer*. Contrariamente a lo que sucede en general dentro del consultorio, ámbito en el que, por lo que muchas pacientes señalaban, no se da un vínculo del mismo tipo donde ellas puedan preguntar libremente y evacuar todas sus dudas. De este modo:

SALA	CONSULTORIO
<i>Espacio público</i> (se da el encuentro con los pares)	Desde la lógica institucional: <i>Espacio privado</i> (el encuentro es en una situación de jerarquía, desigualdad, poder, etc)
<b>Apertura/</b> (no apertura de la mujer)	En la práctica (Apertura)/ <b>no apertura de la mujer</b>
Espacio privado	Espacio ajeno (no privado en el sentido de propio o habilitador, privado en el sentido de propio del médico)

Otras situación que también se produce durante la espera es lo que dimos en llamar una “*hipercomunicación*”<sup>8</sup>, momentos de ruptura que se producen de modo esporádico y que parten o son propiciados, en la mayoría de los casos, por las enfermeras. Un ejemplo de tal rompimiento se da cuando las historias clínicas de las usuarias, que tienen que ser enviadas por las personas que trabajan en admisión, no llegan a tiempo a la consulta. En esos momentos las barreras de comunicación entre enfermeras y usuarias se quiebran para manifestarse ambas partes contra un objetivo común. Esta complicidad es momentánea y se aquieta cuando la enfermera vuelve al consultorio. Las mujeres en esas instancias se vuelven cómplices de las enfermeras y no elaboran ninguna crítica más allá que el asentir a las de éstas.

### **Vínculos enfermera-usuaria; médico/a-usuaria.**

En la relación entre las enfermeras y las usuarias se reitera una y otra vez un trato maternalista, (la madre que protege y controla y hace de nexo con el padre, el médico, cuidan de la “economía del hogar” dosificando los guantes para que no se gasten) de las primeras hacia las segundas. Es común que usen diminutivos como: “su

numerito”, “sentadita”. Las mujeres reciben también reprimendas de parte de los médicos y médicas por no haber cumplido con lo que les prescribieron, por “dejarse estar”, por no hacerse los exámenes correspondientes.

La enfermera a una señora (sumamente dolorida) que le pregunta cuando la van a llamar: “*Tú estás para la B (la clínica)*”, le mira el taloncito de la orden, “*No, mi amor, es la A, en la puerta del final*”.

Y este modo maternalista conduce incluso muchas veces a la reprimenda:

*“¡Ceferina Alvarez! (más fuerte que de costumbre)”*

*Se acerca una señora mayor: “Sí”.*

*En el medio del pasillo, y retándola como a una niña: “¿Qué dice acá? ¿Usted no escuchó que yo pregunté por su nombre hace un rato? ¿Qué dice acá? ¡Cualquier cosa!”*

Viene una muchacha con otras dos y toca la puerta. Sale la enfermera y la chica le dice su nombre. La enfermera: “*Hace años que te estoy llamando. ¿Dónde estabas?*”

*“Usted sabe que tiene que llenar la planilla”, gritaba la enfermera.*

*“(…)”*

*“Usted sabe”*

*“(…)”*

*“Si no llena la planilla no la puede atender, hace años que lo sabe”*

En otros trabajos sobre el campo de la salud, encontramos referencia a este mismo tipo de vínculo. “*(…) ha habido tradicionalmente una tríada: el médico-la*

---

<sup>8</sup> Los definimos como momentos de explosión de la comunicación, entre las usuarias y entre ellas y las enfermeras. Además de romperse las barreras comunicativas también se da un cambio en lo espacial: muchas se paran de los asientos o se trasladan para

*enfermera- el paciente, en la cual la función instrumental de asistencia se confunde con una función latente de tipo simbólico que la enmarca en un modelo parental. No es casual entonces, que el paciente o consultante sufra/ acepte, en definitiva negocie, un proceso de infantilización, así como que la enfermera sea la figura femenina de “la pareja” que asiste. (...)El “rezongo” se instala como forma recurrente de comunicación en relaciones desiguales (...)*” (Romero Gorski, 1997: 179-180).

Así la interacción comunicativa, por tanto, lejos de procurar una negociación simétrica -que aunque determinada por cierta distancia relacionada con el rol de mayor poder de la enfermera procurara de todas maneras un acercamiento- se centra en el eje de la asimetría reproduciendo así la situación de subordinación de la usuaria. Es dentro de este marco que se puede explicar afirmaciones como la siguiente, en la cual la mujer se culpa a sí misma por no cumplir con lo recomendado por su médico:

*“No anotes entonces nada de esto que te estoy diciendo, vos venís a hacer un estudio y te encontrás conmigo que soy una desbolada”!!!*

Si vinculamos ésto a la subordinación de género (uno de los ejes de subordinación a los que hacíamos referencia al comienzo) vemos como la parte femenina, en las interacciones lingüísticas, está acostumbrada al lugar de sometimiento. Un ejemplo de esto es la mayor reticencia de los hombres a acudir a una consulta médica, ya que, teniendo en ese caso el poder el médico/a médica, el lugar de lo masculino rompe con sus actuales estructuras de dominación. También en nuestra cultura la mujer ha estado más sometida que el hombre al poder que sobre su cuerpo ha ejercido el discurso sobre la reproducción: *“La reproducción humana es un ámbito en el que se manifiesta en forma importante, la desigualdad entre los géneros. Para las*

---

acercarse a otras. Las enfermeras salen de sus “cubiculos” al pasillo.

*mujeres esto se traduce en impedimentos para tomar decisiones en materia de sexualidad y reproducción, en la presión para cumplir con las expectativas sociales frente a la maternidad y se sustenta en la orientación casi exclusiva de los programas de planificación familiar hacia ella. En los hombres, se traduce en una escasa participación en las prácticas anticonceptivas, y en el menor desarrollo de la tecnología anticonceptiva dirigida hacia ellos (...)*” (Viveros, 1998:149)

La usuaria en la consulta se enfrenta a este modo de ser visualizada como mujer, el que la lleva a tomar decisiones en función de “un otro” (la pareja, los hijos, el médico) retroalimentando así su lugar de subordinación.

*“Yo le dije a la doctora que quería operarme, porque yo quería mucho a mi marido, que disfrutaba tener relaciones sexuales con él, y no podía ser que él no pudiera ser feliz por mi culpa”.*

*“Para que mis hijos estén bien yo tengo que estar bien”.*

Vemos a través de los discursos de las usuarias que, si bien éstas permiten y promueven prácticas médicas sobre sus cuerpos (desde el control periódico hasta una intervención quirúrgica), las mismas no son resultado del “empoderamiento” del mismo, es decir “(...) la constitución de identidades /y/ la adquisición de subjetividad entendidas como formas de autorización o autoridad para ejercer ciertas prácticas”(Braidotti, 2000:115)

## **A MODO DE REFLEXIÓN FINAL.**

A partir de lo expresado, vamos a plantear aquí algunas líneas de reflexión dentro de lo que es una primera aproximación en nuestro estudio.

- En primer lugar, los discursos de las mujeres dejan ver una y otra vez su lugar de sometimiento: a la institución, al médico/a, a las enfermeras... y más allá del CHPR, a sus familias.

Frente a ese sometimiento son varias las actitudes que pueden tener lugar, pero la gran mayoría constituyen actos de reconocimiento y reproducción. Por ejemplo, muchas mujeres visualizan como única estrategia posible para evitar que las reten cambiar de doctor/a de modo constante, lo cual termina llevándolas a la imposibilidad de entablar un vínculo de confianza y seguridad. La usuaria utiliza para enfrentar esta situación que le es poco deseable, las mismas herramientas que le otorga el dominador. Una vez más acudimos aquí a la noción de “habitus” de Bourdieu o a la idea de sometimiento expresada por Foucault:

*“Hay dos significados de la palabra sujeto: sometido a otro a través del control y la dependencia, y sujeto atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo. Ambos significados sugieren una forma de poder que subyuga y somete”* (Foucault, 1988:231).

- Lo anterior también cuestiona la forma en que los/as médicos/as se relacionan discursivamente con las usuarias considerándolas únicamente pacientes.

Kaplún (1997: 90-93) define algunos modelos de comunicación que han sido aplicados al campo de la salud, por ejemplo para la implementación de campañas de educación masivas. Uno de los modelos se basa en “una presunción (...) de que una información por sí misma, por sí sola, tiene el poder de generar la incorporación de ese conocimiento, la erradicación de conductas y el cambio de comportamientos. El razonamiento implícito es: la gente actúa de esa forma porque no sabe, basta con que sepa y va a cambiar.” El segundo modelo, es el persuasivo o conductista y supone

condicionar y automatizar conductas basándose en el mecanismo de estímulo-respuesta. En este caso, hay feedback pero en términos de acatamiento de la conducta prescripta y desde allí se evalúa. Las carencias de estos modelos son claras.

A partir de estos elementos conceptuales podríamos preguntarnos ¿qué concepción de comunicación debería promover el programa “Iniciativas sanitarias...” que estamos monitoreando? Y considerando alguna de las barreras mencionadas antes, podríamos cuestionarle al programa primero, la ausencia de una concepción y luego de una estrategia de comunicación específica para este emprendimiento que atendiera al complejo proceso en que las usuarias, reciben, interpretan, y adecuan el discurso médico a sus prácticas cotidianas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

BOURDIEU, Pierre,

1998- “O Poder simbólico”, Ed. Bertrand Brasil, Río de Janeiro.

2000 - “La dominación masculina”, Ed. Anagrama, Barcelona.

BRAIDOTTI, Rosi,

2000 - “Sujetos Nómades”, ed. Piados, Bs.As.

BRETON, DAVID

1995 - “Antropología del cuerpo y la modernidad”. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. (La edición original es de 1990)

BRIOZZO et alter,

2000 - “El aborto en condiciones de riesgo: Principal causa de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo. Principal causa de mortalidad materna en Uruguay”, en Dossier Aborto : [http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap5\\_4.htm](http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap5_4.htm)

KAPLÚN, MARIO

1997. “Campañas Educativas masivas de salud. Una mirada crítica”. En: Sociedad, Cultura y Salud. Seminario. Coordinadores: Romero, Cheroni y Portillo. Universidad de la República, Depto. De Publicaciones de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo.

ROMERO GORSKI, Sonia

1997. “Transformaciones en el campo de la salud, el habitus asistencial.”

En: Sociedad, Cultura y Salud. Seminario. Coordinadores: Romero, Cheroni y Portillo. Universidad de la República, Depto. De Publicaciones de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo.

2003- “Madres e hijos en la Ciudad Vieja”. Editorial Nordon. Montevideo.

ROSTAGNOL, Susana

2003. “Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos”

En: Anuario de Antropología Social, FHCE. En prensa.

SCOTT, Joan W

1986. “El género una categoría útil para el análisis histórico”

En: Lamas Marta (comp.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México, 1996

VIVEROS, Mara.

1998- “Orden corporal y esterilización masculina”.

En: Horizontes Antropológicos. Cuerpo, Doença e Saúde. Pág. 145- 170.

Ano 4, Nro. 9, Outubro. Numero org. Por Ondina Fachel Leal.

Publicação do programa de pos- graduação em antropología social da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre