

Ponencia Presentada en:

Seminario Regional sobre Investigación y Género en la Universidad de la República, realizado los días 15 y 16 de Setiembre 2006, Montevideo, Organizado por la Red Temática Universitaria de Estudios de Género- UDELAR. Publicación en Formato CD.

Prácticas y significados en torno a Salud Sexual y Reproductiva en una población del medio rural uruguayo

Valeria Grabino Etorena¹

Introducción

Este trabajo es un avance de la investigación "Construyendo identidades de género: Prácticas y significados en torno a salud sexual y reproductiva"² que se desarrolla en la Colonia Fernández Crespo (INC- San José).

En dicho contexto, la Universidad de la República, a través del Área de Extensión de la Facultad de Veterinaria, lleva a cabo desde el año 2002 un Programa³ que cuenta con un equipo técnico interdisciplinario. Es en el trabajo concreto de extensión que aparece el interés por estudiar las prácticas y los modos en que se significan esas prácticas en relación a la salud sexual y reproductiva en la Colonia, continuando la línea de investigación desarrollada por el Equipo Género, Cuerpo y Sexualidad⁴, pero ahora en un contexto rural.

Presentaremos algunas reflexiones preliminares que se desprenden del trabajo de campo que se ha desarrollado hasta el momento.

La Colonia

La Colonia Fernández Crespo (INC), está ubicada en el Km. 85 de la Ruta 1, en el Departamento de San José.

Se trata mayoritariamente de productores/as de tipo familiar; aproximadamente son 40 familias, que ocupan cerca de 70 fracciones en una superficie total de la Colonia de 2.400 hectáreas.

El rubro de producción predominante en la Colonia es la lechería a través de la remisión a planta⁵ y la quesería artesanal.

La población que vive en la Colonia, es aproximadamente de doscientas personas (incluyendo adultos y niños) y la distribución por sexo es equilibrada.

¹ Estudiante avanzada de la Licenciatura en Ciencias Antropológicas (FHCE).

² Investigación, financiada por Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-UDELAR), Categoría Jóvenes Investigadores, 2005-07.

³ "Proyecto Red de Extensión y Seguimiento Predial de la Colonia Fernández Crespo (CFC- INC)- San José" (Coord. por Dr. Humberto Tommasino)

⁴ Equipo del cual formo parte. Instituto de Antropología, FHCE-UDELAR, Coordinado por la Profa. Adj. Susana Rostagnol.

⁵ Cooperativa Nacional de Productores de Leche (CONAPROLE)

Se trata de una población envejecida, donde el promedio de edad supera los 40 años.⁶

En cuanto al nivel educativo, el 30% de la población mayor de catorce años, tiene primaria incompleta.

El 78.4% de la población de la Colonia tiene acceso a los servicios de salud, ya sea por el Ministerio de Salud Pública (MSP), por mutualistas privadas o sistemas de emergencia móvil (de cobertura parcial). El 21.6 % de la población encuestada en 2003 no cuenta con cobertura asistencial de ningún tipo, y dentro de este grupo, son los niños y jóvenes (hasta 29 años) quienes presentan mayor porcentaje en el grupo de personas sin cobertura⁷. (Santos y Luengo, 2004)

La investigación

La investigación tiene como objetivo, abordar las prácticas y significados acerca de salud sexual y reproductiva. Estos significados de tipo socio- cultural, tienen repercusiones en la vida cotidiana de los colonos/ as de la Colonia Fernández Crespo⁸ ya que producen saberes que permiten orientar sus acciones.

Adoptamos un enfoque de género, enfoque que pone en juego las relaciones de poder⁹. En este sentido, la investigación pretende estudiar la salud sexual y reproductiva en relación a los procesos de construcción de identidades de género,¹⁰ lo que supone entender a las identidades masculinas y femeninas como "puestas en juego" o en "acción" en las prácticas relacionadas a salud sexual y reproductiva.

Para definir salud sexual y salud reproductiva, seguimos las líneas trazadas en el Programa de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en Cairo, 1994. Se parte del supuesto de que *la salud* es un "proceso" que permite potenciar las capacidades humanas en un marco de permanente construcción de ciudadanía. La salud y la salud sexual y reproductiva son entendidas entonces, desde una perspectiva de Derechos: al bienestar, a la satisfacción, a la libertad, a la información y al acceso a servicios.

⁶ Datos tomados de la Encuesta realizada en 2002/03 por el equipo del Proyecto Red de Extensión y Seguimiento Predial de la CFC.

⁷ Se considero sin cobertura a quienes no tienen mutualista privada ni carné de asistencia del Ministerio de Salud Pública.

⁸ De ahora en más, la Colonia

⁹ Seguimos la perspectiva de Joan Scott " /el/ género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos; y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder." (Scott, 2000:16)

¹⁰ Entendemos "identidad de género" el modo en que ser hombre o mujer viene prescripto socialmente, por la combinación de rol y estatus atribuidos a una persona en función de su sexo y que es internalizado por ella misma. Las entidades y roles atribuidos a uno de los sexos son complementarios e interdependientes con las asignadas al otro sexo. (Grupo Consultivo de Género, S/d:7)

El universo de estudio de la investigación está conformado por los hombres y las mujeres de la Colonia, mayores de 12 años, que constituyen aproximadamente 130 personas.

Estudiar el tema de salud sexual y reproductiva en este contexto, presenta dos ventajas metodológicas: la muestra está acotada espacialmente y al mismo tiempo, gran parte de la población nació y/o creció en la Colonia. Estas dos características, -sin caer en esencialismos- posibilitan generalizar para el contexto.

Priorizamos un enfoque cualitativo y las estrategias de investigación incluyen: observación participante, entrevistas en profundidad, grupos de discusión y cuestionarios individuales.

Algunas particularidades que hacen al trabajo de campo

I. Investigar haciendo extensión universitaria

En un trabajo anterior (Grabino, 2005), reflexionábamos acerca de las implicancias metodológicas de investigar sobre estos temas en el marco de un proceso de intervención: lo que llamamos el "estar ahí".

Aquí, solo cabe mencionar que en el proyecto marco, se trabaja con una metodología participativa, lo que supuso al comienzo de la investigación legitimar el trabajo y luego, sucesivas negociaciones. Investigar en el contexto de un proyecto de extensión supone que el/la investigador/a se posicione de un modo diferente y que asuma una metodología abierta, metodología que exprese las continuas negociaciones con los "sujetos" que participan de la investigación.

II. Conocimiento previo de la población

Este hecho significó una ventaja y una barrera al mismo tiempo: para las mujeres, el hablar de su salud sexual y reproductiva, ponía en riesgo la imagen de su pareja, pareja a la que conocíamos bien. En este sentido, con ellas fue necesario el intercambio de vivencias personales y de nuestra privacidad para facilitar la apertura.

III. "Des-feminizar" la salud sexual y reproductiva

El proyecto de investigación, preveía trabajar el tema de salud sexual y reproductiva tanto con hombres como con mujeres, sin embargo, el desafío ha sido *des-feminizar* la salud sexual y reproductiva.

Entendemos por *feminización de la salud sexual y reproductiva* el colocar -a través de prácticas y/o en el discurso- este concepto en un "locus" femenino y restringirlo a éste.

Históricamente los hombres han sido el género invisible en el discurso y en las políticas sobre estos temas (Kabeer, 1998; Viveros, 1998). Sin embargo, en

algunos programas de salud, se ha constatado, que aunque la invitación a la participación sea abierta, finalmente se convierten en espacios mayoritariamente, o exclusivamente femeninos¹¹. Entran en juego aquí las “resistencias” a la temática.

En el contexto de la Colonia, estas resistencias han sido claras en numerosas instancias de capacitación y de investigación sobre los temas calidad de vida y salud. Con estos antecedentes, decidimos aprovechar el espacio ya constituido del grupo de mujeres que funciona en la Colonia¹² como ámbito para comenzar el trabajo. En este contexto, la investigación fue aceptada sin resistencias y se trabajó en modalidad de taller sobre género y salud sexual y reproductiva. Del trabajo en este ámbito, se desprende que “...se asume “salud reproductiva” a la maternidad, se naturaliza así que es un tema propio – y único- de las mujeres” (Grabino, 2005).

Viveros (1998: 145) propone analizar el cuerpo como territorio de políticas, prácticas y representaciones específicas acerca de la regulación de su uso reproductivo¹³. En este sentido, el cuerpo de la mujer, se naturaliza desde las políticas, prácticas y representaciones como un cuerpo preparado para la función reproductiva, función social y que es por tanto, pública. No hay entonces, demasiados cuestionamientos en relación al “uso” y “habla” del cuerpo femenino. Al respecto, resulta ilustrativa la anécdota de Sonia¹⁴:

Sonia nos contó que en una oportunidad, su marido no estaba dispuesto a que se les realizara un tacto a las vacas. Ella lo convenció diciéndole que hacía años que ella iba al ginecólogo y a él no le molestaba. (Notas charla cáncer mama, 2003)

Por otro lado, el material proporcionado a las mujeres sobre género y salud sexual y reproductiva en la instancia de taller, se encontró luego y en el ámbito público, en el terreno del tabú. Algunos comentarios de las mujeres fueron:

“mi esposo no lee nada, no lo leyó”

“mi esposo lo leyó tomando mate, y después dijo: ¿para qué leí esto si ya lo sabía?”

“mi esposo lo leyó pero no dijo, no comentó nada” (Grabino, 2005)

El año pasado, el mamógrafo llegó a la zona de Villa Rodríguez (a unos kilómetros de la Colonia). Este hecho hizo que las mujeres gestionaran una charla en la Colonia. Se abrió la invitación a adultos y jóvenes, ya que previamente, se acordó en que el cáncer de mama es un tema de pareja, de familia, no solo de la mujer. Incluso dos hombres se comprometieron a asistir. Sin embargo, no asistió ningún varón.

Actualmente, nos encontramos en un proceso de trabajo de investigación intensivo con las mujeres y podemos decir que incipiente con algunos hombres, pero evaluamos un avance en este proceso de des-feminización de la salud sexual y reproductiva.

¹¹ Es el caso del Programa de Atención Integral a la mujer (PAIM) División Salud y Comisión de la Mujer, IMM, Mdeo. (En: López Gómez y Rostagnol, 1998: 325)

¹² Grupo Joaquina

¹³ Retoma la propuesta de Michel Foucault.

¹⁴ Los nombres fueron cambiados para preservar la confidencialidad.

En este desafío, ha sido un facilitador el hecho de que actualmente el Ministerio de Salud Pública, viene impulsando en la zona de Rincón del Pino, proyectos de salud participativos¹⁵. En estas instancias han participado tanto hombres como mujeres de la Colonia y resulta ilustrativo del cambio, el hecho de que uno de los temas demandados por la Colonia al MSP fue el trabajo en el área de la salud sexual y reproductiva, sobre todo con los/as jóvenes. En este sentido, el facilitador para la legitimación de la investigación, ha sido un elemento externo y -mejor aún-, desde un ámbito estatal, con incidencia en las políticas públicas.

Cerrando estos comentarios sobre las particularidades de la investigación, resta decir que estos “conflictos” que se han desplegado en el trabajo de campo, nos proporcionan pistas para reflexionar acerca de nuestro objeto de estudio. En este sentido, es que acordamos en que es necesario

“...en los incidentes del trabajo de campo: ver los términos teóricos de la investigación si se piensa a éste como un proceso de conocimiento reflexivo de la realidad social, objeto de la investigación”. (Bergesio, 2001: 21)

Por tanto, estos incidentes, nos permiten de algún modo, “volver” al objeto de estudio.

Itinerarios de Salud

Para el análisis sobre la salud y sobre la atención en salud, introducimos el concepto de *itinerarios de salud*, concepto que incluye a la salud sexual y reproductiva.

Entendemos los *itinerarios de salud* como las prácticas y los significados de esas prácticas, que resultan de la conjunción de por un lado, los diversos capitales¹⁶ que poseen las/os usuarias/os; por otro lado, su historia familiar y comunitaria en relación a los procesos de salud/enfermedad; y por último, las barreras para la atención médica.

Dentro de las barreras para la atención médica, incluimos tanto elementos de carácter material como simbólicos que dificultan o posibilitan el acceso. Se distingue aquí la “barrera en sí” de la internalización subjetiva de la misma. (Dos Santos, ed alter, 2003; Rostagnol y Montealegre, 2004)

El concepto *itinerarios de salud* tal cual lo entendemos pretende fundamentar que la disponibilidad de servicios, no supone el acceso. En este sentido, en otros trabajos, (Romero, 1997: 185) se muestra cómo la accesibilidad de la salud pública en un concepto relativo que implica “otros costos”.¹⁷

¹⁵ Proyecto Localidades Productivas y Saludables (MSP- OPS)

¹⁶ En el sentido de Pierre Bourdieu

¹⁷ El hecho de vivir en un medio rural, supone que en la Colonia, las mujeres y hombres, visualicen estas barreras, tanto en los servicios públicos como aquellos propios del sistema mutual. Ejemplo de ello, fue que una de las demandas hacia el MSP fue el de mejorar y facilitar los mecanismos para la atención (trámites más cortos y directos; resultados de exámenes más rápidos; costos de los exámenes más bajos).

Los *itinerarios de salud* individuales se actualizan colectivamente y su definición, supone que existen diversos grados de empoderamiento en juego.

Algunas marcas encontradas en los itinerarios:

I. La mirada sobre la Salud

En la Colonia, predomina una mirada "asistencialista" de la salud, que pone el acento en la existencia y mejora de servicios de salud en la zona y en la enfermedad por sobre la prevención¹⁸. Durante una investigación sobre calidad de vida en la Colonia y "(...) consultados sobre como resolver el acceso a la salud solicitan "que nos visiten los médicos" o que "se construya una policlínica en la zona". (Santos y Luengo, 2004: 18)

Ampliando ya las conclusiones de los autores, para los fines de nuestra investigación, podemos decir que dentro de la Salud, se omite por completo el tema de salud sexual y reproductiva, el cual, no es percibido como un "problema" a resolver.

Por otro lado, durante nuestro trabajo, hemos observado que las experiencias personales, son las que permean los intercambios de opiniones y se percibe la dificultad de ver la generalidad, es decir, los aspectos que se vinculan a la construcción socio- cultural de la salud. El interés en estos temas, entonces es de corte utilitario: sobre lo conocido. Se hace difícil, propiciar la reflexión en un nivel de salud como parte de los derechos humanos. Incluso las mujeres aclararon en algunas instancias que "nosotras queremos charlas, no talleres", separando los talleres de un enfoque más práctico del tema.

II. La atención médica

En la zona de Rincón del Pino (zona de influencia de la Colonia) se dispone de servicios de salud brindados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) e instituciones privadas con diferente cobertura. Los que se encuentran más cercanos (los de atención primaria) lo están a menos de una hora de viaje de la Colonia. Sin embargo, la disponibilidad de servicios, no supone accesibilidad, por lo que desde el comienzo del trabajo de extensión en la Colonia, el tema Salud aparece en diversas oportunidades como una demanda social.

Vinculado a la accesibilidad de los servicios, aparece la idea de "conseguir":

Clara cuenta que tiene la receta para la mamografía hace meses pero no ha "conseguido" hacerse el examen. (Notas de campo)

¹⁸ Da la sensación que en este sentido, el concepto de prevención, se asocia al *riesgo*, y por ello se rechaza.

En relación a la atención médica, se visualizan por un lado, las *dificultades para la comunicación médico-usuaria/o* y por otro lado, los diversos *miedos* que ésta supone.

Hemos observado como, de acuerdo a las características de la zona (pocos servicios), todas conocen y hablan de los/as médicos/as por su nombre. En este contexto, la consulta ginecológica como un espacio de confidencialidad deja de serlo en sentido estricto, cuando otra mujer sabe lo que sucede dentro porque también lo ha vivido. Esta situación habilita la opinión externa y la crítica. Así, cada una cuenta su historia; se comentan opiniones sobre los servicios, sobre los médicos, sobre los costos de los exámenes y se realizan recomendaciones sobre dónde y con quién atenderse. Así, los *itinerarios individuales* son actualizados, colectivamente.

En las charlas informales o en las reuniones de grupo, se observa claramente, quienes se atienden periódicamente y quienes no.

Sonia que es una de las mayores, ya se hizo la mamografía correspondiente a este año, así que no le interesa la ida al mamógrafo. Siente que está cubierta en salud, pero le importa aprender sobre el tema. La mayoría acuden a la charla porque tienen miedos e inquietudes personales. Sonia habla con propiedad. Ella se ha hecho mamografías, cada un año y ahora cada dos; también PAP. Es una de las pocas que se lo hacen con regularidad. Algunas se hicieron el PAP alguna vez y varias nunca se lo hicieron. Cuentan sus miedos al respecto. Paula por ejemplo, dice que se lo mandaron luego de tener a su último hijo que tiene poco más de un año. Dice que luego del sufrimiento del embarazo de los nueve meses y del parto, no quería hacerse más nada. Lo dejó y nunca más se lo hizo. Elvira (...) dice que ella está preocupada porque nunca le mandaron una mamografía. Sonia le responde que "si no lo pedís, no te lo hacen". (Notas de campo)

Esta mutua intromisión, -atravesada por los itinerarios individuales- evidencia la desigualdad que existe en relación al empoderamiento de las mujeres de la Colonia y la posibilidad o no de exigir una adecuada atención en salud.

En este punto, resulta interesante introducir el concepto de "condiciones habilitantes" para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que exige tanto la existencia de mecanismos habilitantes, como la consideración de las personas como sujetos morales, titulares de derechos. (Rostagnol y Viera, 2006: 301)

Es claro que se trata de una relación dialéctica y la visibilidad o no de las múltiples violencias implicadas, por parte de los sujetos, estarán estrechamente vinculadas a los capitales con los que cuentan, y al empoderamiento o no de esos derechos. Así, algunas mujeres, "(...) no logran ni siquiera visualizarlas por la relación de subordinación en que se encuentran, y menos aún exigir las, aunque sí, padecerlas." (Rostagnol y Viera, 2006: 303)

Paula cuenta la forma en que padeció su primer parto, cuando tenía 17 años:

P: (...) llegué allá [hospital] a las dos de la mañana. ¡Ah! ¡Una partera horrible! Me metió la mano, yo gritaba porque tenía unos dolores

horribles...y entonces, me dice "ah, cuando te la pusieron no te dolió" bien mala, ¿viste? Te trataba como perro, mamá siempre conmigo...(Paula, 28 años)

Si bien la investigación en el espacio de la atención médica, escapa a los objetivos de nuestro trabajo, el discurso de las mujeres¹⁹, aporta a la evaluación de las condiciones habilitantes.

Por otro lado, en algunas instancias de capacitación en la Colonia, se observan las dificultades para la interacción con el saber médico. Algunas notas ilustran en este sentido.

La doctora pregunta quién sabe hacerse el examen [de mama], a lo que algunas tímidamente, dicen que ellas saben. Y luego, dice con cierto tono de rezongo "si no saben tendrían que haber consultado con el médico". (Notas de campo)

Luego:

Una de las participantes interrumpe: "acá vinieron mujeres, a dar testimonio"

La doctora no les presta mucha atención y sigue.

Una de las participantes interrumpe: "yo conozco una señora que tenía cáncer de mama, ahora está lo más bien, era joven se dio cuenta ella bañándose que se lo detectó y fue enseguida al médico y no le tuvieron que sacar la mama ni nada pero ella está lo más bien..."

La doctora no presta atención nuevamente: "Entonces, ustedes ¿todas saben cómo se hace el auto examen de mama?" (en tono acusador)

"Sí, sí" (se escucha)

Otra: "yo más o menos, tengo un folleto en casa, pero..."

Dra.: "O sea ¿que no te lo has hecho?"

"Y más o menos sí, he intentado, pero a veces..."

La doctora interrumpe de nuevo la anécdota y sigue: "Hay que, hay que proponérselo".

Se escucha: "o sea..."

No deja hacer comentarios y sigue su exposición. (Notas de campo)

Del mismo modo que han observado Mesa y Viera en el espacio de la consulta ginecológica (Mesa y Viera, 2004), en esta instancia el discurso médico prevalece sobre "otros posibles" y en este sentido, los *itinerarios de salud* quedan subordinados al discurso legitimado.

De este modo, las experiencias individuales y colectivas, no aportan a construir un proceso participativo de salud. Por el contrario, el lugar dedicado a la salud, se torna un espacio de castigo (Sanseviero, en Rostagnol y Viera, 2006: 307) o donde predomina el "rezongo" como forma de comunicación (Romero, 1997: 180)

¹⁹ Hasta el momento, no contamos con material en este sentido desde la óptica de los hombres.

Por parte de algunas mujeres existe una cuota de miedo frente a la atención médica, miedo que las aleja de los controles ginecológicos. Clara, nos cuenta que su madre no quiere ir al ginecólogo porque dice que el médico "le mete la mano entera luego de que la revisa".

Paula también se resiste a realizarse controles ginecológicos. Por esta razón, demoró en colocarse el DIU, luego del último parto.

P: (...) no, no, menos que me estén tocando. Me da como cosa, ¿ves? porque yo sabía que el aparato para ponértelo, tenías que estar menstruando, y ¡me daba como asco! ¡Me daba como asco!

¿Y te lo puso una mujer o un hombre?

P: ¡Una mujer!

¿Como te sentiste?

P: No estaba menstruando, porque como era dentro de los treinta días después del embarazo, de tener familia, hasta los cuarenta días no te dan el alta, entonces, todo bien. (Paula, 28 años)

Salud Sexual y Reproductiva en los Itinerarios

Percibimos la dificultad de vincularse al tema salud sexual y reproductiva como un tema propio. En este sentido, se asume la necesidad de educar a los jóvenes dando por entendido que los adultos no necesitan información.

Aquí, el concepto de "adultez" estaría definido no por la edad, sino por la maternidad o paternidad y el estado civil. Así, quienes son solteros, entran en la categoría de jóvenes, más allá de su edad cronológica.

Entendida de esta forma, la salud sexual y reproductiva se vincula estrechamente con las relaciones coitales y con la pérdida de la virginidad. Y luego, del casamiento, la sexualidad, queda homologada a la maternidad/paternidad.

Al mismo tiempo, se asume "salud reproductiva" como equivalente a la maternidad, naturalizándolo como un tema propio de las mujeres.

I. Maternidad y Paternidad

En la Colonia, la idea de identidad femenina va de la mano de la idea de maternidad.²⁰ Este significado asociado a la maternidad se expresa de diversos modos en el discurso y en las prácticas de hombres y mujeres.

Las parejas casadas²¹ que no tienen hijos no son cuestionadas porque en general, la no maternidad/paternidad, es causa de un problema biológico, de esterilidad del hombre o de la mujer. Así, aquellas parejas que eligieran no

²⁰ Lo que coincide con las observaciones de Stølen en una comunidad rural argentina: "La femineidad es casi inseparable de la maternidad y en este sentido, una mujer sin hijos no es considerada una "mujer de verdad". La paternidad es importante pero no fundamental para la identidad masculina, asociada al trabajo y al desempeño económico y social". (Stølen, 2004: 205)

²¹ Son muy pocas las que viven en concubinato

tener hijos, serían cuestionadas. Esto sucede actualmente con algunas parejas jóvenes que no tienen hijos, aunque todavía se espera que los tengan.

El siguiente testimonio de esta pareja resulta ilustrativo:

Elvira: Yo pienso, pero con el correr de los años...un matrimonio sin hijos me parece que no...no es...aunque sea uno o dos...es más...

Julio: Un matrimonio sin hijos es como una calle sin vereda...no puede ser eso...salvo que sea por problemas de salud...sino.... (...) en la época mía, unos, otros señores como nosotros, decían: *"¡nosotros cumplimos con la patria tenemos dos hijos!*

(Elvira, 73 años; Julio, 85 años)

Y luego, sobre la posibilidad de elegir:

Elvira: acá En la colonia no...más o menos los que no tienen...es porque no ha podido. (Lo dicen a la vez con Julio)

Julio: Por problemas de salud o en fin...

Elvira: Problemas que no quedan embarazadas y tá, por mas tratamientos que hagan no queda y...

No por elección

Elvira: Claro, no porque no le guste, ni...

Y si alguien, alguna pareja así que ustedes conozcan...algún nieto o alguien decidiera no tener hijos, ¿qué les parecería?

Elvira: ¡Ah no!

Julio: Bueno, yo no estoy de acuerdo con eso.

(Elvira 73 años y Julio, 85)

En relación a la imposibilidad de tener hijos, encontramos diferentes actitudes entre las parejas. En algunos casos, se observa una clara resistencia masculina a la medicalización del cuerpo y a asumir cierta cuota de responsabilidad en la concepción. En este sentido, existe un involucramiento desigual por género. Coincidimos con Arilha en que "a pesar de ser genéticamente igualmente participantes, hombres y mujeres, no tienen igualdad de participación en el proceso reproductivo en términos de volumen de trabajo corporal que la reproducción acarrea para cada uno de los sexos²²" (Arilha, 1999: 458).

Patricia y Diego no tienen hijos. Ella ya se hizo todos los exámenes y ahora queda él, pero se resiste. Según la hermana de Patricia es porque no quiere llevarse una "decepción". Diego dijo que "si [el hijo] no viene solo él no lo va a buscar". Esta decisión no es cuestionada ni por Patricia, ni por su familia.

Reflexionando acerca de qué capitales están "en riesgo" para un varón que no quiere "decepcionarse" frente a la posibilidad de ser estéril, no podemos dejar de pensar en los modos diversos de vivenciar la identidad masculina –más o menos alejada de los modelos hegemónicos- que se ponen en juego.

La identidad masculina supone el "distanciamiento" de lo femenino y al mismo tiempo, debe ser reafirmada continuamente por diversas estrategias, lo que

²² Traducción nuestra

deriva en una carga y una presión social continua sobre aquellos varones que no cumplen con las expectativas. (Badinter, 1993; Bourdieu, 2000)

La virilidad "entendida como capacidad reproductora, sexual y social" (Bourdieu, 2000: 68) incluye el miedo a la no paternidad. Así, la esterilidad, puede significar un elemento cuestionador de la identidad masculina ya que los hijos aparecen como una de las pruebas de que el hombre fue activo en la vida. (Arihla, 1999: 464).

No podemos dejar de atender el hecho de que estos miedos, se amparan en la dominación masculina y en las múltiples violencias que supone y por tanto, estos varones, no son cuestionados:

"(...) la representación androcéntrica de la reproducción biológica y de la reproducción social, se ve investida por la objetividad de un sentido común, entendido como consenso práctico y dóxico sobre el sentido de las prácticas. Y las mismas mujeres aplican a cualquier realidad y, en especial a las relaciones de poder en las que están atrapadas, unos esquemas mentales que son el producto de la asimilación de estas relaciones de poder y que se explican en las oposiciones fundadoras del orden simbólico." (Bourdieu, 2000: 49)

En otras parejas, encontramos un relacionamiento diferente frente a estos "problemas" donde los hombres, asumen su responsabilidad en la concepción y se someten a múltiples estudios.

Sonia cuenta que su madre antes de casarse le informó de los métodos anticonceptivos. A los dos años, cuando quiso quedar embarazada, los deja y luego, dos años más tarde, debe comenzar un tratamiento.

Sonia: Si, estuve como 10 años. Primero iba al Pereira Rossell y después dejé por aburrimiento. Después cuando empezó el tema de DISSE, que quedamos acá en la sociedad médica empecé de vuelta y ahí fue cuando...

¿Ibas a San José?

Sonia: A San José y ahí fue cuando se descubrió el tema y no, no..., era muy, muy difícil.

¿Y como era el tema?

Sonia: Y que Esteban tiene falta de espermatozoides, porque no lo habían descubierto en el Pereira Rossell, me hacía de todo a mí y le hacían él (no entiendo) y le daba todo bien.

¿Pero él estuvo siempre dispuesto a hacerse exámenes también?

Sonia: Si, si. Se lo hacía allá, pero se los hacía y le decían que estaba bien, entonces me seguían haciendo cosas a mí. Y tratamientos a mí, y dale.

Porque primero yo no ovulaba, pero después si, yo ovulaba. (Sonia, 51 años)

Resulta interesante que si bien en este caso, quien es estéril es el hombre, en la comunidad, predomina la idea de que fue "Ella" quien no pudo tener hijos.

Si bien en la Colonia la maternidad, equivale a "mujer plena", en algunos casos, "ser madre" supone "estar dentro" de la norma, y en otros casos, "estar fuera".

En la Colonia encontramos dos situaciones bien diferentes: las mujeres que no son madres y las mujeres que siendo madres, rompen con la *doxa*, es decir con los valores, ideas y prácticas presentes en la comunidad que, aunque no son explicitados, están sobre entendidos y no se cuestionan.

Dentro de ambos grupos, hay mujeres que participan activamente de las reuniones en la Colonia y tienen un rol importante en la comunidad (quien tiene hijos, los deja solos, con el padre o los lleva con ella). Es por ello, que en algunas circunstancias son cuestionadas y su "no-maternidad" (real o simbólica) se arguye en beneficio de otras mujeres:

"puede venir porque no tiene hijos" o "puede venir porque no tiene tambo"

Esta identificación de lo femenino con la maternidad, genera en algunos casos la asignación de responsabilidades mayores a las que se les exige a los padres frente a sus hijos, al mismo tiempo que el entorno protege a los varones. Las mismas mujeres justifican esta desigual distribución de la tarea de cuidado de los/as niños/as, con frases como "*bueno, alguien debe de ser responsable de los hijos*".

II. ¿Elegir cuándo? Sobre métodos anticonceptivos

De las entrevistas realizadas hasta el momento a mujeres, podemos afirmar que en pocos casos, recibieron información y acompañamiento en la edad de desarrollo, en el momento de formar una pareja y en el inicio de su vida sexual, por parte de su madre o padre. En muchos casos, es un agente externo, quien cumple ese rol, aunque claramente no es el Estado a través de la educación formal.

"(...) me acuerdo en la primera menstruación, yo nada, no sabía, bueno tá, me habré lastimado pensé yo. Y tá, fui y le dije a mamá. [Que dice] "*Agarrá un trapo y ponete*" nunca me voy a olvidar, por eso te digo". (Paula, 28 años)

"Y eso...con alguna amiga, que ya tenía, que te contaba algo (...) antes los padres no te decían nada, te decían solamente que no jugaras con los varones, que no salieras...había prohibiciones que vos no entendías por qué." (Clara, 38 años)

"Tenía una vecina (...) que siempre me acuerdo, siempre fue como una madre, siempre nos aconsejaba. Tenía otra chiquilina que era de mi edad. (...) Ella embromándonos nomás, nos aconsejaba y eso (...) en ese sentido, mi padre jamás, habló nada, en cambio la vecina..." (Verónica, 34 años)

La incertidumbre y los miedos, se ponen en juego luego en el terreno de la salud sexual y reproductiva. La "primera vez" está marcada por estos *itinerarios*

"[Sobre la Primera vez] mi mamá me decía que iba a sangrar, a mi me daba miedo" (Clara, 38 años)

Si bien, no podemos plantear generalidades para la Colonia, se repite la situación de llegar a la primera relación sexual sin información. En general, es el

varón quien “averigua” sobre qué métodos anticonceptivos utilizar, información que se aplica en la pareja. Acerca de la toma de decisiones en estos temas, se afirma que es de la pareja, aunque los discursos dejan entrever diferentes grados de negociación. Clara, dice con respecto al preservativo, que a su esposo no le gusta usarlo. Me cuenta que en algún momento le dijo: “¿por qué no te hacés algo vos?”, proponiéndole que se esterilizara, pero él se negó.

En algunos casos, los embarazos suceden enseguida del comienzo de la vida sexual, y sin planificación previa. El factor sorpresa atraviesa estas historias.

P: Tenía 16 y él tenía 22. El sabía obviamente, y eso, pero yo también.

Pero...

¿Te propuso usar algún método anticonceptivo?

P: no, método no.

Así que quedaste embarazada medio que enseguida.

P: sí.

(Paula, 28 años)

La planificación familiar aparece en pocos casos. Incluso luego de varios embarazos no buscados, y con una familia constituida se evita el uso de métodos anticonceptivos. No se utilizan métodos o se utilizan pero no se controlan como es el caso del DIU.

Algunos testimonios de las mujeres resultan alentadores en cuanto a la educación sexual. En ellos, se percibe una mayor apertura para hablar de estos temas, con el objetivo de evitar que se “reproduzcan sufrimientos”. Al relatar los itinerarios de salud, las mujeres entrevistadas reflexionan sobre la necesidad de educar a los/as hijos/as en salud sexual y reproductiva, lo que es en menor o mayor medida posible, de acuerdo a la relación con su pareja, padre de sus hijos/as.

III. La práctica del aborto como control de natalidad

De las entrevistas realizadas hasta el momento, podemos afirmar que el aborto provocado no es una práctica extendida en la Colonia. Es un tema del que no se habla, lo cual concuerda con el valor otorgado a la maternidad. Sólo se habla del tema en el caso de abortos espontáneos presentes en los *itinerarios* de las mujeres. En otros relatos, se mencionan algunos casos de mujeres que han intentado o han interrumpido un embarazo, pero estos relatos, quedan dentro del espacio de la “sospecha”.

Sin embargo, en este *itinerario de salud*, el aborto provocado sí ha tenido un lugar importante:

Clara tiene cuatro hijos. Actualmente está embarazada y la noticia la tomó por sorpresa. En otro momento, hubiera pensado en interrumpir este embarazo. El aborto, se utilizó en su familia como control de natalidad, práctica que fue disminuyendo a medida que las generaciones pasaron. Dice que su abuela tuvo ocho hijos y ocho abortos, intercalando uno y uno y el método utilizado era con yuyos. Su madre se practicó un aborto. Después de tener a su segundo hijo, Clara tuvo otro embarazo. Ella no lo quería y por recomendaciones de su madre, se tomó diez aspirinas juntas

para interrumpirlo, pero no abortó; sin embargo, tuvo muchos dolores de espalda. Empezó a cuidarse, pero finalmente, lo perdió. Ella piensa que fue una "señal". Clara siempre fue católica, pero ha cambiado su visión del "aborto" desde que concurre a "la Iglesia". Antes ella no sabía que abortar era matar a una "vida" y ahí le enseñaron. (Notas de campo)

IV. Violencia y negociación sexual

En una oportunidad relevamos entre las mujeres, cuáles eran los temas de interés sobre salud sexual y reproductiva. El tema "violencia" fue elegido por el 50% de quienes llenaron el formulario. En una instancia mixta, en que compartimos estos datos, se sintieron sorprendidos y asustados, porque se interpretó el interés en el tema como un indicador de la violencia en sus casas.

Este hecho muestra cómo hablar de violencia supone entrar en el terreno del tabú. Y si bien algunas situaciones sobre violencia doméstica en la Colonia, se conocen a través de mecanismos como el "chisme", podemos decir que es un tema que se mantiene puertas adentro.

Sin embargo, en las entrevistas a mujeres, surgen numerosas historias familiares atravesadas por la violencia en sus múltiples manifestaciones: violencia simbólica, violencia física y psicológica. Incluso, una de las entrevistadas, relata como su hermana fue asesinada a los 27 años, por su esposo; los hijos de su hermana fueron testigos.

En algunos casos, esas violencias que atraviesa los *itinerarios* de cada una de las mujeres permean sus vínculos actuales con su cuerpo, con el cuerpo de su pareja, con su salud sexual.

Una de las entrevistadas²³ creció en un contexto de violencia doméstica.

"(...) Cuando era chica también así, el tema sexual era...otro tema, viste, porque mis tíos, viste, quedé marcada, (...) a nadie digo, a nadie porque ni a [mi marido] hay cosas que le he dicho (...) A raíz de eso, como que formé una coraza, viste, me forré, viste (...) siempre de no hablar de no decir las cosas, entonces, digo, como que me forré, y el tema así, sexual, a veces me pasa con [mi marido], y yo darle un beso, es como que capaz que...me siento como lo provoco...me quedó como una cosa, como antes, ¿viste? (...) El sabe que hay algo, porque yo le he dicho algo por arriba así, y eso, y también me pregunta pero me respeta (...) no me presiona ni nada. (...) Es muy resabiado, de muy poca edad, y muchas cosas que...era muy chica"

En algunos casos, recomponer los vínculos afectivos y de pareja con estas vivencias se hace muy complicado, y "las consecuencias que a largo plazo dejan estos traumas, desarticulan su apropiación de su sexualidad por parte de

²³ Preferimos omitir el nombre ficticio para preservar la identidad de la entrevistada.

quienes sobreviven a ellos. Sus cuerpos dejan de pertenecerles." (Pauluzzi, 2006: 53)

A modo de cierre

La investigación aún está en curso, por lo que no cabe aquí plantear las conclusiones de la misma. Se intentó exponer algunas "pistas" y reflexiones que el trabajo de campo va aportando. El material analizado hasta el momento, recoge fundamentalmente las vivencias y los *itinerarios* femeninos frente a la salud sexual y reproductiva y aún queda mucho para profundizar en la perspectiva masculina. En los discursos de los adultos, se percibe un cambio en la educación que reciben las generaciones más jóvenes. Pero es necesario complejizar la mirada con el aporte de los y las jóvenes, para evaluar las transformaciones a la interna de la Colonia.

El estudio de los temas vinculados a salud sexual y reproductiva en el medio rural, son aún materia pendiente. Las políticas públicas deberán atender a estos contextos si pretenden promover procesos participativos de salud, donde los/as usuarios/as sean considerados sujetos de derechos. Los procesos de extensión crítica y de investigación en el medio rural que promueva la Universidad, deberán aportar a esas políticas, incorporando nuevos hallazgos.

En este sentido la mirada a los *itinerarios de salud*, individuales y colectivos, pretende echar luz sobre cómo se vivencia la salud sexual y reproductiva en un pequeño contexto rural.

Bibliografía

ARILHA, Margareth, 1999. "Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão" En: K.Griffin; S. Hawker Costa (org.) Questões da saúde reprodutiva. Ed. Fiocruz pp 455-467, Rio de Janeiro.

BERGESIO, Liliana, 2001. "Informantes vengan a mí...pero no tanto. Instancias personales y afectivas del trabajo de campo como vías para el conocimiento". En: III Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos (IDES, CAS-GTTCE), 7 y 8 de junio del 2001

BOURDIEU, Pierre, 2000. "La dominación Masculina". Anagrama, Barcelona.

BADINTER, Elisabeth, 1993. "XY La identidad masculina". Alianza Editorial, Madrid.

DOS SANTOS, Ivonne; GRABINO, Valeria; MONTEALEGRE, Natalia; VIERA, Mariana, 2003. "El poder sobre los cuerpos: barreras y estrategias frente a la atención médica" En: I Jornadas de Jóvenes Investigadores. Sección Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras (UBA) Buenos Aires, 2-3 de octubre 2003 Edición digital.

GRABINO, Valeria, 2005. "*Estar ahí*: Reflexiones metodológicas de una investigación antropológica sobre salud sexual y reproductiva en el marco de un proyecto de Extensión", Ponencia Presentada en IV Reunión de Antropología del MERCOSUR, 16 al 18 Noviembre 2005, Montevideo

GRUPO CONSULTIVO DE GÉNERO, MAGA-GCGEMA, S/d. "Vocabulario Referido a Género" URAT, PAFG, FAO, PMS.

KABEER, Naila, 1998. "Realidades Trastocadas. Jerarquías de Género en el pensamiento del desarrollo", Programa Universitario de Estudios de Género, Universidad Nacional Autónoma de México, Paidós, México DF

LÓPEZ GÓMEZ, Alejandra, ROSTAGNOL, Susana, 1998. "Políticas públicas, sexualidad y salud reproductiva". En: AEP/ CEDES/ CENEP Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad, Trabajos del Tercer Taller de Investigaciones sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, 12-14 de agosto 1998, PP. 315- 329, Buenos Aires.

MESA, Serrana; VIERA, Mariana, 2004. "Tramas de significado y negociación de poder en la consulta ginecológica". En: VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba. Edición digital.

PAULUZZI, Liliana, 2006. "Degradación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pobres: Abortar y parir". En: Susana Checa (comp.), Realidades y Coyunturas del Aborto. Entre el derecho y la necesidad. Paidós, Buenos Aires, 1996. Págs. 47-60

ROMERO GORSKI, Sonia, 1997. "Transformaciones en el campo de la salud, el habitus asistencial." En: Romero, Cheroni y Portillo (Coord.) Sociedad, Cultura y Salud. Seminario. Universidad de la República, Depto. De Publicaciones de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo.

ROSTAGNOL, Susana; MONTEALEGRE, Natalia, 2004. "El hospital como laberinto mudo". Ponencia presentada en: VII Congreso Argentino de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba.

ROSTAGNOL, Susana; VIERA, Mariana, 2006. "Derechos sexuales y reproductivos: Condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay". En: Susana Checa (comp.), Realidades y Coyunturas del Aborto. Entre el derecho y la necesidad. Paidós, Buenos Aires, 1996. Págs. 299-316

SANTOS, Carlos y LUENGO, Leticia, 2004 "Calidad de vida en una "comunidad" rural uruguaya", Ponencia presentada en: III Congreso Argentino y Latinoamericano de Antropología Rural, 3-5 marzo, Tilcara.

SCOTT, Joan, 2000. "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: Ficha Nro. 5 Lo público y lo privado desde los estudios de género. Grupo Multidisciplinario de Estudios de Género. Área de Estudios Multidisciplinarios. Selección de Textos: Profs. Susana Rostagnol y Graciela Sapriza. Publicaciones Universitarias 2000. FHCE, UDELAR. Tomado de Marta Lamas (comp.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México, 1996.

STØLEN, Kristi, 2004. "La decencia de la desigualdad. Género y poder en el campo argentino.", Antropofagia, Buenos Aires

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