



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## “Cuidarse”

**Un estudio etnográfico sobre el proceso asistencial de las  
prácticas anticonceptivas en Salta, Argentina**

Ana María Pérez Declercq



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## “Cuidarse”

Un estudio etnográfico sobre el proceso asistencial  
de las prácticas anticonceptivas en Salta, Argentina.

Ana María Pérez Declercq



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència *Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.*

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia *Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.*

This doctoral thesis is licensed under the *Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.*



Ana María Pérez Declercq

## “Cuidarse”

Un estudio etnográfico sobre el proceso asistencial  
de las prácticas anticonceptivas en Salta, Argentina.

TESIS DOCTORAL

Dirigida por:

Dra. María Epele

Dra. Olga Jubany

Facultat de Geografia i Història

Dpt. Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica

Programa: Societat i Cultura: Història, Antropologia, Arts, Patrimoni i  
Gestió Cultural

Àmbit: Antropologia Social i Cultural



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Mayo de 2016



Que mi agencia esté repleta de paradojas no significa que sea imposible.  
Significa sólo que la paradoja es la condición de su posibilidad.

(Butler, 2006:16)



## ÍNDICE

	Pág.
Índice.....	7
Resumen.....	11
Abstract.....	13
Agradecimientos.....	15
<b>Introducción</b> .....	17
I. Tensiones en las prácticas, discursos y políticas no-reproductivas.....	17
II. Hipótesis y objetivos.....	23
III. Políticas corporales, medicalización y agencia.....	24
De las políticas demográficas a los Derechos Sexuales y Reproductivos..	24
Focopolítica y el control social de los cuerpos.....	28
La heteronormatividad en la salud.....	30
Autonomía(s) sobre los cuerpos.....	32
Conflictos y contradicciones en las prácticas de cuidado.....	35
Feminismos postcoloniales.....	37
IV. Una etnografía del proceso asistencial en torno a las prácticas anticonceptiva.....	39
Enfoque, método y texto.....	40
De la cocina al barrio .....	43
Ver y ser vista en el campo .....	44
V. Organización de la tesis.....	47
<b>Capítulo 1 - De <i>incivilizados</i> a <i>agentes del desarrollo</i></b> .....	49
1.1 Del interior a los barrios periféricos de la ciudad.....	51
1.2 ¿Quiénes son los <i>asistibles</i> ? .....	59
1.3 La construcción de <i>los pobres</i> en la Argentina y en Salta.....	63
1.3.1 Salta en la primera mitad del siglo XX.....	65
1.3.2 Etapa de transición (1940-1960).....	66
1.3.3 Etapa desarrollista (1955-1976).....	68
1.3.4 Etapa neoliberal.....	69
1.4 Clasificación de la pobreza en la lógica de asistencia institucional.....	72

<b>Capítulo 2 - La gestión de los “cuerpos en riesgo”</b> .....	76
2.1 El contexto normativo de las políticas vinculadas a la salud sexual y (no) reproductiva.....	79
2.2 “Sujetos de intervención pedagógica” (Briggs, 2005).....	85
2.3 ¿Sujetos de derecho o sujetos tutelados?.....	89
2.3.1 Focalizar en los <i>más pobres</i> entre los pobres.....	91
2.3.2 Gobernar a partir del riesgo.....	90
2.3.3 Cuando el asistencialismo se disfraza de derechos.....	95
<b>Capítulo 3 - Historias reproductivas</b> .....	98
3.1 Entre víctimas necesitadas de ayuda y agentes con “capacidades” para subsistir en forma autogestionada.....	101
3.1.1 Algunas propuestas para decolonizar el conocimiento.....	104
3.2 Abordajes de la reproducción desde la antropología.....	106
3.3 La primera pareja, el primer embarazo.....	108
3.4 Violencia, sexualidad y embarazo.....	110
3.5 ... <i>nosotros somos de familia de muchos</i> .....	112
3.6 De madres a hijas.....	114
3.7 “Buenas madres”.....	116
3.8 Paternidades: “lo importante no es quien los hace sino quien los cría”	119
3.9 “Arreglos de crianza”.....	121
3.10 “Maternalizadas”.....	125
<b>Capítulo 4 - Construcciones hegemónicas de una sexualidad saludable</b> .....	130
4.1 La “salita”.....	134
4.1.1 Una medicina de bajo costo.....	138
4.1.2 El espacio de la Consejería.....	140
4.2 Mujer-Madre-Cuidadora.....	143
4.3 Decisiones de mujeres <i>autónomas</i> y <i>empoderadas</i> .....	147
4.4 Los varones como actores: sexualidad, salud y capacidad de reproducción.....	152
4.4.1 Los varones en los espacios del CAPS.....	154
4.4.2 Participación de los varones en los procesos reproductivos.....	157
4.5 Una mirada crítica a la “salud en singular”.....	160

<b>Capítulo 5 - Cuidar(se)</b> .....	162
5.1 Experiencias sobre los distintos modos de <i>cuidar(se)</i> .....	165
5.1.1 Anticonceptivos inyectables mensuales y trimestrales: <i>La inyección</i> .....	167
5.1.2 Dispositivo Intrauterino: <i>El DIU</i> .....	171
5.1.3 Anticoncepción quirúrgica: <i>La ligadura</i> .....	172
5.1.4 Anticonceptivos orales: <i>Las pastillas</i> .....	173
5.1.5 Anticoncepción quirúrgica: <i>La vasectomía</i> .....	179
5.1.6 Preservativo masculino: <i>El preservativo</i> .....	182
5.1.7 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer: <i>Con los días</i> .....	184
5.2 No <i>cuidar(se)</i> .....	187
5.2.1 <i>Cuidar(se) a lo bruto</i> .....	187
5.3 Querer <i>perder</i> un embarazo.....	192
5.4 “Soy vaga” .....	193
5.5 El cuidado en salud.....	196
5.6 “Lógica del cuidado”: tensiones y contradicciones.....	198
<b>Capítulo 6 – Emociones, cuerpos y vínculos afectivos</b> .....	200
6.1 Contextualizar y de-construir el amor.....	203
6.2 Reconocerse y ser reconocido.....	208
6.2.1 “Las gordas”.....	209
6.3 El cuerpo como agente.....	211
6.3.1 Cuerpos reproductores.....	213
6.3.2 Cuerpos menstruantes.....	215
6.3.3 <i>¿Qué cuerpos acaban siendo un problema y por qué?</i> (Butler, 2002).....	217
<b>Conclusiones</b> .....	219
I. Deconstruyendo decisiones, saberes y prácticas (no) reproductivas.....	219
II. De la maternidad como experiencia encarnada al compromiso político	220
III. Un recorrido por el mapa de tensiones que atraviesan las prácticas (no)reproductivas.....	221
IV. La regulación de la vida en los márgenes.....	223

Bibliografía.....	227
Anexos.....	247
Anexo I: Datos Generales de las mujeres y los varones entrevistados.....	247
Anexo II: Formulario 1.....	249
Anexo III: Métodos anticonceptivos ofertados en el CAPS.....	250
Anexo IV: Disco sobre criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos.....	255
Anexo V: Guías de entrevista.....	256
Anexo VI: Consentimiento informado de la observación.....	259

## Resumen

La tesis describe y analiza los procesos asistenciales seguidos por mujeres y varones de la periferia urbana de la ciudad de Salta (Argentina) para evitar un embarazo. Para el estudio de las tensiones que atraviesan estos procesos se adopta como propuesta metodológica un abordaje etnográfico centrado en el *cuidar(se)*. El término nativo *cuidar(se)* hace referencia a un repertorio de prácticas y saberes que incluye particularmente el uso de diversas técnicas anticonceptivas, no sólo de mujeres sino también de varones.

Mientras que la mayor parte de las investigaciones sobre este tema se han llevado a cabo en la ciudad de Buenos Aires y en su periferia urbana, existe un vacío de conocimiento sobre este tema en las zonas urbanas de otras provincias argentinas.

Los objetivos de esta investigación son: describir los procesos asistenciales, identificar tensiones que los atraviesan y analizar en estos procesos los recorridos en los que se producen y reproducen los modos heteronormativos de regulación de los sujetos y los modos neoliberales de producción biopolítica de la población. En pos de estos objetivos llevé a cabo un trabajo de campo etnográfico en barrios periféricos de la ciudad de Salta durante dos años. Se han utilizado algunas de las principales técnicas de la investigación etnográfica, tales como la observación participante, las entrevistas y la redacción de un diario de campo.

Sobre la base de los resultados de este trabajo de campo etnográfico, el argumento principal de esta tesis consiste en que estas prácticas y conocimientos denominados “cuidarse”, están atravesados por varias tensiones en la vida cotidiana, entre las relaciones sociales, las prácticas corporales y experiencias individuales, por un lado, y las normas, discursos y moralidades, por el otro.

El proceso de documentación etnográfica mostró el carácter conflictivo y contradictorio que recorre las prácticas, discursos y políticas en torno a los derechos (no) reproductivos. Este enfoque nos permite superar la idea de que la anticoncepción se vincula únicamente a la medicalización de la vida cotidiana de poblaciones marginalizadas. Por último, el argumento de análisis concluye explorando cómo la pluralidad y la heterogeneidad de las experiencias subjetivas y colectivas (corporales, emocionales y sociales) se articulan no solo con los modos neoliberales de producción biopolítica de la población y los procesos biomédicos, sino también con modos tradicionales y nuevos de responder a ellos.



## Abstract

This thesis explores and analyses the self-care complex locally known as “*cuidarse*”, referring to preventing pregnancies among women who live in Salta city’ shantytowns. “*Cuidarse*”, is the native term that refers to varied repertoire of practices and knowledge used by women and men to avoid pregnancy. This complex repertoire includes biomedical contraceptive techniques to local and traditional ways to prevent pregnancy.

To respond to a vacuum of knowledge about this issue in the urban settings in Argentine provinces, this research has focused in the area surrounding the city of Buenos Aires.

The objectives of the investigation are to describe the self-care techniques and knowledge, to identify the tensions between experiences, mandates and moralities, and to analyse the production and reproduction processes by which the heteronormative modes of regulation. Moreover, this thesis articulates the micro local practices and knowledge with the bio political production and reproduction of these populations.

The thesis relies on a two years original ethnographic work of these settings. This ethnographic approach enabled me to explore not only the social actors’ perspectives, categories and narratives about their strategies to prevent pregnancy, but also their daily social, self-care and care-giving activities in a wide variety of local settings. The thesis shows how the micro dynamics of self-care to prevent pregnancy in these marginalized populations are articulated with the neoliberal-development approach that subjugated women by normative and regulated discourses and practices of sexual reproduction.

Grounded on this ethnographic fieldwork, the main argument of this thesis consists that these practices and knowledge about “*cuidarse*”, are crossed by several tensions in the everyday life. These include social relations, bodily practices and individual experiences on the one hand, and those rules, discourses and moralities, on the other.

The ethnographic data and analysis shows how several conflicts and contradictions emerged in the everyday lives of these women, specifically in practices, discourses and policies around (non) reproductive rights. This approach allows us to overcome the idea that links contraception only to medicalization of daily life in marginalized populations. Finally, the analytical argument concludes by exploring how the plurality and heterogeneity of subjective and collective experiences (bodily, emotional and social) are articulated not only with the bio political normative and biomedical processes, but also with traditional and new responses to them.



## **Agradecimientos**

En la realización de esta tesis han sido fundamentales un gran número de personas, por ello me permito hacer aquí un extenso agradecimiento:

A quien en el texto aparece bajo el nombre de Marta, le estoy especialmente agradecida. A ella le debo su confianza, su humor y su amistad. Agradezco también a las demás personas entrevistadas por compartir conmigo sus experiencias y sus reflexiones.

A mis directoras. La Dra. Olga Jubany ha permitido que mi estadía en Barcelona sea muy amena y supo acompañarme con afecto en las vicisitudes de conciliar la tesis con la maternidad. Le doy las gracias por sus comentarios y sus palabras de aliento en cada encuentro, en cada correo. La Dra. María Epele supo acompañar pacientemente el proceso que duró más de cuatro años y me dio las herramientas para abrir mi mirada. Le agradezco enormemente por animarme en cada paso de este proceso que, como me advirtió, me iba a transformar.

Al Departament de Antropologia Cultural i Historia d'Amèrica i Àfrica de la Universitat de Barcelona, y particularmente, a los profesores Joan Bestard y Cristina Larrea por transmitir el entusiasmo por la antropología en sus clases. De las clases de Larrea encontré entre mis notas estas preguntas que ahora cobran relevancia: ¿Qué efectos tiene la experiencia etnográfica en la vida de los otros y en la nuestra?, ¿Cómo se transforman nuestros afectos durante y después de la etnografía?

Quiero dar las gracias también a Manuel Delgado por darme la oportunidad de conocer a los estudiantes del doctorado con quienes luego conformaríamos LIRACGS, por tender puentes y por contagiarnos de su estado de inquietud permanente.

A mis amigos de la Línea de Investigación y Acción en Géneros, Cuerpos y Sexualidades (LIRAGCS): Cati Canyelles, Noe Elvira, Alba Barbé, Josan Langarita y Jordi Mas, por todo lo que aprendido y por mostrarme nuevos caminos.

A Flor Martínez, Rosy Lázaro, Rosa Frassetto y Maribel Ponferrada. Cuatro amigas que me sostuvieron en los avatares de las relaciones afectivas durante mi estadía en Barcelona y con quienes compartimos placenteras charlas académicas. También a Susana, María, Oriol y Rebeca por su hospitalidad.

Agradecer a las integrantes de la cátedra Ciencias Sociales de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Salta por su contención en el proceso de escritura.

A Hernán Ulm por ayudarme a salir del embrollo que eran mis primeras problematizaciones y convencerme que el tema escogido para esta tesis era viable. Agradezco a María Ángela Aguilar sus comentarios al respecto de la imbricación de las esferas económicas y de la intimidad, por sus sugerencias bibliográficas y por su presencia siempre que la necesité. Gracias a Fedra Aimetta por la lectura del capítulo 3. A Mónica Moons por su amistad y por la

lectura entusiasta de la versión completa. A Alejandro Szadurski por los trámites y soportar mi ansiedad. A Mónica Tosello por ayudar a ordenarme.

El capítulo sobre las emociones y el amor fue acompañado de largas conversaciones, algunas vía internet, con Sole Dahbar. A ella tengo infinidad de cosas para agradecerle, pero sobre todo, gracias por enseñarme a confiar en mí.

Aun cuando siempre la tarea restaba tiempo para estar con mis amigas, ellas supieron entender. A Mariu por nuestras largas charlas, a Achu por el humor, a Miki por alentarme a seguir, a Juli por el reencuentro afectuoso en Buenos Aires, a Fla por su complicidad. Y un gracias gigante a Vivi por escucharme, por no cansarse de escucharme, también por su lectura y su apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida.

Un reconocimiento especial a la red de apoyo formada por los vecinos y vecinas de mi barrio. A Nani, Silvia, Fedra, Milagro, Bara, Gustavo, Mariana, Luciana, Javier, Mariela, Rubén, Andrea, el Paisano, Josefina, Olga y a todas las niñas y los niños. También dejo expresado en estas líneas un agradecimiento a las mujeres que cuidaron de mis hijas, al tiempo que me alentaban a concluir la tesis.

Un fuerte agradecimiento a Maite y a Zoe, por hacer mis días muy felices.

A Greta, mi madre, quien desde su vivencia de migrante me transmitió sus impresiones sobre la Argentina y sus costumbres. Costumbres que hizo propias, aunque nunca dejó de tener esa mirada “desde afuera”, y que con los años le provocaron que lo familiar de su tierra de origen se le vuelva extraño. Sus relatos y sus comparaciones entre sociedades motivaron en parte esta tesis. También le agradezco su acompañamiento afectuoso en este proceso.

A mi papá, de quien tengo recuerdos muy tiernos. A Ceci, Tere, Flor y Dami, mis hermanos, por estar siempre cerca y acompañarme con mucho amor. A Santi. A mis tíos, Annie y John. A Laura. A Pablo y Mariana.

Finalmente, la realización de esta tesis fue posible gracias a la beca otorgada por el Programa Erasmus Mundus External Cooperation Window - Lot 18 – BAPE (Bolivia, Argentina, Peru and Europe). Agradezco al personal de la Universidad de Barcelona por su disponibilidad para resolver todos los asuntos administrativos, en especial a Marta Arias, Noli, Olga y Pilar.

## INTRODUCCIÓN

### I. Tensiones en las prácticas, discursos y políticas (no) reproductivas.

*En una tarde lluviosa acompañé a Marta a realizarse una ecografía para confirmar si el atraso de su menstruación se debía a un nuevo embarazo o a la entrada en la menopausia. Al salir del consultorio, apretando los labios y conteniendo las lágrimas, me confiesa que le preocupaba qué iban a decir sus hijos, su hermana y sus vecinas sobre su nuevo embarazo a los 42 años. Marta supone que al regresar a la casa su hermana dirá, “sigue teniendo hijos y no tiene donde caerse muerta”, y enseguida me aclara que ella nunca le pidió nada a nadie, que crió a sus nueve hijos sola.*

*Sin información sobre el ciclo reproductivo, obligada a abortar de modo clandestino y en condiciones de mucha precariedad en sus dos primeras gestaciones, forzada por su hermano a continuar con su tercera gestación, víctima de reiteradas relaciones sexuales que ella describe como “forzadas” y presionada “económicamente” a vivir en pareja, Marta, además, carga con la culpa de “llenarse de hijos”.*

(Nota de campo, enero de 2014)<sup>1</sup>

En la experiencia de Marta un nuevo embarazo implica volver a ser, y sentirse, juzgada como irresponsable. Las mujeres siguen siendo pensadas como las únicas con capacidad reproductiva y, por consiguiente, las únicas responsables de su control. El relato de Marta junto al de otras mujeres, y en menor medida de varones<sup>2</sup>, de un barrio periférico de la ciudad de Salta refleja tanto la singularidad como la complejidad de las prácticas (no) reproductivas en los contextos de la vida cotidiana.

Sin embargo, asociando determinados atributos (edad fértil, capacidad reproductora, “madre” de hijos menores) y determinadas características del grupo local de pertenencia (perfiles poblacionales, demarcación geográfica, situación habitacional), las políticas de salud reducen la pluralidad y heterogeneidad de experiencias a un grupo falsamente homogeneizado, el de “mujeres pobres”, considerado una población “en riesgo” o “asistible” que se debe regular y controlar.

---

<sup>1</sup>Las notas de campo se encuentran transcritas a lo largo de la tesis en letra cursiva. En las notas de campo y en la transcripción de las entrevistas se utilizan las letras en negrita para evidenciar el énfasis especial en el habla.

<sup>2</sup>Problematizando la categoría “hombre”, con la cual se designa regularmente a los integrantes del género humano, utilizo el término “varones” para nombrar a los integrantes del colectivo masculino.

*¿Son pobres porque tienen demasiados hijos? ¿Tienen demasiados hijos porque son pobres?* Son preguntas que provienen de las intervenciones de organismos internacionales que tuvieron lugar a finales del siglo XX. Estas preguntas aún siguen vigentes cuando ciertas prácticas sexuales son asociadas a la atribución de “pautas culturales” que se alejan de los niveles aceptables de fecundidad, convirtiéndose en un problema a resolver en términos de “riesgo”. En efecto, responsabilizar a las mujeres que viven bajo condiciones de pobreza se ha convertido en un modo eficaz de silenciar las desigualdades sociales y económicas del sistema social (Douglas, 1996).

Reapropiándose de la perspectiva de género, las políticas internacionales de desarrollo con “rostro humanizado” se focalizaron en las mujeres como “agentes del desarrollo”. Esto implicó, en primer lugar, una orientación hacia determinados cuerpos: los de las *mujeres pobres*. En segundo lugar, supuso el establecimiento de una cierta concepción sobre “lo saludable” en relación a la sexualidad y a la reproducción. En tercer lugar, significó el ocultamiento de las relaciones entre las decisiones (no) reproductivas y las condiciones sociales, económicas y políticas que se requieren para ejercerlas, restringiendo la atribución a la auto-responsabilidad y a la elección.

Varios autores<sup>3</sup> coinciden en señalar la tendencia post-Consenso de Washington de disminución de las responsabilidades del Estado, que delega, progresivamente, a la población la solución de sus propios problemas. A nivel local, estas políticas se vieron reflejadas en la versión “minimalista” y regresiva que desde finales de la década de 1990 adquirió la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Se abandonó la pretensión de integralidad que caracterizaba a la APS según la Declaración de Alma Ata (1978) y se limitó a ofrecer prestaciones mínimas y selectivas a los más pobres (Ase y Burijovich, 2009). En el marco de los ajustes neoliberales, particularmente en las políticas de salud reproductiva, estas restricciones se materializaron en dos aspectos: por un lado, en el ofrecimiento de servicios focalizados en la salud de la díada madre-hijo y, por otro, en la promoción del ejercicio de una relativa autonomía con relación a las anteriores formas de tutela del Estado protector.

Las transformaciones en las políticas públicas, los procesos histórico-sociales, los avances en la ampliación de derechos de ciudadanía, los dispositivos de atención de la salud y las experiencias de mujeres y varones en

---

<sup>3</sup>Castiel y Alvarez-Dardet, 2007; Álvarez, 2003; Andújar, 2003; Huggins, 2002; Laurell, 2002; Tajer, 2002.

los contextos de la vida cotidiana, como dimensiones que se intersectan, hacen visibles tensiones entre: *cuerpo como objeto/cuerpo como agente*; asistencia a sujetos tutelados/asistencia a sujetos de derecho; regulación heteronormativa de la sexualidad/pluralidad de experiencias; reconocimiento de las mujeres como ciudadanas/negación de las libertades personalísimas sobre sus cuerpos; dimensión moral individual de la autonomía/dimensión relacional de la autonomía: entre otras.

Partiendo de la investigación etnográfica que he llevado a cabo sobre el proceso asistencial de las prácticas anticonceptivas, el tema central de esta tesis consiste en problematizar las tensiones que recorren prácticas, discursos y políticas en torno a los derechos (no) reproductivos. Tensiones que se “hacen cuerpo” en mujeres y varones que viven en los barrios periféricos de la ciudad de Salta, aunque también están presentes en otros contextos sociales.

Para el estudio de las tensiones que atraviesan los procesos asistenciales en torno a la (no) reproducción adoptamos como propuesta metodológica un abordaje etnográfico centrado en el *cuidar(se)*. El término nativo *cuidar(se)* hace referencia a un repertorio de prácticas y saberes que incluye particularmente el uso de diversas técnicas anticonceptivas, no sólo de mujeres sino también de varones.

Como proceso, compuesto por emociones, saberes, relaciones y experiencias, el *cuidar(se)* permite captar la pluralidad y heterogeneidad de prácticas y saberes en torno a la (no) reproducción. Asimismo el abordaje etnográfico de este proceso da cuenta de las articulaciones con ciertos procesos socio-políticos y de los modos de sociabilidad que dan forma a las interrelaciones con otros sujetos en el contexto de la vida cotidiana haciendo visibles las tensiones que se imbrican en torno a la salud sexual y reproductiva.

Observando en perspectiva el trabajo que vengo realizando, la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva, y en particular, la promoción de la autonomía, fue el tema central de la investigación realizada para el Máster en Salud Pública en el año 2009. Tomando como eje las prácticas cotidianas en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la periferia de la Ciudad de Salta, pude observar los modos en que la política nacional era constantemente reinterpretada por el personal de salud. La autonomía y las prácticas anticonceptivas eran consideradas y valoradas en función de sus propias vivencias, de su formación profesional y de su socialización.

La experiencia de realizar observación en los CAPS y de “salir a terreno” con los agentes sanitarios<sup>4</sup> proporcionó una mirada más amplia hacia las interrelaciones que se establecían en torno a las decisiones (no) reproductivas. La aproximación etnográfica a la problemática y su articulación con las perspectivas feministas, la Teoría Queer y los feminismos poscoloniales (Butler, 2002, 2007; Esteban, 2004, 2006, 2011; Fraser, 1997; Mahmood, 2008) y de la Antropología Médica Crítica (Scheper-Hughes, 1997; Taussig, 1995; Menéndez, 1994, 1998, 2005, 2009), hicieron posible abordar las prácticas y saberes (no) reproductivos como parte de un proceso relacional y complejo.

Partiendo de los desarrollos de las Ciencias Sociales y de la Antropología sobre las prácticas y tecnologías anticonceptivas, en América Latina estos se centraron principalmente en la mujer como agente exclusivo de la reproducción. Recién a mediados de la década de 1990 surgen en México y en Brasil investigaciones que, incorporando los desarrollos teóricos de los estudios de género, abren la posibilidad de discutir la vinculación de las mujeres y los varones en un mismo proceso reproductivo (Villa, 1998; Figueroa-Perea, 1998, Leal y Boff, 1996)<sup>5</sup>.

En la Argentina, los estudios referidos a anticoncepción se han concentrado en su mayoría en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (Villa, 1998; Grimberg, 1999; Zamberlin, 2000) y se han focalizado en las características y sentidos que adquiere la reproducción en mujeres y varones de sectores populares de los principales centros urbanos.

---

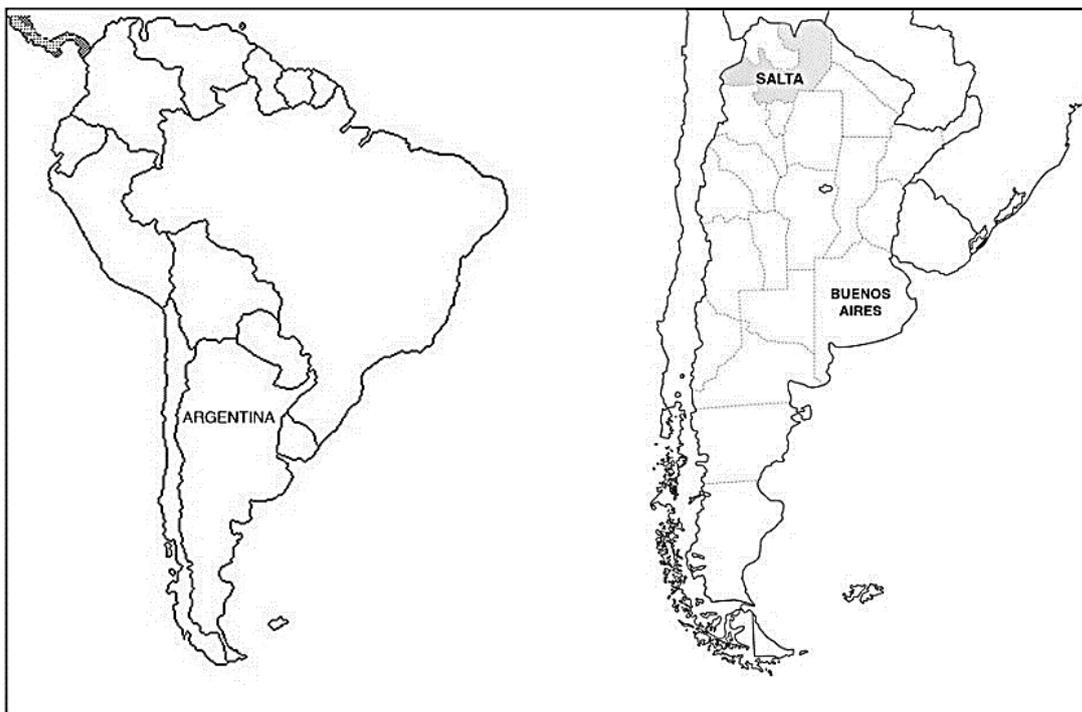
<sup>4</sup>Lorenzetti (2007) realiza un trabajo etnográfico junto a los agentes sanitarios, a quienes describe, utilizando el vocabulario propio de ellos de la siguiente manera: “El agente sanitario es quien, a través de la visita domiciliaria, debe “detectar” las familias en riesgo, “enseñar” los cuidados adecuados de la salud, “promover los hábitos de higiene”, “inculcar” la importancia del vínculo familiar, distribuir la leche a las familias con niños desnutridos y realizar su seguimiento, “captar” a las mujeres embarazadas para que realicen los controles prenatales, “concientizar” sobre la importancia de la planificación familiar, articular con el área de acción social local la implementación de los programas, coordinar con los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) la asistencia médica necesaria y llevar a cabo las campañas tanto de vacunación como de prevención frente a situaciones críticas. Cada agente sanitario tiene a cargo aproximadamente de 170 a 200 familias.” (Lorenzetti, 2007:13)

<sup>5</sup>En Brasil, el Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e daSaúde (NUPACS) del Departamento de Antropología de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ha realizado un estudio etnográfico en mujeres y varones de los sectores populares en el cual revela el efecto directo que tiene la creencia en la superposición del período fértil y el menstrual en las opciones y la efectividad de los métodos anticonceptivos (Leal, 1995). Figueroa-Perea y Sánchez (2000) resaltan la imprecisión, el desconocimiento y los silencios en la información alrededor de los procesos reproductivos por parte de los varones.

Considerando las diversas perspectivas y temáticas investigadas, sin embargo, son escasos los estudios que se proponen describir y analizar las experiencias referidas a la salud (no) reproductiva de mujeres y varones que habitan *la periferia* o los márgenes de un país que se presenta como *blanco, industrializado y moderno*.<sup>6</sup>

Entre los escasos estudios en la región dos referencias obligadas son: en Salta la investigación realizada por Hirsch y Amador Ospina (2011) analiza las experiencias de maternidad de mujeres guaraníes y cómo en estas experiencias se entrecruzan los sentidos y prácticas transmitidas por otras generaciones y el modelo biomédico. En la provincia de Jujuy, Caggiano (2007) muestra cómo las mujeres bolivianas embarazadas que cruzan la frontera para parir del lado argentino son vistas como un factor perturbador a ser controlado.

Esta investigación se desarrolló en la periferia de la Ciudad de Salta<sup>7</sup>, capital de la provincia homónima que se ubica a 1600 kilómetros hacia el noroeste de la Ciudad de Buenos Aires, centro político de la Argentina. La provincia limita con Chile, Bolivia y Paraguay y junto a otras provincias del norte, es ubicada en un espacio geográfico que, desde el centro del país, se lo representa como “atrasado y pobre”.



<sup>6</sup>En la Ciudad de Salta se desarrollaron algunas investigaciones impulsadas por el programa de becas de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, con distintos aportes al estudio de la salud sexual y reproductiva (Martinich, 2008; Schell, 2013 y Herrando, 2015).

<sup>7</sup>La provincia de Salta, según el último censo realizado por el INDEC (2010), tiene una población de 1.215.207 habitantes. Del total de habitantes de la provincia, 535.303 viven en la Ciudad de Salta.

Las construcciones hegemónicas de un cuerpo y una sexualidad *saludables* atraviesan a todos los sectores sociales. Sin embargo, algunos cuerpos y algunas poblaciones en América Latina, en la Argentina y, particularmente, en Salta, representan una “amenaza” diferencial respecto a la estabilidad del orden hegemónico.

Los cuerpos de las mujeres de los barrios periféricos de la ciudad de Salta, son cuerpos que habitan los márgenes del territorio argentino, que provienen de lugares considerados *tradicionales* y que llevan una sexualidad considerada como “fuera de control” desde la visión del modelo hegemónico. El catalogar como “de riesgo” a estos cuerpos *marginales, pobres y femeninos*, habilita a todo un conjunto de dispositivos de intervención que los convierte en una entidad gobernable.

El proyecto de investigación inicial para el doctorado tenía la atención puesta en la norma, en el control biomédico y en la relación médico-paciente referida a la elección de un método anticonceptivo, ¿Cómo dialogan el saber científico incuestionable de la biomedicina con otros saberes? ¿Cómo se articulan los significados que los/as profesionales de la salud dan a las decisiones (no) reproductivas con los significados de la población sobre estas prácticas? ¿Qué particularidades presentan estos procesos asistenciales en tanto que la autonomía de las mujeres es promovida desde el sistema de salud?

En el momento de la entrada al campo, el cual se desarrolló principalmente durante los años 2012 y 2014 en uno de los barrios de la periferia de la ciudad de Salta, estos interrogantes fueron desplazados por aspectos más cotidianos, por luchas diarias en las que el cuerpo ocupaba el centro de la escena. El interés se concentró en las historias de las mujeres para acceder a la consulta, la manera de vivir y de padecer los “efectos secundarios” de los métodos anticonceptivos que dejaban marcas en sus cuerpos, su altanería o sus silencios frente a los reclamos de los médicos por “llenarse de hijos”, su relación con sus parejas, con las familias de sus parejas, con sus madres, con sus hijos.

Es por eso que, a partir de la experiencia de campo, esta tesis se propone describir y analizarlas experiencias de mujeres y varones en los contextos de la vida cotidiana y la disposición de los cuerpos y sus emociones como dimensiones que se intersectan con procesos socio-políticos y que constituyen las condiciones de posibilidad del conjunto de prácticas y saberes implicadas en el *cuidar(se)*.

Teniendo en cuenta lo presentado hasta aquí, la hipótesis de esta tesis se concibe como un elemento que permite articular de modo preliminar la reflexión teórica con la indagación empírica.

## II. Hipótesis y objetivos

La hipótesis que orienta el desarrollo de esta tesis sostiene que las políticas, las prácticas y los discursos que acompañan un enfoque de desarrollo *a escala humana*, introducido por Naciones Unidas a comienzos de los años '90<sup>8</sup>, no sólo no superan sino que reproducen tanto los modos de regulación heteronormativos de la sexualidad como los modos neoliberales de producción biopolítica de la población. Expondremos esta hipótesis a partir de la descripción y análisis de las prácticas, los saberes, las experiencias, las emociones, las relaciones entre diferentes actores sociales, entre otros elementos, que componen aquello que se denomina *cuidar(se)*.

Mahmood señala que desde hace tiempo los antropólogos “han reconocido que los términos que la gente usa para organizar su vida no son simplemente presupuestos superficiales y universalmente compartidos (...) sino, de hecho, que en ocasiones son constitutivos de la diversidad de formas de identidad personal, conocimiento y experiencia.” (2008:179).

En este sentido, la noción nativa de *cuidar(se)* es útil para dar cuenta tanto de la singularidad como de la complejidad de los procesos asistenciales seguidos para evitar un embarazo, para romper con el esencialismo y la naturalización de las experiencias e identificar el conjunto de tensiones que las atraviesan. En otras palabras, la noción de *cuidar(se)* permite mostrar los diversos modos a partir de los cuales las autonomía(s) sobre el cuerpo dependen de las relaciones que se construyen con otros, se sitúan en contextos concretos y ponen en tensión los modos de regulación sobre los cuerpos.

En relación a la hipótesis planteada esta investigación etnográfica asume como objetivo principal: describir y analizar los procesos asistenciales seguidos

---

<sup>8</sup>En un documento del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo titulado “Desarrollo Humano”, este concepto es definido como “el proceso de ampliar la gama de opciones de las personas brindándoles mayores oportunidades de educación, atención médica, ingreso y empleo y abarcando el espectro total de opciones humanas, desde un entorno físico en buenas condiciones hasta libertades económicas y políticas...” Este enfoque político-ideológico recibe distintas denominaciones: Desarrollo Humano (PNUD), Ajuste con Rostro Humano (UNICEF), Transformación Productiva con Equidad (CEPAL), Desarrollo Cultural (UNESCO).(PNUD, 1992).

para evitar un embarazo a los que hacen referencia mujeres y varones que viven en la periferia urbana de la ciudad de Salta, Argentina.

Del objetivo principal se desprenden los siguientes objetivos particulares:

1. Describir el conjunto de políticas, prácticas y saberes que hacen al *cuidar(se)* en el contexto de la vida cotidiana;
2. Identificar las tensiones que atraviesan los procesos asistenciales;
3. Analizar los procesos asistenciales como recorridos en los que se producen y reproducen los modos heteronormativos de regulación de los sujetos y los modos neoliberales de producción biopolítica de la población.

En pos de lograr los objetivos propuestos a continuación se expone una aproximación a las perspectivas teóricas, como así también al marco histórico-político y demográfico de esta tesis.

### **III. Políticas corporales, medicalización y agencia.**

#### **De las políticas demográficas a los Derechos Sexuales y Reproductivos.**

La historia de las relaciones e intervenciones sobre la salud reproductiva da cuenta del lugar que ocuparon las mujeres desde las políticas demográficas hasta las políticas que surgen a partir del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con diversos estudios, el inicio del descenso de la natalidad en la Argentina es anterior al resto de los países de América latina (con la excepción de Uruguay) y podría situarse entre 1895 y 1914. La transición demográfica se produjo antes que se introdujeran los anticonceptivos modernos y a contramarcha de los objetivos de la dirigencia política (Torrado, 1993; Ariño et. al, 2013). Comparando con las décadas previas, la caída de la tasa de natalidad a partir de los años '30, despertó temores de convertir a la Argentina en un país despoblado. Estos miedos e incertidumbres provocaron que se implementasen políticas de protección de la maternidad (Barrancos, 2007).

Para explicar la abrupta caída de la tasa de fecundidad, desde disciplinas como la demografía y la historia, los análisis se centraron en su mayoría, en variables económicas (Torrado, 2003; Otero, 2004). A estos análisis autoras como Nari (2004) y Barrancos (2007), han aportado una mirada sobre las conductas de la población. Según Nari, la disminución de los nacimientos, entrada ya la década de 1920, "Fue una transformación social sobre la cual sus

protagonistas no hablaban y quienes hablaban de ella (médicos, estadistas, intelectuales) la consideraban una contravención a la ‘naturaleza’” (2004:28).

Siguiendo a Pantelides y Mario (2011), podemos afirmar que las caídas sostenidas de la mortalidad y de la fecundidad se iniciaron en la Argentina mucho antes que en la mayor parte de los países de América Latina y, a diferencia de ellos, la mortalidad no descendió antes o a un ritmo significativamente superior que la fecundidad. Entre 1914 y 1947 tuvo lugar la mayor parte de la disminución de la fecundidad, pasando de 5.3 a 3.2 hijos/mujer. Desde entonces y hasta fines de los '60 la fecundidad ha decrecido a un ritmo lento sin variar demasiado, con excepción del “baby boom” de posguerra registrado entre los años 1945-1955, que expresa una recuperación después de una coyuntura internacional poco propicia para la procreación (Pantelides, 1983). Durante la década de los años '70 se produce un nuevo repunte de la natalidad, el segundo “baby boom”, para continuar con un ritmo de descenso (Pantelides, 1989).

Durante la década de los '70, simultáneamente a la extensión de un discurso que sostenía la función eminentemente procreativa del matrimonio y de las medidas que prohibían las actividades de control de la natalidad<sup>9</sup>, se produjo una disminución de la fecundidad en los sectores medios y altos de ciudades como Buenos Aires o Córdoba. Los cambios en las relaciones familiares, los nuevos roles de género y la liberación sexual generaban una estrategia reproductiva en estos sectores que se basaba en tener pocos hijos.

En 1986, a tres años del regreso a la democracia en la Argentina, se produjo la derogación de los decretos que prohibían la utilización de métodos anticonceptivos y, al mismo tiempo, se reconoció por primera vez jurídicamente “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos” (Levín, 2009:33). Ligadas a sectores progresistas y al feminismo<sup>10</sup>,

---

<sup>9</sup> El Decreto 659, firmado el 28 de febrero de 1974 por el presidente Juan Domingo Perón y su ministro José López Rega, disponía el control de la comercialización y venta de productos anticonceptivos mediante la presentación de recetas y la prohibición de desarrollar actividades relacionadas, directa o indirectamente, con el control de la natalidad. Después, el gobierno militar dicta en 1977 el Decreto 3938 en el cual se aprueban las metas y políticas de la Comisión Nacional de Política Demográfica y se afirma la necesidad de “eliminar las actividades de control de la natalidad”.

<sup>10</sup> Siguiendo a Archenti, a partir de los '80, el feminismo se plantea la reapropiación de la ciudadanía, “cuyo eje es la redefinición del sistema político, cerrando la brecha entre la ciudadanía política y la ciudadanía social. La incorporación de las mujeres a través del ejercicio de una ciudadanía plena supone la participación en el diseño de las políticas y en la toma de decisiones en el accionar político (...) Las estrategias fundamentales de este momento son el acuerdo y la negociación.” (1994:32)

comenzaron a hacerse presentes las ideas de la anticoncepción como un derecho de la mujer y como parte del sistema de atención a la salud.

Los derechos sexuales y reproductivos fueron considerados parte fundamental de los derechos humanos a partir de la conferencia de El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995). En la Argentina, en el año 2002 se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Tiene por antecedentes la sanción de la Ley 25.673, los derechos contemplados en la convención de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la convención por los Derechos de Niños y Adolescentes (ambas incorporadas al cuerpo de la Constitución Nacional a partir de la Reforma de 1994).

La aprobación de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable se produjo con un consenso mínimo y después de un duro debate parlamentario en el cual sectores del catolicismo conservador presionaron para restringir las libertades individuales.

La expresión "derechos sexuales y reproductivos" hace referencia al derecho de la persona a controlar su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, especifica en su texto: "Serán objetivos de este programa, a. alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia..." (Art. 2 inc. a).

Sin desconocer los avances alcanzados en materia de derechos sexuales y reproductivos, es necesario advertir que los programas, a través de los cuales se garantizan estos derechos, presentan la anticoncepción desde una perspectiva que se centra en los comportamientos y en la responsabilidad individual. De acuerdo con el señalamiento que realiza Grimberg (2009) en su investigación sobre la sexualidad de personas viviendo con VIH, los enfoques que reducen su mirada a la responsabilidad individual, "aíslan las prácticas sexuales de las trayectorias y contextos de vida, naturalizando y desconociendo su carácter generizado y corporizado" (2009:133).

Asimismo, con la ley se garantizaron las decisiones vinculadas a la planificación familiar para procrear (oportunidad y frecuencia de nacimientos) brindando beneficios de salud pública, pero, como observa Levín (2009), no se garantizaron las decisiones voluntarias de no reproducción (anticoncepción irreversible, o atención por abortos ante embarazos accidentales o no deseados).

En la provincia de Salta, la Ley 7.311 de “Sexualidad Responsable” se sancionó el 20 de septiembre del 2004, dos años después que la Ley Nacional. En relación a las dificultades para lograr el consenso a nivel nacional, en Salta aun fue más complicada la aprobación por el fuerte enfrentamiento y oposición de sectores que provienen de la Iglesia Católica, sectores que permean los organismos del Estado. Entre sus objetivos la ley establece: “b) Promover el desarrollo integral de la familia y la autonomía de las personas, (...) f) Respetar la diversidad y pluralidad de pautas culturales de nuestra Provincia, g) Posibilitar el acceso igualitario de las personas a la información, asesoramiento y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el cumplimiento de esta Ley”.

En la actualidad la Ley de “Sexualidad Responsable” de la provincia no cuenta con un programa propio por lo cual los servicios de salud sexual y reproductiva dependen de los insumos, principalmente métodos anticonceptivos, que reciben del Programa Nacional. Lo único que se reglamentó en 2010 mediante el decreto 3.914 fue, el artículo 6 de la Ley que establece:

La Provincia, a través de los sistemas de educación formal y no formal, brindará a los niños, adolescentes y adultos, la orientación y asistencia adecuada en salud sexual para contribuir a la calidad de vida dentro de un proyecto de familia y de crecimiento de la persona. Las unidades educativas de gestión pública o privada, confesionales o no, darán cumplimiento a la presente ley según su proyecto educativo institucional específico. (Provincia de Salta, Boletín Oficial N° 16.968, 2004)

Y, 9 años después de la sanción de la Ley, una Circular Normativa N° 1/2013 que tiene como principal objetivo: “informar sobre el acceso a los distintos Métodos Anticonceptivos -MAC- de usuarias/os, para eliminar barreras que se puedan presentar, y así poder alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable.”

En relación a la situación demográfica actual se cuentan con datos del último censo poblacional según el cual en el año 2010 la tasa global de fecundidad (TGF) para el país se situaba en 2,2 hijos por mujer. Sin embargo, como señalan Pantelides y Mario (2011), todavía existen diferencias en los niveles de fecundidad de las distintas provincias, precisamente con el Noroeste de la Argentina, donde el descenso de la natalidad comenzó con posterioridad a 1947<sup>11</sup>. La TGF en la provincia de Salta en el año 2010 fue de 2,5 mientras que

---

<sup>11</sup>Pantelides y Mario (2011) refieren que aunque la brecha se ha reducido entre la provincia de mayor y menor fecundidad, las diferencias más significativas persisten no tanto a nivel de jurisdicciones, sino por estrato social o nivel educativo.

la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tenía una TGF de 1,8 y en la provincia de Córdoba era de 2. (INDEC, 2010).

<b>Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)</b>		
<b>Provincia</b>	<b>2001</b>	<b>2010</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,8	1,8
Córdoba	2,5	2,0
Salta	3,4	2,5
<b>Total del país</b>	<b>2,6</b>	<b>2,2</b>

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Vivienda 2001 y 2010. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

### **Focopolítica y el control social de los cuerpos.**

El “imperativo ético” (Foucault, 1990) de elegir con responsabilidad, requiriendo de los sujetos que regulen su comportamiento, que controlen su cuerpo y en el caso de los cuerpos femeninos, que eviten también conductas de riesgo de otros cuerpos, produce orientaciones morales que recaen principalmente en las mujeres. Y, concebir a las mujeres, parafraseando a Rose (1997), como sujetos de responsabilidad, es un modo de ejercer control social, es un poder que sujeta a partir de otorgar autonomía, pero una autonomía que funciona en tanto se subordine a otros valores, como por ejemplo, el de la salud (Levín, 2009).

Según Harcourt, “El cuerpo femenino se gestionó y se entendió, a través de varios mecanismos creados en el discurso desarrollista, como un cuerpo dedicado a trabajos concretos con necesidades sanitarias y educativas específicas...” (2011:47). En términos foucaultianos la autora se refiere a la construcción política que se hace sobre los cuerpos, la biopolítica o focopolítica (Álvarez, 2005) a partir de la cual se establecen ciertos cuerpos como “agentes útiles para el desarrollo”.

Álvarez denomina “focopolítica” a una nueva tecnología de poder en relación al despliegue de gobernabilidad del Estado moderno sobre la población y la regulación política de la vida al que Foucault (1996) denominó biopolítica<sup>12</sup>. En la “focopolítica”, precisa Álvarez, “No es más la población en su sentido

<sup>12</sup>La biopolítica es para Foucault (2007) el modo en que la práctica gubernamental se esfuerza por racionalizar los fenómenos planteados por un conjunto de seres vivos constituidos en población, convirtiendo los comportamientos humanos en fuentes de líneas de acción estatal para hacer de ellos blancos de un proyecto social y político específico.

genérico como lo era en la biopolítica, sino los más pobres, los vulnerables y ciertas minorías los que constituyen de una u otra manera una amenaza para la estabilidad del sistema.”(2005:241).

Las actividades de asistencia, prevención y promoción que se desarrollan desde las políticas de salud reproductiva nacionales y provinciales se focalizan en las mujeres. El foco en las mujeres actúa en una doble dirección: por un lado, las apoyan a decidir sobre su cuerpo y a que la capacidad de reproducirse y de no reproducirse sea vivida como una opción individual. Por otro, las instan a elegir responsablemente y a ocuparse individualmente de modificar las condiciones que imposibilitan su autonomía.

Al introducir el concepto de “focopolítica” se busca atender a los modos en que se inscriben las relaciones desiguales de poder en los cuerpos. La mirada sobre ciertos atributos negativos (falta de trabajo, desnutrición, embarazo, etc.) habilita a que se regulen y controlen determinados cuerpos considerandos “en riesgo”.

Con el concepto de control social, de acuerdo con lo planteado por Lurbe i Puerto, se han designado “...aquellos procesos mediante los cuales los comportamientos individuales y grupos sociales son regulados por medio de una combinación de acatamiento, coerción y compromiso respecto a determinados valores y prácticas sociales a fin de garantizar la perpetuación de un *status quo*.” (2005:54).

Desde las políticas de protección a la maternidad a las políticas que promocionan la “libre elección”, se continúa apelando a la “buena ciudadanía femenina” (Scheper-Hughes, 1997). Una ciudadanía que presupone que la mujer es un sujeto libre, pero cuya libertad se coloca al servicio de la voluntad colectiva. Limitando su fecundidad a un número “adecuado” de hijos o a tener que llevar adelante una gestación producto de fallas o accidentes en la anticoncepción, lo que subyace es una concepción de ciudadanía “buena”, en el sentido de disciplinada, y “activa” en tanto se promueve que las mujeres se responsabilicen de su capacidad reproductiva.

Retomando la pregunta que formula Judith Butler (2002), *¿Qué cuerpos acaban siendo un problema y por qué?*, se ha profundizado en distintas investigaciones que se ocuparon de analizar las políticas que construyen a las mujeres: como población-problema (Del Rio Fortuna et. Al, 2013), como cuerpos “en riesgo” (Fassin y Defossez, 1992) o como poblaciones “de riesgo” (Álvarez, 2005; Campana, 2010; Lorenzetti, 2012).

La investigación realizada por Didier Fassin junto a Anne-Claire Defossez (1992) sobre programas de reducción de la mortalidad materna en Ecuador es una clara ilustración de los modos en que un problema de salud se define en función de cierta concepción de la salud y de un ordenamiento de los cuerpos “en riesgo”. El enfoque de estos programas que provenían de recomendaciones del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, advertía en la mayor parte de la población rural, indígena o campesina dificultades en el acceso a los servicios de salud por razones culturales. Sin embargo, reflexiona Fassin (2004) en un trabajo posterior, no se cuestionaba que la elección de acciones esté orientada exclusivamente hacia la dimensión reproductiva de la salud de las mujeres, ni que el problema se limite a un simple asunto médico que hallaba respuesta en la mejor adaptación de las poblaciones a su sistema de atención. Y Fassin concluye:

El fracaso de los programas de prevención y la incapacidad de la mayor parte de los analistas para explicarlo tienen como causa esta dificultad de captar la enfermedad de otra forma que en su doble dimensión biológica y cultural, mientras que las condiciones sociales y políticas de producción (...) se mantienen en la sombra. (2004:307-308)

La construcción de subjetividades y de cuerpos como “capaces”, “empoderados”, “agentes” a través del discurso del *desarrollo humano* produce modos de gobernabilidad sobre un sector de la población al que se cataloga como “asistible”. Los dispositivos de intervención hacen foco en los cuerpos “en riesgo” y “culturalizan” sus capacidades, al tiempo que las desigualdades sociales y económicas permanecen ocultas.

### **La heteronormatividad en la salud**

En los dispositivos de intervención que giran en torno a la idea de la “sexualidad responsable”, la noción de salud, como señala Galende, “... no constituye un objeto científico cuya lógica esté gobernada por el conocimiento. Salud es la delimitación de un campo social, de bordes difusos que obligan a una definición valorativa permanente...” (2008:142). La medicina se convierte en una práctica social que genera una serie de criterios morales y científicos atravesados por construcciones sociales, culturales y político-ideológicas a partir de los cuales se reproduce un modelo de sexualidad heteronormativo.

La ideología heterosexual ha sido estudiada por autoras como Wittig, para quien el concepto de heterosexualidad iría más allá de unas meras

prácticas sexuales: “Los discursos que nos oprimen muy en particular a las lesbianas, mujeres y a los hombres homosexuales dan por sentado que lo que funda la sociedad, cualquier sociedad, es la heterosexualidad” (Wittig, 2006:49)

Retomando la noción que Michael Warner y Lauren Berlant introducen en “Sexo en Público”, Rivas (2011) diferencia la heterosexualidad de la heteronormatividad y define esta última como,

...un régimen político que funciona a través de distintos mecanismos de poder represivos pero sobretodo productivos, la mayoría de las veces contradictorios y discontinuos, para controlar nuestros cuerpos. Sólo dentro de la matriz heteronormativa adquieren coherencia e inteligibilidad los cuerpos en cuanto a cuerpos sexuados, limitados al binomio hombre-mujer. Sólo esas dos categorías han sido estructuradas como las categorías posibles para definir el sexo, a partir principalmente de criterios anatómico-estéticos. (Rivas, 2011:5)

El de la medicina es, de acuerdo con Foucault (1996), un tipo de poder y de saber “neutralizado” por la consagración científica, un discurso y unos procedimientos de la “normalización” que colonizarán cada vez más los discursos de la ley: “Es justamente en la extensión de la medicina donde vemos (...) intercambiarse o enfrentarse perpetuamente la mecánica de las disciplinas y el principio del derecho.” (Foucault, 1996:33).

Al examinar las acciones sanitarias dirigidas a la promoción de los derechos reproductivos se puede desentrañar el proceso mediante el cual ciertos cuerpos, los de las mujeres, se configuran como agentes capaces y responsables de regular su fecundidad y, por el contrario, los cuerpos de los varones son omitidos en los estudios y en la atención de los procesos reproductivos. Se forja, lo que Viveros (2009) denomina, una “cultura anticonceptiva femenina” y se reafirman los modos de regulación heteronormativos de la sexualidad atravesados por construcciones sociales, culturales y político-ideológicas.

En este sentido se recupera la perspectiva que le otorga Gramsci al cuerpo como el terreno de un conflicto de hegemonías (Pizza, 2005:26). La medicalización no es solo el poder del Estado en su función de dominio de las conciencias, de los cuerpos, ni la oposición entre clases hegemónicas y subalternas. El proceso de medicalización, como proceso de hegemonía, se establece “...a través de esta fusión entre la fuerza institucional y el sentido común contradictorio (pero también consensual) de la cultura cotidiana...” (Scheper-Hughes, 1997:171)

En la Argentina, como en América Latina, la legitimidad alcanzada por la biomedicina le permite presentarse como el único modo de atención a la salud

posible y, desde su discurso y su práctica, omitir las diferencias socioeconómicas, las relaciones sociales y los contextos socioculturales<sup>13</sup>.

Recuperando el análisis que realizó Crawford (1980) sobre los temas de la medicalización, del salutismo y de la culpabilización en la salud, Castiel y Alvarez-Dardet (2007) subrayan el énfasis moralista actual en las complejas sociedades modernas y su preocupación por la responsabilidad y la atribución de culpa. Como opuestas a las conductas de riesgo, las prácticas y discursos de la “sexualidad responsable”, las “buenas” elecciones reproductivas, las formas legítimas de gozar de una sexualidad no reproductiva se ajustan a un modelo de sexualidad heteronormativo atravesado por construcciones sociales, culturales y político-ideológicas.

### **Autonomía(s) sobre los cuerpos**

En la década de los años '60, mientras que con la aparición de la píldora anticonceptiva el Movimiento Feminista Francés proclamaba "un hijo si quiero y cuando quiero", remarcando la posibilidad de elección individual respecto de la vida reproductiva, en América Latina se responsabilizaba a las poblaciones pobres de ser una traba al desarrollo.

Las políticas internacionales de población ponían en relación la superpoblación de los países denominados “subdesarrollados” con la inestabilidad económica y política del sistema capitalista. Ciertas conductas atribuidas a *los pobres* como la “negligencia”, la “pereza” y la “relajación” se consideraban una amenaza para el desarrollo (Álvarez, 2003). Desde estas políticas se proponía como solución “...la implementación de programas de planificación familiar que redujeran la natalidad de los sectores marginales, con la convicción de estar así controlando la pobreza y las ansias de revolución.” (Felitti, 2009)<sup>14</sup>.

En América Latina las políticas internacionales de planificación familiar, por un lado, llegaron al extremo de violación de los derechos humanos como es el caso de esterilizaciones forzadas en México y Perú (Menéndez, 2009), por otro, en

---

<sup>13</sup> De acuerdo a estas características la medicina ha sido conceptualizada por Eduardo Menéndez como parte de un *modelo médico hegemónico*. Este modelo, utilizado como herramienta teórico-conceptual, se caracteriza por el biologismo/biologicismo, pragmatismo del modelo, su a-socialidad, su concepción evolucionista-positivista, el individualismo, la universalidad, a-historicidad y reduccionismo, la falta estructural de la prevención, la mercantilización, la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados y una relación asimétrica entre médico y paciente. (Menéndez, 2005)

<sup>14</sup> América Latina, en especial después de la revolución cubana, era percibida como una región superpoblada en la que se debían aplicar políticas poblacionales de control del crecimiento demográfico. Sin embargo, en la Argentina la difusión de métodos anticonceptivos fue posible recién en la década del 80 con la llegada de los procesos de democratización (Gutiérrez y Duran, 1998)

países como Brasil y Argentina fueron rechazadas por considerarlas una interferencia en la vida privada nacional. Protegidas para ser madres o controladas por la alta natalidad, las mujeres latinoamericanas eran producidas como objetos de los discursos demográficos.

En la Argentina, ante el temor de ser un país despoblado, se reforzó un discurso de protección de la maternidad y se tomaron medidas que prohibían las actividades de control de la natalidad. Frente a estas políticas y en un contexto político de re-democratización en la región, se produce en la década de 1980 el desarrollo de un verdadero movimiento social de mujeres, feministas y de lucha contra la epidemia del VIH-SIDA que, progresivamente, se institucionalizó mediante la constitución de ONGs, redes y foros (Pettracci, 2007; Gutiérrez, 2000).

Posteriormente, con el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos como parte fundamental de los Derechos Humanos a través de la Conferencia de El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995), la autonomía sobre la vida reproductiva es presentada como un derecho individual, constitutivo de la condición de ser ciudadana o ciudadano.

Si bien, como observa Gutiérrez (2000), la idea de apropiación del propio cuerpo por parte de las mujeres estuvo siempre presente en el discurso feminista, la novedad en relación a los derechos reproductivos fue que incluyeron a la libertad de elección dentro del campo más amplio de ejercicio de la ciudadanía. Los movimientos defensores de los derechos reproductivos de las mujeres "...presionaban para que las mujeres fueran consideradas sujetas autónomas capaces de tomar decisiones y no simples objetos o variables de políticas de población." (Brown, 2008:279).

Estos reclamos feministas a favor de la autonomía reproductiva, se originaron en conceptos de integridad corporal y autodeterminación sexual característicos de los feminismos de la segunda ola<sup>15</sup>. Sin embargo, cuando por lo menos una fracción de los movimientos de mujeres y los feminismos en la Argentina apelaban a transformaciones de las relaciones sociales y de género, sus reclamos contrastaban con las políticas públicas nacionales que, atendiendo al

---

<sup>15</sup>En la Argentina los feminismos de la segunda ola, que tendrá lugar entre los sesenta y los setenta, "lograron reunir a muchas mujeres feministas o con inquietudes respecto de los cambios que afectaban a las féminas, organizaron eventos, pusieron en circulación otras ideas y discursos, impulsaron la creación de la coordinadora para el Congreso del año Internacional de la mujer en 1975 y movilizaron todos sus recursos para pedir la derogación del decreto – ley del 28 de febrero de 1974 que restringía la venta de anticonceptivos." (Brown, 2007:66-67)

consenso logrado en Naciones Unidas, se focalizaron en la salud reproductiva de las mujeres-madres heterosexuales.

Las mujeres, que históricamente fueron sometidas a “saberes hegemónicos” como la religión y la medicina, son invitadas a “elegir”, a ser “libres”. Se produce un cambio de modelo, de un modelo de atención de tipo *paternalista* (basándose en su conocimiento, el profesional toma las decisiones a solas) a un modelo *informativo* o basado en la “lógica de la elección” (el profesional se limita a informar al paciente/consumidor, que toma sus propias decisiones).

La construcción del *cuerpo como agente*, en el marco del discurso de *desarrollo humano*, sería una deriva neoliberal que no resuelve las cuestiones estructurales ni en términos de pobreza ni en términos de cuestión de género, por el contrario, se aprovechan y profundizan las desigualdades de género existentes (Kabeer, 1998).

Como reflexiona Corrêa (2006), “garantizar los derechos en materia de procreación y salud implica ‘revoluciones’ en las relaciones de género, el desarrollo económico y las instituciones democráticas. Vincular tan claramente el programa de El Cairo al escurridizo concepto de salud y los derechos reproductores fue un riesgo.” (Corrêa en Harcourt, 2011:68).

Siguiendo a Fassin, es en la articulación entre el discurso de la autonomía reproductiva enfocado en los cuerpos de las mujeres y las sociedades locales donde es aplicado, “... que puede develarse el significado de acciones de salud que suscitan un *acuerdo* tal en el mundo social, aunque a menudo se escapan de toda interpretación” (2004:309).

El enfoque individualista-femenino-racional promueve la autonomía centrándose en la capacidad reproductiva de las mujeres. Sin embargo, existe una distancia entre el cuerpo abstracto del ciudadano y el cuerpo real (Ciriza, 2007). El derecho abstracto supone un individuo libre y despojado imaginariamente de determinaciones, en tanto que el cuerpo real constituye un espacio de intersección de la cultura, la ideología, las instituciones y las relaciones sociales (Esteban, 2006).

En su texto *Deshacer el género*, tomando como objeto particular de análisis la intersexualidad y la transexualidad, Butler (2006) nos muestra la complejidad del concepto de autonomía. La autora señala que la autonomía no se opone sino que incluye niveles de dependencia entre el yo y otros. Es decir, la autonomía sólo es posible dentro del horizonte de un contexto social que

posibilite el ejercicio de la agencia, lo cual muestra cómo la capacidad de acción individual está íntimamente unida a cierto apoyo legal y social.

El cuerpo implica mortalidad, vulnerabilidad, agencia: la piel y la carne nos exponen a la mirada de los otros pero también al contacto y a la violencia. El cuerpo también puede ser la agencia y el instrumento de todo esto, o el lugar donde “el hacer” y “el ser hecho” se tornan inequívocos. Aunque luchemos por los derechos sobre nuestros propios cuerpos, los mismos cuerpos por los que luchamos no son nunca del todo nuestros. (Butler, 2006:40)

Por su parte, Sherwin (1996) y Donchin (2001) se encuentran entre las teóricas feministas que desarrollaron el concepto de autonomía relacional. Sherwin (1996) menciona como aportes de la ética feminista, la atención al contexto, a otros modos de razonamiento moral, a las relaciones interpersonales y a la inserción del individuo en la comunidad. La autora también observa que el énfasis dado en bioética al principio de autonomía se presenta como sospechoso porque frecuentemente sirve para proteger los privilegios de los más poderosos.

Ambas autoras son conscientes de que una concepción individualista y racional de la autonomía favorece la difusión de modelos contractuales de la medicina, modelos que no tienen en cuenta las circunstancias sociales, culturales, económicas, ni favorecen la mejora de las relaciones y la superación de barreras e injusticias sociales y económicas. En cambio, la autonomía relacional, es una autonomía que tiene presente el papel de la opresión y el de los grupos sociales de pertenencia y que repara en las relaciones sociales que reducen la opresión, o que, por el contrario, la refuerzan.

### **Conflictos y contradicciones en las prácticas de cuidado**

Annemarie Mol (2008) propone la “lógica del cuidado” que atiende a la compleja red de saberes y actores heterogéneos en que está inserto el sujeto, y en donde hechos y valores se entrelazan (Mol, 2008). La “lógica del cuidado” es presentada en oposición al paradigma de la elección, el cual organiza modos de actuar, de concebir los cuerpos, las emociones y los comportamientos de los sujetos, además de proveer una determinada moralidad. En la “lógica de la elección” (Mol, 2008) una buena decisión depende del adecuado equilibrio entre las ventajas y desventajas de las diferentes líneas de acción. Los profesionales deben proporcionar información, y aplicar correctamente las intervenciones por las que sus pacientes optaron.

La propuesta de Mol (2008) sobre la existencia de una “lógica del cuidado” que opera en unas ocasiones de forma relacionada, en otras en colaboración y, finalmente, en otros momentos en contradicción con la “lógica de la elección”, puede observarse en el contexto de la vida cotidiana.

En las redes primarias de la vida cotidiana es posible advertir como ambas lógicas, la del cuidado y de la elección, se hacen presentes, se entrelazan y articulan. Los vínculos que se sostienen con el sistema de salud, las experiencias, las prácticas de autocuidado, las emociones, las relaciones de género, las relaciones de amistad, entre otros elementos, componen aquello que se denomina *cuidar(se)*.

El término nativo *cuidar(se)* puede interpretarse en el marco de lo que Comelles denomina proceso asistencial: “...itinerarios construidos en un complejo asistencial construido a partir de los recursos intelectuales, emocionales, sociales, institucionales y culturales de los microgrupos implicados con una enfermedad.” (1997:2).

Asumir esta perspectiva permite superar la mirada que vincula la anticoncepción a la medicalización de la vida cotidiana y social de poblaciones marginalizadas, y tomar en cuenta la diversidad de prácticas, actitudes, sentimientos, percepciones, deseos y gestos presentes en estas prácticas, en estos saberes. Es decir, considerar las contradicciones, resistencias y silencios que se “hacen cuerpo” en el *cuidar(se)*, articuladas a procesos socio-políticos y en interrelación con otros sujetos en el contexto de la vida cotidiana.

Los relatos sobre el *cuidar(se)* muestran su intersección constante con procesos sociales complejos que atraviesan mujeres y varones en su vida cotidiana. Sin embargo, como señala Esteban (2003), gran parte de la antropología, al igual que sucede en otras esferas del conocimiento, no tiene en cuenta los conflictos y tensiones intrafamiliares o de otro tipo que surgen alrededor de estas prácticas de cuidado de la salud.<sup>16</sup>

Por otro lado, una mirada que repare tanto en la singularidad como en la complejidad de las prácticas (no) reproductivas permite romper con aquellas asociaciones entre determinadas conductas reproductivas y determinadas

---

<sup>16</sup> A modo de ejemplo, Esteban destaca del artículo de Haro (2000) sobre “cuidados profanos” que: “De sesenta páginas que tiene, sólo se dedica una al tema específico de la responsabilización femenina, haciendo alusión sobre todo a los tipos de actividades realizadas por las mujeres. En el resto no se nombra apenas a las mujeres, sino que se habla de familias y redes domésticas y sociales, considerándolos como si fueran espacios homogéneos, armónicos y “naturales”, y sin tener para nada en cuenta las relaciones y/o conflictos internos.” (Esteban, 2003:13)

características del grupo local de pertenencia, “...de tal manera que el sujeto adquiriría/expresaba los rasgos de estas unidades consideradas como homogéneas, integradas, coherentes, auténticas, etc. que caracterizaban simultáneamente la cultura y su sujeto.” (Menéndez, 2002:48).

### **Feminismos postcoloniales**

La importancia de esta perspectiva que abarca un conjunto heterogéneos de trabajos designados con el término “feminismos postcoloniales” reside en su aporte a la tarea de decolonizar el conocimiento y de dar espacio a la pluralidad y heterogeneidad de experiencias subjetivas (corporales y emocionales) para que el feminismo académico no continúe construyendo un discurso, como señala Hernández, “con efectos de poder que colonizan las vidas de las mujeres” (2008:96).

Algunos de los aportes más significativos de autoras que se inscriben en esta perspectiva, como Abu-Lughold (1986), Mahmood (2008), Hooks<sup>17</sup> (2004) y Butler (2006), son: el cuestionamiento realizado a los discursos y *formas de conocer* de algunos feminismos académicos, la mirada superadora de las dicotomías, la deconstrucción de categorías, el señalamiento de las contradicciones de los conceptos, entre otros.

La pregunta “¿Puede hablar el subalterno?” pertenece a Gayatri Chakravorty Spivak (2003 [1988]) quien ha nominado así un ensayo que se ha convertido en un texto clásico y fundacional de los denominados estudios postcoloniales. Con esta pregunta Spivak nos invita a repensar el lugar de los investigadores cuando pretenden “dar voz” o hablar en representación de un grupo oprimido y únicamente reproducen sus propias teorías reforzando una relación colonial de conocimiento.

Antes de problematizar los modos de representar en el discurso occidental a los grupos oprimidos (mujeres, campesinos, niños y niñas, etc.) es necesario señalar que con el término “feminismos postcoloniales” se han designado un conjunto heterogéneo de trabajos antropológicos (Mahmood, 2008; Abu-Lughold, 1986), investigaciones históricas (Chatterjee, 1986), producciones literarias (Anzaldúa, 1987) y trabajos de activistas de la cultura afroamericana (Hooks, 2004) que han cuestionado el etnocentrismo feminista y

---

<sup>17</sup> La feminista norteamericana Bell Hooks prefiere que su nombre se escriba con minúsculas, sin embargo por una cuestión de unificar criterios con las demás autoras he decidido colocar su nombre y apellido en mayúscula.

han criticado los esencialismos de género y los esencialismos culturales. Siguiendo a Oliva (2004), no todas las estudiosas del tema han estado de acuerdo en inscribirse bajo la denominación “feminismos postcoloniales”. Por un lado, con esta denominación se hacía referencia, principalmente, a la producción de las feministas africanas y del sureste asiático, aunque también algunas feministas chicanas y negras se han apropiado del término. Por otro, algunas autoras prefieren hablar de feminismos del “Tercer Mundo” en vez de “postcoloniales” porque este término abarca tanto a las mujeres oprimidas en el “Primer Mundo” como a las mujeres de los países descolonizados o neocolonizados.

Para Hernández, la utilización del concepto de postcolonialismo para referirse a procesos sociales latinoamericanos es válido en tanto la teorización postcolonial se propone confrontar los fundamentos epistemológicos de unas *formas de conocer* occidentales que han sido hegemónicas tanto en América Latina como en el Sureste Asiático, a pesar de las marcadas diferencias que tuvieron los proyectos coloniales hispánicos e ingleses (Hernández, 2008:89).

También fue cuestionado el marco del “feminismo” en los estudios de autoras como Carby (1982), Amos y Parmar (1984) o Hooks (2004) por asociarlo con el feminismo blanco, occidental y heterosexista. Este cuestionamiento al feminismo surge en los años setenta por parte de un feminismo negro y/o lesbiano que, de acuerdo con Oliva (2004), podríamos considerar como antecedente de lo que después se denominaría feminismo “postcolonial”. Siguiendo a Oliva, se produce “un proceso de desidentificación con las formulaciones predominantes del sujeto teórico del feminismo anterior, ‘la mujer’, que parecía tan sólido” (2004:4).

La tarea de decolonizar el conocimiento desde el cual se silencia a los grupos subalternos<sup>18</sup> requiere de un análisis de los modos en que tanto las ciencias sociales como el feminismo ha contribuido en la definición de “la ‘normalidad dominante’ en base a la creación de alteridades radicales encarnadas en colectivos sociales naturalizados como esencial e insoslayablemente diferentes.” (Suárez, 2008:31).

Siguiendo a Suárez (2008), procesos coloniales tan diversos como el ibérico y el británico y francés, comparten en el tipo de sujetos producidos bajo

---

<sup>18</sup> En esta tarea se reconoce la labor académica de Suárez, Martín y Hernández (2008), Mohanty (2008), Spivak (2003) y Bidaseca (2010).

sus mandatos esta lógica de la “diferencia” colonial. Las diferencias han sido categorizadas en base a dos técnicas: la exotización del otro y la normalización de lo occidental (Suárez, 2008:32). La técnica de exotización u *orientalización*, procesos descritos por Edward Said para el Oriente, se centró en la construcción del sujeto colonizado como una “otredad” extrema. Junto a esta técnica “ha coexistido lo que en América Latina se ha dado en llamar *occidentalización*, la técnica del orden colonial que integra *invisibilizando* las diferencias (Coronil 2000). Esta técnica descansa en la pretensión y proyección universal de las categorías generadas en el pensamiento occidental y la invisibilización del otro.” (Suárez, 2008:32).

Ambas técnicas, que están presentes en las bases de las ciencias sociales y de proyectos como el feminista, aún persisten y se combinan en el contexto neoliberal<sup>19</sup>. En este sentido Bidaseca se propone problematizar “los límites del feminismo académico para pensar la ‘colonialidad’ que pervive en la configuración de las relaciones sociales, luego que el colonialismo como ocupación de territorios por parte de otros estados, ha finalizado.” (2011:62).

#### **IV. Una etnografía del proceso asistencial en torno a las prácticas anticonceptivas**

Las decisiones sobre el cuerpo y las posibilidades de evitar la reproducción no pueden ser abordadas atendiendo únicamente a las voces y las prácticas de las mujeres, ni aisladas del contexto en el cual estas decisiones tienen lugar. Son procesos en los que participan distintos actores sociales y que se producen en un entramado de relaciones sociales.

En relación con el abordaje de las prácticas y saberes que hacen al proceso asistencial para evitar un embarazo, Haro (2000) señala que “...el ámbito de los cuidados profanos plantea dificultades para la indagación porque conforma un ámbito dinámico y poroso. Su particular factura histórica y cultural denota la naturaleza contextual de las formas que asume, su carácter constante y a veces inadvertido.” (2000:142).

Con el propósito de recuperar el carácter conflictivo y contradictorio que implican las prácticas y saberes que hacen al *cuidar(se)* y de mostrar las

---

<sup>19</sup>Silvia Citro (2009) a partir de una serie de encuentros etnográficos con mujeres y varones tobas del noreste argentino propone una etnografía dialéctica como método que permite abordar estas similitudes y diferencias. Su trabajo es un intento de evitar tanto el exotismo con el que la mirada de “los blancos” históricamente los diferenció, como la relativa universalidad ejercida por la práctica biomédica sobre los cuerpos a los que negó su diversidad.

desigualdades, las contradicciones y las visiones diversas entre los actores que participan del proceso asistencial, el enfoque escogido es el relacional (Menéndez, 2002; 2010; Breilh, 2003).

Desde el ámbito de la Antropología de la Salud, el enfoque relacional implica abarcar las dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el análisis, reconociendo que todo acto humano, como lo es el proceso salud/enfermedad/atención, opera dentro de un marco de relaciones que constituyen a los conjuntos sociales. En este sentido, Breilh se refiere a la dialéctica entre lo micro y lo macro cuando afirma que,

...la salud no es primordialmente 'individual-subjetiva-contingente', ni es primordialmente 'colectiva-objetiva-determinada', es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente. (2003:51).

El abordaje etnográfico desde el enfoque relacional nos conduce a documentar la heterogeneidad de las experiencias singulares y ponerlas en relación con los contextos concretos tanto a nivel de estructuras político-sociales (macro) como a nivel de la vida cotidiana (micro). Por tanto, la etnografía planteada desde este enfoque se centra en el *cuidar(se)* como proceso, compuesto por emociones, saberes, relaciones y experiencias, que está delimitado por la estructura político-social que conforma su contexto, y al mismo tiempo, la confronta, es un proceso contradictorio y complejo.

### **Enfoque, método y texto.**

El desarrollo de una etnografía es una labor en la que quien investiga entabla relación con los actores sociales, conoce a través de estas relaciones y se transforma en este proceso. Más aún, pensar y experimentar el trabajo de campo como un proceso de conocimiento reflexivo de la realidad social implica también asumir que en mi cuerpo, que durante algunos meses fue un cuerpo gestante, se pueden ver los propios términos teóricos de la investigación.

Es entonces en este proceso de conocimiento con mi cuerpo y en interacción con otros cuerpos que se va construyendo el texto etnográfico. Los supuestos y las concepciones tanto científicas como ideológicas desde donde se comienzan a hacer las preguntas de investigación entran en diálogo con la labor que se realiza en el campo. Por consiguiente, siguiendo a Guber (2001), la labor

etnográfica no se reduce a un marco teórico y a unas técnicas a aplicar, sino que debe ser concebida en su triple acepción de enfoque, método y texto.

El carácter etnográfico de la investigación nos conduce a hacer de la observación participante, de las entrevistas y de las conversaciones informales, sus principales estrategias metodológicas.

Las entrevistas en profundidad nos han permitido, como su nombre indica, ahondar sobre diversos aspectos acerca del *cuidar(se)* (Ver guía de entrevista en anexo V). La presencia de la investigadora en calidad de “voluntaria” en las tareas cotidianas del comedor infantil, facilitó la realización de las mismas y permitió que los encuentros, en los que tuvieron lugar las entrevistas, se realizaran en un clima de mayor confianza. También las actividades como “voluntaria” en el comedor han permitido entablar numerosas conversaciones informales con los diferentes actores sociales<sup>20</sup>.

Las entrevistas se realizaron en su mayoría en espacios privados y en horarios en los cuales no circulaban otros integrantes de la familia. A excepción de una entrevista que quedó registrada en notas de campo, el resto fueron grabadas, previa explicación sobre los propósitos de la investigación y las garantías de anonimato y, con autorización de los participantes. Si bien las entrevistas se realizaron a partir de unos ejes temáticos<sup>21</sup>, fueron planteadas como un espacio de reflexión a partir de la construcción de un relato sobre sus trayectorias de vida.

A las entrevistas realizadas a las mujeres que trabajan en el comedor infantil, se sumaron entrevistas a amigas de estas mujeres, a cuatro varones adultos que no tenían relación alguna con las mujeres que trabajaban en el comedor, a cinco trabajadores y trabajadoras del CAPS y a una experta en temas de violencia. También se recuperaron entrevistas realizadas a profesionales del mismo CAPS durante los años 2008 y 2009 en la investigación realizada en el marco del Máster en Salud Pública (Ver anexo I).

Respecto a la muestra a entrevistar, la misma estuvo sujeta a las dificultades para acceder a temas de la intimidad, principalmente con los varones. Con las mujeres eran temas sobre los cuales se podían hacer algunas

---

<sup>20</sup>Se mantuvieron conversaciones informales con 38 mujeres que interactuaban en el espacio del comedor y se realizaron entrevistas en profundidad a nueve de ellas (Ver anexo I).

<sup>21</sup>Acceso a la información sobre salud sexual, las prácticas sexuales, vínculo con profesionales de la salud, vínculo con la pareja, relaciones de género, experiencias reproductivas, decisiones de (no) reproducción, elección de métodos anticonceptivos y utilización de los mismos, entre otros.

bromas en espacios informales pero era difícil encontrar un espacio de reflexión. Para constituir la muestra se tuvo en cuenta que en la misma estén representados los distintos métodos y técnicas anticonceptivas<sup>22</sup>.

Por su parte la observación participante tuvo como escenario principal el comedor infantil, “puerta de entrada” y espacio de interacción con las mujeres del barrio y sus hijos e hijas. En el transcurso del trabajo de campo los espacios y momentos de la observación se extendieron a la vida cotidiana, festejos de cumpleaños infantiles, celebraciones del día de la madre o tardes de mates en el patio de una casa. El CAPS, y particularmente la consulta ginecológica, fue otro de los espacios donde se realizó observación durante un período acotado.

Tanto las observaciones como las entrevistas fueron acompañadas con la redacción de un diario de campo. En las notas del diario de campo procuré dar sentido a lo observado, reflexionar sobre lo acontecido durante la entrevista y tomar apuntes de aquello que en ese momento se me presentaba como un dato habitual de la vida cotidiana. Pero, fundamentalmente, el momento en que tomaba las notas era un momento en el que me encontraba conmigo misma, con mis incertidumbres, con aquello del día que me movilizaba.

La etnografía como proceso propone la conexión entre las actividades en el campo, el análisis y la construcción del texto etnográfico. Las categorías de análisis iniciales son puestas en diálogo con las nociones locales a partir de una combinación de actividades en el campo (participación en la vida cotidiana del barrio, conversaciones informales, encuentros festivos y entrevistas en profundidad). El análisis del contenido y de las nociones locales permite reflexionar sobre las acciones en el campo y el rumbo de la etnografía.

Es preciso que el texto etnográfico dé cuenta de estos recorridos y de estas conexiones entre las categorías de análisis, las actividades en el campo y las relaciones de la investigadora con las mujeres del barrio. La escritura del texto se nutre de las observaciones en el campo, de la experiencia vivida por la investigadora y de un conjunto de materiales variados (conversaciones informales, entrevistas en profundidad, visitas al CAPS, documentos de políticas nacionales y provinciales). El resultado de esta escritura es un texto en donde la descripción, las diversas narrativas y el análisis se entrecruzan,

---

<sup>22</sup>Otros criterios establecidos para elegir a las personas a entrevistar fueron: que sean mayores de 21 años y que residan en los barrios de la zona de responsabilidad del CAPS seleccionado en la zona norte de la periferia de la ciudad de Salta.

donde coexisten la palabra de la investigadora y los relatos de las mujeres y varones del barrio y los relatos de los profesionales de la salud.

Siguiendo a Menéndez, la presencia de diferentes actores sociales significativos, conduce “a reconocer la existencia conjunta de saberes diferentes, pero también distintos criterios de verdad funcionando simultáneamente, y que refieren a intereses, necesidades, objetivos particulares...” (2002:73). Esto no significa que el texto etnográfico se limite a la suma de una pluralidad de relatos, sino que da lugar a las contradicciones y a la confrontación entre la heterogeneidad de experiencias, teorías y puntos de vista.

### **De la cocina al barrio**

Una primera etapa del trabajo de campo tuvo lugar entre septiembre de 2012 y mayo de 2013 y una segunda etapa entre los meses de agosto y diciembre de 2014. El recorte de un barrio ubicado en la periferia de la Ciudad de Salta permitió comprender el *cuidar(se)* dentro de un conjunto de relaciones locales de género, de poder, de pareja, de amistad y, al mismo tiempo, mostrar de qué forma las prácticas y saberes del *cuidar(se)* resisten o transforman ese contexto. En este sentido, recuperando lo planteado por Gramsci, Menéndez sostiene que gran parte del trabajo antropológico consiste en describir y cuestionar los mecanismos de hegemonía, es decir de lo dado, “no sólo de la cultura (ideología) dominante sino del saber popular subalterno, dado que dentro de éste operan unificadamente elementos hegemónicos y no hegemónicos que en función de las situaciones y relaciones específicas pueden o no dar lugar a procesos contra-hegemónicos.” (Menéndez, 2002:79).

La primera etapa del trabajo etnográfico se desarrolló en el comedor infantil que se localiza en el barrio en donde se desarrolló el campo. Este barrio surge a partir de un asentamiento de familias en terrenos fiscales. Las primeras familias llegaron hace aproximadamente 22 años ocupando terrenos que son propiedad del gobierno provincial y sobre los cuales no tienen título de propiedad. El comedor se crea por iniciativa de un grupo de vecinas en el año 1998, los primeros años funcionó de modo autogestionado en la casa de una de las mujeres encargadas del comedor y tiempo después fue reconocido y sostenido económicamente por el gobierno provincial para dar el almuerzo a 50 niños y niñas entre dos y cinco años en una edificación propia. En la actualidad, además del aporte económico de la provincia, recibe un subsidio del gobierno

nacional que les permite ofrecer 200 platos de comida a niños y niñas de cero a dieciocho años, embarazadas y algunas personas mayores.

Como se mencionó anteriormente, en el transcurrir de las mañanas, mientras cocinábamos y conversábamos, se generó un vínculo de mayor cercanía con las mujeres que trabajaban en la cocina del comedor. Este vínculo permitió en la segunda etapa del trabajo de campo compartir otros espacios de interacción social de la vida cotidiana. Espacios en los que las mujeres aparecían como figuras principales y los varones no se visibilizaban o estaban al margen.

Antes de ingresar al campo, y tomando en consideración las investigaciones latinoamericanas que remarcaban la importancia de acceder a las experiencias de los varones por su propia voz, y no sólo por lo que relatan las mujeres, tenía el propósito de participar de alguna actividad en la que estén presentes los varones. Sin embargo, coincidiendo con la apreciación de Schepher Hughes (1997) sobre su trabajo en el norte de Brasil, las mujeres y sus hijos e hijas predominan, numérica y simbólicamente, en la vida del barrio. En nuestro caso, podemos decir que esta etnografía, al igual que la vida del comedor, gira en torno a las mujeres.

A pesar de la limitada apertura a la vida privada de los varones, con los cuales se realizaron solo entrevistas, se considera, de acuerdo con Menéndez (2002), que no se puede reducir la etnografía a un solo actor. Las mujeres, los varones, las personas que trabajan en diferentes instituciones del barrio, son actores significativos que operan relacionadamente en el proceso asistencial vinculado a las prácticas (no) reproductivas.

### **Ver y ser vista en el campo**

*uy, acá hay mucho para hacer, para dar charlas, las mamás que vienen al comedor tiene 7, 8, 9 hijos, y ahora con esto de la asignación universal, ya cuando está en la panza cobran una parte de la asignación, así que imagínate, tienen hijos para cobrar la asignación, yo te puedo juntar unas mamás o ¿cómo querés hacer?*

(Nota de campo, agosto de 2012)

El recibimiento de quien me facilita el ingreso al campo, expresado en la nota de campo que abre el apartado, pone en evidencia que se me asignaba una tarea frecuente en la educación sanitaria, las charlas, y se me adscribía a un sector de la sociedad que en el debate sobre la política de Asignación Universal

por Hijo para Protección Social<sup>23</sup>(AUHPS) asociaba un aumento de la tasa de natalidad al “aprovechamiento” especulativo de los titulares de ese beneficio social. La tarea y el posicionamiento que me asignaban me resultaban molestos y los primeros meses había intentado “cumplir” con la tarea que me había sido asignada e ideaba espacios educativos no directivos y alternativos a los que habitualmente provienen del CAPS.

En el tiempo comprendí que para entender mi presencia en ese espacio, mis interlocutoras poseían como marco de referencia las acciones que venía implementando el sector salud destinadas a la promoción y prevención en Salud Sexual y Reproductiva y, en este sentido, era necesario prestar atención a los roles que se me asignaban porque los mismos constituían una instancia de producción de conocimiento. Lo mismo ocurría con la explicación que me habían brindado sobre quienes percibían el beneficio social de la AUHPS: era un argumento que reproducía el discurso que impone la hegemonía ideológica de los grupos dominantes. Lo cual me motivaba a deconstruir ese discurso desde un abordaje etnográfico que permitiese develar los modos en que las políticas económicas de “protección social” y las políticas en salud sexual y reproductiva, siguiendo a Epele, “son vividos, corporizados, padecidos, resistidos y simbolizados por estos conjuntos sociales.” (2010:39).

En un ejercicio reflexivo que atraviesa toda la investigación, se ponen en evidencia aquellos aspectos que hacen a los roles que me fueron asignados pero también a mi personalidad y a mi trayectoria de vida y profesional. Por un lado, las primeras semanas ciertos hábitos de higiene y organizativos hicieron que mis elecciones en cuanto a los días para participar en las tareas del comedor estuvieran influenciadas por las características de las mujeres con las cuales me resultaba más fácil hablar y organizar la preparación de la comida para 180 niños. De acuerdo con Hirsch y Nathanson (1998), es importante reconocer

---

<sup>23</sup>La Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUHPS) iniciada en 2009 y su extensión en 2011 a la Asignación por Embarazo para Protección Social (AxE) son un subsistema no contributivo de transferencias condicionadas de ingreso. La AUHPS está destinada a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, cuyos padres no estén amparados por el sistema de asignaciones familiares contributivas. La AUHPS otorga un monto de dinero por hijo, hasta un máximo de 5 hijos por familia, percibiéndose mensualmente el 80% de la Asignación y el 20% restante de acuerdo al cumplimiento de condicionalidades en salud y educación. En cuanto a las primeras, se requiere cumplir con el Plan de Vacunación Obligatorio, inscribir en el “Plan Nacer” a los niños/as menores a 6 años y para los/as mayores a esa edad, cumplir con los controles médicos correspondientes. Respecto a la segunda se exige la concurrencia a establecimientos educativos públicos a partir de los 5 y hasta los 18 años de edad.

cómo nuestros propios hábitos de clase media pueden influir en la selección de sujetos de investigación y procurar corregir este sesgo.

Por otro lado, ser vista como mujer, como madre y transitar un embarazo durante el trabajo de campo me habilitó a sostener conversaciones e introducir temas que se vinculaban al cuidado de la salud y al *cuidar(se)*, muchas veces desde las bromas. Finalmente, sobre mis propias relaciones de pareja, lo que escogí mostrar de mi vida privada, mi separación del padre de mis hijas, y lo que decidí ocultar, mi nueva relación con una mujer, generaron reflexiones sobre el *ver* y el *ser vista* en el campo. Nuevamente el humor es el vehículo a través del cual se me señala en mi nueva condición de separada y mi ausencia en el campo se asocia a que estoy nuevamente en pareja, *te olvidaste de nosotras... capaz que andas enamorada*.

Este *ver* y *ser vista* fue motivo de muchos interrogantes que me acompañaron en el proceso de investigación y en las decisiones sobre los modos de establecer vínculos con las mujeres que trabajaban en el comedor. Entre la primera y la segunda etapa de trabajo de campo nació mi segunda hija, lo cual motivó que un mes antes del parto y los meses posteriores no concurriera a colaborar como voluntaria en el comedor. Sin embargo las mujeres del comedor trabajaban casi hasta unos días antes del parto y a las pocas semanas del nacimiento ya llevaban a sus bebés al comedor. También les resultaba extraño cuando el papá de mis hijas se quedaba cuidándolas y yo iba al comedor.

Estos y otros acontecimientos me permitieron problematizar mi lugar de investigadora que, además de estar vinculada a la academia y de ser miembro de la sociedad, era una persona con mis subjetividades. No podía pensarme como un mero instrumento que registra la realidad a partir de los sentidos de la vista y el oído. Cuando los temas que se abordan corresponden a tabúes que estructuran nuestra vida cotidiana como la muerte, el sexo o la enfermedad, nos exigen, observa Comelles, "... un tipo de relación con nuestros informantes que no puede ocultar la idea falsa que no sabemos nada de su cultura, porque sabemos mucho más de lo que nos atrevemos a confesar." (Comelles, 1989:228)

Tomar en cuenta mi propia experiencia, mis vínculos afectivos y mis contradicciones como investigadora hizo de la incomodidad una herramienta indispensable para pensar y para transitar el proceso de investigación. Concebir el conocimiento reflexivamente significa, según Guber, "incorporar al investigador al campo de análisis y poner en cuestión su mundo académico,

cultural y social, que es su condicionamiento, a la vez que su posibilidad de conceptualizar la objetividad social.” (2009:77).

## **V. Organización de la tesis**

La tesis está organizada en una introducción, seis capítulos y las conclusiones. En la introducción, que se ha desarrollado hasta aquí, queda presentado el problema de esta tesis, las perspectivas histórico-políticas y teóricas, la hipótesis y los objetivos y el enfoque metodológico. En el primero de los capítulos se contextualizan e historizan los modos a partir de los cuales se han construido a determinadas poblaciones como *pobres*, como *asistibles* en América Latina, en Argentina y, particularmente, en Salta. Los restantes capítulos dan cuenta de aquellas tensiones que recorren prácticas, discursos y políticas en torno a los derechos (no) reproductivos y que se “hacen cuerpo” en las poblaciones catalogadas como *asistibles*, mujeres y varones que viven en los barrios periféricos de la ciudad de Salta, aunque también están presentes en otros contextos sociales.

En el primer capítulo, *De incivilizados a agentes del desarrollo*, contextualizo e historizo los procesos a partir de los cuales se han construido a *los pobres* como objetos de intervención. Realizo un recorrido por los discursos, ideologías e intervenciones que tanto en América Latina como en la Argentina han servido para la legitimación de un orden determinado. En el caso de Salta describo y analizo en tres períodos históricos la construcción sobre *los pobres* que habitan los márgenes, las fronteras, el *interior* del país, la inferiorización de estas poblaciones desde la oligarquía criolla y su vinculación con las estrategias de diferenciación social.

En el segundo capítulo, *La gestión de los “cuerpos en riesgo”*, profundizo en la gestión focalizada sobre ciertos cuerpos y ciertas poblaciones y abordo el desplazamiento de la responsabilidad sobre los riesgos sociales hacia los sujetos individuales. También realizo un recorrido por las prácticas, discursos y moralidades que operan sobre los derechos sexuales y reproductivos en un contexto neoliberal.

El tercer capítulo, *Historias reproductivas*, en él indago la reproducción en relación a: sus características en el contexto de poblaciones migrantes campo-ciudad, los vínculos afectivos, la sexualidad y a las diversas formas de vivir la paternidad y la maternidad.

El cuarto capítulo lo denominé *Construcciones hegemónicas de una sexualidad saludable*. Allí analizo las prácticas de atención a la salud y el lugar que ocupan en los procesos asistenciales como recorridos en los que se producen y reproducen tanto los modos de regulación heteronormativos de la sexualidad como los modos neoliberales de producción biopolítica de la población.

El quinto capítulo, *Cuidar(se)*, está centrado en esta categoría nativa. Reconstruyo los procesos asistenciales, es decir, los saberes, emociones, prácticas y recursos sociales, institucionales y culturales implicados en el *cuidar(se)* a partir de los relatos, trayectorias de vida y conversaciones informales con distintas mujeres, y algunos varones. El análisis de los procesos asistenciales recupera los malestares que les causaron otros métodos anticonceptivos, los sentimientos que les provocaron, las opiniones que recibieron, los vínculos con los profesionales de la salud y los vínculos con sus parejas, entre otros elementos. Examino en este capítulo las tensiones y articulaciones entre la “lógica de la elección” y la “lógica del cuidado” y, al mismo tiempo, problematizo el *cuidar(se)* en intersección con procesos sociales, políticos, institucionales y normativos.

En el sexto capítulo, *Emociones, cuerpos y vínculos afectivos*, detallo las articulaciones que se establecen entre el *cuidar(se)* y la pluralidad de experiencias subjetivas (corporales y emocionales). Experiencias estas, que se encuentran inmersas en procesos económicos, históricos y sociales que las hacen posibles.

Finalmente, en el apartado de conclusiones se recupera el recorrido realizado y se reflexiona sobre cómo la pluralidad y la heterogeneidad de las experiencias subjetivas y colectivas (corporales, emocionales y sociales) se articulan no solo con la normativa biopolítica y los procesos biomédicos, sino también con modos tradicionales y nuevos de responder a ellos.

## Capítulo 1

### De incivilizados a agentes del desarrollo

The screenshot shows a social media interface for 'QUE PASA SALTA' (EL DIARIO DIGITAL DE TODOS LOS SALTEÑOS). It displays three comments from users JOSE, FLORENCIA, and EL HUARPE, each with a rating and a timestamp of 'Hace 1 año'. The comments are sorted by rating, with EL HUARPE's comment at the top (10 likes) and JOSE's at the bottom (3 likes).

**QUE PASA SALTA**.COM-AR  
EL DIARIO DIGITAL DE TODOS LOS SALTEÑOS

3 JOSE Hace 1 año  
SE VIENE COJIENDO EN FORMA DESENFRENADA  
3 0

2 FLORENCIA Hace 1 año  
Y con qué les dan de comer y educan a sus hijos?.Nacen como camadas de perros, sin control.Mientras sigan los plancitos pinchilas alegres van a seguir pariendo sin control.  
2 0

1 EL HUARPE Hace 1 año  
Después algunos se quejan cuando decimos que a la pobreza se le obliga para cobrar planes, ser una fabrica de hijos no deseados como tales, sino como tickets para cobrar. Una vergüenza mas que se suma a los millones de NI NI que pululan por el narcotráfico y la delincuencia.  
10 3

8 1

Comentarios de los lectores a la nota titulada “Salta es la provincia con más hijos por mujer de todo el país” del día 04/11/2014 en el portal digital “Que pasa Salta”.)

... más facilidades de las que hay ahora, yo, para mí, que la mujer que se llena de hijos, se llena porque quiere o porque quiere el plan familia (...) esperan... y el conformismo y la desinformación que bueno las lleva a ese estado de... de quedarse y pensar que tan solo pueden ser madres.

(Enfermera, diciembre de 2008)

El paciente que tiene gran cantidad de hijos, uno les ofrece el método anticonceptivo y no aceptan de inmediato, solamente te responden que lo van a pensar, que van a ver... que... y tienen ocho a nueve hijos cuando la respuesta tendría que ser de inmediato, “a ver, deme ya!”... o “hágame la derivación ya!”... (...) todavía sigue siendo un... es un problema de cultura, el no acercarse y no tener un poco de interés en usar un método, sea cual fuere... a mí me parece que es, este... un problema cultural.

(Toco-ginecología, noviembre de 2008)

La presente etnografía tiene su origen en el malestar de escuchar una y otra vez discursos expertos que asumen que ciertas desigualdades sociales y económicas se corresponden con los comportamientos o “culturas” de determinadas poblaciones categorizadas como *pobres*. Estos discursos se ven plasmados en los fragmentos de entrevistas que abren este capítulo. Desde *vagos a aprovechadores*, los comportamientos de estos sectores estigmatizados son señaladas como un “problema cultural” desde espacios donde el poder se hace capilar, como la atención médica en un CAPS, hasta en ciertos espacios académicos.

Siguiendo con la reflexión de Anta Félez,

... no se trata de negar que existen los pobres, sino de observar que tras *lo pobre* se esconden discursos diversos, con ideologías, autorías e imaginarios precisos que han servido para crear, justificar la dominación y sujeción de unos grupos sociales por parte de otros, la creación de políticas (“sociales”) y la legitimación de un orden determinado que, en muchos casos, contradice su propia letra en función de intereses creados. (1998:51)

En este capítulo se abordan los modos cómo se han construido e identificado a determinadas poblaciones como *asistibles* en América Latina, en Argentina y, particularmente, en Salta. Seguidamente, al interior de estas clasificaciones, se analiza la lógica de diferenciación institucional, que no es

nueva, entre el pobre *válido, merecedor, honrado* y quienes quedan por fuera de los dispositivos de intervención.

### **1.1 Del interior a los barrios periféricos de la ciudad<sup>24</sup>**

- Si, mi esposo sí. Si primero se vino él, ¿has visto? yo me junté allá y... después él se vino para acá a trabajar y después bueno, me hizo traer a mí. Y se quedamos<sup>25</sup> acá.
- y al principio... ¿cómo te sentías acá?
- eh... mal porque (risa nerviosa) yo era chica, ¿has visto? y... no sabía entonces, no sabía nada y, y aparte no tenía ninguna familia, nada y vivía con mi suegra y... y no es lo mismo que vivir con la suegra que vivir con los padres, ¿has visto?
- Claro.
- Por ahí me sentía mal, me sentía sola porque no tenía ninguna familia. Y bueno, después me acostumbré porque ya tenía... después ya lo tuve a mi hijo el mayor y... ya me acostumbré, estaba más tranquila.

(Daiana, febrero de 2013)

Daiana proviene del campo y el traslado a la ciudad le ha significado un distanciamiento prolongado de su familia de origen debido a las dificultades en las comunicaciones telefónicas y a las distancias que implican traslados de alto costo. No solo debe recorrer 530 kilómetros para volver a su pueblo ubicado al norte de la ciudad capital, sino que le toma 8 horas y varios medios de transporte porque es un terreno dificultoso. Daiana volvió solo una vez a su pueblo a los 9 años de su partida.

Como Daiana, la mayoría de los habitantes del barrio conciben la migración dentro de una estrategia de movilidad socioeconómica. Añoran la vida en el campo pero encuentran en la ciudad la única posibilidad de “progresar”, “hacer estudiar a sus hijos” y de mejorar las condiciones de vivienda. Cuando hacen referencia a la vida en el campo destacan dos diferencias en relación a la ciudad, la cantidad elevada de hijos que tiene “la gente de campo” y las condiciones de precariedad habitacional.

---

<sup>24</sup>Para preservar el anonimato de las personas entrevistadas y del CAPS en el que se realizaron las observaciones no se identifican los barrios, ni se los ubica geográficamente.

<sup>25</sup>En la transcripción de las entrevistas se ha respetado la modificación de los verbos como forma de habla coloquial en Salta.

Los lugares de procedencia de los habitantes del barrio son principalmente pueblos del interior de las provincias de Salta y de Jujuy, y, un porcentaje menor, de Bolivia. El arribo a mediados de los '90 a los márgenes de la ciudad de Salta no fue fácil, además de dejar a sus familias, fue una época signada por el desempleo generalizado y la recesión económica.

El barrio surge a partir de la ocupación de tierras fiscales en *asentamientos*<sup>26</sup>. Era necesario permanecer en el terreno para que no se los quitaran. Daiana cuenta que ante la falta de empleo se fueron a trabajar temporalmente en la cosecha de olivas en la provincia de San Juan y que al regresar les habían sacado el terreno, ubicado más cerca de la zona urbanizada del barrio. Se terminaron armando una casa con plásticos y cartón en un terreno más marginal, prácticamente en el límite con el río. Después construyeron una pieza de bloques apilados, que todavía está. En la actualidad tienen una pieza “de material”, donde duerme la pareja y sus tres hijos, y los cimientos para seguir ampliando la casa. Me explica que cuando llueve se moja todo, que si hay una lluvia fuerte<sup>27</sup> se inunda. La última vez que se inundó el agua le llegaba a la rodilla.

Al igual que Daiana, la población fue mejorando sus viviendas y ampliando con construcciones más sólidas. El asentamiento progresivamente fue reconocido como barrio<sup>28</sup>, se le dio un nombre y se brindaron algunos servicios como el trazado de calles, alumbrado público, transporte, agua y electricidad en las casas. Si bien ya no acarrear agua del único grifo público, como era al principio, los días martes puede verse como todo el barrio se

---

<sup>26</sup>Hasta mediados del siglo XX Salta tuvo un aporte migratorio lento y escaso. A partir de 1940 la ciudad de Salta comienza a tener un crecimiento demográfico que implica un proceso de ampliación de sus límites físicos. En el registro censal del 2010 la población es de 535.303 habitantes, lo que representa el 44% del total de la población de la provincia. Siguiendo a Aguilar y Sbrocco (2009), la conformación del barrio se produce en una etapa de aplicación de la ciudad que tiene lugar a partir de la década del 90 y se caracteriza por el desarrollo de políticas de marcado cuño neoliberal, “Salta se expande por medio de dos nuevas formas de urbanización. Una de ellas tiene como protagonistas a pobladores jóvenes que, excluidos del mercado, reclaman al Estado el derecho a la compra de tierra a precios accesibles. Esta modalidad es reconocida como *asentamientos*, que se suceden en diferentes zonas de la ciudad desde finales de los años 80 y hasta el presente. (...) En el otro extremo del espectro socio-espacial, la ciudad se suburbaniza según el patrón de “*desconcentración*” (Gottdiener, 1994: 9)...” (Aguilar y Sbrocco, 2009).

<sup>27</sup> La Ciudad de Salta, ubicada al norte del Valle de Lerma, a 1.187 metros sobre el nivel del mar y próxima al trópico de capricornio, se caracteriza por un clima subtropical con estación seca entre los meses mayo a noviembre y una temporada de abundantes lluvias de diciembre a abril.

<sup>28</sup>En la actualidad la vía de acceso principal al barrio se encuentra pavimentada y hace de frontera con el barrio donde se encuentra ubicado el CAPS más próximo. Es en este barrio aledaño también se puede recurrir a algunas instituciones recientemente construidas como la escuela y la comisaría. Existe un servicio de transporte público que ingresa al barrio y servicios privados de remises.

dinamiza y los habitantes van y vienen cargando con la “garrafa social”. Así se denomina al programa estatal que subsidia el precio de venta de gas envasado, sin embargo, su costo sigue siendo elevado para estas poblaciones que con frecuencia deben cocinar a fuego de leña y calefaccionar las casas con braseros, con los riesgos que estos modos de combustión conllevan.

Determinadas expresiones que pueden escucharse cuando se transita el barrio visibilizan la reacción racista<sup>29</sup> hecha cuerpo en los migrantes bolivianos. Este racismo se puede observar tanto entre los habitantes del barrio que vociferan, a modo de insulto, “negro, boliviano” en peleas entre familiares o entre los chicos del barrio, como en los discursos de los profesionales de las distintas instituciones. También es posible observar los modos de construcción de alteridad en el señalamiento de ciertas prácticas como prácticas “de bolivianos”. Una de las voluntarias del comedor comenta que uno de sus hijos solo quiere sopa y dice “parece boliviano mi hijo”. En otra ocasión mientras cocinábamos, una de las mujeres le hace una broma a otra sobre su marido y le dice “más machista que boliviano”. Otra de las voluntarias de origen boliviano que estaba presente se molestó con la broma y aclaró que son muy machistas pero no todos.

Esta mirada estigmatizante, en general, conduce a los pobladores de origen boliviano a ocultar su origen. Según Goffman, el estigma es concebido como “la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social” (1995:7)

Los estigmas, observa Simón, “afectan” el cuerpo:

...los cuerpos –el cuerpo propio- no pueden ser pensados/ representados/enunciados sin/ fuera de la mirada del otro (...) De allí su relación con la mirada social y la metáfora de Goffman de la biografía de un sujeto como un cuaderno en blanco que está esperando para ‘ser escrito’ por los otros. (2005:56-57).

A dos hermanas bolivianas que colaboran como voluntarias en el comedor infantil les pregunté de dónde eran y su respuesta fue “de la frontera, del norte”, o bien “cerca de Los Toldos”, que es una localidad argentina cercana a la frontera con Bolivia. Es notoria la diferencia entre estas dos hermanas que se criaron juntas y que frecuentemente relatan con cierta nostalgia sus andanzas de niñas en el campo al sur de Bolivia.

---

<sup>29</sup>Van Dijk (2009) define el racismo, como una forma de poder que incluye actitudes, prejuicios, acciones y comportamientos de un grupo sobre otro.

Nadia, llegó a Salta hace 15 años y ha podido obtener su documento a través de una amnistía para los residentes extranjeros, en la actualidad termina sus estudios secundarios, avanza en la construcción de su casa, la cual ya cuenta con un salón-comedor amplio, y varias habitaciones, y percibe la AUHPS.

La hermana de Nadia, Celina, vino a vivir a la Argentina hace solo dos años y tiene, en su modo de hablar, expresiones y un marcado acento boliviano. Vive con su pareja y sus cuatro hijas en una casa de madera con dos espacios. En un espacio, que es de 2 metros por 1,5, está organizada una cocina, una mesa, una silla, dos banquitos pequeños y 2 aparadores con alimentos y otras cosas. Las paredes tienen varios agujeros que dejan entrar la luz (pienso en las lluvias y cómo debe entrar el agua y el viento por esos agujeros). El piso es de tierra y la única abertura de la casilla es la puerta. El otro espacio, que es de aproximadamente 2 metros por 2 metros, se observa desde afuera una cama y se escucha que hay una televisión encendida. Celina no tiene documento, y según me comenta son muy lentos los trámites en la justicia para poder obtenerlo. La falta de documentación hace que Celina no acceda a ningún beneficio social del Estado, y que le sea negada en muchas ocasiones la atención de la salud. Le negaron la certificación de “nacido vivo” del último hijo que tuvo cuando yo todavía asistía como voluntaria al comedor. Después le negaron la realización de la ligadura de trompas y, en muchas ocasiones la entrega de medicamentos. Celina tuvo dos hijos más desde que le negaron la ligadura de trompas, finalmente en el último parto consiguió que se la hicieran.

- (...) ellas también atienden fiero todavía, todas las doctoras ahora me hacen lío para retirar, ellas me han mandado medicamento y me hacen lío ahora por el documento. Si yo no tengo número de documento, ni número de expediente yo no puedo retirar ningún medicamento de la salita, así me dijeron. Porque ellas ya me han dado que tengo que darlo... todos los días dos gotitas de cada... de una gotita de un remedio y de otro remedio ocho gotitas, eso que es para que no sea anémica ella, tiene que tomar diario. Me han dado eso y yo le dije que no tengo documento, ta en trámite, le digo. 'no creo que no tenga documento, usted se le ha perdido el documento, tiene que tener un número, ve, tengo que poner aquí, mire' Y no tengo. Y no me querían dar. Entonces dije bueno, si no tengo, bueno, voy a dejar yo, no vo a llevar el medicamento ese. Y bueno, he firmado todo. Pero ahí...

- y al final, ¿te los dieron los medicamentos?

- Me los dieron, pero dije: 'yo lo voy a dejar, entonces si usted dice que tiene número de documento y le estoy diciendo que no tengo, entonces yo lo voy a dejar' Para retirar medicamentos me piden siempre [número de documento]

(Interrupción de uno de sus sobrinos)

- y... así dijeron. Me dijeron... Por eso ahora yo... otro medicamento ya no me da para pedir porque piden sí o sí.

- claro

- En ventanilla me piden, ellos me hacen llenar. Había otra doctora... andaba, andando con la July así, esa no me quería dar la leche, me pedía si o si el documento, 'sino usted no puede retirar, tiene que quedar registrados todos con el documento', me dijo. No tengo, está en trámite, ya va a hacer dos años, ahora en este abril ya va a hacer dos años

- ¿y tenés algún papel que diga que estás haciendo el trámite?

- Si tengo. Tengo número de expediente y después me dieron... así como un... como un carnet, así este que... que yo realmente lo tengo en trámite, yo le dije cuando estaba embarazada de ella [les grita a los hijos 'dejen de pelear'] que... que yo este..., no este... no me quieren atender por ahí porque yo no tengo ningún papel que me avale que soy de argentina, que está en trámite, no me creían, no me quieren atender, le he dicho, entonces me ha dado una orden que estoy haciendo el trámite ahí en un papel.

(Celina, marzo de 2013)

Dora, una mujer que va al comedor como voluntaria, me comenta que su marido tuvo problemas por no tener documento. Al igual que ella, su marido no se quería hacer el documento porque pensaba volver a Bolivia pero después se tuvo que operar (comentó que tenía puesto un “Marcapasos”) y “no lo querían atender ni en la provincia, ni en la nación”. Se asesoró con un abogado para poner una demanda por discriminación y finalmente lo operaron. Después comenta que ante esa situación también recurrió al consulado de Bolivia en busca de apoyo y que la respuesta fue que el estado boliviano no podía hacer nada, y ella reflexiona “porque allá cuando no tenés dinero te dejan morir”, señalando el contraste entre la cobertura estatal gratuita en salud del lado argentino y la atención pagada en Bolivia.

Al no estar legisladas las prácticas sanitarias orientadas a migrantes, éstas en gran parte dependen de las disposiciones de cada establecimiento y de decisiones privadas de los profesionales. Los relatos de Dora y de Celina permiten ver que detrás de la negación al acceso gratuito a la atención o de la acusación de Celina de mentirosa, está el temor y el rechazo a la condición de

extranjeras/os que, siguiendo a Caggiano (2007), conviene interpretar en la intersección del género, de clase, de “raza” y de nación.

Para los sectores medios y altos de ciudades del centro de la Argentina quienes provienen del interior de la provincia de Jujuy y de Salta y los bolivianos son “indios” o Collas. Este discurso racista se reproduce entre los mismos pobladores del barrio y se relaciona al color de la piel o a ciertos comportamientos. Para describir a una persona, “esa doctora blancona”, o para describir a un bebé se señala el grado de blancura de su piel, “algunos de los hijos de Viviana son bien blanquitos, ¿a quién han salido?”

Entre los profesionales de las instituciones de salud la reacción racista se condensa en la figura de “la mujer boliviana embarazada que cruza la frontera para parir del lado argentino”. Siguiendo el análisis de Caggiano, estas mujeres “...son vistas como un factor perturbador y revelan una doble amenaza a la ‘integridad’: a una integridad social entendida como desigualdad regulada y a una integridad nacional/racial entendida como comunidad de sangre.” (2007:93).

- ... Inclusive, ¿sabes qué veo mucho? No tanto últimamente pero si lo he visto mucho estos últimos años, este... me ha tocado una mujer que ha venido este... eh, creo que llegó 2 días antes de tener bebé, mucha gente que viene de Bolivia, se instala acá, va al hospital a tener el bebé, no tienen una vacuna, no tienen un control, no tienen nada, viene el último... esa mujer me llegó 2 días antes, me acuerdo tan clarito porque así tenía la panza, la doctora la revisó, le pusimos las vacunas, todo pero... vino, tuvo el bebé, hizo el ingreso después acá, ellas, la mayoría vienen a la casa de un familiar, pero empiezan a buscar terreno, algo, pero después nos enteramos nosotros que son personas que van y vienen, van y vienen. (...) O sea, que están así, pero el tema de **salud**, el tema de donde van a tener un bebé, de donde lo van a criar, si prefieren que sea argentino, ellos prefieren acá.

(Enfermera – diciembre, 2013)

Otro ámbito es el laboral, en general los trabajos que han realizado las mujeres del barrio estuvieron vinculados con limpieza y otras actividades propias del ámbito de los cuidados en las casas de familias de clase media. En las conversaciones que teníamos mientras cocinábamos se criticaba este tipo de trabajo por estar mal remunerado y, principalmente, porque implicaba delegar el cuidado de sus hijos. La naturalización de las relaciones de poder con sus *patrones*, que se advierte en sus relatos, sirve para indagar las diversas formas en que la desigualdad, vinculada a la inferiorización del otro, se expresa en las

prácticas socialmente aceptadas de subordinación femenina en el ámbito laboral.

*Una mañana estábamos conversando en el comedor mientras esperábamos que la encargada compre la verdura y el pollo. Dos de las mujeres que están alrededor de la mesa no vinieron a cocinar, una de ellas tiene el “diario chiquito”, se lo presta a Daiana que lee los clasificados en busca de trabajo. Marta dice que como empleada cama adentro se abusan, que te tienen trabajando todo el tiempo. Daiana cuenta que ella cuidó cama adentro a una señora mayor y dice que la abuelita la trataba bien pero se la llevaron a Bs. As., le ofrecieron llevarla a ella pero ya no podía ir por su marido y por su hijito. Después también cama adentro cuidaba a unos mellizos y le pagaban muy poco. Al principio solo era cuidar a los mellizos pero después la hacían limpiar, cocinar... La señora la hacía estar despierta hasta la 1 de la mañana. Dice que aguantó 8 meses porque se tenía que despertar a las 6 para dejar todo limpio antes que se despierten los mellizos.*

(Nota de campo, 05 de septiembre de 2012)

La falta de regulación del trabajo de limpieza en las casas de familia y los vínculos que se establecen en este tipo de contratación “cama adentro” se sustentan en un orden social que legitima en la actualidad la continuidad de relaciones semi-serviles con esos *otros* considerados inferiores y que proviene de la época de domino colonial. En el extremo de estas relaciones se encuentra, aunque menos frecuente en la actualidad, la figura de la *criada*, un intercambio signado por una fuerte violencia simbólica a partir del cual una familia de clase media o alta le ofrece dar educación, comida y vivienda a una joven a cambio de trabajo doméstico gratuito<sup>30</sup>. Y, más aberrante aun, los abusos sexuales por parte del patrón o los varones jóvenes de la familia como parte de los “servicios” que deben estar dispuestas a brindar las mujeres que realizan trabajo doméstico.

Daiana me contó una mañana que la habían empleado dos médicos, era un trabajo que había dejado una cuñada suya que se fue al sur en el que tenía que hacer tareas de limpieza y cocinar. Comenzaba el trabajo a las 8 de la mañana y se retiraba a las 13 y lo que le pagaban “no alcanzaba ni para un kilo de carne”. Después de un tiempo ella también dejó el trabajo porque le pagaban muy poco y me dice que *la doctora* la llamó y la buscó varias veces para que vuelva a trabajar.

---

<sup>30</sup> Una mirada crítica sobre la naturalización de la figura de las *criadas* en el norte argentino puede encontrarse en películas de directoras salteñas como *Nosilatiq. La belleza* de Daniela Seggiaro o *La ciénaga* de Lucrecia Martel. También en el documental *Criada* de Matías Herrera Córdoba.

Omitiendo estas relaciones de explotación laboral a las que estas mujeres están sometidas, desde las instituciones de salud los profesionales las acusan de no estar “educadas para trabajar” y de preferir vivir de los “beneficios” que les otorga el Estado.

Por último, pero no por eso menos importante, se destaca que una de las principales preocupaciones de los pobladores es “el problema de las drogas”. El ingreso al campo lo hice acompañada por una chica que hace trabajos de limpieza en la casa de mi vecina. En el trayecto hacia el barrio me comentó que uno de sus hermanos se juntaba con otros chicos a drogarse. Después de ese primer día y durante todo el tiempo que duró el trabajo de campo escuché relatos referidos a hermanos que consumían, vecinos que vendían, el ofrecimiento “a las 4 de la madrugada de un par de zapatillas mojadas que las robaron de la sogá donde las habían puesto a secar”, el señalamiento sobre el consumo en mujeres, agravado si estas eran “madres”, la relación entre el consumo de “pasta base” y los robos, las corridas, los tiros y las pedradas entre bandas los fines de semana, por mencionar algunas situaciones.

El consumo de alcohol, a diferencia de “el problema de las drogas”, no se presenta como un problema barrial sino más bien es mencionado como problemático en las entrevistas y se lo vincula a la violencia en las parejas.

En los discursos expertos las adicciones a las drogas, el consumo de alcohol, las *chicas promiscuas* se erigen como enfermedades “sociales” atribuidas a los comportamientos de ciertos conjuntos sociales considerados *pobres*. Las preocupaciones de los profesionales de la salud por los problemas derivados de estas enfermedades “sociales”, el nacimiento de un niño con síndrome de Down, abuelos que deben criar al niño porque su madre es “adicta”, la Hepatitis B, entre otros, conducen a intervenir activamente sobre estas poblaciones con el objeto de gestionar la pobreza y de construir a los pobres como objetos de intervención.

*Camilo, el enfermero del Centro de Salud, viene de visita al comedor junto a dos odontólogas. Empieza a hablar de las vacunas, de las que hay y de las que faltan porque la provincia no compra, de la merma en la calidad de las vacunas por el cierre a la importación. Les explica a las mujeres que están cocinando la importancia de la vacuna contra la Hepatitis B y les dice que ahora se les da a los niños de 11 porque “aunque son niños están en contacto con adultos en los baños de la escuela y en otros espacios y que ahora hay mucha droga, chicos que toman alcohol, chicas promiscuas...”*

(Nota de campo, 18 de diciembre de 2012)

## 1.2 ¿Quiénes son los *asistibles*?

Las distintas denominaciones y modos de intervenir han variado a lo largo de la historia: *la barbarie* durante el dominio colonial, *incivilizados* con posterioridad a las conquistas de independencia por parte de las repúblicas latinoamericanas con ideales civilizatorios. A finales del 1960 estas poblaciones son consideradas “al margen” o *vagos* en relación a las políticas de desarrollo y a fines del siglo XX, a partir de la aplicación de políticas de corte neoliberal, se los representa como *agentes del desarrollo*, poseedores de un ingenio para subsistir con sus propios recursos. Lo que ha sido una constante en América Latina fue, por un lado, la actitud educativa y moralizante hacia estas poblaciones subordinadas y, por otro, el fuerte contenido racial presente en estas construcciones del otro.

De acuerdo con Ana María Rocchietti, *pobre y marginal* “...se constituyen en blancos de vulnerabilidad para la asistencia profesional organizada (sea por el Estado o por la Iglesia), integran grupos, familias o individuos “naturalmente” problemáticos, a los que se estima apáticos, alcohólicos, viciosos, imposibilitados para emerger de su situación, para progresar o simplemente gente aprovechada de los beneficios estatales o de la beneficencia “con el fin no trabajar”, etc.” (Rocchietti, 2000:42). El *pobre* se constituye en objeto privilegiado de las políticas asistencialistas o de acciones de caridad.

Por su parte Loïc Wacquant, uno de los autores contemporáneos más destacados en temas de pobreza urbana y su gestión penal, apunta cómo la división de clases sociales ha sido “ventajosamente reemplazada por la oposición técnica y moral entre los ‘competentes’ y los ‘incompetentes’, los ‘responsables’ y los ‘irresponsables’, en que las desigualdades sociales no son ya sino un reflejo de esas diferencias de ‘personalidad’” (2000:47). Esta visión “ultraliberal”, dice Wacquant (2000), coexiste con la concepción autoritaria de un Estado paternal en el cual el trabajo social y el trabajo policial tienen un mismo objetivo: el control y el enderezamiento de las conductas de los “incompetentes” o “irresponsables”.

Sobre la cosificación del *pobre*, de las *mujeres*, Harcourt (2011) habla desde su experiencia:

Durante mis catorce años de trabajo en los ámbitos del género y el desarrollo (y más en lo sucesivo) he visto como las imágenes de los cuerpos femeninos de “otros lugares” alimentaban los estereotipos racistas sobre las mujeres de los países “en vías de desarrollo” con necesidad de ser rescatadas de la extrema pobreza, unas condiciones de vida insalubres y

unas culturas perjudiciales. Sus voces y experiencias eran desechadas en imaginarios que las cosificaban como ignorantes o diferentes, en el mejor de los casos, pero siempre con necesidad de ser rescatadas. (2011:17)

En América Latina podemos encontrar tempranamente esta distinción entre tutelados y no-tutelados cuando las formas de dominio y explotación coloniales "... propiciaban un vínculo tutelar con las regiones y poblaciones que colonizaban o con las cuales comerciaban, basado en el discurso civilizatorio, entre ciudadanos civilizados y lo que denominaban la *barbarie*" (Álvarez, 2009:35). Ann Stoler señaló cómo la figura del mestizo pudo llegar a ser considerada "peligrosa fuente de subversión y amenaza al prestigio blanco" (1997:199). El peligro se basaba en que la sola existencia de los mestizos "desbarataba las divisorias sociales limpiamente delimitadas y (...) exponía la lógica arbitraria con la cual estaban hechas las categorías de control" (Stoler, 1997:225 en Caggiano, 2007:101).

A estas distinciones y nuevas formas de dominio se le suma con la colonización, como lo analiza Bidaseca, la desestructuración de las relaciones de género de los pueblos indígenas. "La intervención de los mecanismos de control social precolombinos cedieron paso al control de la Iglesia católica, la familia y el Estado en las relaciones de género, estableciendo como precedente una estructura de dominio masculino, eclesial y estatal hacia las mujeres (Barragán, 1996)." (Bidaseca, 2011:68)

Un segundo momento que Álvarez (2009) señala en la aparición de la pobreza como fenómeno colectivo es la constitución de las repúblicas latinoamericanas. En la mayoría de los países se mantuvieron relaciones semi-serviles basadas en la propiedad de la tierra con poblaciones marcadas por una profunda desigualdad social y étnica.

El discurso del desarrollo en 1950 es para la autora un tercer momento de inflexión en donde el tema de la pobreza aparece "...en disputa y diálogo con un saber particular de la economía política, especialmente, la teoría del desarrollo vinculada al crecimiento y al progreso cultural." (Álvarez, 2009:33). En esta etapa *los pobres* son considerados una traba al desarrollo principalmente por su cultura.

En la obra del antropólogo Arturo Escobar encontramos un valioso análisis sobre los modos en que el discurso del desarrollo ha producido las nociones de "subdesarrollo" y "pobreza". En su libro *Encountering Development— The Making and Unmaking of the Third World* (1995) Escobar

recupera los análisis de Adele Mueller (1987) y de Chandra Mohanty (1991) sobre la construcción de las mujeres del “Tercer Mundo”. Desde la perspectiva de occidente “Las mujeres del Tercer mundo” son mujeres pobres, que viven en casas precarias, tienen demasiados hijos, son analfabetas y dependientes. No interesa si esta mirada, que implica una actitud paternalista y perpetúa la idea hegemónica de superioridad de Occidente, refleja de un modo más o menos preciso la realidad de estas mujeres. Lo que pretende el régimen discursivo de “Mujeres en el Desarrollo” es un conjunto de estrategias para la gestión del problema que representan las mujeres para el funcionamiento de las agencias de desarrollo en el Tercer Mundo (Mueller, 1987 en Escobar, 1995)

El concepto “cultura de la pobreza” formulado por Oscar Lewis a partir de estudios que desarrolla a finales de los años ‘60, y ampliamente difundido, remite a esta idea de que la condición de pobreza es fruto de los “estilos de vida” que, transmitidos de generación en generación a través de la socialización familiar, implican la perpetuación de la desigualdad social (Santillán, 2009). Para Álvarez (2009) el concepto de Lewis sobre la pobreza ha sido utilizado para justificar un enfoque donde se excluye el papel de los procesos económicos/políticos, culturales e ideológicos y la pobreza es atribuida a los mismos pobres, a sus “conductas”, personalidad o carácter.

En relación al sector salud, Menéndez señala que durante los ’70 y ’80 “...se impulsaron explicaciones que en nombre del estilo de vida colocaron la responsabilidad de las muertes no ya en lo biológico, sino en las formas particulares de vida de los grupos subalternos; en lo que Ryan (1971) denomina la culpabilización de la víctima.” (2001:34).

Otra de las teorías que surgen en América Latina, y que acompañan las políticas del desarrollo, es la teoría de la marginalidad urbana. Esta teoría sostenía que los habitantes de las zonas pobres de la ciudad eran tales porque no tenían capacidad de cambio. También se les adjudica a estas poblaciones “marginales” la incapacidad de ejercer la solidaridad intra-grupo y la participación activa (Veckemans y Venegas, 1966 en Spicker et. al. 2009:189).

De acuerdo con Midaglia et. Al. (2012), complejas situaciones sociales evidenciaron que el crecimiento es una condición suficiente pero no necesaria para la superación de riesgos asociada a la pobreza, “... en la medida que la distribución de los beneficios, pese a los deseos de los tecnócratas fue y continuará siendo de carácter político y necesita de intervenciones estatales sostenidas.” (2012:24). El malestar social y la precarización de las condiciones

de vida de grandes sectores de la población llevaron a los economistas a gestar dispositivos de intervención con el propósito de “aliviar” la situación de pobreza que había generado el neoliberalismo. Esta cara “humanizada” del desarrollo, que colocaba a “la gente en el centro de la escena” y la hacía responsable de gestionar sus problemas, no hizo más que reproducir y profundizar aún más la pobreza y la desigualdad. La pobreza, observada como un proceso y no como un estado de escasez, “...se transformó en un prisma para mirar cómo los pobres se comportaban según sus capacidades, vulnerabilidades y exposiciones al riesgo (Jarman, 1997).” (Larrea y Barreto, 2006:74)

En los años '90, en términos de desigualdades económicas, la pobreza adquiere una dimensión masiva en el mundo y, particularmente, en América Latina y el Caribe (Álvarez, 2009; Kliksberg, 1994). En los inicios de la década de 1980 casi 4 de cada 10 latinoamericanos se encontraba por debajo de la línea de la pobreza y en 1990 se estimó que 6 de cada 10 (62% de la población) se encontraba en situación de pobreza (PNUD, 1990).

Además de los datos cuantitativos referidos a la distribución del ingreso u otros indicadores, es necesario tener presente en la construcción que se hace de esos otros como *problema cultural* o como *agentes de cambio*, las desigualdades en cuanto a las relaciones de género, lo étnico, migratorio, nacional, cultural e histórico (Villarreal, 1996). Entre estas desigualdades y miradas clasificatorias sobre los otros, podemos afirmar, junto con Álvarez (2009), que la *cuestión del indio*<sup>31</sup> ha sido una constante en América Latina.

Villarreal (1996) propone complementar las miradas cuantitativa y cualitativa sobre la pobreza. En relación a las desigualdades sociales, es interesante el planteo de Larrea y Barreto (2006) sobre la noción de desigualdad social. Estos autores proponen poner en discusión la base conceptual de esta categoría que ha estado tradicionalmente vinculada a las teorías económicas del crecimiento y del desarrollo y plantean la desigualdad social como una construcción social históricamente situada, relacional y dinámica. “Las

---

<sup>31</sup> El sentido amplio con que utiliza Álvarez (2009) la expresión “cuestión del indio” se establece en función de que para la autora “No es necesario que estén a la vista las luchas sociales indígenas, o que haya discusiones y dispositivos explícitos de blanqueamiento o dominación, el indio aparece soterrado en un racismo a veces visible y otras que sale a la luz en estos eventos y que devela las diferencias de derechos, de identidades, de tipos de ciudadanía entre los que se autodenominan blancos y el resto. Se trata de un racismo particular, prácticas, saberes y dispositivos de una problematización específica: la del indio mimetizada y metamorfoseada en el presente democrático (en lo boliviano, en los “habitantes del interior”, o de las provincias del norte, en el “morocho”, en el “negro de mierda”) de un país cuyas elites siempre han negado su condición latinoamericana y mestiza.” (Álvarez et. al., 2012:206)

relaciones desiguales entre las personas y grupos sociales se reproducen a distintos niveles y operan en función de un orden jerárquico que necesariamente no tiene la misma estructura en contextos sociales distintos.” (Larrea y Barreto, 2006:92). Más adelante se profundiza en el vínculo que establece Sonia Álvarez (2010) para el caso de la provincia de Salta, entre desigualdad económica y las representaciones y formas de intervenir sobre *los pobres* que se apoyan en una marcada desigualdad social.

### **1.3. La construcción de los pobres en la Argentina y en Salta**

Las reformas neoliberales en la Argentina, a partir de 1976, produjeron cambios en lo económico y en lo social. Estos se plasmaron en una crisis signada por la recesión económica producto del endeudamiento externo y de la desarticulación de la industria nacional, en la aniquilación del Estado benefactor y en los efectos de la dictadura militar sobre la conciencia colectiva (Pucciarelli, 1998). Junto a estos cambios, los procesos de empobrecimiento<sup>32</sup> de los '80 y '90 produjeron en algunos sectores de las clases medias una fuerte reducción de sus oportunidades de vida y en la *clase trabajadora*, que había cobrado una identidad político-social a partir del peronismo, un traspaso a situaciones de desempleo o trabajo informal que generó un proceso de descolectivización<sup>33</sup> (Svampa, 2005).

En el contexto de una sociedad cada vez más polarizada y fragmentada (Svampa, 2005) a *los pobres* se les atribuye algún tipo de responsabilidad por cambios de carácter estructural. De acuerdo con Grimson (2006), algunos sectores de la población son utilizados por el gobierno, algunos medios de comunicación y sectores de la sociedad, como “chivos expiatorios” que permiten “procesar ideológicamente, en las luchas entre sectores hegemónicos y subalternos, las tensiones sociales producto de la aplicación de los modelos neoliberales vigentes” (Sabarot, 2002: 103 en Álvarez et. al., 2012).

Esta adjudicación de los males a los pobladores del *interior* no es nueva. En 1955 el golpe militar que derroca al presidente Perón “...atribuía la condición de pobreza en Buenos Aires y la existencia de villas, a las provincias. Sus

---

<sup>32</sup> Junto a Spicker et. al., podemos señalar que el empobrecimiento en la Argentina, así como en otros países de América Latina, “...se refiere a la pérdida de ingresos y de cobertura de seguridad social de importantes sectores medios llamados de distinta manera: NUEVOS POBRES, “clase media en transición” o “grupos empobrecidos”, debido a la crisis de desempleo...” (2009:115)

<sup>33</sup> Con “descolectivización” Svampa se refiere a “...la pérdida de los soportes colectivos que configuraban la identidad del sujeto (sobre todo, referido al mundo del trabajo y la política)...” (2005:47)

representaciones e imaginarios mantienen el vínculo entre las clasificaciones: villas / poblaciones del interior / falta de higiene / abulia e indiferencia / delincuencia / falta de moral.” (Álvarez et. al., 2012:203).

Para comprender las particularidades que adquieren la construcción e identificación de determinadas poblaciones como *pobres* en la provincia de Salta se recupera el prolífico trabajo que viene realizando Álvarez. La autora plantea un fuerte vínculo entre la situación de pobreza de Salta, que la ubica a lo largo del siglo XX entre las provincias más pobres del país, con las representaciones, vínculos sociales y formas de intervenir sobre los *pobres*. Estas representaciones y formas de intervenir, señala Álvarez (2010), de alguna manera, explican por qué la pobreza persiste.

La construcción de *los pobres* como objetos de intervención social es, siguiendo a Álvarez (2010), un proceso que tiene un devenir y que se establece en la oposición e interacción de sectores de la sociedad en conflicto. Desde principios de siglo XX, “La creación de categorías de clasificación, de ordenamiento y jerarquización de los grupos sociales, emprendidas por las elites locales (...) forman parte de sus estrategias de diferenciación social, apelando para ello al recurso de la identificación de sujetos amenazantes e inferiorizados.” (Álvarez, 2010:12)

La mirada de la pampa húmeda hacia las provincias del *interior* y hacia sus poblaciones, configuradas primero como *incivilizadas* y posteriormente como *subdesarrolladas*, se reproduce en la mirada socio-céntrica de las ciudades capitales de provincia en relación al *interior*. La Ciudad de Salta se considera *civilizada* o *desarrollada*, según el momento histórico, y las poblaciones que residen en el territorio provincial se consideran una traba debido a sus costumbres y hábitos alimentarios considerados “tradicionales” como el consumo de alcohol o la hoja de coca (Álvarez, 2010).

En la ciudad de Salta la migración de origen europeo fue muy insignificante, a diferencia de las ciudades de la pampa húmeda. No se la recibía además con una actitud de apertura. Por el contrario, a principios de siglo XX la oligarquía criolla aún “... se vanagloriaba de su origen patricio y de linaje aristocrático español...” (Álvarez, 2010:12) y a los escasos migrantes “nuevos” se los miraba con recelo, considerándolos una amenaza a las tradiciones locales.

Álvarez establece etapas diferenciadas para señalar los cambios en las configuraciones sociales de la sociedad salteña: una primera etapa se desarrolla

a partir de la constitución de la república en 1810 y que va hasta finales de la década de 1940, "...donde predomina el poder aristocrático sobre el resto de la sociedad y los sectores dominantes ejercen un poder estamental basado en el linaje y la propiedad de la tierra..." (op. Cit.:135). Sigue una etapa de transición entre 1940 y 1960 que se caracteriza por la relajación de las relaciones semi-serviles, la ampliación de grupos asalariados, la constitución de un mercado de trabajo libre y la conformación de una incipiente clase media. A partir de 1960, observa Álvarez, la clase burguesa "... comienza a constituirse muy lentamente en sector hegemónico en disputa, pero también en alianza, con familias de las viejas elites 'aristocráticas'" (op. Cit.:136). En este período la ciudad de Salta vive un fuerte crecimiento y, acompañando las políticas nacionales de los dos primeros gobiernos peronistas<sup>34</sup> (1946-1955), se produce una ampliación de los derechos sociales y una distribución de la riqueza a favor de los sectores trabajadores. Finalmente una etapa que comienza aproximadamente a finales de los años '70 en el que se profundizan las políticas neoliberales en lo económico y predominan políticas focalizadas en lo social.

### **1.3.1 Salta en la primera mitad del siglo XX**

Álvarez señala las siguientes características de la provincia de Salta en la primera mitad del siglo XX: 1) la ciudad de Salta hasta 1930 tuvo un crecimiento demográfico y espacial muy lento; 2) presentaba uno de los porcentajes más altos de analfabetismo del país; 3) mantenía un importante desarrollo de enfermedades endémicas como la tuberculosis y el mal de Chagas.

Para mediados de siglo XX los cambios significativos en Salta se asocian por un lado a un importante crecimiento demográfico de la ciudad, y por otro, a la crisis económica posterior a los años '30. En relación al aumento poblacional señala Álvarez que el mismo "...se produce tanto por el crecimiento vegetativo como por el aporte de migración interna que significa en ese período el 50% de su crecimiento demográfico. Esto último está mostrando la importancia de las transformaciones socio demográficas y también étnicas ya que la población migrante proviene, mayoritariamente, de culturas de origen andino y guaraní." (op. Cit.:137). La ciudad de Salta no contaba con infraestructura suficiente por lo cual las familias migrantes vivían hacinadas.

---

<sup>34</sup> Se denominan gobiernos peronistas en referencia a quien fue el presidente, Juan Domingo Perón.

El procesos de asalarización e industrialización era menor que a nivel nacional y aun se mantenían formas de semi-servidumbre.

Ante los “nuevos” migrantes y otros sectores de la sociedad, los grupos dominantes se autoperceben como naturalmente superiores y, al mismo tiempo, describen “...la existencia de *tipos humanos* considerados racial, social o culturalmente inferiores.” (op. Cit.:13)

Desde la Sociedad de Beneficencia<sup>35</sup>, explica Tenti Fanfani (1989), se consideraba pobres de solemnidad a “...los enfermos que carecieran de todo recurso” y simplemente pobres:

...los enfermos que aptos aún para el trabajo, [poseyeran] algún recurso propio o [recibieran] ayuda de sus familias o de sociedades particulares. Los pobres de solemnidad no pagaban su asistencia, los segundos abonaban de acuerdo a las tarifas establecidas (...) Esta pobreza legalizada e institucionalizada era un recurso utilizado para administrar la beneficencia en forma racional. Este es el sentido de los discursos científicos sobre la pobreza. Las categorías de pobre, el registro y certificados de pobres, permiten establecer distinciones efectivas, que garantizan un uso específico de los recursos de la beneficencia. (Tenti Fanfani, 1989:43)

### **1.3.2 Etapa de transición (1940-1960)**

En la etapa de transición que se establece entre 1940 y 1960 se destaca el carácter local particular que asumen las transformaciones de los gobiernos peronistas. En primer lugar, “...el peronismo, a pesar de su discurso fuertemente antioligárquico, llega a Salta al poder también, con gobernadores pertenecientes a las familias de la oligarquía local.” (Álvarez, 2010:142). En segundo lugar, en relación al Estatuto del Peón, la gran modificación en el ámbito local fue “...la eliminación de formas de sujeción, además de la fijación de salarios muy por encima de lo que se pagaban en Salta...” (op. Cit.:144). El Estado provincial que estaba en manos de la oligarquía local no tenía interés en que “... el Estado, que ellos mismos manejaban, se entrometiera en las relaciones patronales de la finca o en los vínculos sociales en que se basaba el sistema de ‘hacienda’.” (op. Cit.:144).

---

<sup>35</sup>La Sociedad de Beneficencia es una institución que se crea por decreto 1823, que hasta la llegada al gobierno de Juan D. Perón tuvo a su cargo la “ayuda” a los “pobres”. Constituida como asociación filantrópica privada con autonomía sobre las decisiones en la administración de los fondos, aunque sostenida principalmente por aportes estatales, y comandada por mujeres de las clases acomodadas, tenía la siguiente concepción con respecto a la pobreza: “...la razón de la posición económica de los pobres era consecuencia de alguna debilidad moral” (Campana, 2010: 39).

La resistencia a romper con estas relaciones semi-serviles con el “patrón” se ilustra en los argumentos que esgrimían en relación a las dificultades de cumplir con la nueva legislación laboral. Coherente con esta perspectiva es la propuesta que realiza la Federación Rural de una legislación alternativa en la que “... se realizaban consideraciones morales sobre el ‘campesinado’ que se consideraba era menester supervisar, dada la ‘degradación de sus costumbres’ y sus características ‘genéticas inferiores respecto a los obreros del sur del país’.” (op. Cit.:144).

En 1947 se estatiza la Sociedad de Beneficencia y con el peronismo se “...institucionalizó y profesionalizó un modelo de “ayuda” estatal dirigida a los pobres, basado en la gratuidad: la asistencia social.” (Zapata, 2005:21). En relación a las representaciones oficiales sobre la pobreza que justifican las intervenciones, las acciones realizadas en la provincia de Salta eran similares a las manifestadas a nivel nacional por Eva Perón. En esta época la ayuda social se vinculaba a una acción moralizadora y estaba orientada a la recuperación para el trabajo.

Según el gobernador de ese período, Lucio A. Cornejo, se accedía a la “acción social” después de un “prolijo estudio de las condiciones económicas, higiénicas, sociales y morales en que vive la familia” (Cornejo, 1949:119 en Álvarez, 2010:149). Más adelante se retoma esta distinción entre quienes “merecen” recibir la ayuda y quiénes no.

En el ámbito de la salud la población era clasificada en función de:

... la posesión de atributos o elementos ‘indirectos’ que se consideraban que incidían en la salud. En palabras del gobernador: “los salarios exigüos, sin relación con el esfuerzo, una alimentación unilateral, una vivienda precaria sin el más elemental abrigo a las inclemencia del tiempo y los vicios arraigados, coca y alcohol, que en simbiosis marcan secuelas imborrables en el sistema nervioso...(Fassio, 1944:105 en Álvarez, 2010:149).

En este período se estatizan instituciones de intervención social y se conforman nuevas instituciones como la Salud Pública y la Asistencia Social. Bajo el discurso higienista y el desarrollista, explica Álvarez, las concepciones biológicas de los tipos humanos impregnan los dispositivos de intervención social. Se sostiene en Salta durante esa época una mirada racista neo-Lamarckiana que se basa en la idea de las influencias del ambiente sobre los hábitos culturales (Álvarez, 2010). Entre las ideas que se exponen en el discurso del gobernador se destacan: la consideración de la población indígena como

semisalvaje y la asociación entre mortalidad infantil e ilegalidad de las uniones maritales.

### **1.3.3 Etapa desarrollista (1955-1976)**

Después de los dos primeros gobiernos peronistas la Argentina se inscribe abiertamente en las políticas desarrollistas de los organismos internacionales. Se suceden gobiernos democráticos y dictatoriales. En términos de intervención en lo social se comienza a promover el *desarrollo comunitario*, “Dicha estrategia implica una representación del pobre como incapaz de mejorar por sí mismo su situación y concibe la necesaria participación de agentes externos dedicados a detectar sus necesidades y promover su desarrollo.” (op. Cit.:161).

Durante esta etapa en Salta se producen cambios significativos, similares a los que se produjeron anteriormente en la pampa húmeda: crecimiento de la ciudad capital por el aporte de migraciones internas<sup>36</sup>, surge una clase media que comienza a competir por los espacios de poder con la oligarquía<sup>37</sup>, pérdida de poder económico de la oligarquía local.

Si bien se produce un cambio en la configuración social que transforma las relaciones sociales aún persiste en Salta “...una visión inferiorizante de las élites en relación a los grupos sociales considerados pobres y de menor jerarquía en la escala social.” (op. Cit.:162). El interior de la provincia sigue siendo considerado *subdesarrollado*. Y hasta finales de la década del '70, “se observa la supervivencia de una representación de los pobres, los menores y los aborígenes como grupos de una misma categoría ‘inferior’, a la que se pretende tutelar y vigilar.” (op. Cit.:157).

Además de las representaciones sobre las poblaciones consideradas *pobres*, es importante señalar que en esa época, aun cuando no se contaba en el país con una medición de la pobreza por ingreso, algunos datos ubicaban a Salta entre las provincias más pobres del país. En 1967 Salta tenía una expectativa de vida al nacer de 57,6 años, cuando para el total del país era de 66,4. La mortalidad infantil era de 94,4 por mil en 1966, siendo para el país

---

<sup>36</sup> “Salta se caracterizó también por recibir un importante flujo de migración boliviana que originalmente venía a la zafra del azúcar y luego se radicaba definitivamente en el departamento capital. Sin embargo, a partir de 1970, se observa una disminución de la importancia relativa de este tipo de migración.” (Álvarez, 2010:154).

<sup>37</sup> De 1947 a 1960 aumentan los trabajadores por cuenta propia del 5 al 14% y disminuyen los patrones del 15 al 5%, permaneciendo constantes los asalariados (Álvarez, 2010).

52,4 por mil (Oñativia, 1974:4 en Álvarez, 2010:154). El carácter masivo del crecimiento demográfico de la ciudad había dado lugar a la ocupación ilegal de terrenos que se ubicaban en la periferia de la ciudad, las llamadas “villas miserias” que los distintos gobiernos militares buscaban “erradicar”.

Otro aspecto a considerar en relación a la situación de desigualdad económica y social que atraviesa gran parte de la población de Salta en esa época es la situación de los sectores trabajadores. Los políticos de la época la describen como “deplorable” y explicaban que los pagos eran insuficientes en relación al aumento del costo de vida y que no se cumplían las leyes laborales que protegían al trabajador. En relación a las políticas de desarrollo, Ponce Martínez, quien ofició de interventor en la provincia de Salta durante la dictadura militar del '66 al '73, “...manifiesta la necesidad de incorporar a la gestión gubernamental criterios de eficiencia y hace una denuncia sobre la gestión cuasi-familiar de la cosa pública...” (op. Cit.:157).

Se desarrolla en ese período el área de “patologías regionales”. Estas patologías, que ya se advertían en la etapa anterior, se vinculan a una región que muestra ciertos problemas en lo económico, social y sanitario producto de su “subdesarrollo”. Se crea el Instituto de Endocrinología y Metabolismo y el Centro Regional de Investigaciones en Nutrición, estas instituciones tienen entre sus objetivos modificar,

...costumbres y hábitos alimentarios considerados ‘tradicionales’. (...) el saber científico que lo sustenta legitima la circularidad entre lo que se diagnostica como causas del subdesarrollo y la pobreza y las soluciones que se deben implementar para erradicar los ‘males sociales’ o las ‘patologías’ del ‘subdesarrollo’. En este saber médico de lo social hegemónico, la representación de los pobres y pobreza tiene un fuerte componente étnico. (op. Cit.:163)

#### **1.3.4 Etapa neoliberal**

Salta, bajo el gobierno de Juan Carlos Romero, es pionera a nivel nacional en la reforma neoliberal del Estado y en la radical modificación de las políticas sociales (op. Cit.:216). Durante los años '90 se desmantela el modelo de Estado de Bienestar que se había consolidado en la Argentina a través de programas del peronismo a finales de los '40 y se reduce el empleo público, se terciarizan o privatizan los servicios públicos provocando una situación de precarización laboral. Al discurso del desarrollo, que durante la dictadura del '76 al '82 había dado preminencia a criterios “técnicos” y “neutros”, se le introducen

modificaciones que responden a la materialización del discurso del *desarrollo humano* (op. Cit.:217), como, por ejemplo, la incorporación de los *sectores afectados* como participantes de las políticas de “desarrollo social”.

Para tener una percepción de la cantidad de posibles *beneficiarios*, principalmente vinculados a su condición de desocupados, en 1991 Salta es la provincia con mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (32,6%). En mayo de 1995 Salta es la cuarta ciudad que se ubica por encima del promedio de desocupación abierta (18,7%) (Cid, 1996 en Álvarez, 2010:218). En relación a estos indicadores el discurso del gobernador Juan Carlos Romero tiende a esencializar la pobreza, “Sabemos que queda mucho por hacer, que con 12 años de gobierno no podemos cambiar 500 años de historia, de marginación. La pobreza estructural de Salta lleva siglos inserta en la sociedad” (sitio web <http://www.romerojuancarlos.com.ar/gobernador-de-salta/economia-y-empleo/la-economia-de-salta/>).

En relación la representación de *los pobres* en ese contexto Grassi señala,

...cuando los índices de desocupación abierta impusieron el problema por el propio peso de su dimensión, la pobreza se asoció al trabajo; más precisamente a la “falta” de trabajo del sujeto pobre, por causa de sus propias características (esto es, de sus otras carencias, como la educación, el capital cultural) que lo hacían ‘inempleable’. (2002:113)

También Lo Vuolo y otros (1999), reflexionan sobre el modo en que se responsabiliza a *los pobres* de su propia situación de pobreza a partir de la incorporación al discurso neoliberal la visión de la “economía de bienestar”. Según esta visión los individuos no padecen una carencia absoluta, porque al menos poseen un recurso: su fuerza de trabajo.

...la economía de bienestar pretende revelar, ponderar o evaluar la pobreza mediante el análisis de los comportamientos de las personas, observando su esfuerzo por ganar más ingresos, la composición de su canasta de consumo, su actitud frente a los ahorros, la satisfacción de sus deseos, etc. La conclusión de este tipo de razonamiento y de estos métodos de estimación es que la pobreza es un problema de las características personales y las conductas de los propios pobres. (Lo Vuolo y otros, 1999:23).

Junto a la provincia de Misiones, Salta es una de las provincias donde se desarrolla en forma piloto el programa Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR). En este programa, observa Álvarez (2010), los pobres son representados como portadores de “capacidades” a utilizar, el pobre autogestionado. En la jerga técnica se denomina *beneficiarios* a quienes por su

pertenencia a un “grupo vulnerable” acceden al financiamiento de un pequeño proyecto que se supone tienen la capacidad de generar y gestionar. Álvarez señala que las dificultades de “autogestión” de *la gente* en la elaboración de los proyectos ponía en el tapete el descubrimiento de las capacidades e inteligencia de los pobres propio del discurso del *desarrollo humano* (Álvarez, 2008)

Una de las particularidades de Salta en esta etapa fue que mientras a nivel nacional se apela a la idea de ayuda a diferencia de la asistencia, el gobernador de Salta aduce que la ausencia de un liderazgo como el de Eva Perón “... justifica el desentendimiento gubernamental del bienestar transfiriéndolo al mercado y a la sociedad civil (...) Argumentación que libera al estado provincial de sus responsabilidades y compromisos –ya precarios–, con el bienestar, facilitando el retorno de la ‘solidaridad’ a su lugar ‘esencial’: el de la sociedad civil.” (Álvarez, 2010:246)

En un contexto que se caracteriza por altos índices de desempleo, se comenzaron a otorgar subsidios a través de programas focalizados territoriales, es interesante la reflexión de Álvarez sobre cómo se modifica en este período el sujeto de intervención,

Los programas adquieren distintas formas y denominaciones: ‘planes trabajar’, más tarde ‘planes para jefes y jefas de hogar desocupados’, ‘familias para la inclusión’, etc. Estos desplazamientos evidencian una reconversión de las categorías de trabajadores y ciudadanos. Antes los ciudadanos eran portadores de derechos, convirtiéndose ahora en personas ‘bajo planes’ (Cravino et. al. 2002) que sobreviven en la línea de los mínimos biológicos. (...) reconvierten la política social desatando los derechos sociales de la condición de ciudadanía o trabajador, atándolos a un sistema de tutela asistencial... (op. Cit.:237).

En esta etapa los programas se basan en el supuesto que la vulnerabilidad es una condición transitoria de las poblaciones sobre las que se hace foco. Las *poblaciones vulnerables* “...objeto/sujeto fundamental del Desarrollo Humano son aquellas poblaciones cuya condición personal o grupal (indígenas, mujeres y niños pobres) o atributos (falta de trabajo, desnutrición, embarazo, enfermedad, etc.) los hace el centro de estas políticas.” (op. Cit.:241).

Bajo sus distintas nominaciones “vulnerables”, con “necesidades básicas insatisfechas” o “pobres estructurales”, estas poblaciones son identificadas a partir de un mapeo técnico minucioso (Álvarez, 2010:236). Las políticas sociales focalizadas adquieren en esta etapa una tecnificación en cuanto a los sistemas de información y la capacitación de cuadros técnicos que responden a los requerimientos de organismos internacionales de financiación.

#### 1.4 Clasificación de la pobreza en la lógica de asistencia institucional

La desigualdad social como categoría históricamente situada, relacional y dinámica se encuentra inmersa en las relaciones de hegemonía-subalternidad dominantes en cada contexto. Siguiendo a Menéndez (2001), es que se propone observar las desigualdades sociales en las prácticas sociales a través de las cuales se realizan.

Al profundizar en los criterios de clasificación que imperan en determinadas lógicas asistenciales es posible advertir los modos de construcción de alteridad que se producen y reproducen en relaciones desiguales, selectivas o discriminatorias que son en definitiva relaciones desiguales de poder.

- y lo último, el tema, esto que se está diciendo, hay gente que dice que... “la mujer se queda embarazada para cobrar la asignación universal”, ¿vos qué pensas?
- Ay si, sí. Yo pienso que sí, porque yo he visto, he visto permanente que cortan en el 7mo, (...) Porque con esa plata que te dan no me digas que crías 7 hijos bien. ¿Eh? No, no. O sea, siento que no, no... que valoran más el... ay, no sé, será que a mí me gusta tanto trabajar, que hay mujeres que no. Creo que no están educadas para trabajar y ganar el sustento, y decir yo puedo, es posible, Yo, para mí, los subsidios no han sido, no sé, bueno, ese es otro tema (risa) tema... político pero si, si lo he sentido, acá se lo ha visto muchísimo, preguntale a cualquiera de mis compañeros, y la mayoría de las mujeres de acá tiene 7 hijos, la mayoría. Eh...Ya son menos, por eso te decía, ya son menos, te acordás que antes se veía de 8, de 10, 12, 14 hemos tenido nosotros, que ahora ya están grandes, este... pero **si** es característico 7, 7, 7 hijos, mamá de 7 hijos. O sea... por qué no 9, por qué no 8, o por qué no 6, si vos querés, no, 7 hijos.  
(Enfermera – diciembre, 2013)

Aquellas prácticas donde la persona se significa como una *avivada* o *calculadora* están ancladas en la “sospecha” de que las mujeres tienen una determinada cantidad de hijos en función de los parámetros establecido por un programa asistencial, en este caso la pensión denominada “*Madre de siete hijos o más*”, porque “eligen” estratégicamente depender de los beneficios sociales en lugar de conseguir un empleo y porque “no les gusta trabajar”.

Esta mirada sobre el usufructo que hacen las mujeres *pobres* de su capacidad reproductiva refleja “ciudadanías de segunda racializadas” (Álvarez et. al, 2012), más aún cuando se trata de mujeres bolivianas que tienen sus hijos en la Argentina. Como lo refleja el siguiente fragmento de una entrevista realizada a una enfermera, no solo se les cuestiona a las mujeres bolivianas el

uso de los servicios médicos y el cobro de los beneficios sociales, también estas mujeres se convierten en “...la amenaza de las clasificaciones esencializadas y de los criterios en que éstas están fundadas, de las formas establecidas de percepción y valoración de un mundo ordenado.” (Caggiano, 2007:105).

- En cuanto al tema de salud ellos [bolivianos] saben que se garantiza digamos cierta eh... atención, cuando van a tener el bebé, eh, después que nació el bebé, se quedan mucho tiempo, el que consigue un terrenito... Nosotros tenemos casas acá, inclusive que estamos con tratamiento de TBC, que en un terreno deben tener 10x25, 10x30 acá, no son más grande, **cuatro** familias y están repartidos y tienen casitas hechas y cada uno tiene un montón de hijos o sea, este... eh... el tema de las asignaciones se ve que, y hacen los trámites y... todo lo que, por eso a mí me llamaba la atención siempre ese tema, de ese ir y venir, ir y venir constante que tienen algunas familias. Te acordás que en una época traían ropa para vender acá, pero no, parece que se está mejorando la situación económica allá, inclusive una mujer me contó un día ‘ay doña (...) me va a dar turno más retiradito porque no voy a venir acá, que se yo, este mes’, ‘¿a dónde se está yendo?’, ‘me voy a mi pago, a verla a mi mamá porque están dando terrenos’ Parece que allá le están dando a los campesinos este... determinadas partes de tierra para cultivar. Entonces, cuidan lo que tienen acá, porque acá tienen terreno y cobran su asignación.

(Enfermera – diciembre, 2013)

Al nacimiento de un niño/a de padres bolivianos en territorio argentino se encadena la posibilidad de que estos padres obtengan el Documento Nacional de Identidad (DNI), que accedan a tierras y después a derechos vinculados a la ciudadanía. La ocupación de tierras, el acceso a ciertos beneficios sociales o la atención gratuita en los servicios de salud son prácticas aceptadas o condenadas en función de una clasificación que distingue, por un lado, a los “merecedores” y a un *nosotros* moralmente correctos y, por otro, a los “pobres calculadores” y a *los de afuera* que se “aprovechan”.

En un estudio realizado por Álvarez, Aguilar y Perelman (2012) sobre *la toma* de tierras<sup>38</sup> en catorce zonas de la provincia de Salta durante los meses de enero a abril de 2011, las autoras muestran como detrás del discurso dominante que otorga legitimidad a ciertos reclamos sobre la posesión de tierras se puede advertir el imaginario dominante sobre los “buenos pobres”, los que “realmente” necesitan y de los cuales se espera, o se exige, que sean

---

<sup>38</sup>El tema de *las tomas* es de interés particularmente para esta investigación pues el barrio en el que se desarrolla la etnografía surge a partir de la ocupación a través de los llamados *asentamientos* en tierras fiscales, privadas o de uso público.

“moralmente correctos” y solidarios. En tanto esta moralidad no se le exige a los sectores de clase media que acceden a las viviendas de “interés social”, fuertemente subsidiadas por el Estado (Aguilar, 1994 en Álvarez et. al. 2012), “...se devela la desigualdad, que no sólo se basa en cuestiones económicas sino también en creencias acerca de las jerarquías sociales, los rangos de desigualdad, la moralidad y prácticas racistas.” (Álvarez et. al. 2012:224).

La valoración moral que se hace de ciertas prácticas permite distinguir entre un grupo de los “pobres válidos”<sup>39</sup>, los “pobres honrados”, los *merecedores* de la protección estatal y otro grupo que se lo excluye de las ayudas sociales o son objeto de condena social, en el que se encuentran los *marginales*<sup>40</sup>, los que “tienen hijos para cobrar la asignación” u “ocupan tierras para luego revenderlas”. Quienes conforman el primer grupo poseen características que los transforman en objeto de programas de desarrollo económico, sanitario, educativo y social (Larrea y Barreto, 2006). En la construcción de estos dos grupos las lógicas asistenciales contribuyen a producir y reproducir un orden social desigual en el cual “El derecho pierde su carácter de universal y se aplica a aquellos moralmente merecedores.” (Álvarez et. al. 2012:220).

En el caso, por ejemplo, de la política de AUHPS, a las que refieren las mujeres del barrio como *la asignación*, aun cuando evita la estigmatización característica de las políticas sociales neoliberales, su carácter condicional refuerza el rol de los efectores de salud y educación como agentes de control social. A quienes cobran la AUHPS se les retiene el 20 por ciento del beneficio hasta que realicen la presentación de controles sanitarios y educativos. Estos requisitos, al no ser solicitados a los trabajadores formales, establecen una distinción entre aquellos que no requieren ayuda y los “sujetos merecedores” de protección estatal, cargando, estos últimos, “... con el síntoma de una falta, o carencia moral, que se personaliza en su accionar dejando ensombrecidas las condiciones de vida disponibles para esos sujetos.” (Lorenzetti, 2012:79).

---

<sup>39</sup>En el glosario internacional sobre pobreza editado por Spicker et. al. se señala que la distinción entre pobres válidos y los inválidos proviene de los análisis sobre la pobreza realizados durante el siglo XIX, en particular los de la Sociedad de Organización Caritativa de Gran Bretaña. “Los primeros, se decía, debían su condición a ‘desgracias ajenas a su voluntad’, tales como la enfermedad, discapacidad, accidente, muerte del principal perceptor de ingresos, orfandad, etc. En cambio, se consideraba que los pobres inválidos habían caído en la pobreza porque no habían sido lo suficientemente precavidos y eran, por lo tanto, responsables de sus desgracias. En los comités caritativos o de voluntarios, los funcionarios o la asistencia individualizada decidían sobre los méritos del solicitante, y la asistencia o caridad era sólo concedida a los pobres válidos.” (2009:223)

<sup>40</sup> En este caso marginal se utiliza como desviado, tomado de la sociología funcionalista, “... el concepto de marginalidad para designar a aquellas personas cuya expresiones culturales y formas de vida están fuera de los límites de la ‘normalidad’” (Spicker et. al. 2009:188)

Es una distinción similar a la que se plasma en la etnografía María Pozzio (2011). Las mujeres que concurren a los centros de salud y las mujeres que trabajan en él son, o potencialmente pueden ser, “madres”, sin embargo mientras que las primeras son denominadas como “destinatarias” o “mujeres bajo programa”, las funcionarias del Estado aunque sean “madres” no reciben estas denominaciones. Pozzio observa en esta diferencia que la mujer “bajo programa” “... es visualizada por el Estado por poseer determinados atributos: estar en edad fértil, tener capacidad reproductora, ser “madre” de hijos menores, todas cuestiones que se vuelven centrales a la hora de convertirse en ‘destinatarias’ de una política de salud.” (Pozzio, 2011:26).

## Capítulo 2

### La gestión de los “cuerpos en riesgo”



Cocina del comedor (Foto: Kate Ono Rahel)

*Mientras esperamos que lleguen las verduras del comedor nos ponemos a conversar. Les pregunto si, además de la pensión por 7 hijos, existe algún plan y Nadia me responde que solo la asignación, que ella la está cobrando pero que a los tres días ya no tiene dinero, que no alcanza para nada.*

*Una vecina le dice a Nadia que al nene de 4 lo tendría que mandar a pre-jardín sino le van a sacar la asignación. Nadia cuenta que ella no consiguió donde mandarlo, que el año que viene lo va a mandar.*

*Viviana comenta que un día vino alguien a su casa y dijo que venía del Ministerio de Educación y preguntó por su hijo y si iba a la escuela, ella dijo que sí, dio el nombre de la escuela y decía, “supongo que si quiere saber va a ir a preguntar a la escuela”. Después reflexionó sobre como los quieren tener controlados.*

(Notas de campo – agosto de 2012)

Los temores de que les quiten el beneficio económico por no cumplir con los requisitos establecidos por la política de protección social nos lleva a preguntarnos sobre este modo de gobierno de la pobreza que por un lado, pone la mirada sobre ciertos atributos negativos que se atribuyen a estas poblaciones y que procuran ser controlados (la falta de *planificación familiar*, el analfabetismo y la desnutrición infantil, entre otros). Y, por otro lado, de acuerdo con el planteo de Fassin (2003), antes que el acceso a un derecho, lo que se constata es una relación de obligación para con el Estado.

Como bien describen Kymlicka y Norman, según los postulados de la denominada nueva derecha,

...el esfuerzo por asegurar la integración social y cultural de los más pobres debe ir “más allá de los derechos”, focalizándose en su responsabilidad de ganarse la vida (...) se debe cortar la red de seguridad y todo beneficio social restante debe conllevar alguna obligación [sin embargo] el recorte de los programas de asistencia, lejos de convertirse en un estímulo para los desfavorecidos, tuvo la consecuencia de expandir el grupo de desclasados. Las desigualdades de clase se exacerbaban y los desempleados y trabajadores pobres fueron efectivamente “desciudadanizados” al volverse incapaces de participar en la economía de la nueva derecha. (1997:10-11 en Campana, 2010:135).

El desarrollo de la medicina higienista se inscribe en el despliegue de gobernabilidad del Estado moderno sobre la población y la regulación política de la vida al que Foucault denominó biopolítica. Preocupado por el cómo del poder, Foucault (1996) categoriza a la biopolítica como una nueva técnica de poder dirigida a la multiplicidad de los seres humanos, que pone bajo control

los procesos propios de la vida (nacimiento, muerte, reproducción, etc.) Desde fines del siglo XIX la medicina higienista brindó las herramientas para el gobierno de la pobreza.

La temprana asociación entre pobreza y enfermedad plasma la influencia de ideas europeas y anglosajonas en la medicina higienista (Campana, 2010; Álvarez, 2008). Entrado el siglo XX, las propuestas del higienismo, que tuvieron su origen en las epidemias locales de fines del siglo XIX, comenzaron a abarcar diversos aspectos de la vida social y paulatinamente se trasladaron al terreno del asistencialismo (Galeano, 2007). Los higienistas exigieron al Estado "...intervenciones tanto dirigidas a la población en general -fundamentalmente de prevención- como hacia los sectores pobres, considerados como grupos de riesgo y foco principal de las epidemias." (Campana, 2010:50).

Jacques Donzelot, en su conocido estudio sobre la medicalización policial de la familia, destacó que el higienismo "no trata de contener la demanda inflacionista del papel del Estado, sino, al contrario, de utilizarla como instrumento directo, como medio material para conjurar el peligro de la destrucción de la sociedad por el debilitamiento físico y moral de la población..." (1998:59). El Estado fue entonces ampliando las intervenciones sanitarias, apoyado en el prestigio de una medicina higienista de corte social, desde las primeras intervenciones vinculadas principalmente a las epidemias (obras de infraestructura, la creación de instituciones y campañas de vacunación) hasta la pedagogía social de la higiene.

Así, el discurso médico-científico se sobreimprime al discurso moral y lo refuerza, produciendo nuevas técnicas que, basadas en un saber pretendidamente científico, perfeccionan las herramientas de comprobación, clasificación, tipificación y demarcación de la pobreza. Técnicas soportadas en una estrategia de racionalización de la asistencia, dirigidas a intervenir activamente sobre los factores determinantes de la enfermedad social: miseria, ignorancia, relajación de costumbres. (Campana, 2010:52-53)

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable es un buen ejemplo de una intervención política local que articula el discurso médico higienista clásico de la salud pública con ideas neoliberales más modernas que sostienen una "...concepción de la libertad que se aleja de las aspiraciones emancipatorias, para dar paso a la disciplinada y responsable autonomía de la ciudadanía." (Campana, 2010:125).

En este capítulo se propone profundizar en esta articulación que ha dado lugar a la gestión focalizada en los “cuerpos en riesgo”. Para que ciertos cuerpos sean categorizados dentro de una “normalidad *saludable*”, deben existir otros, los que escapan a un control racional de su sexualidad o que realizan prácticas sexuales que se salen o alejan del estándar heteronormativo, que son calificados como “cuerpos en riesgo”<sup>41</sup>. Estas clasificaciones están mediadas por otros elementos de la estructura social tales como la etnia, la edad, la sexualidad, y la clase social, entre otros. De acuerdo con Almeida Filho et. Al (2009), los discursos sobre los riesgos para la salud:

...consisten en construcciones circunstanciales, de carácter normativo, inapelablemente vinculadas a otros intereses. Dependen, explícitamente o no, de definiciones de lo que es el ser humano, el tipo de sociedad que se anhela y los modos de alcanzarla (2009:326).

Así, lo específico de la estrategia neoliberal en el gobierno de la pobreza es la focalización en *los más pobres* entre los pobres y a su vez es el desplazamiento de la responsabilidad sobre los riesgos sociales hacia los sujetos individuales (Lemke, 2006 en Romero, 2010).

### **2.1 El contexto normativo de las políticas vinculadas a la salud sexual y (no) reproductiva.**

La presencia de un programa nacional como el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable puede significar un hito en la trayectoria de una persona, como es el caso de Nadia. Ella recuerda bien a partir de qué hijo comenzó a tener acceso gratuito a los anticonceptivos en la *salita*. Nadia tiene 31 años, a los 16 años tuvo su primera hija y después, con intervalo de uno o dos años, tuvo tres hijos más. Tenía 4 hijos cuando comenzó a implementarse el programa en la provincia de Salta, 5 años después nació su quinto hijo que “vino por un descuido” utilizando preservativos. Actualmente se *cuida* con anticonceptivos inyectables que se coloca en el CAPS del barrio, realiza estudios de nivel medio por las noches y explica los motivos por los que no quiere tener más hijos, aunque su marido sí quiere seguir teniendo.

- Ya tenía 3, 3 claro, ya le tenía las 3 nenas, o sea, antes viste que no te hablaban tema de cuidarse en la salita porque no te daban nada, viste que antes no había eh, las pastillas gratis, no

---

<sup>41</sup> La dicotomía normal/anormal, “cuerpos saludables”/“cuerpos en riesgo” garantiza la existencia de fronteras que establecen la estricta separación entre quienes están adentro y quienes quedan ubicados en la periferia de la heteronorma saludable aunque físicamente se encuentre próximos.

había los... no había anticonceptivos gratis. Después que yo le tuve a las 3 nenas por ahí, si, ya empieza porque yo me acuerdo que mi hermana retiraba. No! Cuando tenía al Davi, si... [Sale a atender la puerta]

Y... Claro, ve, de ahí yo recién, eh... porque yo me acuerdo que mi cuñada, la mujer de mi hermano eh... retiraba pastillas para... para bebé que estabas dando de mamar, y otras que había para que no estabas dando de mamar. Bueno ella retiraba para lo que estabas dando de mamar y mi hermana retiraba las otras que no daban para mamar, ¿viste? Pero hace cuando! Mirá en el 2003.

(Nadia – abril, 2013)

Nadia remarca dos aspectos que cambiaron a partir de la existencia del programa, por un lado que se habla del “tema de cuidarse” y, por otro, de la entrega gratuita de anticonceptivos.

El proceso para que Nadia acceda de forma gratuita a un método anticonceptivo a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable fue largo y atravesado por un arduo conflicto político entre sectores católicos conservadores y sectores progresistas. Como se mencionó en la introducción, con el retorno a la democracia (1983) se derogan una serie de decretos y leyes restrictivas y, al mismo tiempo, a mediados de 1986 a través del decreto 2.274 se reconoce -por primera vez en un instrumento legal- “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos”. Las acciones de este decreto estaban orientadas a mejorar la salud de la madre y el niño, y fortalecer y desarrollar la familia (Ramos et. al, 2001).

En el año 1994 la Reforma Constitucional se constituye como un hito ya que otorga el carácter de derechos a la sexualidad y a la reproducción al reconocer las declaraciones provenientes de instrumentos internacionales de derechos humanos<sup>42</sup> como parte de su cuerpo normativo. De acuerdo con Levín “Si bien implica un reconocimiento formal, constituye a la vez un hecho político y un desafío para la ciudadanía.” (2009:13).

La presión social del movimiento de mujeres, el compromiso de varios legisladores y un clima favorable en la opinión pública permitieron que en 1995 se apruebe en la Cámara de Diputados de la Nación la Ley de Procreación Responsable. Como señalan Ramos et. al. (2001), se logró la aprobación después de un dificultoso proceso producto de la fuerte presión de la Iglesia Católica y

---

<sup>42</sup> “Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer expresamente prevén estos derechos, como derechos humanos, y al integrar la letra constitucional adquieren la misma jerarquía jurídica para nuestro Derecho.” (Levín, 2009:13).

del bloque de diputados oficialistas. Esta Ley nunca obtuvo la media sanción de la Cámara de Senadores porque se negaron a darle tratamiento.

En el plano internacional, después de un largo proceso en el que se implicaron movimientos feministas y cientos de movimientos de defensa de los derechos en salud, surge en 1994 el Programa de Acción de El Cairo. Este fue el primer documento político internacional aprobado por 179 países en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. En el texto del Programa se hace mención al derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello y también, incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

Un año después, la IV Conferencia Internacional de la Mujer realizada en Beijing (1995) establece las bases para un cambio de paradigma. Durante décadas se desarrollaron acciones para reducir la fertilidad y el crecimiento poblacional, el nuevo paradigma pone el acento en los derechos sexuales y reproductivos. Es necesario destacar que “...el término derechos reproductivos no es un concepto impuesto por los organismos internacionales sino que tiene que ver con el movimiento de mujeres y las feministas (Sen et al, 1994)” (Brown, 2007:177).

A mediados de los años '90 en la Argentina, en consonancia con las propuestas que se hacían en las Conferencias internacionales, conocidas como El Cairo (1994) y Beijín (1995), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y diecisiete de las veintitrés provincias aprobaron leyes a partir de las cuales se crearon programas que en su mayoría se direccionaban a la salud reproductiva de las mujeres. También influyó en la creación de programas dirigidos a la salud reproductiva la introducción, en un contexto de implementación de políticas de corte neoliberal, de una profunda reforma del Estado que incluyó la privatización de las empresas y la desregulación de los servicios públicos. Los procesos de descentralización de los servicios públicos de salud posibilitaron la transferencia de recursos a las jurisdicciones, lo cual les daba la posibilidad de fijar prioridades de salud pública y avanzar en la institucionalización de la agenda de la salud reproductiva (Alonso, 2003).

La Ley Nacional N° 25.673 se sanciona a finales del año 2002 y se reglamenta en el año 2003, mediante la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

Con un pasado de políticas de protección a la maternidad, de restricciones a la anticoncepción en gobiernos democráticos y militares y de fuertes oposiciones de la Iglesia Católica que se filtraban en las discusiones de los legisladores, la sanción de una Ley en materia de derechos reproductivos y sexuales demoró casi 10 años desde que la Argentina vuelve a tener un gobierno democrático. Frente a este dificultoso recorrido, Griselda Meng (2006) se pregunta por los fenómenos que propiciaron finalmente la sanción de la ley:

Uno de los factores que pareciera cambiar el mapa de actores y que aporta al ejercicio y a la construcción de los derechos de las mujeres es el aumento de la presencia de mujeres en espacios de decisión en el Estado. (...) La presencia de mujeres en instancias institucionales no necesariamente garantiza una labor defensiva y reactiva frente a la posición de la mujer, sin embargo, el recorrido del proceso de tratamiento parlamentario evidencia la existencia de alianzas interpartidarias de mujeres al momento de presentar los proyectos y defenderlos. (2006:105-106)

Por otra parte señala Meng que la Ley se sanciona en un gobierno de transición que había debilitado el poder del ex presidente Carlos Menem, uno de los principales opositores de la ley durante los noventa<sup>43</sup>, y que había cambiado la composición del Senado.

Varias autoras, como Meng (2006), Ciriza (2007), Levín (2009) y Harcourt (2011), se han ocupado de señalar que los derechos sexuales y reproductivos en un contexto neoliberal se limitaron a construir cuerpos reproductores sanos, capacitados y al servicio de los otros. Esta esencialización y universalización del cuerpo femenino, observa Harcourt, también formó parte de una de las mayores críticas al Programa de Acción de El Cairo, “Seguramente se había ganado en temas de salud y derechos reproductores, pero no se operaron cambios en la pobreza ni en la desigualdad social y económica” (Harcourt, 2011:67).

En tanto se sustituyen los aspectos más complejos y radicales de garantizar los derechos sexuales y reproductivos por la atención a la salud, lo que se ha “conquistado” es la atención focalizada en los cuerpos de “los pobres”.

---

<sup>43</sup> El presidente Carlos Menem acompañó durante su gestión (1989 –1999) las posiciones del Vaticano sobre aborto y familia en los foros internacionales. Su postura antiabortista se instituyó en el calendario, estableció la fecha 25 de marzo como el Día del Niño por Nacer (Meng, 2006)

Lo que se promociona como un derecho, el acceso gratuito a los métodos anticonceptivos, no son más que acciones dirigidas a un sector de la población “los más pobres”, las mujeres, que se convierten en merecedoras de asistencia antes que en sujeto de derecho. Rifiotis (2007) problematiza la traducción jurídica de los derechos que generaría más que una *cultura de derechos* la repetición de sujetos infantilizados y tutelados en su capacidad de acción.

Por su parte, Briggs señala que la asistencia médica, impregnada por una lógica mercantil y liberal, es presentada “...menos como un derecho garantizado por el Estado que como una mercancía, que es vendida por instituciones privadas a unos ‘consumidores’ que realizan elecciones racionales y basadas en sus propios intereses.” (2005:114).

Aun cuando los derechos sexuales y reproductivos queden circunscriptos al ámbito de la salud y a una lógica liberal, el hecho de que se instale como tema en el CAPS el *cuidar(se)* y la gratuidad de los métodos anticonceptivos son avances significativos en relación a los derechos para las mujeres en tanto les abre el camino para la ampliación de derechos de ciudadanía. En particular en provincias como Salta que aun depende del programa nacional para proveerse de insumos porque la Ley provincial de Sexualidad Responsable no se encuentra reglamentada.

Hasta el 2006 lo que se garantizaba desde el Estado eran las decisiones vinculadas al número y espaciamiento de los hijos brindando beneficios de salud pública a través de la anticoncepción reversible. Con la sanción de la Ley Nacional 26.130 que garantiza el acceso a la anticoncepción “permanente, no definitiva” (anticoncepción quirúrgica) se amplían los derechos aunque aún, de acuerdo con la ley vigente que impide el acceso a abortos seguros, no se garantiza plenamente el derecho a no procrear cuando se produce un embarazo no deseado o se producen fallas en los métodos anticonceptivos.

- Y antes de ligarte... vos decidiste... las pastillas ¿cómo fue que decidiste?
- Bueno, eso fue en el centro de salud
- Me decías que eso fue una decisión tuya, digamos, que tu marido te retó un poco y después entonces te fuiste a averiguar sola al centro de salud...
- Claro,
- Y ahí ¿quién te atendió?
- Me atendió la, una doctora que me dio las pastillas que son gratis ahí en el centro de salud y que son mensuales, pero me caían mal al estómago.
- ¿Te ofreció otro método?

- Si, me ofreció otro método pero me dijo que... me dijo que lo que, lo más... común eran las pastillas, eso inclusive le daban ahí en la salita y... y no tenía que andar haciendo nada, nada más. Pero no, de, de... de ligarme las trompas ella ni habló, no, no. Pero yo veo, ya me enteré por la televisión, vio que uno se entera de todo y... que había salido una ley, que uno puede ligarse. Todavía no, no decidía ligarme yo, me fui por las pastillas pero me hacían mal al estómago.

(Alina, febrero de 2013)

La mera existencia de una ley y de un programa no significa que los derechos estén garantizados. En el caso de la anticoncepción quirúrgica, es analizado por Cynthia del Río Fortuna (2009) los modos en que los profesionales niegan al acceso a esta técnica. Así asignan ciertos atributos negativos (abandono de los controles ginecológicos, ausencia de medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual y VIH una vez que “desaparece” la preocupación del embarazo) a un sector de la población que solicita la ligadura tubaria “por capricho” o “por comodidad”. Contradictoriamente, estos atributos desaparecen cuando la solicitud se vincula a una “necesidad real”. Esta distinción entre “merecedoras” de la ligadura tubaria y quienes la solicitan “por comodidad”, vuelve a mostrar que antes que a un derecho se accede a una práctica asistencial en función de ciertos atributos.

Por otra parte, continuando con del Río Fortuna, también se debe considerar que el acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina resulta mediado por “...la construcción social hegemónica que identifica a la mujer como madre, responsable por la supervivencia de la prole...” (2007:183). El caso extremo para analizar en este sentido es la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Poovey señala, reflexionando sobre los argumentos que se esgrimen generalmente para apoyar la legalización de la IVE, que “Si a las mujeres se les permite cuestionar o rechazar la maternidad, entonces no sólo se desafía la idea de una base natural de derechos, sino también la base natural de la identidad femenina y por implicación de la identidad masculina.” (Poovey, 1992).

Lo expuesto hasta aquí refleja una tensión, que ya ha sido planteada por otros autores (Rifiotis, 2007; Grassi, 2003), entre el Estado como el garante de los derechos y el Estado como productor y reproductor de desigualdades y de relaciones sociales de dominación basadas en el género, la “raza” y la clase. En la política de salud sexual y reproductiva es posible advertir la contradicción entre la promoción del ejercicio de la libertad sobre el propio cuerpo y, los modos

de gestión de esos “cuerpos en riesgo” que contribuyen a producir y reproducir un cuerpo controlado y sometido al arbitrio del interés general.

En este sentido la mirada etnográfica puesta en las experiencias vividas en relación al ejercicio de estos derechos, también debe reconocer en estas experiencias los vínculos con procesos históricos, procesos macrosociales, discursos y moralidades que operan sobre los derechos sexuales y reproductivos (Harcourt, 2011; Epele, 2010).

## 2.2 “Sujetos de intervención pedagógica” (Briggs, 2005)

Si antes el mito que circulaba sobre *los pobres* era “No tienen para comer pero tienen un televisor”, hoy el mito se actualiza y, vinculado a la provisión de anticonceptivos. Es frecuente escuchar: “No tienen para comprar el inyectable pero tienen para comprar la tarjeta para el celular<sup>44</sup>”.

- ¿y el tema de los inyectables que no hubo en un momento?
- ay, ese es otro tema, realmente se vio embarazadas, se vio mujeres embarazadas. Pero yo decía, o sea, mirá la relación que uno hace, ¿no? si tenés para comprar, porque acá no es que vienen que vienen con este celular, ¿ves? Este comunachito (me muestra su celular) ¡No! **Así** unos celulares traen, o sea, si vos tenés para comprar la tarjeta, aunque sea una tarjeta para un celular, no podés dejar de comprarte la inyección cuando, y eso se lo decimos, ¿no? ‘a no dejársela de colocar, ¿no? Aunque no tengan acá la tienen que comprar’ yo les digo. ‘Vos juntá así sea moneditas todos los días, pero no te la dejés de poner porque te quedás embarazada.’ O sea, yo trato de... y mis compañeras también, ¿no?

(Enfermera – diciembre, 2013)

La solución ante la falta de provisión de métodos anticonceptivos es individual y la responsabilidad recae en las mujeres por considerar que no son lo suficientemente previsoras. Lo que subyace es por un lado, retomando la idea de Melisa Campana (2010), un objetivo de moralización de las necesidades y, por otro, el interés de privilegiar la “enseñanza” y el “consejo”, antes que la “ayuda” (Grassi, 2003). La “ayuda” es otorgada a quienes se muestren dispuestos a modificar esas pautas culturales, es decir, que para convertirse en “merecedores” de la “ayuda” deben demostrar que cumplen con ciertas expectativas sociales sobre la maternidad, la fecundidad, la higiene, la educación, entre otras.

---

<sup>44</sup> Celular es el modo en que se denominan los aparatos de la telefonía móvil en la Argentina.

La Argentina, influenciada por el pensamiento higienista europeo, desarrolló un movimiento sanitario a fines del siglo XIX con el fin de mejorar las condiciones sanitarias y de salubridad del país. La conjunción de las ideas higienistas y eugenésicas promovidas por la Generación del '80<sup>45</sup> se ven reflejadas en la tesis de Elvira Rawson de Dellepiane, presentada en 1892, titulada: "Higiene de la mujer". En ella, se señalaba que la mujer tenía una "misión reproductora" y que "de ella depende la virilidad de la raza, la moralidad de un estado, el valor de sus hijos" (Rawson de Dellepiane, 1892:12 en Ledesma Prietto, 2014).

Las emergencia de ideas eugenésicas fue relativamente contemporánea a sus orígenes europeos, pero la Argentina privilegió una vertiente eugénica neo-lamarckiana y fue menos receptiva de la eugenesia "negativa", basada en teorías genéticas que proponían limitar o impedir la reproducción a través de esterilizaciones y abortos eugénicos (Nari, 2004). Señala Marcela Nari (1996), "La despoblación y la degeneración aparecían como los 'fantasmas sociales' (con todos los componentes biológicos y morales que implicaba 'lo social' por entonces) que era necesario combatir." (1996:153).

Ledesma Prietto (2014) recupera el posicionamiento de Josué Beruti, un médico argentino de principios del siglo XX,

El foco estaría puesto en las madres pobres, 'sin ética sexual', débiles, que transmitían esa debilidad a su descendencia. Con estas madres, decía 'no es posible hacer obra eugénica' que era una cuestión fundamental primero, 'porque la situación de ignorancia y de falta de educación de las madres lleva aparejado la contemplación del más grande de los problemas médico-sociales: el de la miseria y todos sus derivados'. (2014:99)

Para el período 1890 – 1940, Nari (1996) analiza cómo el discurso médico pronatalista se basó y, al mismo tiempo, contribuyó a conformar el nuevo ideal de "mujer = madre". Desde la medicina moderna, las mujeres fueron convocadas para "aprender a ser madres". Los motivos por los cuales la mayor parte de los médicos rechazaban y combatían las prácticas anticonceptivas y los abortos estaban vinculados a aspectos "morales" y "biológicos". Nari muestra cómo a la influencia ejercida por el catolicismo, se le sumaba, desde fines del siglo XIX, la influencia del pensamiento poblacionista francés.

---

<sup>45</sup> Bajo la denominación de la Generación del '80 se conoce a la élite gobernante de la República Argentina durante el crucial período de la República Conservadora (1880–1916)

Los comportamientos desviados de la “maternalización de la femineidad” como norma, fueron incorporados como “trastornos psíquicos”. Nari recupera relatos de la época donde se explicaba el abandono de los niños por el efecto que la miseria y el deshonor producían en los ‘débiles’ organismos femeninos. “Sólo cuando la maternidad dejara de ser una ‘pesada carga’ para las mujeres se restablecería la ley natural del deseo del hijo y, en consecuencia se acabaría con el flagelo del neomaltusianismo” (Nari, 1996:177).

Estos discursos se reactualizan con la estrategia de gubernamentalidad neoliberal. Siguiendo a Foucault, todos los problemas de la protección de la salud, de la higiene pública, de la educación, son repensados como elementos capaces de mejorar o no el capital humano, “...se trata de pensar la falta de despegue de la economía tercermundista no tanto en términos de bloqueo de los mecanismos económicos, sino de insuficiencia de inversión en capital humano” (Foucault, 2007:274).

En el año 2006, para el prólogo de un libro, el entonces Ministro de Salud de la Argentina, Ginés González García, señalaba, “...tal como lo prevé la propia Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable: no se trata únicamente de proveer cosas o transmitir información, sino que además hay que formar comportamientos que permitan garantizar el ejercicio de derechos.” (González García, 2006)

Entre los profesionales de salud encontramos en una investigación previa (Pérez Declercq, 2010) que algunos asumen esta tarea de “formar comportamientos” con una fuerte convicción, una médica toco-ginecóloga lo expresa de este modo,

...no pase únicamente aquí con la sola asistencia de resolverles un flujo, de controlarle un embarazo o de darles una pastilla para que se cuiden (...) hay muchas que por ahí me tildan que yo soy medio idiota, medio mala, medio secota pero porque trato de que ella se valoricen un poco **más!** (...) de que presten atención o... no le terminan de dar un papel y el hijo ya le agarra el papel y ya lo ha arrugado y... ‘no te lo voy a volver hacer al papel, porque tienes que aprender a cuidar y hacer ciertas cosas.

(Toco-ginecología, octubre de 2008)

La práctica que se asume está basada en la noción de capacidades, pilar del discurso del *desarrollo humano* que revaloriza las “destrezas” o “habilidades” de *los pobres*. Dice irónicamente Álvarez, “...un nuevo descubrimiento de la economía política ha dado a luz. Las personas, y sobre todo las personas pobres,

no son indolentes o inútiles, tienen capacidades y pueden, con recursos limitados, sacar provechos diferenciados si son buenos jugadores” (2008:123).

La noción de “capacidades”, junto a las de habilidad y agencia, conforman el Enfoque de las Capacidades (EC) de Amartya Sen que ha influenciado fuertemente el discurso del *desarrollo humano* (Álvarez, 2005). Desde el EC, las habilidades serían las diversas condiciones de vida que pueden o no ser alcanzadas y equivalen a estados de bienestar. Respecto al concepto de agencia, Álvarez indica que Sen se refiere a “... la capacidad de obrar de los seres humanos más allá de las condiciones de carencia que poseen” (2005:257) y que para Sen los individuos son agentes y no meros depositarios de bienestar.

Como ejemplifica Harcourt (2005), “concede crédito a la mujer pobre y toda la familia se verá beneficiada” o “enseña a la mujer a prevenir la malaria y salvarás a toda la comunidad”, estas directivas forman parte de las políticas del “empoderamiento ligero”<sup>46</sup> que han reinterpretando los argumentos de autonomía y empoderamiento de los movimientos por los derechos de las mujeres.

El empoderamiento surge como demanda a partir de grupos de activistas feministas (Batliwala; 1997; Young, 1997) a mediados de los años setenta y su uso internacional puede asociarse a la publicación de la obra de Sen y Grown, *Desarrollo, crisis y enfoques alternativos: perspectivas de las mujeres en el Tercer Mundo* (1988). Posteriormente el término empoderamiento, utilizado desde el discurso de los organismos internacionales de desarrollo, pierde el sentido político otorgado por los movimientos feministas y parece referirse más a la autoconfianza con énfasis en el individualismo.

En relación a la reinterpretación y utilización del empoderamiento desde el discurso de género y desarrollo, Harcourt plantea que en los noventa las Conferencias de la ONU y de los programas de desarrollo y de investigación sobre género que surgieron a su alrededor,

... siguieron creando una figura de la mujer colonizada, pobre y marginal que necesitaba ser conducida, educada, capacitada para el trabajo, y la toma de decisiones en su localidad, a la que se le podía controlar desde el punto de vista reproductivo y sexual a través de una serie de procesos de desarrollo diseñados para ‘empoderar a la mujer’ (Harcourt, 2005:13)

Portocarrero (1990) destaca las tres ideas que sintetizan la inclusión de los temas de las mujeres en la agenda de los organismos internacionales. En

---

<sup>46</sup>El “empoderamiento ligero” es una expresión que toma Harcourt (2011) de Cornwall (2007)

primer lugar, la idea de que la conducta económica y reproductora de los pobres es la fuente de gran parte de su miseria. En este contexto, señala Portocarrero, “...surge por primera vez la figura de la mujer como protagonista en la determinación de las tendencias de la fertilidad...” (1990:24). La segunda idea fue el reconocimiento que el mito del derrame del desarrollo industrial no produciría un bienestar creciente. Con esta evidencia las agencias de desarrollo diseñaron nuevas estrategias que se avocaban a la mejora en los niveles de vida de los más pobres. En la búsqueda de los “más pobres” como grupo objetivo trae como resultado la focalización en las mujeres pobres de los países del Tercer Mundo. Finalmente, la tercera idea fue el surgimiento del enfoque de necesidades básicas, o también llamado antipobreza, la importancia de destinar proyectos hacia la obtención de mejoras vinculadas a la vivienda, la nutrición o el saneamiento. Los recursos de estos proyectos fueron canalizados por medio de las mujeres para que lleguen a la comunidad, considerando a la mujer como agente económico pero al interior de la familia.

### 2.3 ¿Sujetos de derecho o sujetos tutelados?

-... porque aparte acá, lo... la doctora, cualquier médico que le dé, a una madre, ‘comprar ibuprofeno’ se quieren **morir**<sup>47</sup>! se quieren morir, no quieren comprar **un** remedio, eso sí lo veo. Pero a veces decimos ‘mamá no hay pero tu bebé necesita eso’ ‘bueno, si no conseguís en el CIC, también podés ir a Parque Belgrano, a Castañares, si no hay tenés que comprarlo’, (...) Eso veo, que no queremos comprar nada ya, nada, nada, nada. Con eso de que bueno, nos garantizan que la salud, la educación, todo gratuito y si, a veces es verdad que pueden no tener, pero estamos tan, como acostumbrados a que realmente salga todo...

(Enfermera – diciembre, 2013)

En el acceso a los métodos anticonceptivos se hace presente la tensión que plantea Ciriza (2007) ligada a “...la distancia entre el orden de la ley y la efectiva posibilidad en una sociedad que no garantiza derechos, sino que los comercializa y subordina la posibilidad de su realización al privilegio de clase.” (2007). Lejos de otorgarle el carácter de derecho universal, la gratuidad de los métodos anticonceptivos, y de los medicamentos en general, es entendida por el personal de salud como una “ayuda” a quienes “de verdad” no tienen. Nuevamente, y como se mostró en el capítulo 1, recae sobre ciertos sectores de

---

<sup>47</sup>Las palabras resaltadas en negro indican un énfasis en la entonación del discurso del o de la informante.

la sociedad construidos como *pobres* los calificativos de mentirosos, aprovechadores o vagos y sobre sus conductas personales las causas de su situación de pobreza. Por consiguiente, acceden a los “beneficios” del Estado no en calidad de sujetos de derecho sino por ser *pobres y necesitados*.

¿Cuáles son los modos de gobernar estos *pobres* que “de verdad” *necesitan*? ¿Por qué ponen el foco en esas mujeres *pobres y necesitadas*? ¿Cómo se llegó a este retroceso de la ciudadanía?

Svampa analiza cómo el caso argentino constituye un híbrido,

...en el marco de un modelo que combinaba elementos universalistas (educación, salud pública), con componente corporativistas, a través de los acuerdos entre el Estado y los grupos de interés. Por otro lado, la ampliación de la ciudadanía social (...) aparecía asociada a las conquistas laborales... (2005:75).

El proceso de descuidadización que se produce a partir de un nuevo escenario social en que el mercado se erige como mecanismo de inclusión, está acompañado por un proceso de desregulación e individuación. Observa Svampa (2005), que se legitimaron modelos de ciudadanía restringidos, que no poseían un alcance universalista ni aspiraciones igualitarias.

La falta de *planificación familiar* conforma el conjunto de las “causas centrales” de la pobreza y, junto al analfabetismo y la desnutrición infantil, se convierten en el objetivo fundamental de la focalización de la política asistencial que procura el “combate” a la pobreza. Entonces, desde la lógica neoliberal, la pobreza es un problema de “capacidades” de los sujetos, es un problema individual y vinculado a ciertos atributos que los ponen en riesgo y son los sujetos responsables de buscar la solución. Esta lógica permite seguir sosteniendo que “son pobres porque tienen muchos hijos”, o porque no se educan o porque se alimentan mal y se establece una relación causa-efecto que es epistemológicamente ilegítima y políticamente tremenda pues responsabiliza a *los pobres* de su situación (Andrenacci, 2009).

Como advierte Svampa (2005), en el marco de la gubernamentalidad neoliberal, la figura de ciudadanía propuesta a los sectores denominados *pobres* es la no-ciudadanía. Y, para reducir los efectos de esta negación de la ciudadanía, o de una ciudadanía muy restringida, se proponen programas sociales focalizados a partir de los cuales, como señala Campana (2010), se produce un fenómeno de re-asistencialización de la salud. Las mujeres como *agentes del desarrollo*, responsables de encontrar solución a sus problemas y

accediendo a servicios que restringen la atención a la capacidad reproductora de las mujeres, siguen siendo una población-objeto que le es funcional al desarrollo y que, por consiguiente, es preciso gestionar.

Lo característico de la etapa neoliberal es que el control se ejerce sobre esa población a partir de las libertades que se promueven: “vamos a empoderar a las mujeres”, “vamos a otorgarles más libertad”. Como sugiere Mahmood, la agencia social debe ser considerada “no como un sinónimo de resistencia en las relaciones de dominación sino como una capacidad de acción que se habilita y crea en relaciones de subordinación históricamente específicas.” (2008:164-165).

### **2.3.1 Focalizar en los *más pobres* entre los pobres**

“Focopolítica” es el término que adopta Álvarez (2005) para referirse a nueva tecnología de poder que actualiza la noción de biopolítica. El objeto-sujeto de gobierno son los más pobres, los vulnerables y ciertas minorías.

Es claro al respecto el discurso del Banco Mundial (BM), en su Informe sobre Desarrollo consideraba necesario “...ampliar la base tributaria y sus tasas (...) aumentar las cargas a los usuarios de los servicios públicos, lo que serviría para financiarlos (...) reducir los subsidios a la educación y a la salud, dirigiendo los esfuerzos hacia los grupos más pobres y no orientándolos en general (...) descentralizar el Estado, tendiendo a desligar a éste de los gobiernos locales y de las empresas públicas” (BM, 1988 citado en Grassi, 2003:181).

Si se analiza la intervención de las políticas neoliberales desde el punto de vista de los instrumentos, advierte Andrenacci (2009), cualquier sistema de política social es focalizado. Para este autor “El problema de la focalización neoliberal está en las focalizaciones sistemáticas, es decir, cuando se intenta que toda la política social se oriente a la pobreza, cambiando la función de integración social por la función asistencial.” (Andrenacci, 2009:16).

En esta nueva modalidad de gobierno de la pobreza al Estado sólo le compete brindar una “ayuda” que garantice un “umbral de ciudadanía” (Ordoñez, 2000) a quienes no pueden valerse por sí solos. El concepto de “umbral de ciudadanía” es definido por Ordoñez “... como aquella frontera de disfrute fáctico de una serie de derechos civiles y políticos, así como económicos, sociales y culturales que permiten el desarrollo de los llamados derechos y valores ciudadanos” (Ordoñez, 2000:103) Pero el umbral de los derechos económicos, sociales y culturales estaría fijado y definido por el acceso a una

oferta de salud y educación mínima que sentaría las bases para definir los términos de inclusión-exclusión social.

La “focopolítica” que provee ciertos mínimos biológicos para satisfacer necesidades básicas de los *más pobres*, paradójicamente se complementa con la propuesta de una culturización de las capacidades de estos. En las políticas de salud reproductiva, ambos aspectos confluyen en la construcción de un cuerpo reproductor femenino al cual, por un lado, se le ofrecen servicios dirigidos a la salud materna, reducida a un cuerpo con capacidad reproductora, y, por otro, se espera una relativa autonomía con relación a las anteriores formas de tutela del Estado protector.

Tanto la “naturalización” de la mujer en su rol de madre y responsable de la salud, como la culturización de las capacidades de “los pobres” para adoptar conductas preventivas, siguiendo a Stolcke (2000), es un subterfugio ideológico que tiene como fin reconciliar la ilusión liberal de que todos los seres humanos gozan de igualdad de oportunidades, con la desigualdad socioeconómica realmente existente. Es una trampa ideológica que al mismo tiempo que oculta las verdaderas causas de la desigualdad, instala la idea de que con el suficiente esfuerzo cualquier persona puede superarse. (Pérez Declercq, 2014)

El recorrido previo a poner el foco sobre las “mujeres pobres” comienza en los años ’70, cuando las políticas de desarrollo consideraron que las mujeres ocupaban una posición clave en el desarrollo y debían ser favorecidas, este enfoque se conoció en el ámbito hispano con las siglas MED, Mujeres En el Desarrollo (Martín Casares, 2008). A partir de los años ochenta se comienzan a reconocer las limitaciones de centrarse exclusivamente en las mujeres y se introduce la perspectiva de género para entender la subordinación de las mujeres, este enfoque recibió el nombre de Género en el Desarrollo (GED) o Gender And Development (GAD).

Volviendo a los dos aspectos en los que se materializa la “focopolítica”, en la meta de disminuir la mortalidad materna, que ocupa el quinto lugar entre los diez objetivos propuestos por Naciones Unidas en el Programa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>48</sup> del año 2000, se puede observar la relación que se establece entre la solución a la mortalidad materna<sup>49</sup> y las políticas que

---

<sup>48</sup>Los ODM fueron presentados en el año 2000 como una estrategia de política y de comunicación para dinamizar la implementación de los Planes de Acción acordados en los años noventa.

<sup>49</sup>En la provincia de Salta la tasa de mortalidad materna (TMM) en el año 2012 fue de 4,5 (por 10.000 nacidos vivos) mientras que en la totalidad del país es de 3,5 (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2013). Las complicaciones derivadas de los abortos inseguro es,

se centran en promover del “empoderamiento” de las mujeres para que sean capaces de usar de manera efectiva los servicios de salud materna. Por consiguiente, los ODM, contribuyendo a la naturalización de las desigualdades y a la reducción de la mujer a su habilidad biológica reproductiva, encajaron con una lógica política de salud neoliberal “... que trata más sobre la creación de nuevos campos de inversión y expansión de servicios y bienes biomédicos que de la salud y los derechos de las mujeres per se” (Harcourt, 2011:79)

### **2.3.2 Gobernar a partir del riesgo**

Si en un determinado contexto histórico, fines del siglo XIX, la propagación de enfermedades habilitaba el control indeterminado de prácticas públicas y privadas de la población, en la actualidad es en relación a la noción de riesgo y a la gestión de los “cuerpos en riesgo” que se establece una distinción entre quienes son “capaces” de hacerse cargo de sus propios riesgos y aquella población sobre la que se hace foco porque requiere de la intervención del Estado para afrontarlos. En palabras de Crawford (1994), la distinción entre aquellos individuos “seguros y responsables” de quienes son “peligrosos e irresponsables” y necesitan ser controlados.

Siguiendo a Briggs (2005), “La categorización del subalterno como sujeto insalubre puede legitimar la denegación de derechos a la salud, conferidos a los ciudadanos salubres...” (2005:111). A continuación se ejemplifica a partir del fragmento de una entrevista,

- sí, sí, sí, las mujeres consultan, ya no tienen tanto miedo. Este... nos preguntan (...) le decíamos a las mamás que tenían varios chico que es un derecho de ella, que lo pueden pedir, que le pueden decir a la doctora, vayan avisándole a la doctora. Como también nos ha pasado una que tenía 12 hijo y estaba por tener otro bebé. Y le dice el doctor que vino a buscarla con el SAMEC:
- ‘te vamo a ligar las trompas, mamá!’, dice el doctor,
- ‘no, yo no quiero’
- ‘¿cómo que no quiero mamá?’
- ‘sí’
- ‘te pagan por 7 hijo no por 12’
- ‘pero no quiero’.

Claro, pero esa madre tiene como un retraso madurativo que... la verdad que hay un coeficiente intelectual de la mujer que realmente uno se da cuenta, toda la vida hemos sabido que ella es como lerda, como... como que no le importa y así andan los chicos. Pero a esa mujer ya le tendrían que haber hecho, ya le

---

desde hace casi tres décadas, la principal causa de lo que se denomina demográficamente, Mortalidad Materna.

tendrían que haber ligado las trompas porque sino pobrecita, a parte el año pasado tenía el año pasado 35 años, 12 hijos.  
(Enfermera – diciembre, 2013)

Lo primero que aparece en el relato es la reeducación del sujeto, la “normalización” de la conducta desviada. Pero cuando el profesional de salud fracasa en su intento de hacerle cambiar su parecer, de que incorpore el punto de vista del equipo de salud, la respuesta es intervenir directa y violentamente sobre el cuerpo.

Arisó Sinués y Mérida Jiménez (2010) recuperan la denuncia de Butler a la violencia de Estado, una violencia que en la actualidad deshumaniza a los otros en nombre de unas normas civilizadoras; una violencia en nombre de “cierta idea de lo humano que es la que se trata de defender” frente a “otra idea de lo no-humano en contra de la cual se lucha” (citan a Butler, 2007:226). En las sociedades nominadas sub-desarrolladas, lo “no-humano” se vuelve objeto de estas políticas neoliberales que ofrecen programas para mantener a la población en los mínimos biológicos.

Desde el enfoque construccionista desarrollado por Mary Douglas (1996), el riesgo es analizado en función de la concepción que se tiene sobre determinados comportamientos que se ubican fuera de la norma instituida por los especialistas. Su propuesta sobre la percepción del riesgo se deriva de la influencia durkheimiana, al “considerar el pensamiento humano como originariamente social”. En el prólogo a la edición española de *La aceptabilidad del riesgo*, Joan Bestard señala, “Las nociones de riesgo no están basadas en razones prácticas o en juicios empíricos. Son nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otros. Se crea, así, una cultura del riesgo que varía según la posición social de los actores.” (Bestard, 1996:11)

Douglas, a partir de la pregunta, ¿Cómo un determinado conjunto de principios morales afecta la percepción del riesgo? (1996:22), ofrece una reflexión acerca de cómo la cuestión de la aceptabilidad del riesgo está relacionada con la libertad del individuo, pero, también, con la retroalimentación moral o política que recibe de la sociedad que lo rodea. La autora señala que es “necesario incluir de forma sistemática en los estudios de la percepción del riesgo público los procesos sociales implicados en la formación de los conceptos” (Douglas, 1996:57)

La vinculación entre riesgos y aparición de enfermedades proviene del campo de la epidemiología. Lo que ocurre en la actualidad, de acuerdo con Larrea

y Barreto (2006), es que la dimensión social del riesgo que la epidemiología tenía en cuenta ha sido fragmentada: "...cercenada y separada en variables individuales, lo que ha conllevado analizar el comportamiento independientemente del contexto social y como práctica desprovista de significado social y aislada de otros individuos." (2006:91-92). De este modo, ciertas características de la vida de las personas y su condición personal o grupal (indígenas, niños, mujeres pobres) adquiere sentidos de "riesgo" para la salud y pasan a conformar factores de riesgo que es preciso controlar. El concepto de *conductas de riesgo*, señala Menéndez,

...no incluye la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas (...) el riesgo colocado exclusivamente en lo que hace un sujeto supone explícitamente o implícitamente que dicho sujeto es 'libre' con capacidad y posibilidad de elegir... (Menéndez, 1998:39).

La *gestión del riesgo* "...permite planificar con antelación las operaciones dirigidas sobre un grupo concreto de individuos (los grupos de riesgo), y se fundamenta en un procedimiento de orden técnico, de apariencia ideológicamente neutra (...). Pero prevenir es en primera instancia vigilar, anticipar la emergencia de eventos indeseables (enfermedades, anomalías, comportamientos desviados, delitos) en el seno de poblaciones detectadas como portadoras de riesgo" (Lurbe i Puerto, 2005:193).

No es raro escuchar la frase "soy un factor de riesgo" con la que Pia Leavy (2011) titula un artículo en el que analiza cómo la población se apropia de un discurso con el que los servicios de salud suelen culpabilizar al sujeto por la situación que atraviesa. La mujer que manifiesta "ser" un "factor de riesgo", lo hace en relación a la situación de desempleo de su marido y al estado de déficit nutricional de su hijo y este modo de definirse lo utiliza como una estrategia para que el personal del servicio de salud identifique rápidamente su situación y de este modo acceder a la "ayuda". En el siguiente apartado se profundiza en este rol asistencial de los CAPS.

### **2.3.3 Cuando el asistencialismo se disfraza de derechos**

- si, en el hospital y en el centro de salud, en los dos lados, ¿no? O sea, cuando estoy embarazada, en el centro de salud y en el hospital. Acá en el centro de salud porque tenemos beneficios de la leche y en el hospital porque te dan turno, es distinto. Te dicen ecografía, bueno tal día ya vas, ya vas por un solo

programa, ¿has visto? tal día análisis, tal día ecografía, y está todo programado. En cambio en el... en la salita no.

(Marta – enero, 2013)

En coincidencia con la investigación que realiza Campana (2010) en la Atención Primaria de la Salud en el Municipio de Rosario, esta cita grafica perfectamente cómo la salud pública ha tomado a cargo funciones asistenciales y se ha constituido en una modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza.

Al servicio de una tecnología de diagnóstico focalizado, los CAPS ubicados en los barrios periféricos son una herramienta indispensable para relevar los factores “de riesgo” que permiten identificar las poblaciones sobre las que intervienen los modos neoliberales de gubernamentalidad. Junto a Campana, podemos afirmar que “el discurso médico continúa modelando, en gran parte, tanto las categorías como las técnicas con las que el Estado busca dar respuesta al problema de la pobreza.” (2010:270).

El diagnóstico que permite clasificar a los “cuerpos en riesgo” se articula con tareas de promoción de la salud y prevención que, asociadas al rol de ayuda social (entrega de leche, gestión de la asistente social, certificados que acrediten el cumplimiento de los controles sanitarios para percibir la AUHPS), los habilita para abordar las condiciones de vivienda, las pautas alimentarias, las relaciones familiares y las prácticas sexuales.

Algunas de estas prácticas asistenciales se han venido sosteniendo desde la instauración de la medicina higienista:

...sigue habiendo una pobreza válida y sigue exigiéndose su certificación; siguen construyéndose e identificándose atributos negativos para diferenciar entre pobres y no-pobres; siguen operando lógicas meritocráticas (...) que, a su vez, distinguen “malos pobres” de “buenos pobres”; sigue responsabilizándose a esos “individuos por defecto” -en la jerga de Castel (2010)- por su situación; sigue exigiéndose “algo” a cambio de una prestación; siguen configurándose estatutos diferenciales de sujetos.(Campana, 2010:271).

Las mujeres más que sujetos de derecho son “mujeres bajo programa”. El acceso gratuito a los métodos anticonceptivos, a la leche y a certificados, que a su vez les permiten acceder a otros “beneficios” sociales, es una “ayuda” que les brinda el Estado en calidad de *pobres* que demuestran ser “merecedores” de la misma y a los que se les garantiza el nivel más básico de subsistencia.

Cuando las mujeres no demandan atención y se les insiste: “es tu derecho”, “te puedo programar un turno con la ginecóloga” o “Por qué no te

cuidas si hay un montón de cosas para cuidarte”. Estas intervenciones para que ejerzan sus derechos se vuelven un “imperativo ético” (Foucault, 1990) que puede interpretarse como verdaderas estrategias de control social.

Siguiendo a Foucault, Rose señala que la clave del cierto éxito social del neoliberalismo es que “concibe a los actores de forma nueva, como sujetos de responsabilidad, autonomía y elección, y trata de actuar sobre ellos sirviéndose de su libertad” (Rose, 1997:33) La autora plantea que en el nivel de la gubernamentalidad, se asiste a un cambio en el modo de intervención del poder, “la emergencia de un rango de racionalidades y de técnicas que tratan de gobernar sin gobernar la sociedad; gobernar a través de las elecciones reguladas hechas por actores singulares y autónomos, en el contexto de sus compromisos particulares con sus familias y comunidades” (Rose, 2007: 114).

## Capítulo 3

### Historias reproductivas



<http://organizandolarabia.tumblr.com/post/105382208766/siempre-he-considerado-que-uno-de-los-problemas-de>

A los pocos meses de comenzar el trabajo de campo me enteré que estaba embarazada. Mi estado de embarazo facilitó entablar conversaciones sobre temas vinculados a la salud y los cuidados del cuerpo referidos al embarazo por un lado, y, experimentar una tensión entre la aproximación a un universo local de sentidos y el distanciamiento por el contraste con mi marco de referencia por el otro (Lins Ribeiro, 1989).

Estas reflexiones sobre la subjetividad y la corporalidad de quien investiga nos conducen a preguntarnos sobre los efectos que tiene la experiencia etnográfica en la vida de los otros y en la nuestra. Una de las mujeres del comedor no se estaba “*cuidando*” porque quería tener una niña. Tenía tres hijos varones y ahora ella, pero sobre todo su pareja, quería una hija. Tenía algunas irregularidades en la menstruación y este mes “no le había venido”. Le cuento que yo también llevo algunos *días de atraso*, que aún no me ha venido la menstruación y hablamos sobre los síntomas previos a la menstruación, sobre todo el tener el abdomen hinchado. En esta charla compartimos una cierta complicidad y un estado de incertidumbre.

El embarazo de una u otra vecina del barrio es un tema frecuente de conversación mientras se prepara la comida del comedor. En la siguiente nota de campo se refleja cómo es recibida la noticia de mi embarazo,

*En general la noticia sobre un nuevo embarazo no se vive como algo festivo, es por eso que la hija de Nadia se muestra sorprendida cuando su mamá se alegra y me saluda efusivamente al enterarse que se confirmó mi embarazo. Enseguida Nadia aclara que me felicita porque yo quería tener otro hijo. También desde el humor, que siempre está presente en las conversaciones con las mujeres del barrio, dicen que “el embarazo es contagioso”. Esta y otras bromas le otorgan al embarazo el carácter de algo frecuente, casi inevitable.*

(Nota de campo, noviembre de 2012)

Mi estado de embarazo y mis sensaciones corporales fueron en muchas ocasiones, una fuente de distanciamiento. Al inicio del embarazo comenté sobre la hinchazón de mi abdomen y las mujeres del comedor me reprochaban: “pero mirá mi panza<sup>50</sup>”. Los cuerpos de las mujeres del barrio se caracterizan por abdómenes prominentes y caderas generosas producto de una dieta rica en hidratos y grasas. El alto consumo de azúcar también es parte importante de esta dieta. Siguiendo a Aguirre observamos cómo el azúcar, al ser un alimento

---

<sup>50</sup>Panza es el equivalente a barriga en el castellano que se habla en la Argentina. En el capítulo 6 se profundiza en las miradas sobre sus cuerpos.

que *llena*, se coloca en el mate y “les da esa sensación de saciedad que les permite después excluirse de la comida familiar reforzando el papel de sacrificio marcado para la mujer-madre pobre” (Aguirre, 2006:13). Una mañana vinieron de visita al comedor un enfermero y dos odontólogas. Las odontólogas tomaban mate amargo y les ofrecieron a las mujeres del comedor. Una de ellas no aceptó y se excusó diciendo: “nosotros lo tomamos con mucha azúcar”. La odontóloga respondió algo sobre cómo esa “conducta” les iba a afectar los dientes. Rápidamente y con humor, Viviana, a quien le faltan todos los dientes de adelante, dijo riéndose que ella ya los perdió.

También en relación a los esfuerzos físicos, algunas mujeres del comedor reparaban en mi estado y evitaban que yo me ocupe de ciertas tareas como, por ejemplo, cargar ollas pesadas. Sin embargo, entre ellas no solían tener ese tipo de consideraciones hacia la mujer que estaba embarazada o bien, ellas mismas acudían hasta días antes de parir al comedor porque necesitaban llevar comida a su casa.

Finalmente, cuando nació mi hija, las mujeres del comedor querían venir a conocerla. Esta situación implicaba que también ellas conozcan mi casa y mi entorno, lo cual se convirtió en algo inesperadamente incómodo. En ese momento le comenté a mi marido sobre la idea de invitar a las mujeres del comedor para que conozcan a nuestra hija, me dijo que mejor no recibamos visitas por el tema del contagio de enfermedades en época invernal. Tengo que admitir que esa idea me alivió, había conseguido una excusa. Llamé a Marta y le expliqué que mi marido no quería que recibamos visitas por los contagios y que él tampoco quería que salga yo con “la bebé”. Lo coloqué a mi marido en la posición del “hombre de la casa” que toma las decisiones, cuando en realidad tenemos una relación bastante horizontal. Por un lado, no quería quedar yo en el lugar de quien tomaba medidas de higiene extremas que se enfrentaban con las prácticas de las mujeres del comedor que, al mes de nacidos, llevaban a sus bebés al comedor aun cuando las temperaturas eran muy bajas o muy elevadas y se ponían a cocinar a la par de las otras. No quería asumir, o mostrar ante ellas, que mis parámetros de cuidados de la salud eran otros. Por otro lado, me parecía que para ellas era más “entendible” que el marido decida por la mujer y, en cierto modo, la obligue a estar en la casa.

¿Cómo reaccionó Marta ante mi explicación de que mi marido no me permita salir de la casa ni recibir visitas? Marta reaccionó desde el humor y me hizo una broma en la que señalaba que yo “era una dominada”.

Siguiendo a Guber, “En la instancia del trabajo de campo, el investigador pone a prueba no sólo sus conocimientos teóricos, sino fundamentalmente sus patrones de pensamiento y de acción más íntimos.” (2009:90). La broma de Marta, en un primer momento, me generó bronca conmigo misma por estar escondiendo mis pruritos de clase bajo la fachada machista y, después me permitió reflexionar sobre el modo en que con mi supuesto de que “para ellas era más entendible que el marido decida por la mujer” estaba reproduciendo lo que Bidaseca denomina una “retórica salvacionista” de las mujeres color café: “los continuos intentos de algunas voces feministas de silenciar a las mujeres de color/no blancas o bien, de hablar por ellas.” (2011:61).

Esta situación anecdótica, sumada a las vicisitudes de hacer trabajo de campo estando embarazada, me permitió detenerme a reflexionar sobre el lugar que les estaba otorgando a las experiencias de las mujeres y a su autoridad para representarse a sí mismas en el desarrollo de la etnografía.

Aun cuando la subjetividad de la investigadora se hace presente en toda la escritura la tesis, siguiendo las normas del lenguaje académico, se opta por usar el impersonal y la voz pasiva refleja. Sin embargo, en el inicio de este capítulo utilizo la primera persona como recurso de escritura que permite relacionar mi propia experiencia con el material etnográfico y teórico.

A continuación se profundiza esta reflexión a través de la lectura de distintos textos de los feminismos denominados postcoloniales, periféricos o del “Tercer Mundo”.

### **3.1 Entre víctimas necesitadas de ayuda y agentes con “capacidades” para subsistir en forma autogestionada.**

“Entre patriarcado e imperialismo, constitución del sujeto y formación del objeto, desaparece la figura de la mujer, no dentro de una nada prístina, sino dentro de un violento ir y venir que es la figuración desplazada de la “mujer del tercer mundo” atrapada entre la tradición y la modernización.”

(Spivak, 2003:358)

Harcourt desafía a partir de una serie de preguntas a las feministas que pugnan por políticas de desarrollo “con rostros humanizado”,

¿Pueden los proyectos de género y desarrollo ayudar y fortalecer las vidas de los pobres sin cosificarlos? ¿Cómo pueden desafiar estos proyectos el injusto sistema económico que crea pobreza antes que nada? ¿Resuelven

las desigualdades o son heterosexistas, racistas, neocoloniales y ciegos en el plano cultural?

¿Cómo pueden los individuos que viven por y para el género y el desarrollo, pero que gozan de cierto poder social, político y económico, hablar de situaciones violentas e injustas que experimentan otros desde un punto de vista estratégico, cuyo fin es buscar soluciones constructivas, apoyo público y recursos, sin agravar la marginación y la discriminación? (Harcourt, 2011:251)

También la autora interroga a las feministas académicas,

¿Cómo es posible entablar diálogos a través de las fronteras que dividen el Norte y el Sur, lo mundial y lo local, el mundo académico y el activismo, las diversas identidades y culturas? ¿Cómo pueden implicarse creativamente las feministas en el fomento del conocimiento y la creación de redes sin terminar atrapadas en los juegos de poder institucional y las rutinas burocráticas, perdidas en la jerga y la teorización excesiva, las campañas publicitarias, las confusiones científicas, las narrativas individuales y el romanticismo? (Harcourt, 2011:251,252)

Y finalmente, Harcourt hace una pregunta que engloba a todas las demás, “¿cómo pueden las feministas entender colectivamente las múltiples diferencias y asimetrías de poder, usar las percepciones de las diferencias, escuchar la rabia, acusar los silencios y mantener sus convicciones?” (2011:253)

Para el “feminismo occidental”<sup>51</sup> la identidad fundacional es “la mujer”, en oposición binaria a la identidad masculina, y el principal modo de opresión es el patriarcado. La presunta identidad femenina se presupone de *todas* las mujeres y se construye a partir de una “natural” diferencia sexual. Esta diferencia, a su vez, es constitutiva del sujeto *mujer subordinado* que necesita ser *liberado* (Lázaro, 2014)

La teoría feminista ha asumido que existe cierta identidad, entendida mediante la categoría de las mujeres, que no sólo incita los intereses y los objetivos feministas dentro del discurso, sino que se convierte en el sujeto para el cual se procura la representación política.(Butler, 2007:45-46).

En cuanto a la contribución del feminismo occidental al silenciamiento de los grupos subalternos se pueden señalar dos ejes, por un lado, la base “natural” para la identidad individual está ligada al sistema binario de normas

---

<sup>51</sup>Se utiliza “feminismo occidental” para designar diversos discursos y prácticas que aun cuando no conforman un conjunto homogéneo, ni tienen objetivos en común, “codifican al Otro como no occidental y, por tanto, (implícitamente) a sí mismas como ‘occidentales’” (Mohanty, 2008:113)

genéricas, a partir del cual se establece “... un sistema de derechos diferencial de acuerdo al sexo y subsume un grupo de personas dentro de una categoría falsamente homogénea de “hombre” en oposición a otro grupo falsamente homogeneizado, el de ‘mujer’” (Poovey, 1992). Por otro lado, el conjunto de estructuras de dominación se reduce a la dominación basada en un orden patriarcal y sexista, desconociendo o negando otras formas de opresión basadas en la raza y la clase (Amos y Parmar, 1984).

Es preciso aclarar que aunque han surgido corrientes feministas muy diferentes como las liberales, socialistas o radicales, siguiendo a Suárez, en todas está presente un mecanismo que “opera a través de la acción conjunta de la homogeneización del sujeto estudiado, y el reduccionismo y la dicotomización en el análisis de las relaciones de poder” (Suárez, 2008:39).

La “normalidad dominante” de las feministas blancas (educada, moderna, en control de su cuerpo y su sexualidad y con la libertad de tomar sus propias decisiones) solo es posible cuando las otras mujeres son colocadas en el lugar de víctimas del sistema patriarcal de sociedades no occidentales<sup>52</sup>. “La consideración de las mujeres como objetos de explotación o subordinación, más que agentes activos conscientes de sí mismas y de su entorno, hace del feminismo una misión civilizadora que se pone en marcha sin preguntar a las mujeres afectadas.” (Suárez, 2008:40)

El feminismo negro fue uno de los primeros en señalar cómo las feministas occidentales habían convertido a las mujeres oprimidas en el “objeto” de su discurso, así lo manifiesta Bell Hooks, una de sus principales referentes,

Nos convierten en el «objeto» de su discurso privilegiado sobre la raza. Como «objetos», continuamos siendo diferentes, inferiores. Incluso aunque estén preocupadas de forma sincera por el racismo, su metodología sugiere que no se han liberado del paternalismo endémico de la ideología de la supremacía blanca.

(Bell Hooks, 2004:46)

Sobre esta visión cosificada de las mujeres negras, y en relación al tema desarrollado en este capítulo, Mercedes Jabardo Velasco (2008) observa que en la cultura dominante se había representado a las mujeres negras, y más específicamente en su rol de madres, como la matriarca o columna vertebral de

---

<sup>52</sup>Mohanty (2008) ha realizado una revisión de distintos trabajos académicos para mostrar cómo funcionan las estrategias de colonización discursiva a partir de las cuales se circunscribe a la mujer del “Tercer Mundo” al espacio doméstico y se la caracteriza como víctima, ignorante, pobre, vinculada a la tradición (Hernández, 2008)

la familia negra y, por consiguiente, se las responsabilizaba de su desorganización (familias monoparentales, ausencia de una presencia masculina fuerte, embarazos adolescentes).

Siguiendo a Mohanty, es preciso ser conscientes de los efectos que tienen las producciones académicas feministas occidentales, marginales o no, más allá de su público feminista o disciplinario. “Uno de estos efectos significativos es el de las ‘representaciones’ dominantes del feminismo occidental es su confabulación con el imperialismo en los ojos de mujeres particulares del tercer mundo.” (Mohanty, 2008:119).

Oliva nos muestra que si “la ‘democratización’ fue el término-clave del discurso del imperialismo de mediados del siglo XX, ahora se sustituye por la ‘transformación’, el ‘ajuste’ y éste se articula, ante todo, en términos de género” (2004:14). El enfoque de género se convierte en un eje transversal en los programas y políticas de desarrollo y se incorporan el IDG (Índice de Desarrollo relativo al Género) y el IPG (Índice de Potenciación de Género) al Índice de Desarrollo Humano (IDH), que evaluaba la condición media de todos los habitantes de un país. Maite Lorente (2005) ejemplifica el modo en que género y desarrollo se vincularon en el discurso dominante del *desarrollo humano* señalando que aun cuando no existen programas que ayuden a solucionar conflictos de tierra, “... se pretende que la población entienda que ‘el género’ es un tema que les va a ayudar al ‘desarrollo’ de sus pueblos” (Lorente, 2005:19).

Por eso Oliva sostiene que el “imperialismo cultural” *juega con dos barajas*:

Por un lado, la misión civilizadora del colonialismo, que ha incluido desde la conversión al cristianismo hasta la imposición de la economía capitalista neoliberal, presupone alguna forma de “identidad” que capacitaría a estos pueblos para “hacerse occidentales” en la medida que mostraban su habilidad para beneficiarse del “progreso” con el que le recompensaban las normas coloniales. Y, por otro lado, el imperialismo cultural está de acuerdo con la visión de los colonizados de que ellos son los Otros, porque ello presupone no sólo las *diferencias* respecto al colonizador sino también la *inferioridad* respecto al sujeto occidental. (2004:18,19)

### **3.1.1 Algunas propuestas para decolonizar el conocimiento**

“Los padres blancos nos dicen: pienso, luego existo. Pero la madre negra que llevamos dentro -la poeta- nos susurra en nuestros sueños: siento, luego puedo ser libre. La poesía es esa destilación de la experiencia, con la que damos

nombre a lo que aún no lo tiene, para poderlo pensar.”

Audre Lorde (1977) de su ensayo “La poesía no es un lujo”

En una investigación titulada “Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción”, Caggiano adopta el concepto de intersección<sup>53</sup> para interpretar el temor que despierta el parto de las mujeres bolivianas del lado argentino de la frontera, no solo en clave de género, también “en términos de clase y de la estructuración y reproducción de la desigualdad social así como en términos de ‘raza’ y del sostenimiento de una comunidad imaginada esencial.” (2007:104). La autora, adoptando el concepto de intersección, considera que la compleja imbricación de estas dimensiones no se deja comprender como sumatoria de distintos criterios de discriminación de las mujeres.

Al respecto de las intersecciones Butler señala,

Si una “es” una mujer, es evidente que eso no es todo lo que una es; el concepto no es exhaustivo, no porque una “persona” con un género predeterminado sobrepase los atributos específicos de su género, sino porque el género no siempre se constituye de forma coherente o consistente en contextos históricos distintos, y porque se entrecruza con modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales y regionales de identidades discursivamente constituidas. Así resulta imposible separar el “género” de las intersecciones políticas y culturales en las que constantemente se produce y se mantiene (Butler, 2007:49)

Desde el análisis que hace Butler de la posibilidad de agencia social del sujeto, lo que estas mujeres bolivianas pueden hacer con su capacidad reproductiva, vivida desde el otro lado de la frontera como desestabilizante de un orden social desigual, no es una práctica de oposición al poder, sino que la agencia social se reduce “a una práctica reiterativa o rearticuladora, inmanente al poder y no la considera como una relación de oposición externa al poder.” (Butler, 2002:38).

La propuesta de Butler, junto a la de Annemarie Mol (2002), al dirigir la atención a las performatividades y a las puestas en práctica (*enactments*)

---

<sup>53</sup>La intelectual afroestadounidense Kimberlé Williams Crenshaw fue quien a finales de los años ochenta desarrolló el concepto de interseccionalidad. Interseccionalidad, entendido como un modelo de análisis de las diferencias sociales, permite “comprender las experiencias de las mujeres racializadas como el producto de la intersección dinámica entre el sexo/género, la clase y la raza en unos contextos de dominación construidos históricamente.” (Viveros, 2008:174,175)

contribuyen a un modo de conocimiento a partir del cual la realidad se multiplica, las experiencias se desencianizan y la corporalidad se vuelve una dimensión fundamental (Connell, 1995; Esteban, 2004).

Siguiendo a Esteban, se trata de una mirada de “procesos totalmente dinámicos, prácticas que irían constituyéndose y modificándose, consciente o inconscientemente, dentro de marcos contextuales plurales, pero al hilo también de sensaciones físicas y emocionales que están en permanente discusión con las coordenadas históricas y sociales que las hacen posibles” (2008:34).

Ante una realidad que se multiplica y ante unas prácticas encarnadas, la poesía y la literatura son valoradas por antropólogas como Mari Luz Esteban (2011) o por activistas como Audre Lorde como un aporte para unir las ideas y los sentimientos, para “una perspectiva que (...) reclama para sí el descentramiento, la polifonía, la imperfección, la ambigüedad, el mero devenir, la performance, el continuo juego entre el texto y el contexto.” (Esteban, 2011:29).

### **3.2 Abordajes de la reproducción desde la antropología.**

El recorrido que ha realizado la antropología en relación al estudio de los procesos reproductivos ha servido para cuestionar la “naturalidad” de la maternidad y enfatizar en los modos en que la reproducción biológica es afectada por relaciones sociales y construcciones culturales (Rosaldo y Lamphere, 1974; Scheper-Hughes, 1997; Narotzky, 1998).

Como lo subraya Narotzky,

“La materialidad de la procreación es indudable y, sin embargo, en las sociedades humanas es evidente que no es en modo alguno ‘natural’. Las relaciones sociales afectan directamente esa materialidad primaria: las posibilidades de realización y los resultados de un proceso reproductivo completo. Vemos, por ejemplo, cómo la monogamia heterosexual aumenta las probabilidades de fecundabilidad; cómo un acceso desigual y deficitario a ciertos recursos alimentarios por parte de las mujeres o de ciertas mujeres de ciertas clases sociales, puede retrasar la edad de la menarquia, crear ciclo ovulatorios irregulares, adelantar la menopausia...”

(Narotzky, 1998:365)

Desde los estudios etnográficos clásicos de la Antropología se ha profundizado en la descripción de prácticas sexuales y su variabilidad de acuerdo al contexto socio-cultural, son referentes Malinowski (1932) y Mead y Newton (1967) (citados en Browner y Sargent, 1996:221). Con posterioridad, en

la vía abierta por las feministas desde la década de los setenta, la mayoría de los estudios sobre el tema coinciden en que "...la maternidad se define en contextos sociales específicos que varían según los recursos sociales y materiales en los cuales se hayan insertos" (Hirsch y Amador Ospina, 2011:157).

Otros planteamientos antropológicos señalan tres componentes de la reproducción. Narotzky (1995) recoge de Felicity Edholm, Olivia Harris y Kate Young (1977): la reproducción biológica, la reproducción del trabajo y la reproducción social. Aunque se podría pensar que desde la salud el interés está puesto en el primer componente, la reproducción biológica, encontramos sin embargo que se transmiten pautas, discursos y prácticas que nos hablan de las interrelaciones con los otros dos (Blázquez Rodríguez, 2009).

Connell (1995), por su parte, denomina "escenario reproductivo" para referirse a un proceso histórico que involucra el cuerpo pero que no se reduce al cuerpo,

"En los procesos de género, la vida cotidiana está organizada en torno al escenario reproductivo, definido por las estructuras corporales y por los procesos de reproducción humana. Este escenario incluye el despertar sexual y la relación sexual, el parto y el cuidado del niño, las diferencias y similitudes sexuales corporales." (Connell, 1995).

Los trabajos de Emily Martin (1999) y Brigitte Jordan (1993) ponen en evidencia cómo la capacidad de las mujeres para reproducirse "convierte a la maternidad en un epítome de la feminidad mediante un movimiento de anclaje en el eje sobre el que se estructura la vida social: la ideología patriarcal que sustenta la relación jerárquica entre los géneros." (Hirsch y Amador Ospina, 2011:158).

Sin embargo, los abordajes que vinculan la maternidad a la ideología patriarcal fueron cuestionados por las feministas negras, quienes reivindicaron la figura de la madre e hicieron "énfasis en el concepto de familia negra como un locus de resistencia." (Jabardo Velasco, 2008:46).

También se ha señalado que la capacidad de procrear, suele presentarse, en las teorías antropológicas, unido exclusivamente a las mujeres, omitiendo a los varones como agentes que pueden regular su fecundidad. Viveros (2009), Gutmann (2004) y Figueroa-Perea (1998) son algunos de los autores de América Latina que rompen con la inmediata asociación que se establece entre la reproducción y las mujeres. Si bien el tema de la participación de los varones en la anticoncepción es uno de los ejes centrales de estos investigadores,

también se ocuparon de documentar el lugar que ocupan la religión, los profesionales de la salud y el grupo de pares en las decisiones reproductivas y las relaciones que se establecen entre varones y sus parejas.

### **3.3 La primera pareja, el primer embarazo.**

Transcurrían los últimos años de la década de los años '80 y principios de los años '90 cuando las mujeres entrevistadas cursaban su primer embarazo. En esos años el gobierno democrático ya había abolido los decretos que prohibían el uso de anticonceptivos pero, en las provincias más conservadoras, como la provincia de Salta, no solo no había iniciativas públicas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, sino que eran temas sobre los que “no se hablaba”.

Marta me cuenta que su madrina, que la había criado después de la muerte de su mamá, la tenía “muy guardada” y, en relación a su cuerpo dice, “como la gente de antes no te comentaba que... por, por donde tenías que menstruar, nada (...) cuando yo a los 15 años menstrué, y hasta yo misma me sorprendí porque yo no sabía por qué me bajaba sangre, ¿has visto? Por la vagina, o sea, menstruaba, y no sabía”. Al igual que Marta, las otras mujeres entrevistadas vivieron su primera menstruación ignorando que les sucedía y su primera relación sexual “con miedo”, sin tener conocimiento de su cuerpo ni de cómo *cuidar(se)*.

La poca educación que recibieron las mujeres apuntaba a la abstinencia. Tener novio, como se relata en la siguiente cita, implicaba la posibilidad de un embarazo,

- (...) y la profesora me habló más, que... ‘que eso es cuando una mujer va desarrollando’, que... ‘ya te van a empezar a crecer los pechos’, me decía ella y... y me hablaba así la profe, que también bueno la profe me preguntó si mi mamá alguna vez me había contado eh... no, nunca mi mamá me había dicho nada. Y bueno la profe que dijo que... que yo antes de ponerme de novia tenía que pensar porque ya cuando una mujer desarrolla este... tarde o temprano quedas embarazada, ¿ves? Quedas embarazada... me decía ella. Me hablaba así pero... (...) y después de cuidarse, tenés que usar esto, tenés que usar esto otro, no, nunca. Nunca nadie, nadie.

(Nadia, abril de 2013)

El contexto campesino del que provienen también es señalado como poco propicio para que los adultos hablen con las niñas y los niños sobre temas vinculados a la sexualidad y al cuidado del cuerpo. Al igual que la profesora, la

madre de Daiana también vinculaba la primera pareja con tener hijos, así lo relata,

-... Así que mi mamá tampoco, ella no... nunca me dijo, mirá te tenés que cuidar, nada, al contrario, porque ella, cuando yo me junté, ella me dijo, “porque te va a junta, si sos muy joven, después te va a agarrar, te va a dejar botando, se te va ir con, se te va deja botando con los chicos, se te va a ir y por ahí va a vivir, va a tene que vivir con los chicos sufriendo” me dice.

(Daiana, febrero de 2013)

En el caso de los varones entrevistados, en relación a los modos en que obtuvieron información sobre las relaciones sexuales y los cuidados también hacen una diferencia entre la “gente de campo” que no habla de esos temas y los amigos de la ciudad con los cuales podían hablar.

Sin poder separar el ejercicio de la sexualidad de la reproducción, las mujeres entrevistadas quedaron embarazadas como resultado de las relaciones sexuales con sus primeras parejas. Entre las situaciones referidas a las primeras relaciones sexuales el miedo y el desconocimiento aparecen como un común denominador en las narraciones de las mujeres. Cuando expresan estas sensaciones, sus relatos van acompañados de silencios.

- Bien... miedo de todos lo chicos que... cuando la primera vez este... hubiera sido lindo que me hubieran preparado bueno, para... para eso, pero no. Yo eh... esa primera vez me asusté bastante, hasta que me explicaron mis hermanas. Después ya no, después ya no....

(Alina, febrero de 2013)

- Si, porque yo era, cuando... yo lo conocía a mi marido, era mi primera como'e, sí. Si primero tenía miedo, ¿has visto? Ni... tampoco quería preguntar a mi mamá, a nadie. Y... y bueno después sí tenía miedo, sí. (Silencio)

(Daiana, febrero de 2013)

Las mujeres que tuvieron sus primeras relaciones con una pareja que tenía una edad más próxima y con la que ya llevaban un tiempo de noviazgo, el primer embarazo significó la consolidación de la pareja y, en algunos casos, el matrimonio. Sólo algunas de las mujeres entrevistadas, que en general tuvieron sus primeras relaciones sexuales con varones mayores que ellas, explicaron que habían sido “madre soltera” porque el varón al enterarse del embarazo “la dejó”, “nunca se hizo ni cargo”.

Los varones entrevistados no narraron en detalle aspectos referidos a sus relaciones sexuales pero si mencionaron que antes de “juntarse” con su pareja,

y madre de sus hijos, habían tenido “noviecitas” con las que tuvieron las primeras relaciones sexuales.

### **3.4 Violencia, sexualidad y embarazo.**

En las mujeres que hacen referencia a haber sufrido un trato violento por parte de sus parejas, los embarazos han sido muy seguidos y escasos los intentos de utilizar algún método anticonceptivo. Estos embarazos seguidos tienen la función de mostrar que “es hombre” y que demuestra su virilidad “embarazando” a su mujer. Se trata de violaciones que permanecen ocultas en la relación de pareja pero que, como señala Segato (2010), responden a un mandato social de demostrar la virilidad, siendo que “la entrega de la dádiva de lo femenino es la condición que hace posible el surgimiento de lo masculino y su reconocimiento como sujeto así posicionado” (2010:40).

- ...Por eso, este... y él [un vecino] también...bah, no sé, él creo que no quería que se cuide tampoco ella, quería tener hijos... y...
- ¿Hay así hombres que quieren que no se cuide la mujer?
- Claro
- ¿Por qué será eso?
- Ideas que tenía él (se ríe) se quería hacer el hombre, ¿has visto?
- Vos decís, ¿se quería hacer el hombre?
- Aja, digo yo, porque era... es muy machista, no quiere que la mujer lo domine. Quiere ser él... de la casa.

(Daniel, noviembre de 2013)

Si “tener hijos y mujer”, como propiedades del varón, permite un cierto reconocimiento, lo contrario es motivo de burla por incumplimiento de las normas de la masculinidad dominante. Una mañana en el comedor, hablan de un hombre y una de las mujeres pregunta: “¿que no tiene hijos, ni mujer?” A lo que Marta responde bromeando: “es que es gay”.

La normalización de la violación ejercida por los varones a sus parejas da lugar al denominado humor negro en las conversaciones cotidianas entre las mujeres del comedor. Por ejemplo cuando se refieren a un acto de abuso sobre los cuerpos de las mujeres que permanece oculto. Susana hace bromas durante la mañana y comenta que cuando quedó embarazada le preguntaban “¿no es que el Samuel era el último?” y ella respondía, “es que me quedé dormida y me han violado”. Y se reía.

En un relato más cruento de la violación se hace referencia a algunos elementos que la acompañan y a las condiciones en que se produce,

Imaginate, yo estaba mal, qué te imaginas los niños...peor! si yo misma, suponía, que con que él venía borracho ya tendría que estar a las seis de la tarde pensando vendrá borracho, no vendrá borracho, cómo vendrá. A veces venía borracho y ni traía ni 10 centavos y los chicos..., “papá dame plata”. “No tengo plata, no tengo plata” [tono violento] siempre era la respuesta así, no tenía plata. Entonces como de ahí, como que ya me cansaba, me cansaba, me cansaba yo, entonces ya no era lo mismo, si me encamaba, no digo, con él, pero ya no era lo mismo. Digamos... me entregaba como cualquier... como cualquier cosa, o sea, ya no... ya no era como una persona, ya no... si tenemos relaciones era... bueno hace y ya no, no... no daba gusto. O sea, me entregaba por..., digamos, por obligación, que se yo, y ya no era lo mismo...

(Marta, enero de 2013)

En el relato Marta expresa como la posesión de su pareja sobre su cuerpo hacen que ella lo sienta reducido a objeto, una “cosa”, un “no ser una persona”. Al igual que Marta, varias mujeres mencionan el consumo excesivo de alcohol y los celos como factores que desencadenan la violencia, y, al mismo tiempo, señalan sus deberes como esposa o el “entregarse” por obligación<sup>54</sup>. Estos comportamientos dan cuenta de un orden normativo en relación con lo esperado del género en función de la lógica binaria sexo-género. El modelo hegemónico y homogeneizador de masculinidad comprende la agresividad, la impulsividad y el riesgo. Mientras que, el modelo hegemónico y homogeneizador de feminidad “sitúa a las mujeres en el lugar de la dependencia, el vaciamiento, la subordinación o la esclavitud. Y las dejan expuestas a la ‘ética de los cuidados’ mientras se las obliga a seguir ‘entregándose’ por amor.” (Arisó y Mérida, 2009:114-115).

Otro acto de agresión, al que referían algunas de las mujeres entrevistadas, es la ofensa pública por parte de sus parejas. Los varones hacían público su dominio sobre la mujer, presentándolas como prostitutas o insultándola en la calle,

Me fui y por detrás mío se iba, pues, él dice “ah, hija de puta, que mierda te crees vos” palabrotas que me iba diciendo y yo por ratos decía, que me trague la tierra porque vos... al escuchar palabrotas y la gente peor.

(Marta, enero de 2013)

---

<sup>54</sup>La obligación que se desprende del “débito conyugal” que es la prestación de las relaciones sexuales que se deben recíprocamente los esposos.

El análisis de las prácticas de violencia sexual en las relaciones de pareja implica reconocer a la violencia como una práctica que se ejerce en espacios privados, pero también referirla a relaciones de poder, así como a las pautas culturales y a las diversas formas en las que ésta se vincula con diferentes estructuras de dominación en el ámbito macro social. Siguiendo a Ferrándiz y Feixa, “Se trata, pues, de estudiar la violencia no tanto como un *acto* sino como un *continuo* (Scheper-Hughes y Bourgois, 2004: 1-5), no tanto como excepción sino como normalidad, no tanto como política sino como cotidianidad, no tanto como estructura sino como símbolo...” (2004:150).

### **3.5 ...nosotros somos de familia de muchos.**

... porque la incomodidad en la que yo viví mis primeros 13 años no la quería vivir en el tiempo de casado, digamos. ¿Se entiende? No quería vivir ni con mis suegros, ni en mi casa, nada, y quería vivir en **mi** casa, hacer lo mío y tener lo mío. Por una cuestión de... de cambiar el rumbo digamos, no seguir en lo mismo porque... por ejemplo mi padre yo, es una cultura ya de su familia, digamos, ya era una cultura. Mis abuelos familia numerosa, el papá de mis abuelos también y... nunca tuvieron su hogar, nunca tuvieron su lugar y... más acá mis viejos también, digamos, nosotros vivíamos ahí en una casa de madera que... eh... el terreno no era nuestro, eran fiscales, este, en algún momento teníamos que salir y bueno, este... eso me llevó a... a un día levantarme, el día de navidad y decir ‘chau gente me voy, a Salta’ (...)... la verdad que no quería repetir la misma historia de mis padres, la verdad que no.

(Rubén, mayo de 2013)

La reducción de la fecundidad en el Noroeste de la Argentina comenzó tardíamente en relación a las regiones del centro y sur del país<sup>55</sup>. Las personas entrevistadas en su mayoría provienen de “familias numerosas” situadas en el campo que han tenido entre 8 y 15 hijos. El cambio en relación a la lógica de la reproducción que tenían las familias de las cuales provienen se traduce en que este tipo de “familias numerosas” ya no sea frecuente.

La excepcionalidad de familias que tienen “muchos hijos” es explicada por una de las mujeres del comedor. Una mañana estaban conversando sobre una mujer del barrio que tiene 14 hijos y comentaban sobre la cantidad de hijos que a su vez tienen los hijos de esta mujer. Nadia hace referencia a una cierta

---

<sup>55</sup>La disminución de la fecundidad era significativa en el Gran Buenos Aires en 1914, mientras que en el Noroeste, la región más rezagada, el descenso aún no había comenzado en 1947. (Pantelides, 1997)

lógica de los patrones reproductivos, “cuando una mujer tiene muchos hijos una de sus hijas se le parece”, es decir, que la iguala en la cantidad de hijos a su madre. Las demás mujeres asintieron.

“Después del primer hijo, vinieron los otros”. En su mayoría los embarazos se produjeron por “un descuido” o cuando el método anticonceptivo (MAC) que utilizaban les produjo malestar y decidieron dejarlo para cambiarlo por otro (se profundiza sobre los modos de utilización de los distintos métodos anticonceptivos en el capítulo 5).

Quienes fueron “madres solteras”, cuando entablaron una nueva relación expresaron querer “darle hijos” a la nueva pareja. Así mientras que algunas mujeres tuvieron todos sus hijos con la pareja con la que tuvieron su primera relación sexual, otras tuvieron algunos hijos con una pareja y después otros hijos con su nueva pareja.

La disminución en la fecundidad en relación a las generaciones anteriores se vincula en las entrevistas con la decisión de migrar, con las vivencias en un contexto peri-urbano y con la reproducción de discursos de sectores medios de la ciudad (educación, comodidades habitacionales, vestimenta, entre otros aspectos).

Sobre la cantidad de hijos que deseaban, Silvina, que tiene 4 hijos lo sintetiza diciendo: “el primero y la última llegaron sin querer”. Al igual que Silvina, muchas de las mujeres entrevistadas mencionan que cuando “llegó” el cuarto hijo ya no querían tener más. Otras, en cambio, no se arrepienten de tener más de cinco hijos pero lamentan no tener una situación económica más estable.

En general las obligaciones que implican para las mujeres atender, en cuanto a lo afectivo y a los cuidados cotidianos, a “muchos hijos” no son presentadas como una preocupación. En cambio el costo económico de tener más hijos si es evaluado en relación con “las comodidades” que les quieren brindar a los hijos.

La responsabilidad de la crianza que recae sobre las mujeres esta naturalizada para algunas de ellas, mientras que a otras les significa una pesada carga y piensan que a los varones “no les importa seguir teniendo hijos si no son los que los van a criar”,

Ya, o sea, en realidad... él por él sí, ¿viste? Él quiere un bebé por su pa, por mi marido. Él quiere un bebé, quiere un bebé, quiere un bebé, pero yo me pongo a pensar, ¿qué voy a hacer con un

bebé más? (...) Como que... yo... para él como que se le hace más fácil porque él no está las 24 horas con el bebé, ¿viste? porque la que está y ... sabe si el bebé le duele o no le duele, si está enfermo, no ta enfermo, si te va a la salita a plantarte toda la mañana para que te atiendan al bebé es uno, ¿ve? Ellos no, ellos con que irse a trabajar y volver a la tarde que están cansado, como que con eso ellos terminan la jornada. En cambio uno tiene que seguir, tiene que llegar a la noche, tenés que levantarte. Eh... él, o sea, no se le hace difícil nada.

(Nadia, abril de 2013)

Aquellas mujeres que estudian o que trabajan, que son una minoría, expresaron sus deseos de limitar la fecundidad para alivianar las dificultades que conlleva conciliar la vida laboral o el estudio con las tareas domésticas. La posibilidad de que los varones compartan las cargas del cuidado cotidiano de los hijos y las hijas no fue mencionada en ninguna entrevista. Sus parejas, más que asumir alguna responsabilidad en los cuidados de los hijos, demandan también cuidados, como por ejemplo, que la comida esté lista cuando vuelven del trabajo. Solo dos mujeres expresaron que sus parejas las “ayudaban” en las tareas del hogar.

Por su parte, solo dos varones entrevistados refirieron principalmente su interés por limitar el número de hijos en relación con los prejuicios que ocasionaban “muchos embarazos” en el cuerpo de la mujer. Sin embargo, no se mencionó al embarazo, ni a la crianza de los hijos como perjudiciales para la vida cotidiana de la mujer. Estos dos varones también conversaban y acordaban con sus parejas el modo de *cuidar(se)*.

### 3.6 De madres a hijas

La familia es uno de los principales ámbitos en donde se transmiten los valores dominantes en relación a la maternidad, a los deseos de ejercerla y al cuidado infantil. Principalmente las madres son las que durante la infancia les han inculcado a sus hijas la capacidad y los deseos de ejercer la maternidad (Chodorow, 1984). También son las que hacen los reclamos a sus hijas adultas por no *cuidar(se)*.

- Mi mamita me dice, 'ustedes **zonzas** tiene chicos, se llenan de guaguas. Saben cuándo mamita era de que no había eso, para cuidarse, para no tener chicos' (...) 'Quieres tener, quieres tener un hijo, no sé qué hacen, no piensan' dice. Me reta mi mamita. Ah, me reta fiero.

(Celina, marzo de 2013)

*Un día pasaban por el comedor dos agentes de la policía buscando información sobre una chica desaparecida. Marta les comenta sobre su hija mayor a la cual su pareja le pega, pero que cuando ella le pregunta su hija niega todo. Marta pregunta a la policía si ella puede denunciar. Los policías le preguntan la edad de la hija y como tiene 23 años, le dicen que la que tiene que hacer la denuncia es su hija. Ante la respuesta Marta reacciona enojada y dice: “así como cierra la boca también habría cerrado las piernas”. La hija está embarazada y tiene dos niños pequeños.*

(Nota de campo, noviembre de 2012)

Varias de las mujeres entrevistadas tienen hijos e hijas adolescentes. Se observa un cambio en relación a la generación de sus madres porque todas manifiestan que han hablado con sus hijos/as sobre temas como la menstruación, el desarrollo del cuerpo a esa edad y los modos de *cuidar(se)*, principalmente del preservativo<sup>56</sup>. Sin embargo aún sigue vigente la educación que promueve la abstinencia en las mujeres, tanto desde las madres como desde los profesionales de la salud.

*Visitamos una casa con la agente sanitaria donde solo estaba la hija mayor de 16 años. La agente sanitaria aprovecha para darle una “charla”. Le dice que es una edad para disfrutar de las amistades. Le aconseja que no tenga novio, que mantenga alejado a los chicos. No le habla de anticoncepción. Le habla de embarazo adolescente, le dice que en su sector hay dos chicas de 14 años embarazadas, también que a su casa van a buscarla a veces las chicas que quedaron embarazadas para que ella le “solucione” porque sus papás se van a enojar. Ella le dice que los papás le pueden retar, e incluso pegar pero que el corazón los vence y después las perdonan, en cambio sí abortan (lo dice de un modo figurado, no directamente) es algo con lo que van a cargar toda su vida.*

(Nota de campo, octubre de 2013)

...si está de novia tarde o temprano va a venir embarazada, y que ni ella ni el chico, que tiene 15, van a poder mantener al bebé.

(Nadia, abril de 2013)

Para Nadia es muy importante que sus hijos terminen el secundario porque ella ahora lo está pudiendo terminar y le aconseja a su hija que cuando tenga 18 o 19 años y “ya sepa lo que quiere”, se ponga de novia. También le advierte que si queda embarazada del chico que actualmente “le gusta”, ambos

---

<sup>56</sup>También se reconoce la labor de la escuela en la enseñanza de temas referidos a la salud sexual. En la Argentina en el año 2006 se sanciona la Ley Nacional N° 26.150 que establece la creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

tienen 14 años, la madre del chico la va a culpar a ella. Las mujeres siguen concibiéndose como las únicas con capacidad reproductiva.

Con algunas excepciones, que tienen en cuenta a los varones adolescentes porque “embarazarse es de a dos”, en general se espera de las hijas “que no nos den la sorpresa” o “que no vengan con el cuento” y cuando esto ocurre, cuando quedan embarazadas, se les suele dar un trato violento, lo que lleva a muchas adolescentes a ocultar el embarazo a sus madres.

Desde pequeñas las mujeres son educadas para asumir de modo individual la responsabilidad de la reproducción y se las somete a reglas morales que las llevan a vivir la maternidad como algo obligatorio. En la actualidad la maternidad constituye todavía un signo de feminidad, “... un signo que puede reivindicar una lesbiana para reafirmarse como individuo femenino, disociándolo de la idea de pareja.” (Cadoret, 2003:66).

### 3.7 “Buenas madres”

- ¿Y cómo te sentís con la decisión?
- Bien, yo creo que ya... ya estoy realizada, ya he poblado la Argentina ya (ríe) Bueno, si extrañaría algún día ya van a venir mis nietos así que... (risas) Digo, si extrañaría. Pero no creo... nosotros estamos bien así, sin chicos.

(Alina, febrero de 2013)

Alina tiene 7 hijos y se ha realizado la ligadura tubaria. El sentirse “realizada” en relación a la maternidad y a “poblar la Argentina”, tienen su origen en el discurso de protección a la maternidad que data de principios del siglo XX y se funda, de acuerdo con Dora Barrancos (2007), en el temor de ser un país despoblado<sup>57</sup>. La maternidad no se presenta como una opción sino como un “deber” ser madre y su participación se comprende como “...la extensión de las responsabilidades de la mujer en la familia a redes más amplias de pertenencia: la comunidad nacional” (Campagnoli, 2008:186).

A Romina la maestra de sus hijos la felicita “de lo bien que tiene a los chicos”. A Marta la defensora de menores de la justicia le advierte que si vuelve a vivir con su pareja, que había abusado de la mayor de sus hijas, “le quitamos

---

<sup>57</sup> En la Argentina existieron políticas específicamente orientadas al fomento del rol de las mujeres-madres asociado al cuidado. El primer antecedente de este tipo de políticas se sitúa en 1934, cuando comienza a otorgarse el subsidio por maternidad, y se consolidan a mediados del siglo XX con la construcción de un sistema integral de asignaciones y subsidios familiares, que perdura hasta la década de los '90 sin reformas significativas (Hintze y Costa, 2011).

todos los hijos porque usted no es una persona responsable”. Una de las enfermeras del CAPS destaca de una chica que “es una buena mamá” porque tuvo 2 hijos “nada más” y porque es “cumplida con los controles”. Las/os maestras/os, las y los funcionarias/os de la justicia y las y los profesionales de la salud aprueban o desaprueban prácticas de las mujeres del barrio en función de ciertas expectativas sociales sobre lo que se considera una “buena madre”. Como se señaló en el capítulo anterior, cumplir con estas expectativas las convierte en “merecedores” de la “ayuda” estatal.

El control de los comportamientos de las mujeres se ejerce no solo por los funcionarios de las instituciones educativas, sanitarias o legales, también su entorno familiar inmediato asumirá el control de lo que debe ser juzgado como correcto o incorrecto para cumplir con el mandato de “buena madre” y “buena esposa”. Un control que, como observan Arisó y Mérida (2009), “... coloca a la mujer siempre ‘bajo sospecha’ y, en consecuencia, bajo vigilancia permanente mientras estimula al hombre a ejercer, desarrollar y dar rienda suelta a su sexualidad para adquirir experiencia y reafirmar su virilidad y, por tanto, su dominio, dando muestras de su supremacía, de su ‘poder’...” (2009:41).

- Si hay hombres que ven mal lo de cuidarse...
- Si, yo tengo un compadre el..., que dice que si la mujer se cuida no quiere verdaderamente a su marido, anda mirando a otros hombres. Ella le hace caso a él, tiene re-seguiditos los chicos, y ya son, a ver... 6 chicos.

(Celina, marzo de 2013)

“ah! Que vos tenés otro macho”, lo único que me sabía decir, “Que vos tenés otro macho”, “que, que vos sos una hija...” con palabras, con el perdón de las palabras que voy a decir, “que vos sos una hija de puta”, “que yo te estoy viendo a vos, que vos estabas con otro”. Que por esto, que por aquello, ¿has visto?

(Marta, enero de 2013)

La demostración de la virilidad de los varones “embarazando” a su mujer y la sospecha sobre la mujer que *se cuida* porque “anda mirando a otros hombres” son expresiones del ejercicio de poder a través del cual, siguiendo a Segato (2010), se hace posible el surgimiento de lo masculino.

También la familia del marido suele ejercer el rol de vigilantes del buen funcionamiento del orden monogámico. Son varias las mujeres que lo relatan

pero el relato de Daiana sobre cómo su suegra y su cuñada le “hacían la vida imposible” es uno de los más ilustrativos,

-...Y siempre cuando venía mi marido, mi cuñada o su sobrina de él siempre esperaba ahí en la puerta para llenarle la cabeza, ¿has visto? y... justo cuando ya venía mi marido, ya venía re-enojado y era para pelear porque él me pegaba mucho a mí, pue, sí, me pegaba mucho él y él... no toma, no... no tiene ningún vicio, ¿has visto? pero siempre era porque mi cuñada le llenaba la cabeza y... mucho tiempo hemos vivido así (...) porque siempre sabía está enojado y no me quería dar plata, nada para cocinar, pue.

- ¿Y qué le decía la familia?

- O sea, cuando él venía decía que yo no hago nada, que vivo ahí, que... que agarro, que me voy con los hombre, que salgo a joder, le dejo a los chicos, así... y él se creía, pue. (...) no me dejaba ni, ni a dormí hasta tarde, no me dejaba ni salir a la calle, no me dejaba ni hablar con mi vecino porque ya era para pelearme y e... en ese tiempo... terrible para mí, porque, aparte no tenía ninguno de mi familia, ¿has visto?

(Daiana, febrero de 2013)

El peso de ser “buena madre” es remarcado en las distintas entrevistas y durante las conversaciones compartidas en el comedor. En general se señala este peso en relación a la ausencia de los varones en las tareas de la casa, el acompañamiento escolar, las dificultades de combinar trabajo fuera de la casa con el cuidado de los más pequeños y el ocuparse de poner límites a los hijos. En las mujeres “La virtud no se establece al decir ‘basta’, sino en relación con una ‘capacidad de soportar’.” (Arisó y Mérida, 2009:47).

- ...bueno, lo mismo piensan ellos también de mí, que yo soy mala, que soy un ogro.

- ¿Los adolescentes?

- Si... siempre la mala es la madre. Ellos del padre no dicen nada, como no dice nada él tampoco, así que... el ogro aquí es la madre siempre.

(Alina, febrero de 2013)

-...nunca me he separado de ellos, nunca le he dejado, no he sido una madre que... mira a la fiesta que me han invitado, Anita, nunca me gustó la fiesta, nunca me he ido, nunca... desde lo que pasó con mi hija estuve con los chicos. Inclusive... yo no pienso que... yo no soy mala porque si yo hubiese sido una mala pisadora, el padre de los chicos hasta el día de hoy hubiese estado preso, detenido. Pero yo nunca, nunca... ni le dije a los niños, nunca le guardé como...

(Marta, enero de 2013)

Al mismo tiempo que desde las instituciones educativas o sanitarias y desde los propios entornos familiares se las interpela básicamente como mujeres-madres-pasivas, y en muchas situaciones ellas reproducen este estereotipo, en su vida cotidiana las mujeres ocupan otros roles, otros tipos de relaciones, en particular, a partir de algunas bromas que se hacían entre ellas, es posible observar también un rol activo en el ámbito de la sexualidad.

### **3.8 Paternidades: “lo importante no es quien los hace sino quien los cría”**

Aldo se presenta y me dice que tiene un hijastro. Pero avanzada la conversación me comenta que tiene 2 hijos pero que él no los conoce, que son de dos mujeres distintas, “del baile”, aclara. Se enteró que fue padre pero los niños se quedaron con su mamá. Le pregunto si no quiere conocerlos y me dice que su hijastro se pone mal si él va a ver a sus otros hijos, y reflexiona, “para que me vean una vez y el otro se enoje, mejor no”.

Así como él no reconoció a dos hijos, Aldo tampoco fue reconocido por su padre. Estábamos hablando del tiempo que estuve haciendo el doctorado en España y me dice, con un poco de orgullo, que su papá es “gallego”<sup>58</sup>. Que él lo vio una sola vez porque quería conocerlo y fue a verlo. Y “eso fue todo”, lo vio una sola vez a su padre aunque vive en una localidad de la periferia de la ciudad de Salta ubicada a 30 kilómetros. Tiene algunos medios hermanos de parte de su papá. Le pregunto por su apellido y me dice un apellido muy habitual en el norte argentino, y explica que él tiene el apellido de su mamá.

Cuando dejó su casa del campo, en el interior de Salta, tenía 17 años. De su madre dice: “nunca me llevé bien” y sobre sus hermanos, cuando responde titubea, “este... 15 creo que debemos ser, este... mas, pero tampoco hay..., hay hermanos que yo no los conozco, ¿no?” Después me aclara, “somos 5 los que llevamos el apellido de mi mamá” y de estos 5 aclara que tiene buena relación con el más grande. Su madre comenzó una nueva pareja y esos hermanos ya tienen el apellido del padre. Cuando el dejó la casa esos hermanos eran chicos y dice que no los conoce a todos.

La conversación había concluido y ya nos habíamos despedido, cuando Aldo cierra el encuentro con la frase: “lo importante no es quien los hace sino quien los cría”.

---

<sup>58</sup>“Gallego” es un modo coloquial que se utiliza en la Argentina para referirse a todo inmigrante venido de España (aunque se sepa que no es de la región de Galicia).

A partir del relato de Aldo es claro que las relaciones sexuales con mujeres pueden tener como resultado un embarazo, sin embargo, solo cuando se reconoce la paternidad sobre los hijos se estaría legitimando el poder masculino en el ámbito doméstico. Para Bestard, “la sexualidad no puede separarse de la concepción del género ni de los símbolos del parentesco que tienen que ver con la procreación de las personas” (1998:178).

El relato de Gloria también estimula a pensar los ejercicios de paternidad. Gloria vive con su padre y algunos hermanos en una pequeña casa de madera. Los fines de semana vive con temor de los actos agresivos de sus hermanos que vienen alcoholizados. Tiene tres hijos, el mayor es un varón de 6 años, después tiene dos mujeres, una de 4 y una de 1 año. El padre de su hijo mayor murió en un accidente con un caballo, aunque seguidamente me aclara, “bueno, eso dice la familia de él”. El padre de su hija de 4 años la “dejó” por una mujer de 40 años. Gloria explica que la mujer con la que se fue el padre de su segunda hija “le compraba cosas a él y le puso un abogado para el tema de la cuota alimentaria”, como señalando una posición económica favorable y que se estaría resistiendo a la manutención de la hija. Y con el padre de su hija de un año se peleaban por celos y un día, comenta Gloria, “él me levantó la mano y le puse una denuncia en la policía”. La tercera hija de Gloria nace en el medio de la disputa judicial, poco tiempo antes que nazca la niña, la justicia había citado a la pareja “para ponerse de acuerdo” pero no hubo acuerdo. En la actualidad, dice Gloria, “él quiere el ADN de la nena”.

Ninguno de los 3 varones que tuvieron hijos con Gloria, teniendo en cuenta que ella nunca pudo comprobar que el padre de su hijo mayor esté realmente muerto, se han atribuido la paternidad sobre ese niño y esas niñas.

Gloria trabajó desde pequeña en la cosecha del tabaco y en las tareas vinculadas al secado de la hoja de tabaco, a los padres de sus dos primeros hijos, los conoció “en el tabaco”. En la actualidad vive en la casa de su padre, en la periferia-urbana, y no tiene trabajo. Gloria enfrenta las difíciles condiciones materiales a través de las ayudas estatales y las tareas como voluntaria en el comedor.

Al hablar sobre su nueva pareja, Gloria remarca que tiene un oficio, el de zapatero, y que si bien pasa el día con él, por las noches vuelva a dormir con su padre. “Darle un hijo” a su nueva pareja sería un modo de formalizar la relación, una estrategia para salir de la casa de su padre y tener una pareja que la “mantenga”, sin embargo se pone en duda si esta nueva pareja querrá criar a

los hijos que ella tuvo con parejas anteriores. A diferencia de la maternidad, la paternidad se encuentra asociada a la pareja. La paternidad "... no se percibe como un signo de masculinidad (que no es sinónimo de virilidad)..." (Cadoret, 2003:66). En relación al lugar que ocupa el cuerpo en la construcción del parentesco, el padre es generalmente el marido o el compañero de la mujer que da a luz.

En el relato de Aldo la paternidad a la que hace referencia es a aquella que implica un vínculo afectivo, su hijastro se pone mal si él va a ver a sus otros hijos. En cambio, en el relato de Gloria se reclama que asuman la paternidad en tanto proveedores, no así en los cuidados o en lo afectivo. La variabilidad de ejercicios de la paternidad, varones que asumen la paternidad del hijo que su pareja tuvo con otro varón, varones que exigen una prueba científica que demuestre la consanguinidad para asumir la paternidad, varones que evaden las responsabilidades que implica la paternidad, nos permite apartarnos de la idea estereotipada del "macho latino" que, siguiendo a Viveros (2006), es una representación racializada de las masculinidades de los hombres de sectores populares, de los hombres campesinos, de los hombres de "sociedades tradicionales".

Algunos de los autores que han indagado sobre la presencia de los varones en los procesos reproductivos en América Latina, Viveros (2009), Castro (2000), Villa (1998), Figueroa-Perea (1998) y Leal y Fachel (1995), han permitido una problematización más amplia de cómo se concibe la reproducción, tomando en consideración las relaciones que atraviesan a las identidades de género.

### **3.9 "Arreglos de crianza"**

La frase: "lo importante no es quien los hace sino quien los cría" (Aldo, noviembre de 2013), sugiere otros modos de ver el parentesco y la identidad personal. Los "arreglos de crianza"<sup>59</sup>, que se producen cuando la madre está atravesando dificultades económicas, o bien, cuando la nueva pareja de la mujer se niega a sustentar a niños de uniones anteriores, son un ejemplo de la afirmación que hace Aldo.

En conversaciones informales se hacían bromas sobre la posibilidad de que una de las mujeres del comedor esté embarazada y la mujer les respondía,

---

<sup>59</sup> Fonseca (2007) utiliza la denominación "arreglos de crianza" para referirse a adultos que sin ser padres biológicos se ocupan de la crianza de un niño o niña. Estos arreglos, afirma la autora, sirven para aumentar la cantidad de otros significantes en el universo social de una persona.

que si estaba embarazada se lo iban a tener que criar quienes hacían la broma. Los “arreglos de crianza”, aunque son más habituales en las zonas rurales también se suceden en el barrio. En la trayectoria de Marta se muestran distintos tipos de “arreglos de crianza”, arreglos permanentes y transitorios.

De los cuatro hermanos, Marta señala que ella tuvo suerte de ser criada por su madrina cuando a los 8 años murió su madre: “me quería, digamos, realmente como si fuera... como... otra hija de ella, pero como una reina porque yo en realidad no sabía ni lavarme... ni mis bombachas”. Distinta fue la suerte de su hermana, Vera, a quien la hija de su madrina había tomado como *criada*, “sufrió un montón”, comenta Marta. Como se señaló en el capítulo 1 la figura de la *criada*, que aún existe en el norte de la Argentina, implica el trabajo doméstico gratuito a cambio de educación, vivienda y comida. A Vera “la hacían cocinar (...) ella hacía el arroz y si lo quemaba y ella tenía... mi hermana, kilo de arroz que quemaba, kilo de arroz lo tenía que comer. Y si la comida no estaba como ella quería, la señora le hacía comer.” El ejemplo que da Marta sobre el trato que se le daban a su hermana y los castigos que le impartían cuando la comida salía mal no es extraño en este tipo de relaciones de cuasi-servidumbre.

Marta y Vera habían sido criadas por otras mujeres a causa de la muerte de su madre. Distinta fue la situación de la hija mayor de Marta, a quien ella había tenido como “madre soltera” y a los seis meses la había dejado a cargo de su hermano porque ya había formado una nueva pareja. La mujer de su hermano “era de buena posición, ella trabajaba en el hospital” y le dijo a Marta: “nosotros se vamo a hacer cargo de la Gabriela (...) porque vos vas a tener..., para que el padrastro no le este...como se llama, que esto, que aquello, entonces nosotros vamo a criar la Gabriela”. Marta estuvo de acuerdo.

Gabriela, la hija mayor de Marta, nace a pesar de los intentos de su madrina para que aborte<sup>60</sup> y porque, pasado un tiempo, su hermano se había enterado del embarazo y se opuso a que ella se efectuara un aborto. Embarazada, Marta “tuvo que salir” de la casa de su madrina y se trasladó de un pueblo rural del interior de Jujuy a la periferia urbana de la ciudad de Salta. Explica que mientras estuvo embarazada se alojó en lo de su hermana pero después del nacimiento de su hija se comenzó a sentir “incómoda”, su hermana le reclamaba que “... ya era otra boca que mantener, que la leche, que todo eso”

---

<sup>60</sup>A Marta su madrina la había llevado a hacerse dos abortos en condiciones precarias, el segundo, según relata, bastante riesgoso. Este tercer intento fue más “casero”, entre los “yuyos” que menciona están el ajeno, “que es bien amargo como la hiel” y lo debía tomar en ayunas. También probó correr, mover leños pesados, tomar vino hervido, cerveza hervida, “todo lo que la gente decía”.

y le pedía que aporte económicamente. En esas circunstancias Marta decide irse a vivir con su nueva pareja, aunque “sin conocerlo”, aclara y explica, “no llegamos ni a salir ni seis meses que yo ya me junté con él y empezaron a venir los hijos... uno atrás de otro”. El haberse juntado y el tener hijos en común, de algún modo, en el relato de Marta, justificaban que el ejerza violencia sobre ella: “Una vez que uno se perjudica porque vos te juntas y crees porque el esposo, es el esposo, y viene y te trata como él quiere, y tampoco es... que no es así”.

Gabriela tenía 8 años cuando la cuñada que la estaba criando se la “entregó” a Marta. Según Marta, su cuñada “se cansó” de que ella siga teniendo “más niños y más niños” mientras ella le “criaba” a Gabriela. Entre los 6 meses y los 8 años, Gabriela vivió con sus tíos y después Marta retomó la crianza de su hija mayor: “A los 8 años. Y... yo le tuve a Gabriela así, la hice estudiar en la escuela y todo”.

Cuando Gabriela se integró al grupo familiar ya tenía tres medios hermanos y llamaba “papá” a su padrastro. Un año después de su llegada el padrastro abusó de ella. Marta se dio cuenta del abuso al bañar a su hija y ver que tenía colorada la vagina. La niña después de negar el abuso varias veces y ante la insistencia de Marta que le decía: “Pero Gabriela no puede ser que tengas así, no puede ser que tengas así, algo te paso, no te voy a pegar yo”, y le aclaraba: “No tenés la culpa vos, la culpa la tengo yo, por dejarte sola, contáme que te pasó, no te voy a pegar”, terminó contando a su mamá en “un mar de lágrimas”: “mi papá me tocó”. Marta le recriminó a su pareja pero él se negaba y la trataba de “puta mentirosa” y ella lo denunció en la policía y quedó detenido.

Durante los meses que la pareja de Marta permanece detenido, ella tenía que resolver la manutención de sus hijos y decidió pedir ayuda a su madrina. En ese momento el hijo de su madrina y su mujer le propusieron llevar a sus hijos a un internado para que ella pueda trabajar. En el relato de Marta se observa la diferencia entre “dar” un hijo a un familiar para que lo críe y “dejarlo” en una institución estatal. Cuando Marta cuenta que dejó a su hija mayor de 6 meses al cuidado de su hermano, dijo, “me pareció bien”, refiriéndose a la propuesta de su cuñada y su hermano de criarla. Muy distinto es el relato que hace de la propuesta del internado, de lo que significa para ella, decía: “separarse de los chicos, un dolor tan feo, que... que después de ahí yo no volví, no volví a llegar nunca a la casa de mi madrina. Nunca más.” Marta no recibió apoyo económico de su familia, ni de la familia del padre de sus hijos y resolvió la ausencia del sostén económico de la familia acudiendo al comedor,

Como yo digo, gracia a Dio que siempre tuve la puerta, puerta abierta del comedor que... que la encargada en un primer momento me dijo, “si tráelos nomás a los chicos”, sin conocértelos, los chicos, yo los llevé... Pero como digo, supe ganarme un plato de comida hasta para **mí misma**, supe ganarme en el comedor.  
(Marta, enero de 2013)

En la actualidad Marta se cuestiona, “no sé si hice mal o hice bien”, el haber denunciado a su pareja porque, por un lado siente que ha perjudicado a su hija, y se culpa, pero, por otro lado, en ese momento sentía que iba a ser juzgada por sus otros hijos si el padre quedaba preso. Finalmente, cuenta que en el juicio dijo: “Que salga en libertad y pero que me ayude con los chicos y que no vuelva a aparecer”.<sup>61</sup>

Marta volvió a aceptar al padre de sus hijos en su casa porque él le dijo que no tenía a donde dormir y porque decía estar arrepentido. Al dormir en la misma cama, explica Marta, “después ya como mujer, ¿has visto? (...) volvimos a tener de vuelta relación, todo”. Tuvieron 2 hijos más. Marta vivía con temor. Sus salidas limitadas eran a la *salita* o al comedor. Un día Marta sale para el festejo del “Día de la Madre” en el comedor, estaba intranquila, “estaba en el comedor pero tampoco **no estaba** en el comedor”, y cuando volvió a su casa, sus hijos le avisaron que su papá había abusado de Gabriela delante de ellos.

En ese momento Gabriela tenía 12 años, la hermana de Marta se enteró de lo acontecido y “la llevó” a su casa, ubicada en un barrio cercano. Marta aclara que Gabriela “quería ir con ella”, con su tía. No podía denunciar al padre de sus hijos porque cuenta que la defensora le había advertido: “usted vuelve a vivir con él y le quitamos todos los hijos porque usted no es una persona responsable”. Entonces Marta razonaba, asumiendo las directrices de la experta y responsabilizándose, “Y si yo le di lugar a eso y no... no quise ir a dar parte tampoco ya de lo otro, ¿has visto? de lo que pasó porque ya sino me quedo sin mis hijos, ya me quitan todo, que hago yo sin...”.

Los hijos son “todo” para Marta, y esto es lo que se espera de una mujer. Coria señala en este sentido “una superposición de identificaciones erróneas. Una es la de suponer que mujer es igual a madre, y por lo tanto incondicional.

---

<sup>61</sup>En una entrevista realizada a una psicóloga experta en el tema que desarrolla sus funciones en la Fiscalía Penal de Violencia Familiar y de Género, se señala que las retracciones son comunes por presiones del ámbito familiar y de las condiciones de vida. En relación al relato de Marta, la experta señala que “hace coalición con la sensación de responsabilidad que ella siente o con su propio conflicto de que a la vez no lo quería preso.” Y observa que si en la instancia judicial, hubiese un espacio para la escucha, para que se le permita a quien denuncia cierta contradicción, que es esperable, quizás Marta hubiera podido tomar otra decisión.

Otra que madre es igual a amor, y la tercera que amor es igual a bondad.” (2001:72).

Siguiendo a Mari Luz Esteban, la mirada de la biomedicina que naturaliza la categoría “madre” y genera discursos hegemónicos en relación con la maternidad “no permite evidenciar, ni siquiera dentro de las ciencias sociales, los diferentes factores socioculturales y experiencias en torno al cuidado de las criaturas.” (2000:207). El amor materno, señala Esteban, “está siempre en el ideal cultural por delante del amor paterno. Todo por el hijo.” (2011:66).

Marta relata en un tono cansino que tuvieron un hijo más. Aunque detalla el trato violento que su pareja le daba cuando volvía a la casa, los insultos que le gritaba y las acusaciones sobre “tener otro macho”, Marta se responsabiliza de haber seguido teniendo relaciones sexuales, relaciones que en las que manifiestamente ella se sentía obligada a sostener. Con ese hijo ya eran 7 y Marta pudo acceder a la pensión de “madre de 7 hijos o más” que le dio un sustento económico propio.

Al poco tiempo, aprovechó que su pareja la había golpeado brutalmente en el rostro, lo denunció por violencia. Logró alejarlo definitivamente de la casa, aunque fue un proceso lento, cargado de amenazas y miedos,

- (...) Te ponen... policía y... te resguardan de todo eso. Y cuando yo iba a la calle, lo mismo, ponele, él me encontraba “ah, que mierda, te voy a re-cagar matando, que sos una hija de puta, qué porque me has sacado de la casa” Todo eso, ¿has visto? Entonces yo me quedaba muda, así por ratos me daba miedo y por ratos me quedaba muda porque... qué sé yo si en verdad lo hace. (...) Así que así, de poco en poco se... se hemos ido ya así alejando, alejando pero..., en sí, este... como te dije, nunca tuve el apoyo de nadie, ni de él mismo tampoco, ¿no? Porque él, él... rara la vez que... rara!, allí, Anita, allí. Qué se yo me daba un kilo de fideos, o algo, 10 pesos de plata, así.

(Marta, enero de 2013)

### **3.10“Maternalizadas”<sup>62</sup>**

Las familias de donde provienen Aldo y Marta, así como las parejas que conformaron y los que tuvieron o que decidieron criar, nos permiten ver las variaciones en las relaciones familiares y en las prácticas cotidianas a partir de las cuales se desarrollan estrategias que reproducen, pero que también

---

<sup>62</sup>El término “maternalizadas” es utilizado por Nari (2004) para denominar los actos a través de los cuales determinados saberes expertos construyen a las mujeres como madres.

traspreden o exceden, las intervenciones estatales en relación al mantenimiento y protección de niños, niñas y adolescentes.

Aun cuando las experiencias de las mujeres y de los varones son muy variadas en cuanto a las relaciones familiares, estas relaciones se encuentran fuertemente estructuradas en torno a la división sexual de tareas que orienta a las mujeres hacia el cuidado de los niños, niñas y personas ancianas o enfermas, pero también del cuidado de los varones adultos, y a los varones hacia su rol de proveedores (Castro et. Al, 2008).

En situaciones de penurias económicas las tareas de las mujeres, ligadas a los cuidados, también implican administrar los pocos recursos con los que cuentan para poder alimentar a todo el grupo familiar o salir a la comunidad en busca de ayuda. El trabajo como voluntarias en el comedor infantil es un ejemplo de ello. Marta acudió al comedor en un momento que ella describe como de “desesperación”. No solo porque su pareja, y único proveedor de la familia, había sido detenido por la denuncia de abuso, también porque no contaba con el apoyo de la familia, esa “red de apoyo” que se presupone que existe entre “los pobres” cuando se “culturalizan” sus capacidades,

- (...) por ese problema, que yo no sabía de donde sacar plata, qué hacer con plata porque a veces dice ser familia, pero familia de nombre porque nadie me ayudaba, nadie me dijo, mirá te brindo... querés una mano y entonces yo hasta el día de hoy por eso me da bronca (...) Por eso yo fui al comedor y le hablé a la Lucia y le dije si podía entrar al comedor (...) y me dijo, “bueno, vení, se cocina una vez a la semana”, me dijo así, nomás tenés que venir una vez a la semana a colaborar.

(Marta, enero de 2013)

Otra era la actitud cuando los maridos tienen trabajo. Varias mujeres manifestaron que sus maridos no querían que ellas vayan al comedor porque, por un lado, el rol de los varones como proveedores se veía menoscabado si ellas salían a buscar el alimento para algunos miembros de la familia, y, por otro, las mujeres “debían” permanecer en la casa, realizando las tareas esperadas de una “buena” madre y esposa.

El fragmento en el que Marta relata la relación con su tercera pareja, a quien ella conoció estando él privado de su libertad, ejemplifica el rol del varón como proveedor y las tensiones con la actividad y compromiso de ella en el espacio público del comedor,

...él más se apena porque dice “no tengo plata, tenés que ir al comedor a pelear por un plato de comida” Él no quiere saber nada que yo vaya al comedor, ¿no? Él quiere estar aquí para que yo no vaya al comedor (...) Así le dije, No, le digo, tantos años que yo no voy al vicio, tantos años que yo voy a dejar el comedor, no es así, aunque sea voy al comedor a servir postre...

(Marta, enero de 2013)

La diferenciación entre lo público y lo privado se ha equiparado en la tradición de la filosofía y la política de Occidente con la separación entre el mundo político (espacio de “los varones”) y el mundo “doméstico” (espacio de las mujeres), reduciendo a la “familia” al orden de “lo natural” y “lo moral” (Collier, Rosaldo y Yanagisako 1997).

El comedor, como espacio de solidaridad y apoyo entre mujeres, y liderado por mujeres, hace que se desdibuje la distinción público/privado, poniendo en cuestión, siguiendo a Esteban, “la visión (estrecha) del marco familiar como el único (o el ideal) en el que se fraguan los lazos de solidaridad, apoyo y cuidado” (2011:180). La universalización de este marco familiar, sostiene Esteban, “contribuye a una especialización excesiva del sentimiento amoroso y a una jerarquización de las relaciones interpersonales y afectivas, y contribuye, entre otras muchas cosas, a crear alarma social por el hecho de que las mujeres (...) estén *abandonando* sus hogares. (2011:180).

A diferencia de Silvina, que trabaja como dependienta en un almacén y dice que su trabajo le permite “salir un poco de casa y no estar todo el día con los hijos”, una de las mujeres del comedor expresaba las consecuencias negativas que ocasionaba su “salida” al ámbito laboral,

- Trabajé. Si, de... cuando estuvimos juntos si, trabajeeee, umm dos veces, dos veces nomá trabajé. (...) y... el año pasado, el anteaño también trabajé acá nomás, igual me dejé estar mucho con los chicos. Igual ya son grande pero igual venían... pero si vos los dejás no hacen nada... ya me descuidé de la escuela, de los más chicos... (...) si, así que no... he dejado, vamos a seguir así, poco a poco. Así que bien, ahí andamos nomás... con los niños, nos damos vuelta con lo que tenemos, poco así...

(Viviana, noviembre de 2013)

El confinamiento de las mujeres en el ámbito de la familia, del cual no “debían” salir, no solo era manifestado, y exigido, por los maridos, también algunos de los profesionales de salud, argumentaban que “los niños debían almorzar en familia” y no en el comedor. La diferenciación sobre lo que le compete al espacio de la “familia” y lo que le compete al espacio público continúa

vigente en el discurso y en las representaciones de los profesionales de salud como parámetro de “normalidad” (Santillán, 2009).

Los varones, por su parte, no son considerados por las mujeres únicamente como proveedores. En varias de las entrevistas realizadas, así como en conversaciones informales, se valoraba el vínculo de afecto entre padres e hijos, como se ejemplifica en la siguiente nota de campo,

*Dos mujeres, voluntarias del comedor, conversan sobre la relación que tienen sus maridos con los hijos. Una de ellas dice que cuando llega el papá de los chicos “lo agarran de las piernas, que ni le dejan sentarse a comer”. Y la otra mujer comenta que cuando viene un tío u otro pariente varón a visitarlos, “los chicos no lo dejan tranquilo” y es ahí cuando ella se da cuenta de lo que necesitan a su papá.*

(Nota de campo, noviembre de 2012)

Es interesante, retomando la tarea de decolonizar el conocimiento, la advertencia que realiza Fonseca sobre los modos de abordar la lógica particular que subyace a la organización familiar en sectores populares, en tanto que, “Conseguimos relativizar muchas cosas (...) pero nuestra tolerancia por la diversidad parece tropezar en la barrera de la familia que, de Malinowski a nuestros días, se destaca como el último bastión del pensamiento esencialista.” (Fonseca, 2000:36 traducción propia). Y, más aun, agrega Santillán, “cuando las prácticas que se ponen en juego se relacionan con dimensiones fuertemente naturalizadas como son aún hoy en día las funciones maternas y paternas respecto a la crianza y la educación de los niños.” (2009:266).

En los años '70 el análisis de las denominadas “familias disfuncionales” se basaba en el enfoque de la “cultura de la pobreza”, que excluía el papel de los procesos económicos/políticos, culturales e ideológicos y atribuía la “disfuncionalidad” a las “conductas” de los propios pobres: nacimientos ilegítimos, concubinato, promiscuidad, entre otras. Por consiguiente, en la época en que la retórica sobre “globalización” se intensifica, no deja de ser significativo, siguiendo a Fonseca, que haya un reconocimiento creciente de las especificidades culturales que existen dentro de la sociedad moderna (2000:39 traducción propia).

Después de la crisis de los Estados de Bienestar y la insatisfacción con los resultados económicos y sociales de las recetas de ajuste estructural, conocidas bajo la expresión Consenso de Washington, un grupo de economistas del Banco Mundial comenzó a trabajar sobre la idea de un desarrollo humanizado. Desde

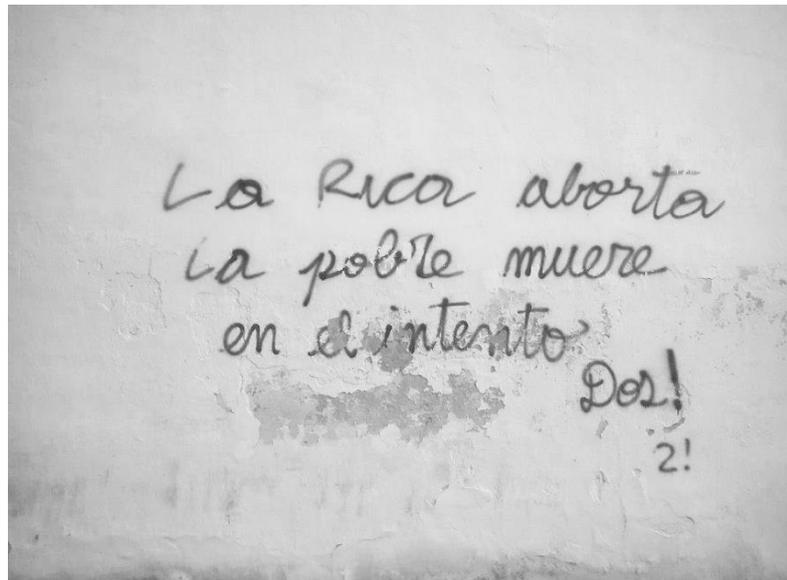
un discurso que naturalizan la diferencia social enmarcada en una retórica humanista del desarrollo que convierte las redes de ayuda mutua o los cuidados cotidianos a niños y ancianos en *capacidades* que “los pobres” poseen para resolver sus propios problemas. Nuevamente las desigualdades sociales y económicas permanecen ocultas, mientras se generan políticas que apuntan a “fortalecer” a la familia o a “empoderar” a la mujer.

Como se señaló al inicio del capítulo, en América Latina ha coexistido un énfasis excesivo en las diferencias culturales, la exotización del otro, con la proyección universal de las categorías generadas en el pensamiento occidental, la invisibilización del otro. Siguiendo a Fonseca, si el énfasis en la diferencia puede haber sido instrumental a muchos abusos colonialistas, ignorarlas también puede justificar otras formas de dominación social (Fonseca, 2007:2).

En este sentido, el abordaje etnográfico, a partir de la recuperación de situaciones y contextos cotidianos, ofrece una mirada que pone en cuestión tanto la esencialización de la maternidad como el modelo universal de la familia patriarcal o nuclear, una mirada que es fundamental para ampliar el análisis y poner de manifiesto las consecuencias de la ideología de la maternidad que asocia mujer con amor, entrega y cuidados. Una de las etnografías más importantes que conforma este campo de estudio es el trabajo de Nancy Scheper-Hughes (1997), titulado *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, en el cual la autora evidencia de qué forma se construyen culturalmente dentro de contextos sociales e históricos determinados las prácticas cotidianas de crianza.

## Capítulo 4

### Construcciones hegemónicas de una sexualidad *saludable*.



(Foto: Celiana Spaventa)

*“...a una mujer que abortó se la persigue para que no se vuelva a embarazar.”*

(Nota de campo en espacio de capacitación  
para profesionales, noviembre 2013)

Había pedido autorización para hacer algunas observaciones en la consulta médica de ginecología a la jefa del servicio y al médico toco-ginecólogo del CAPS del barrio. A cada mujer que ingresaba a la consulta le informaba sobre la investigación y le preguntaba si podía presenciar la consulta, advirtiéndole que me retiraría de la misma cuando el médico la revise, y también, en cualquier momento que ella lo solicite.

Ingresa una mujer joven y delgada. Realizo la acción del consentimiento, para informarle sobre el estudio, garantizar la confidencialidad, y solicitarle permiso para hacer la observación (ver anexo VI). La mujer me dice: “si, igual yo solo vengo a pedir la inyección”.

- No tenés historia clínica.
- Vine una sola vez cuando estaba la ginecóloga.  
[El médico sigue buscando la historia clínica]
- No importa que no tenga historia clínica porque yo vengo a pedir la inyección nomá.  
[Sale el médico a buscar la historia clínica en administración y vuelve con unos pocos papeles]
- ¿Esta sos vos?  
[Le muestra la carátula de la historia clínica, con el dedo le señala su nombre]
- Si, no sabía que tenía historia clínica.
- ¿Por qué venís?
- Es que no me viene hace 2 meses. Me puse una sola vez la inyección y después vine pero no estaba la doctora.
- ¿Hace cuánto que no te viene?
- Desde septiembre. (La observación se hizo en el mes de diciembre)
- ¿Te hiciste el test de embarazo?
- No.
- ¿Estas teniendo relaciones?
- Si.
- ¿Y no te cuidas con nada?
- No. (baja la cabeza)
- Te voy a pedir una ecografía.
- ¿No me va a hacer análisis de sangre y de orina?
- Primero quiero saber si hay alguien adentro.
- No quiero saber nada.
- Subí a la camilla.

*Mientras salía del consultorio escucho que cuando la joven se*

*dirige hacia la camilla dice como para adentro, en un tono bajo, “ya tengo yo un hijo”.*

(Ingreso nuevamente a la consulta)

- ¿Hay alguien adentro?
- Mirá no sé si de cuatro meses pero que hay alguien...

*La mujer sentada en la silla recoge el pedido de la ecografía. Luego se va del consultorio tomándose con las manos la cabeza, la cabeza baja, y vuelve a murmurar: “ya tengo un hijo”. La consulta tuvo una duración de 9 minutos.*

(Nota de campo, diciembre de 2013)

El tiempo acotado de la atención, el desinterés por el sentimiento que le provoca a la mujer la información sobre un posible embarazo, el desprecio por los conocimientos de la mujer respecto a los modos de confirmar un embarazo y las limitaciones en las explicaciones son algunas de las principales “manipulaciones morales”, utilizando el término de Nievas (1998). Estas “manipulaciones morales” se agregan a la libre manipulación sobre los cuerpos de las mujeres en la compleja relación que se establece entre las mujeres y el personal de salud.

El proceso de atención de la salud sexual es decisivo en la producción de desigualdades basadas en un orden sexo-género en detrimento de las mujeres. Verena Stolcke (2000) señala que el control de las mujeres, de sus cuerpos y de su capacidad reproductiva es un fenómeno que hace posible la producción y reproducción de desigualdades de clase, de género, de etnia.

Si se atribuye la condición social a la dotación biológica de los individuos, entonces resulta fundamental la procreación endogámica de “clase” para la reproducción de la desigualdad social. Es bien sabido que la reproducción endogámica es asegurada en general a través del control de la capacidad reproductiva de las mujeres por los hombres. Este control se traduce en la necesidad por parte de las mujeres de protección masculina y su dependencia de ellos. Pero en realidad, las mujeres son controladas precisamente porque, desde una perspectiva esencialista, desempeñan el papel principal en la reproducción de la desigualdad social entendida como “racial”. (Stolcke, 2000:25-26).

Ha sido ampliamente estudiado el rol de la medicina para minimizar, eliminar o normalizar desviaciones de las conductas sociales. Sin embargo algunos autores como Pecheny (2008) han señalado cómo las

heterosexualidades se han convertido en una categoría residual en este tipo de estudios. “Salud no tiene plural” (Godoy Lorite, 2011) o “Lo normal no tiene nombre” (Rivas, 2011) son algunos de los títulos con los que se ha pretendido señalar que la heterosexualidad se nos presenta como lo normal y lo universal, no como una sexualidad y, por consiguiente, no se la cuestiona ni se la coloca como objeto de estudio.

Podemos advertir que los espacios de atención de salud, que supuestamente hacen efectivo el derecho a la salud sexual, son paradójicamente espacios de reproducción de los modos de regulación heteronormativos de la sexualidad. Siguiendo a Foucault (1979), no se puede garantizar el derecho a la salud sin el control sobre los cuerpos que lo usufructúan.

En las intervenciones que se realizan desde las políticas públicas se focaliza en las *mujeres pobres* como “beneficiarias” de un programa y no como sujetos de derecho. A las mujeres se les otorga solo una ciudadanía limitada<sup>63</sup>, tanto por el acceso a una oferta de salud y educación mínima como por la imposibilidad de “no ser madre” cuando la mujer se embaraza accidentalmente y no quiere continuar con ese embarazo (Levín, 2009).

Por su parte, las ausencias de los varones, tanto en espacios de atención a la salud, como en investigaciones socio-demográficas, resaltan, siguiendo a Figueroa-Perea y Sánchez (2000) la imprecisión, el desconocimiento y los silencios alrededor de la sexualidad, la salud y la reproducción de los varones.

Este capítulo tiene como objetivo presentar algunos elementos que contribuyan a visibilizar la tensión entre los derechos alcanzados en salud sexual y reproductiva y las construcciones hegemónicas de un cuerpo y una sexualidad *saludables*. Los ejes que guiarán el análisis son las categorías de: salud, medicalización, género y heteronormatividad.

---

<sup>63</sup>En el capítulo 2 se recupera la definición de “umbral de ciudadanía” de Ordoñez (2000) y la noción de “no-ciudadanía” de Svampa (2005). “La beneficencia va dirigida a la población pobre, estando el beneficiario considerado un ciudadano de segunda, opera como una instancia de control social y contribuye a mitigar los efectos de los conflictos sociales en la medida que resuelve algunos de los problemas de los pobres. Se financia con presupuesto del Estado, suele ser barato y de baja calidad, con discrecionalidad en las prestaciones, no cubriendo aquello que asegura el mercado, con quien no hay contradicción, y políticamente cómodo pues permite obtener influencia política” (Comelles, 2006-2007 en Albizu, 2014:10).

#### 4.1 La “salita”

La *salita* es el término nativo para denominar a los CAPS. En la ciudad de Salta son 61 los CAPS distribuidos en los distintos barrios periféricos y conforman el primer nivel de atención, es decir, lo que se conoce como “la puerta de entrada al sistema de salud”.

En el contexto neoliberal la presencia de los CAPS en los barrios posibilita una “gestión territorializada; gestión que supone la construcción de un administrable, o sea, reducir la realidad de un problema a las condiciones de su gestión en un marco técnico, para lo cual confluye todo un conjunto de tecnologías de medición, armado de perfiles poblacionales, demarcación geográfica, tipificación de atributos, etcétera.” (Campana, 2010:266).

El médico toco-ginecólogo entiende que la función del CAPS, al que él denomina el “periférico”, es:

...buscar, captar la situaciones problemáticas en el seno familiar, ver si se le puede dar una contención, una ayuda y bueno, ¿eh? Si eso no llegara a suceder que vos no lo podes controlar, tal vez la podes derivar a un centro de mayor complejidad, sería el hospital, el Materno Infantil en este caso que... que atiende embarazadas.

(Toco-ginecólogo, noviembre de 2013)

Hasta las recientes construcciones de una comisaría policial y una escuela, el CAPS se erigía como un referente importante del Estado en el territorio. La frase “hay realidades que no puedo cambiar” sintetiza las dificultades de los profesionales del CAPS para actuar sobre demandas que exceden su capacidad de respuesta.

Parte de la atención integral, seguir el circuito de lo que es embarazo, recién nacido y después control de niño sano también, cuando hay una determinada problemática, surgen las derivaciones, las distintas áreas, este... y después bueno, el seguimiento fuera del centro de salud, el acompañamiento a los agentes sanitarios y algunas familias que tienen determinadas problemáticas que pueden ser diversas, ya sean cuestiones de violencia, de adicciones, de conflicto con la ley, ¿si?

(Trabajadora social, octubre de 2013)

La trabajadora social del CAPS del barrio define sintéticamente la “estrategia de APS” como “todo lo que es promoción y prevención” y explica que quienes trabajan en un CAPS están bajo esa estrategia. También refiere que

están “bajo” leyes y programas, como el Plan Nacer<sup>64</sup> que implica una atención integral. Siguiendo a Campana (2010), amparados por la noción de “atención integral” se habilitan intervenciones en todos los niveles de la vida cotidiana de las personas.

La población que la trabajadora social destaca como “beneficiarios” del Plan son “tanto el niño como la embarazada”. También Carina, una de las agentes sanitarias entrevistadas, especifica las acciones de “prevención y promoción de la salud” en relación a esta población: “...si hay una embarazada es prioridad para nosotros, lo mismo que un recién nacido o un niño.” El foco puesto en determinadas poblaciones, la gestión diferencial sobre las *mujeres* y los *niños* localizados en un *territorio*, refleja el modo en que la salud pública se ha constituido en una modalidad privilegiada de gobierno de la pobreza (Campana, 2010).

*Acompaño a Carina [agente sanitaria] a visitar algunas casas. En una de las casas comienza a completar el Formulario 1, le pregunta a la mujer que nos recibe si siguen viviendo las mismas personas en la casa, si no se sumó “alguien más”, insinuando si alguna de las mujeres de la familia está embarazada. Doña Ángela dice que no y se ríe. Carina me aclara, “siempre las hago asustar con eso”.*

(Nota de campo, octubre de 2013)

No era la primera vez que escuchaba el comentario en tono de broma sobre “hacerlas asustar” a las mujeres con la posibilidad de un embarazo. Una broma que tiene un claro efecto de disciplinamiento. Tanto la existencia de embarazadas como de “niños”, sanos o no, en la familia visitada constituyen “factores de riesgo” que, como advierte Carina, se deben “cuidar de cerca”. Dentro de las metas que las agentes sanitarias se proponen en las visitas que realizan a los domicilios, se encuentra la disminución del número de embarazadas. Las embarazadas convierten a las “familias normales” en “familias en riesgo”, sobre las cuales los agentes tienen que responsabilizarse por estar en su “área de influencia”.

El Formulario 1 (ver Anexo II), creado por la Subsecretaría de Medicina Social del Ministerio de Salud Pública, se utiliza para configurar “perfiles de

---

<sup>64</sup>El Plan Nacer Argentina, surge a fines del 2004 como política de Estado en respuesta a las “Metas del Milenio” y es un plan conjunto entre la Nación y las provincias dentro de la estrategia del Plan Federal de Salud. El Plan Nacer Argentina, establece una nueva relación Nación-provincias, donde el nivel central financia y audita en base a una cápita por beneficiario inscripto y prevé un sistema de seguimiento de resultados acordados con las provincias, que estas se comprometen a alcanzar (MSAN, 2005).

riesgo”, tanto en lo referido a las características de la vivienda como a “factores” referidos a los miembros de la familia. Los y las agentes sanitarios realizan “visitas domiciliarias” a una determinada cantidad de familias que le son “asignadas” según el sector del área de referencia del CAPS. La cantidad de visitas mensuales que realizan a cada familia está sujeta a una priorización que se establece a partir de una sumatoria de “factores” que afectan el estado de salud de las mismas.

En el transcurso del trabajo de campo el Formulario 1 se modificó. Entre los cambios más significativos para el tema que nos ocupa encontramos: el registro del método anticonceptivo utilizado en el apartado G: “Edad fértil, control prenatal, parto y recién nacido” (antes no se registraba este dato) y la modificación del nombre del apartado J de “FACTORES DE RIESGO” pasa a titularse “FACTORES DE PRIORIZACIÓN DE VISITAS”<sup>65</sup>. En la versión que quedó en desuso consignaba “FAMILIA DE RIESGO CON 7 X O MAS”. De acuerdo con Lorenzetti, “De este modo, la gestión de los ‘factores de riesgo’ se constituye en el instrumento mediante el cual es posible ordenar las ‘diferencias’, evaluando el grado de desviación respecto a lo que se considera ‘lo saludable’” (2012:46).

La palabra “riesgo” es eliminada en la nueva versión del Formulario 1 pero se sigue utilizando en el vocabulario y en las prácticas de los efectores de salud.

Donde hay embarazadas es donde más seguidas y más frecuente son las visita porque nuestra función es este... prevenir y promover la salud por eso se habla mucho de anticonceptivo (...) en cada visita tenemos que preguntar, cuál es el anticonceptivo que usa. Y... lo que veo yo es que... han, que aumentó eh... los embarazos, especialmente en los adolescente, en... chicas de 15, 16, 17 años y... gente adulta también. No se si es por los planes, ¿no? que da el gobierno pero... este..., eh... yo que siempre trato de que disminuyan (ríe), de que no haya muchos embarazo, les hablo siempre sobre los anticonceptivo que pueden elegir pero igualmente, hay un aumento, impresionante en todos los sectores. Por lo menos en esta zona de responsabilidad del centro de salud hay... muchos embarazos.

(Carina, noviembre de 2013)

---

<sup>65</sup> En este apartado del Formulario 1 se consignan: “Mortalidad materna y/o del menor de 5 años”; “Embarazo”; “Nino/s <6 años con muy bajo peso”; “Recién nacido/Puérpera”; “Tratamiento TBC”; “Nino/s <6 años en Bajo Peso/Riesgo de bajo peso”; “Tres o más menores de 6 años”; “Recursos insuficientes para alimentación familiar”; “Analfabetismo de la persona encargada de menores de 10 años y de las Embarazadas”; “Antecedentes de suicidio”; “Antecedentes de intento de suicidio”; “Abuso de Alcohol”; “Abuso de otras drogas ilegales”; “Violencia intrafamiliar” y “Enfermedades crónicas en seguimiento”.

La concepción de “promoción de la salud” se encuentra en estrecha vinculación con la de “riesgo” (Lorenzetti, 2012). Las acciones de “promoción y prevención de la salud” respecto a la salud sexual y reproductiva se convierten en una preocupación de la agente sanitaria para que no se le aumenten las “familias en riesgo”. Carina hace un seguimiento “de cerca” no solo de los métodos anticonceptivos utilizados, como se le solicita registrar en la nueva versión del Formulario 1, también llega al extremo de preguntar por la fecha de menstruación. De modo que se vuelve palpable la paradoja antes mencionada, el accionar en pos de los derechos sexuales y reproductivos se vuelve una práctica de control sobre el cuerpo de las mujeres (Pérez Declercq, 2010).

De las entrevistas a los profesionales que trabajan en el CAPS se desprende que identifican ciertos “factores sociales”, como por ejemplo, roles de género, los ingresos económicos, la ocupación, entre otros, que afectan a las poblaciones en las cuales trabajan. Sin embargo, cuando piensan al embarazo como “factor de riesgo” lo remiten al plano individual y “natural”.

En el caso de los y las adolescentes, la respuesta a la “irresponsabilidad” con que manejan su sexualidad se encuentra en su “naturaleza” rebelde, inestable y desequilibrada. Este modo de conceptuarlos se refleja en la práctica,

-...Chocas mucho en que son chicas con poca educación, eh... con poco sentido de, de... de las obligaciones, si, es como que están viviendo el día y no le importa nada. Llegan y dicen, ‘no, las pastillas no porque me olvido de tomarlas’ y si están... tan en cualquiera, ¿sí? Yo otros que vas a ver mucho son pacientes que... que consumen sustancias, ¿eh? Sustancias tóxicas, drogas, mariguana, paco, lo que sea, entonces son personitas que vo..., no, no vas a lograr que te tomen una pastillita todos los días, ¿entendes?

(Toco-ginecólogo, diciembre de 2013)

Así mismo, la forma en que es nombrada la población que asiste al CAPS fija una esencia como, por ejemplo, “mamá”, que es la más reiterada, pero también se destacan “la puérpera”, “mujeres multíparas”, “embarazadas”, “panzoncitas”, “mamás solteras”, “mamás adolescentes”, “chiquilla”, “pacientita”, “nena”, entre otras.

#### 4.1.1 Una medicina de bajo costo

-... la diferencia está en el aprendizaje de una especialidad, porque los casos que vos vas a ver en el hospital, no los vas a ver en un centro de salud. En el centro de salud si le detectan, por ejemplo, allá en el S. Bernardo hacemos lo que es Cáncer, en el S. Bernardo estamos acostumbrados a diagnosticar cáncer de cérvix, cáncer de ovarios, cáncer de mama. Cánceres que, si es detectado en un centro de salud, te vas al hospital porque acá no te podemos tratar. Entonces uno está acostumbrado a eso...

(Toco-ginecólogo, noviembre de 2013)

-Yo trabajé, ya 5, 6 años en Salud Pública, en salitas, ¿no? Ehhh, la gente lo que único que tiene es la atención del momento, no tiene soluciones desde el primer nivel, (...) En cambio por lo menos yo en el hospital me siento más útil, por lo menos operando, estoy por lo menos ahí ayudando, acá uno los mantiene y bueno, trata de hacer lo mejor posible.

(Toco-ginecología, octubre de 2008)

Como espacio de aprendizaje, o vinculado a la satisfacción personal, el trabajo en el hospital es más valorado por los médicos que han sido formados en una concepción biomédica de la atención. Según Uribe Oyarbide,

El Hospital y el Centro de Salud difieren por un tempo de práctica distinto: rápido y lento, respectivamente. (...) La lentitud o rapidez no tienen que ver con el lapso que transcurre entre el diagnóstico y la curación o muerte —Hospital—, o entre el diagnóstico y la estabilización o muerte —Centro de Salud—, sino con las características de las patologías que ambos centros tratan como propias. (1994:146-7).

Ampliando la mirada podemos observar como en la Argentina, igual que en América Latina, las políticas de salud acordadas con organismos internacionales (Banco Mundial, Banco interamericano de Desarrollo, Fondo Monetario Internacional) son en parte políticas desarrollistas aplicadas en las últimas décadas del siglo XX. Las “recetas” de organismos como el Banco Mundial para superar “el subdesarrollo sanitario” tuvieron un rol preponderante en la disociación creciente que se produjo entre una salud comunitaria que se dirigía a *los pobres* y era cogestionada por ellos mismos, por un lado, y una medicina con nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas dirigida a quienes no tienen problemas sociales, eligen la atención que desean y pueden pagar por ella, por otro (Galende, 2008).

Mientras que para ciertos sectores de la sociedad se siguen desarrollando nuevas tecnologías anticonceptivas<sup>66</sup>, a los sectores marginales se les ofrece una medicina de bajo costo acompañada de estrategias de concientización social para la adopción de comportamientos y conductas personales que les permitan mantener su salud desde la prevención de factores de riesgo y la potenciación de factores protectores (Crawford, 1999).

La percepción de una medicina de bajo costo, poco eficiente y *para pobres* se sintetiza en el siguiente relato,

Lo mismo también mi amiga, una compañera también del comedor, también tiene que se fue a hacer... se fue a hacer... colocar inyección y al mes ya apareció embarazada, no le bajaba pero sí se hizo colocar, se cuidaba con inyectable, se cuidaba con inyectable y lo mismo quedó embarazada. Ella por conseguir inyectable en la salita, ¿no? Que le autoricen, que le coloquen mes a mes y ella sí, pero lo mismo quedó embarazada. Medicada pues te digo. No, no... en la salita no es lo mismo que comprar. O sea, yo veo que en la farmacia es más eficaz que cuando está en la salita. En la salita, como a uno... o sea, te regalan, siempre... menos... menos composición debe ser, o sea, le preparan distinto, menos químico, menos... que se yo, bueno.

(Marta, enero de 2013)

La atención que se ofrece desde los CAPS es permanentemente criticada por la población. Las críticas van desde médicos que se ausentan con frecuencia del puesto, los tiempos de demoras en la atención y la falta de profesionales hasta los modos en que son regañadas las mujeres por la cantidad de hijos que tienen, por sus comportamientos o por una supuesta falta de higiene.

- ... ¿cómo ves la atención?  
- Mala, mala, malísima. Porque... vos vas y por empezar no hay médico y no hay médico. O vas ponele con fiebre, algo, 'váyase a San Agustín, ¿viste? Si atienden las 24 horas acá en la salita pero tan solo enfermería y enfermería que no está autorizado a ponerte un inyectable, que no te puede poner... entonces ir ahí es perder tiempo, digo yo. Y no... porque los médico, eh... veo que pasa en todos lados, que ellos si tienen derecho de llegar tarde, ¿viste? Porque no sé, porque son médicos, no sé qué cosa. Pero vos has llegado tarde, ellos te dejan para lo **último**. Entonces ahí veo una desigualdad bárbara.

(Nadia, abril de 2013)

---

<sup>66</sup> Particularmente en los últimos años se ha desarrollado una anticoncepción oral combinada de baja dosis que se caracteriza por la reducción de las dosis de estrógeno (desde preparados con 150 µg al día hasta preparados de 30 y 20 µg al día) y por la introducción de nuevos progestágenos de síntesis. Ambas características permiten reducir los efectos secundarios y la industria farmacéutica los promociona por los beneficios asociados en relación, por ejemplo, al cabello, a la piel o al peso.

Para quienes tienen la posibilidad económica de desplazarse, el hospital constituye una alternativa a la atención en el CAPS. La percepción de rapidez con que se resuelven los problemas en el hospital, que mencionábamos al inicio del apartado, se acompaña de "...la triada representada por el médico, la tecnología (diagnóstica/terapéutica) y el medicamento están firmemente ancladas en el imaginario de las instituciones y de las personas, donde tener una buena terapéutica significa tener acceso a esa triada." (Albizu, 2014:19).

También dentro de la estructura sanitaria se coloca a los agentes sanitarios, muchos de los cuales viven en el mismo barrio o en barrios aledaños, en una posición subalterna. Su accionar "casa por casa" y encargados de "hablarle a la mamá" los convierte en referentes de esta atención de bajo costo. De sus relatos y del acompañamiento durante el trabajo de campo se desprende que estos efectores de salud enfrentan una situación de dualidad, entre, por un lado, las demandas y necesidades de la población y las exigencias de tener actualizado su registro de las "familias en riesgo" y, por otro lado, la frustración de su labor de promoción de los servicios del CAPS al constatar que "después la gente va y no la atienden o la atienden mal (...) las tratan como si fueran nada", la situación laboral precaria y el nulo reconocimiento de su labor.

#### **4.1.2 El espacio de la Consejería**

Amparadas en la Ley Nacional N° 25.673 y en la Ley Provincial N° 7.311 de Sexualidad Responsable, empiezan a generarse propuestas de Consejerías como espacios de promoción de la salud sexual y reproductiva. En el año 2010 el Ministerio de Salud de la Nación (MSN), desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, generó un documento de trabajo con una propuesta concreta de diseño, organización e implementación de Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva(CSSR).Las Consejerías son definidas por el MSN como:

...un espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, que tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible (...) Las acciones no estarán orientadas a la medicalización de la sexualidad, sino al trabajo preventivo y constructor de cuidados. (2010:13)

En el estudio realizado por Ana Laura Herrando (2015) sobre la implementación de las consejerías en la provincia de Salta, se señala que se han generado propuestas, principalmente en el Primer Nivel de Atención (PNA), que poseen diferentes resultados respecto a las posibilidades de implementación, modalidades de desarrollo y sostenimiento de las acciones. Entre los resultados de esta investigación se destacan los siguientes:

- Los recursos humanos de las CSSR está constituido en su mayoría por licenciadas/os en psicología y trabajo social. “...en muchos casos se pudo advertir la inhabilitación de estas profesiones para proveer métodos anticonceptivos (MAC) a los usuarios, siendo relegada esta función a los servicios médicos, lo cual intervino de manera negativa en la implementación del espacio.”
- Se plantean múltiples temáticas (planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, conocimiento y cuidado del propio cuerpo y de la pareja, violencia de género, adolescencia, etc.) pero una tendencia recurrente es el trabajo en relación a los MAC.
- La atención se dirige a mujeres en edad fértil, también a los adolescentes aunque en menor medida.
- Entre las principales dificultades se señalan: la falta de recurso humano, la falta de espacio para la atención y de insumos.

En el CAPS del barrio el espacio de la consejería se establece, según lo relatado por la trabajadora social, de acuerdo a la demanda o bien, se “acuerda el horario con la paciente”. No cuenta con un espacio físico propio. La población a la que están dirigidas las acciones de la consejería son los y las adolescentes, aunque también “se asiste” a mujeres adultas. Se señala que la adolescente llega “cuando ya está embarazada. O... viene la parejita también, pero igual se trabaja.” (Trabajadora social, octubre de 2013).

La distinción que se establece entre las acciones que lleva a cabo la consejería y el trabajo “muy puntual” de los médicos, se justifica porque “para trabajar la consejería hay que trabajar con la Ley de Salud Sexual”. Según lo expresado por la trabajadora social:

...por más que exista la ley, los métodos sean gratuitos y que sepan la información, es difícil que la gente venga, sin vergüenza, que no los reten, que no le tomen el nombre y apellido...  
(Trabajadora social, octubre de 2013)

Algunos miembros no-médicos del equipo de salud participaron de la capacitación ofrecida por el Ministerio de Salud de la Nación, la cual les permitió

formarse en áreas que históricamente han sido relegadas al área médica y los avaló para poder entregar métodos anticonceptivos. El haber realizado la capacitación convierte a la psicóloga y a la trabajadora social del CAPS en referentes de la consejería.

Por parte de los médicos, en particular los de la especialidad de toco-ginecología, el discurso sobre la consejería es completamente distinto,

- La asesoría la está haciendo la chica de... servicio social, ella se estaba encargando de eso por el tema de que no había acá eh... ginecólogo, obstetra. Entonces... han estado creo que 2 meses un poco más sin médico obstetra-ginecólogo. Entonces entre los que estaban se repartían la consulta...

(Toco-ginecólogo, noviembre de 2013)

La consejería es considerada por el médico especialista como una solución temporaria ante la ausencia del médico toco-ginecólogo, o bien, como una “ayuda” que le permite acotar los tiempos de la consulta a los aspectos más técnicos,

- ...para mi es ayuda porque muchas veces tenés que perder tiempo porque... La mamá no viene por eso o si viene quiere que vos le soluciones el problema ya. Entonces, me sirve de ayuda que hablen allá, se informen, elijan y vengan para acá. Entonces vos ahí si podes solucionarles el tema. Eh... eso e acá.

(Toco-ginecólogo, noviembre de 2013)

A través de esta cita podemos observar cómo el médico se sitúa en el biologicismo que, como rasgo dominante de la biomedicina, “...es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud-enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales y, en consecuencia, excluidas o por lo menos subalternizadas” (Menéndez, 2003:194).

Otro de los profesionales de toco-ginecología del CAPS tiene una mirada crítica hacia la consejería, a la cual atribuye por un lado, un rol asistencialista señalando que “dan un bolsón, una leche, un método” y al salir a hacer terreno “se hace política” y por otro, refiere a la falta de competencias de los profesionales no-médicos.

Esta posición subalterna en la que se ubica a la consejería también es reproducida por el personal administrativo o los agentes sanitarios del CAPS

cuando ante una consulta por métodos anticonceptivos se deriva a *la paciente* al médico y no se menciona la consejería.

La reiteración en el discurso de la trabajadora social que desde la consejería “puede dar métodos y hacer el seguimiento sin que pasen por la ginecóloga” nos lleva a reflexionar, junto a Campana (2010), sobre la profundización de la función asistencial de la salud pública y esta profundización reflejada en la incorporación de profesionales de Trabajo Social, “...no sólo para las tareas tradicionalmente asignadas a esos agentes -ligadas a la denominada ‘asistencia directa’-, sino también para cargos de gestión intermedia y central.” (Campana, 2010:270).

#### **4.2 Mujer-Madre-Cuidadora**

En una entrevista a una médica del CAPS, se describe una junta médica que se realiza porque una “adolescente adicta”<sup>67</sup> estaba embarazada. En esa junta médica, en la que estaban presentes cuatro profesionales, la adolescente y su madre, según la mirada de la profesional entrevistada, el equipo se encargaba de “enaltecer” a la madre y culpaban a la chica. Sobre “la chica”, el equipo observaba “que no hacía nada por cambiar frente a todo lo que estaba haciendo la madre por ella”. Pero lo que la médica le cuestionaba al resto del equipo era que no hacían ninguna observación sobre la madre, que, según ella, “si la madre tiene 6 hijos, de los cuales 5 son adictos, muy buena madre no será”.

¿Qué es ser una “buena madre”? A través de distintas instituciones y discursos, entre los que se destaca el de la medicina moderna, se sostuvo una visión esencialista sobre las mujeres que contribuyó a la identificación mujer-cuidado, haciendo corresponder su “naturaleza” con su función social, que se vinculaba con el ámbito de la familia, la moral y las costumbres (Bolufer, 2007).

Siguiendo a Esteban (2007) y Maquieira (2001) el concepto de género permite cuestionar la existencia de una esencia femenina y las ideas de la diferenciación “natural” de los roles sociales desempeñados por hombres y mujeres. En los años setenta, la distinción entre sexo y género fue muy fructífera, señala Maquieira (2001), para promover estudios que plantearan el carácter histórico y construido de las relaciones entre hombres y mujeres. A

---

<sup>67</sup> El “caso” de la junta médica es una joven que hace uso intensivo de drogas y que está cursando un embarazo.

partir de los años ochenta, la distinción sexo/género es cuestionada y ya a finales del siglo XX, se debate la afirmación de que el género está construido desde una posición que se opone a concebir los cuerpos como receptores pasivos de una ley cultural inevitable. De este modo, junto al rechazo de la visión esencialista, también es criticada una noción de género tan preciso y fijo que convierte la cultura en destino (Butler, 2007).

Desde las políticas internacionales de desarrollo hasta en las prácticas y discursos del CAPS del barrio, nociones como género o empoderamiento son utilizadas para asignarles a las mujeres un rol que es funcional al orden social hegemónico,

- Sobre todo bueno, se trabaja mucho con la mamá en las entrevistas, ya sean de ingreso, esto de... del género, de... esto del rol femenino, aparte de ser madre, y todas, o sea, en su mayoría, este... les gusta ser madre pero también les gusta hacerse sus tiempos, su, su... hacer algo por ella, entonces ahí re-piensen el tema este del cuidado.

(Trabajadora social, octubre de 2013)

En los últimos años determinadas políticas han contribuido a una re-naturalización<sup>68</sup> de las mujeres, a un reforzamiento de la ideología del cuidado femenino. Este fenómeno, señala Esteban (2003), ya había tenido lugar en Occidente en otros momentos históricos (finales del siglo XIX, período entre guerras mundiales), pero no siempre se ha manifestado con los mismos argumentos sociales y científicos. Con la expansión de las políticas neoliberales el rol desempeñado por las mujeres como cuidadoras de su propia salud y de su grupo familiar se ha intensificado. Los saberes y capacidades en el cuidado de la salud, que se les reconocían “naturalmente” por ser mujeres, se “culturalizan” y por su labor de cuidadoras se las ubica como “agentes útiles para el desarrollo”.

La construcción de la madre-cuidadora se refleja en algunas situaciones que permiten aproximarnos a los modos en que estos comportamientos son producidos, reproducidos y, también, resistidos.

---

<sup>68</sup>Esteban (2003) hace un llamado de atención sobre un proceso de re-naturalización de las mujeres que se está produciendo en la última década. “Por re-naturalización me refiero al hecho de que en la actualidad se siga argumentando la desigualdad social de las mujeres apoyándose en una biología o una psicología definidas científicamente como diferenciadas, algo que fue perfectamente combatido en los años setenta y ochenta por las feministas desde muy diferentes campos disciplinares y temáticos. Pero, sin embargo, en los últimos años las teorías esencialistas de las diferencias entre hombres y mujeres no sólo no se han agotado sino que han surgido nuevas explicaciones para las mismas, y el ámbito de los cuidados es especialmente propicio para ello” (Esteban, 2003:5)

Nadia me explica que el médico “la atendió bien” porque ella tiene “todos los estudios”. Entendí mejor la relación entre la buena atención y tener los estudios requeridos cuando, al realizar observación en el CAPS, varios de los profesionales me explicaron que para tener a las mujeres “controladas”, para “captar” a la población, ellos hacían “una trampita” y “toda aquella pacientita que quiera su anticonceptivo se lo va a dar pero antes va a tener que cumplir con un Papanicolaou y una ecografía mínima como control.” (Toco ginecólogo, noviembre de 2013) o bien, si las mujeres se hacían el Papanicolaou se las “premiaba” entregándoles la receta de la anticoncepción inyectable por 4 meses y si no se lo hacían tenían que ir todos los meses a buscar la receta al CAPS.

El médico utilizaba esta estrategia de “control” aun reconociendo que era un derecho de las mujeres acceder a los métodos anticonceptivos,

-... No es que no se lo vaya a dar sino que uno tiene la obligación de dárselo. Si no se lo doy yo se lo da cualquier de los clínicos, los médicos que atienden, porque eso es... obligatorio y ellos los conocen más, más que yo.

(Toco ginecólogo, noviembre de 2013)

Otra médica relataba que, al principio, ella les preguntaba a las pacientes si tenían el hijo por conveniencia económica, en referencia al cobro de la Asignación Universal que otorga el Estado, y dice, “algunas se me enojaban y entonces no pregunté más”. De todas maneras la médica desconfía de las mujeres, de la autenticidad de ese enojo, y aclara que aunque la mayoría le dicen que el embarazo es planificado, ella piensa que las que ya tienen 6 hijos, tienen el séptimo para cobrar la pensión de “madre de 7 hijos o más”.

El descrédito a la posibilidad de que las mujeres *pobres* planifiquen sus embarazos se refleja en los modos de completar el formulario del “Sistema informático perinatal” (SIP). En las estadísticas que maneja el Ministerio de Salud a partir del SIP se registra un 72% de los embarazos no planeados en la región noroeste en relación a un 51% en Buenos Aires. Este dato se construye a partir de un casillero donde pregunta si el embarazo fue “buscado”. Una de las asistentes a la capacitación sobre las Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva aclara, “muchas veces en el casillero de ‘embarazo buscado’ se coloca NO por costumbre”.

A las mujeres que con sus acciones y sus creencias, se las aparta de la concepción hegemónica de una sexualidad *saludable* no solo se las acusa de haber fracasado en la incorporación de cierta racionalidad biomédica, también

se les recrimina apartarse del modelo heteronormativo de mujer-cuidadora,

-...es ver que cada vez están... será una exageración, pero, actuando más como animales!... por el instinto, te dan ganas de tener relaciones, tienes relaciones, punto, sin pensar siquiera que puede pasar después!

(Toco-ginecología, octubre de 2008)

-...hay muchas que se preocupan y van, pero hay otras que no, se siguen dejando... bueno mañana voy a ir, mañana y volvemos a la otra visita y no fueron... entonces también tiene culpa la mujer porque no está... tiene todo gratuito (...) lo que más problemas tenemos son las familias numerosas, porque son las que más deberían estar ahí pidiendo algún método o hacer la ligadura y no van!

(Agente sanitaria, octubre de 2008)

El enojo de las mujeres frente a la acusación médica de especular con las ayudas estatales, y también sus silencios, son modos de resistir a las prácticas y a los discursos que se proponen hacer de las mujeres un agente útil al desarrollo y a un orden social desigual basado en un modelo heteronormativo. Los dos fragmentos de entrevistas reflejan estas resistencias,

- Sí, eso no me gusta, por ahí yo no, no voy directamente a la salita, ¿sí? Porque en primer lugar que te retan ahí y más la ginecóloga porque le decis... “te estás cuidando” (tono de regaño), “tenés un montón de cosas para cuidarte”, te dice. Bueno, pero yo un día también le dije a la doctora, “una es dueña de cuidarse o no, si uno por ahí quiere tener ma hijos no te va a cuida”. La vez pasada también vino Iván, ¿has visto? y... al... comedor, si estabas...

- el... ¿enfermero?

- ah, y me dijo, “¿te estas cuidando?” me dijo. Pero él te atiende bien, ¿has visto? él no... con él más me doy, con el enfermero ese, es más..., eh... te atiende bien, te habla bien.

(Daiana, febrero de 2013)

... son muy poquita la gente que no quiere hablar del tema, pero... bueno igualmente uno le habla, ¿ve? Aunque... no les guste. Lo importante es darle información, que sepan. Y bueno ya cada uno es libre de elegir y decidir, ¿no te parece?

(Agente sanitaria, noviembre de 2013)

En relación al señalamiento de la última cita, *no querer hablar* no es mutismo, es un silencio que expresa lo que pasa en la relación. Siguiendo a Epele, los silencios son, junto a otras emociones,

...experiencias y estrategias retóricas por las que las personas se expresan,

reclaman, promueven, prohíben o justifican ciertas acciones sociales. Son producidas y construidas en el lenguaje y en las relaciones sociales. Integran idiomas de rebelión y discursos de resistencia, es decir, modos de establecer, reafirmar o cuestionar relaciones de poder (Scheper-Hughes, 1992:431). (Epele, 2010:225).

### 4.3 Decisiones de mujeres *autónomas y empoderadas*

El principal motivo que esgrimen las mujeres para limitar el número de hijos es la falta de condiciones económicas para dales ciertas “comodidades” a sus hijos e hijas que, por lo general, ellas no tuvieron. En este sentido el limitar el número de hijos sería más una contingencia que una opción,

- Porque sí, mirá cuantos hijos tengo, y... o sea, no me arrepiento de haber tenido a ellos, porque ellos no... no han venido porque ellos querían venir, ¿vite? Sino que... pues la verdad porque no supe pensar, si yo hubiese sabido pensar me hubiese quedado con dos, con tres, como mucho, más ahora como está la situación, todo sube, todos es caro y la plata no te alcanza y tan solo no tenés que pensar en comer y en vestirse, tenés que pensar que ellos necesitan una comodidad, su privacidad y... hoy en el día para comprar esta todo caro, te falta. Y así que... si, no, no, no quiero tener más hijos.

(Nadia, abril de 2013 – 5 hijos)

-Bueno, yo siempre he sido necia, la verdad. Eh... mi mamá me decía, “cuidate hija, ya no tengas más chicos” Y yo salía, “que, de que te preocupas vos, si vos no los va a mantener...”, ¿has visto? esas cosas... de necia. Y... después este... después cuando ya me di cuenta... (...) Y bueno, después cuando él nació ya... ya yo no quería saber nada de tener más niños. No porque a mí no me gusten a mí. A mí me gustan, me encantan los chicos, me gustan mucho. Pero... mantenerlos es el asunto...

(Alina, febrero de 2013 – 7 hijos)

Mientras que para Nadia *no pensar* equivale a no ser previsoras en relación a sus posibilidades económicas, Alina adjudicaba a su *necedad* el *no cuidar(se)*. Pensar o *darse cuenta*, es decir, realizar elecciones racionales que tiendan al adecuado equilibrio entre las ventajas y desventajas, es lo que promueven los profesionales de salud desde la “lógica de la elección” (Mol, 2008).

El enfoque de Beauchamp y Childress (1999) sobre los principios bioéticos es el que se ha difundido con mayor amplitud. Para estos autores el principio de autonomía viene a significar que se debe respetar que cada persona tiene “... derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales.” (Beauchamp y Childress, 1999: 117)

Desde este enfoque, el principio de autonomía es presentado como una extensión de la soberanía política a la de autogobierno individual. El principio de respeto a la autonomía debe ser activo: “Respetar la autonomía obliga a los profesionales a informar, a buscar y asegurar la comprensión y la voluntariedad y a fomentar la toma de decisiones adecuada.” (1999:119).

Los modos de gobernabilidad neoliberal, que están en la base del paradigma del paciente informado que “elige”, consideran al sujeto como un agente autónomo que logra superar las limitaciones de su entorno de acuerdo a las elecciones y acciones que realiza (Rose, 2003 en Leavy, 2014).

“Dale poder a las mujeres y serán el motor del desarrollo” es una idea que sintetiza las políticas del “empoderamiento ligero”. Estas políticas, como señala Harcourt, combinan el poder y el dinero y “sortean las dificultades de cambiar las reglas sociales, las instituciones y las relaciones que forman parte de las realidades que marcan la diferencia entre los géneros.” (2011:54). Un claro ejemplo de este modo de empoderar a las mujeres se da cuando se las anima a utilizar métodos anticonceptivos a escondidas de su pareja, un falso empoderamiento que no resuelve las desigualdades de género.

La biomedicina construye parámetros e indicadores sobre la maternidad, la fecundidad, la higiene, la educación, entre otros aspectos de la vida. Estos parámetros son dados a conocer a la población a partir de acciones de promoción de la salud, que desarrollan principalmente los y las agentes sanitarios, y se espera que sean las propias mujeres quienes realicen acciones y elecciones tendientes a cumplir con las expectativas de lo que hegemónicamente se considera *saludable*.

-...bueno es como despertar o generar la salud en la paciente, esta historia de la decisión informada, a ver, bien, tengo información, tengo acceso a la información, puedo decidir y exigir lo que está para que me brinden algún tipo de servicio, que básicamente es eso con la salud sexual y reproductiva.  
(Toco-ginecología, enero de 2009)

Como lo ilustra esta cita la intención de “despertar” la salud en la *paciente* se inscribe en las dinámicas del *empoderamiento*. Tanto la “lógica de la elección” como las políticas del “empoderamiento ligero” se centran en el fortalecimiento de las “capacidades” de la persona para que consiga lo que desea en función de cierta información y de ciertos parámetros de racionalidad en las elecciones.

Desde la “lógica de la elección”, sustentada como se mencionó en los modos de gobernabilidad neoliberales, la “libertad de elegir” en salud sexual y reproductiva es entendida como una libertad positiva que, desde el pensamiento de Amartya Sen, representa la capacidad que tiene una persona de llevar la vida que prefiera. De este modo, siguiendo a Briggs (2005), el acceso a los métodos anticonceptivos se presenta menos como un derecho garantizado por el Estado que como una mercancía.

Lo que queda oculto detrás de esta elección reproductiva presentada como elección individual son condiciones estructurales, entre las que se encuentran las reglas del mercado, y el deslizamiento de las responsabilidades hacia el individuo por sus elecciones. Concebir a las mujeres, parafraseando a Rose (1997), como sujetos de responsabilidad, es un modo de ejercer control social, es un poder que sujeta a partir de otorgar autonomía, pero una autonomía que funciona en tanto se subordina a otros valores, como por ejemplo, el de la salud (Levín, 2009).

En cuanto a los vínculos entre las nociones de responsabilidad y riesgo, Douglas observa, “El agente racional está sentado en el banquillo de la crítica pública en su propia comunidad como persona moral y responsable. La codificación cultural de la responsabilidad es también la codificación de percibir riesgos.” (Douglas, 1996:114). Siguiendo a Chapela, “...los intercambios de su conocimiento –como sentido común, como saber popular y como su propio saber experto- estarán subordinados a los objetivos, reglas y valores del mercado.” (2007:365-6). Se impulsa a la mujer a “buscar lo que necesita y no conformarse con lo que le dan” y se le informa que la oferta del mercado es más amplia de lo que le brinda el Estado, pero no para que reclame por sus derechos, sino para que salgan al mercado a satisfacer sus “necesidades”<sup>69</sup>. Castiel y Alvarez-Dardet, ubican el discurso de la responsabilidad individual que predomina en la promoción de la salud en el “... ambiente individualista y moralista de las sociedades post-modernas y de las crisis fiscales y económicas de los sistemas de bienestar social de muchas naciones.” (2007:463).

La concepción de la *paciente informada* y responsable que “elige” también entra en tensión con la imagen que se tiene sobre una población categorizada

---

<sup>69</sup> Por ejemplo, con relación al dispositivo intrauterino, el acceso está limitado por los tamaños con los que cuenta el CAPS. Frente a este impedimento, en algunos casos se les ha informado a las mujeres que es una de las opciones que tienen para *cuidar(se)* pero le advierten que el CAPS no cuenta con ese insumo y “se las hacen comprar”, empujando a la mujer a elegir entre las ofertas que brinda el mercado.

como *pobre*, ignorante y cosificada como objeto de asistencia,

Capaz que no... entre 10, una que va a estudiar y esa va a ser responsable de su cuerpo y de tomar su pastillita y los otros 9, ¿cómo los cuidas? No te queda otra que decir, bueno, venite todos meses, ponete el inyectable, por lo menos el mes va a estar cubierto. Si, cuesta cambiar, por ese tema, ¿sí? Por la educación, por el sentido de responsabilidad, por el... los actos tóxicos, cuesta. Entonces calculo que debe haber sido esa la ideología de la profesional anterior, decir, “bueno, no puedo conseguir que me tomes las pastillas, te inyecto o te pongo el DIU”.

(Toco-ginecólogo, diciembre de 2013)

El tema, yo siempre digo, el tema que... que ayudemo a la eficacia del método es, es el uso correcto. O sea, el preservativo usarlo desde comienzo hasta el final, porque muchos lo usan al final y eso es la gran mayoría, los que usan cotidianamente el preservativo. Y después las pastillas que toman a cualquier hora, o... vos mientas las tomes a las mismas horas todos los días más efectivas van a ser. El del olvido de la pastilla, muchas se olvidan, dicen, ‘no, si yo tomé todas’ y se olvidan de la pastilla. (...) cuanto más uno cumpla con las indicaciones del método este...

(Trabajadora social, octubre de 2013)

Siguiendo a Leavy, “El significado de la supuesta autonomía de lxs sujetos pacientes, emerge como una cuestión a problematizar, ya que emerge como una cualidad ponderada desde el ideal de elección pero falsa e inútil en la búsqueda de instancias terapéuticas.” (2014:262).

También del Rio Fortuna y Lavigne (2009) analizan cómo se relocaliza el saber del experto ante la autonomía en las decisiones médicas y señalan, respecto a las prácticas de anticoncepción quirúrgica, que si bien las nuevas condiciones legales “... desplazan la autoridad médica para definir su acceso o no, los/as profesionales continúan reclamando para sí, tanto discursivamente como en su práctica, el poder de decisión –sea en términos de discernir la conveniencia de la operación (o no), o la autonomía de la voluntad expresa de la mujer (o no)...” (Del Rio Fortuna y Lavigne, 2009:14).

Sherwin hace referencia al carácter excluyente de la concepción dominante de la autonomía en bioética, que se basa fundamentalmente en que la autonomía se le atribuye solamente a aquellas personas cuya racionalidad es reconocida y “Aquellos que son declarados o percibidos sin uso de razón están, simple y llanamente, fuera del ámbito de protección de todo el discurso sobre la autonomía.” (Sherwin, 1996:53). Sobre los usos de la bioética, Sherwin advierte, que en lugar de ser un instrumento para desafiar la opresión, la bioética puede

contribuir a la perpetuación de las prácticas sociales opresivas y a la intensificación de la desventaja de las mujeres y otros grupos marginados.

Por su parte, otras de las teóricas feministas que desarrollaron el concepto de autonomía relacional, Anne Donchin (2001) advierte que el modelo formal contractual de la autonomía priva a las personas de prácticamente todas las particularidades, teniendo como norma un yo despojado de todas las relaciones sociales. El señalamiento de la dominación y subordinación basada en el género y en la etnia, y de las implicaciones de estas diferencias en las relaciones sociales, es, para Donchin (2001), el más crucial para apreciar la distintiva contribución feminista al replanteamiento crítico de la teoría bioética.

Otra de las limitaciones sobre la promocionada autonomía, propia de la “lógica de la elección”, es, como lo expresa uno de los entrevistados, el “*acostumbramiento*” de las *pacientes* a “*esta relación típica que hay entre médico y paciente*”, donde el médico es el que prescribe el tratamiento para una enfermedad. Mol señala que aun cuando de acuerdo con la “lógica de la elección” el médico pueda dar su punto de vista a la paciente, esta no sería una tarea profesional, los profesionales deben proporcionar una buena información, y aplicar correctamente las intervenciones por las que sus pacientes optaron (Mol, 2008 traducción propia). La mención de esta característica de la “lógica de la elección” revela que en las prácticas médicas no se entra en contacto con personas, sino sólo con sus órganos y funciones (Canguilhem, 1978).

Este modo de entrar en contacto con un cuerpo desvinculado de su subjetividad y de su contexto relacional se reproduce en las prácticas que promueven la autonomía y el empoderamiento de las mujeres en sus elecciones reproductivas. Al mismo tiempo que se invita a las mujeres a tomar sus propias decisiones, sus saberes y sus acciones están subordinadas a la evaluación que, en nombre del saber científico, realice el/la toco-ginecólogo/a, tanto de factores biológicos (alta presión, número de gestas, etc.), como “conductuales” (relaciones de pareja, frecuencia de relaciones sexuales, etc.).

-...Si vos me decís que tenés 25 años, ya tenés 3 chicos, vivís en una villa con dos familias más en una sola casa, y sí, yo te ligo las trompas, ¿entendés? Porque sé que en algún momento alguien se va a abusar de vos o vos vas a quedar en ese ambiente, vas a seguir teniendo chicos. (...) ahora si vos tenés una familia constituida, con un nivel económico estable y... esperemo. Hay otras cosas para cuidarte, no... no tiene por qué ser definitiva, ¿eh?

(Toco-ginecólogo, diciembre de 2013)

#### **4.4 Los varones como actores: sexualidad, salud y capacidad de reproducción.**

El *cuidar(se)*, una tarea tradicionalmente ligada a las mujeres, tiene una serie de enclaves en el cuerpo de la mujer: menarca, menstruación, embarazo, aborto, parto, lactancia y menopausia. De estas instancias, aun cuando en las mismas participa el resto del grupo social, se responsabiliza a las mujeres. Figueroa-Perea señala que a pesar de que abordar el *comportamiento reproductivo* como un proceso complejo de dimensiones biológicas, sociales, psicológicas y culturales interrelacionadas, “la mujer sigue siendo el centro del análisis alrededor de la reproducción; ello repercute en el tipo de indicadores utilizados para interpretar cambios en la fecundidad y el tipo de políticas definidas para incidir en tal ámbito.” (1998:89).

El campo biomédico como en el de la demografía, en tanto disciplinas que han estudiado la reproducción, no se ha dedicado una especial atención al análisis del proceso reproductivo de los varones (Figueroa-Perea, 1998). En un número significativo de investigaciones socioantropológicas y demográficas las mujeres siguen siendo el actor seleccionado en el análisis de la reproducción (Bodoque, 1996; Checa y Erbaro, 2001; del Río Fortuna, 2004; Granzow, 2010). Algunos de estos estudios incorporan las relaciones de poder en las parejas, así como la influencia del varón en el proceso reproductivo, reduciendo su participación al uso de métodos anticonceptivos masculinos y el grado de acuerdo/desacuerdo con el uso de métodos femeninos para regular la fecundidad (Dudgeon e Inhorn, 2004).

Menéndez (2009) advierte que el estudio de las diferencias, que se produjo en respuesta a las propuestas culturalistas, funcionalistas, estructuralistas y marxistas de los años '50, '60 y parte de los '70, se “...favoreció la descripción de la realidad a través del “punto de vista del actor”, que en los hechos supuso frecuentemente la descripción y análisis a partir de la perspectiva de “un” solo actor.” (2009:244). Los análisis de la reproducción y de las prácticas anticonceptivas que se centraron exclusivamente en las voces de las mujeres han descuidado la descripción de las otras “voces” con las cuales las mujeres entran en relación y las relaciones que se dan entre ellos.

Las formas de saber/poder en torno al cuidado de la salud y del cuerpo que producen, reproducen y cuestionan los ideales normativos de masculinidad y femineidad se ven implicadas tanto en la delegación de la responsabilidad del

cuidado de la salud hacia la mujer, como en la omisión de los varones en los estudios y en la atención de los procesos reproductivos.

Al respecto Oscar Guash señala,

La clase de mujeres que propugna el patriarcado lo son sin estridencias, de manera que su invisibilidad en el acatamiento de las normas es un valor añadido a su cumplimiento. En nuestra sociedad patriarcal, las mujeres no se jactan del cumplimiento de las normas de género que les corresponden: se limitan a hacerlo. El caso de los varones es algo distinto porque la exhibición pública de sus gestas valida el cumplimiento de las normas de género que les corresponden. (2008:49)

Los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) se configuran como un espacio destinado principalmente a la díada madre-hijo. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se implementa principalmente a través del área de atención ginecológica y, a pesar de que en las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing se han hecho acuerdos específicos que llaman a una participación de los varones en la esfera de la reproducción y la crianza, en las prácticas sanitarias la promoción de elecciones y un uso autónomo de los métodos anticonceptivos se dirige a las mujeres (De Keijzer, 2003).

A excepción de aquellos varones que ejercen un rol profesional dentro del equipo de salud y deciden sobre la salud ajena (De Keijzer, 2003), los cuerpos masculinos adultos son cuerpos fuera de lugar en los servicios de salud. El no ajustarse a los parámetros aceptables y esperables para este espacio se pone de manifiesto en el cuerpo. Uno de los varones entrevistados señalaba los motivos por los cuales no retiraba preservativos del CAPS, “da un poco de... de celo, de que todos te miran, estar ahí...”

La corporalidad de los varones es producida y productora en el proceso performativo de “hacerse hombre”<sup>70</sup>. En este proceso performativo, el discurso biomédico se ha ocupado de reglamentar la experiencia sexual a través de ciertos atributos culturalmente establecidos y, fundamentalmente, del control del cuerpo de las mujeres y su disciplinamiento (Laqueur, 1994; Foucault,

---

<sup>70</sup>En referencia a la teoría performativa, Stolcke señala, “... el género se convierte en algo que se hace en vez de ser algo que se es” (2003:89). Por su parte, Butler define la performatividad del género como la acción de “reiterar o repetir las normas mediante las cuales nos constituimos: no se trata de una fabricación radical de un sujeto sexuado genéricamente. Es una repetición obligatoria de normas anteriores que constituyen al sujeto, normas que no se pueden descartar por voluntad propia. Son normas que configuran, animan y delimitan al sujeto de género y que son también los recursos a partir de los cuales se forja la resistencia, la subversión y el desplazamiento.” (Butler, 2002: 64-65).

2005). En relación a los cuerpos de los varones, son valorados como cuerpos productores, quedando anulada su capacidad reproductiva y teniendo que abandonar aspectos relacionados con su vulnerabilidad, y se caracteriza la sexualidad de estos como “in-controlada” y “sin cuidados”. Esta representación del cuerpo y de la sexualidad de los varones se ejemplifica en el siguiente fragmento de una entrevista realizada en una investigación previa (Pérez Declercq, 2010),

...explicamos así a su marido, hacerle entender de que es importante que ellos los dos se cuiden, o yo le pregunto, ‘¿cuántos hijos querés tener?... ¿cuántos hijos tenés pensado tener?’... le preguntamos...y muchos bajan la cabeza... avergonzados, porque así se ponen avergonzados (...) le decimos entonces te arruinas vos, a la vez se arruina tu señora y te arruinas vos también, porqué... porque tenés que trabajar más y estás viendo que trabajo no hay y tampoco alcanza y uno se siente mal cuando uno no puede llevar el pan a sus hijos le digo, ¿o te sentís mal o te sentís bien?, le digo... y ellos reconocen ahí... entonces... es sentarse con ellos y hacerlos recapacitar.

(Agente sanitaria, octubre de 2008)

En el caso que se incorpore a los varones en aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, siguiendo a Figueroa-Perea, “...se les suele interpretar como obstáculos o apoyadores de la regulación de la fecundidad de sus parejas, pero no como seres que pueden regular su fecundidad (...) en interacción contradictoria, afectiva, complementaria y dolorosa con las mujeres y con otros hombres.” (1998:90-95).

También Mara Viveros ha señalado que la participación de los varones “... se incluye como otra más de las variables socioculturales que influyen en la fecundidad de la mujer...” (Viveros, 1999:167) pero se ha explorado poco en los varones temas como el cuerpo, la subjetividad, las emociones y la reproducción.

#### **4.4.1 Los varones en los espacios del CAPS.**

Las mujeres que esa mañana conversaban en el comedor mientras cocinábamos no se sorprendieron cuando una de ellas comentó lo que le dijo el médico que realiza las ecografías sobre su marido,

*... me dijo no tenés el DIU, yo le respondí que no puede ser, y me dice que sí, que lo tengo y que está bien. Le comento que en el anterior control me habían dicho que se había movido de lugar y dijo que mi marido me lo acomodó (risas).*

(Nota de campo, noviembre de 2012)

La sexualidad es un tema generalmente omitido en las consultas y cuando aparece, como en el caso citado, es en tono de bromas y dando por implícita una pareja varón-mujer y una heterosexualidad.

*Dr.- ¿Seguís con la misma pareja?*

*P. - Sí.*

*Dr.- ¡Un peligro tu pareja!*

*P. - ¿Por qué?*

*Dr.- ¿Terminó el tratamiento?*

*P. - yo tenía eso antes de conocerlo a él.*

(Nota de campo, noviembre de 2013)

Como se ejemplifica en este fragmento de entrevista ginecológica, los varones son invocados ocasionalmente en la consulta médica de las mujeres a partir de un comentario del médico o de las mismas mujeres sobre estos, pero la presencia física de los varones es bastante inusual en estos espacios. Esta ausencia de los varones nos lleva a preguntarnos en qué medida son reconocidos socialmente como *asistibles*.

Por ejemplo, el acceso gratuito a los preservativos, tanto en el relato de los efectores de salud como en la población, no es percibido como un derecho sino como un “beneficio” destinado a cierta población *asistible*. En este sentido, el lugar de *asistido* se opone al del varón proveedor, como lo podemos observar en el siguiente fragmento de la entrevista realizada a Aldo,

- ... Y los preservativos, ¿los retiran de acá del Centro de Salud o los compran?

- No... los compro. No... Por ahí ella va, por ahí le digo, no, no... Ninguno queremos ir a retirar, entrar y sacar, ¿viste? el... Así utilizamo... le digo, comprá, si no sale... mucho. Así que no...

(Aldo, noviembre de 2013)

A su vez, para acceder a los preservativos es necesario realizar una fila en la ventanilla de administración del CAPS que se encuentra ubicada frente a la puerta de acceso, uno de los espacios de mayor circulación de personas del servicio de salud. Como señala Butler (2009), “Las normas de género tienen mucho que ver con cómo y de qué manera podemos aparecer en el espacio público...” (2009:323).

La trabajadora social, responsable de la Consejería, señalaba que en general los varones solo acompañaban a sus parejas cuando era la primera consulta de un bebé, en la cual ella les hacía “el ingreso”. Sin embargo, en su

relato no se refiere a los varones como sujetos de asistencia, sino como “acompañantes”.

En la sala de espera para la atención se observó ocasionalmente la presencia de algún varón. En el CAPS donde se realizó la observación, los espacios de espera se disponen en dos largos pasillos con bancas que se pueblan de niños y niñas, mujeres adultas y adolescentes y, en menor proporción, mujeres mayores. Los varones, cuando se los encuentra esperando, generalmente están frente a la puerta del servicio de enfermería.

Para los varones la sala de enfermería y la complicidad entre pares se convierten en estrategias para acceder a la atención sanitaria, principalmente en el caso de aquellos cuerpos que el sistema excluye, como lo expresa una de las enfermeras entrevistadas,

...bueno nos ha tocado este... chicos que este... son homosexuales y que tienen vergüenza para ir, y vienen dos o tres, y pasan por enfermería no van a ir a administración para hacer la fila...

(Enfermera, diciembre de 2013)

El “acercamiento” a la población masculina, según lo relata una agente sanitaria, se ve facilitado en las “visitas a los domicilios”. En el espacio privado de “la casa” los varones realizan consultas a la agente sanitaria sin el temor de ser juzgados por adoptar conductas que son contrarias a “lo esperado” desde la heteronormatividad como, por ejemplo, adoptar prácticas preventivas en un varón.

La lectura que hace Figueroa-Perea (1998) acerca de cómo la medicalización de la regulación de la fecundidad ha desincentivado la presencia de los varones en los procesos reproductivos, debe ser problematizada. Siguiendo a Epele, reducir y objetivar la diversidad de prácticas, saberes y técnicas que constituyen los procesos reproductivos “como una avanzada exclusiva de los sistemas expertos de salud, como la medicalización sobre la vida cotidiana y social de poblaciones marginalizadas, es desdibujar, a través de una economía explicativa –basada en el mejor uso de los recursos conceptuales escasos y legitimados con los que se cuenta–, la complejidad que estos procesos encierran.” (Epele, 2013:28).

#### 4.4.2 Participación de los varones en los procesos reproductivos.

En la última década, algunas leyes, como la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento<sup>71</sup>, han promovido un cambio en lo que respecta a la participación de los varones en los procesos reproductivos. Sin embargo en los discursos y en las prácticas de los contextos de atención a la salud este cambio no se percibe y los varones siguen siendo sujetos extraños. En los CAPS, y sus consejerías en salud sexual y reproductiva, ni en los profesionales existe un abordaje orientado a los varones.

En relación a los significados que dan varones y mujeres a la participación de los varones en los procesos reproductivos, estos varían en función del género, de las experiencias previas, del grupo social al que pertenecen y de quienes son los encargados de promover la participación.

En la opinión de Alina “embarazarse es de a **dos**”, entonces ella “les habla”, “les explica” a sus hijos “Porque... también ellos tienen que saber aunque sean varones”. Sin embargo, este lugar de participación que ella promueve en sus hijos no se da en su propia pareja. Cuando hay que hablarles de sexualidad a los hijos, es ella la que se encarga de hacerlo, dice, “...yo le hablo, a los chango<sup>72</sup>, no mi marido no, no sabe decir nada (risa)”. Tampoco su marido participó en la decisión de ligarse las trompas. Por el contrario, Alina relata que él la regañó cuando ella decidió ligarse pero que finalmente lo convenció. El uso de preservativos, en el que se requiere forzosamente la participación del varón, Alina fue quien decidió utilizarlos, hasta que llegara el momento de realizar la intervención quirúrgica. Ella “los traía de la salita” y sostenía la postura de negarse a tener relaciones sexuales si estas eran sin preservativo, frente a lo que él: “aceptaba con tal de... de que le preste digo, como dicen las mujeres (risas). Eh... aceptaba. Porque sino no había chocolate si no... no se ponía”.

---

<sup>71</sup>La Ley Nacional N° 25.929 conocida como del “Parto Respetado” estipula en el artículo 2 inc. g, “A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.” Siguiendo a Esteban, cuando se anima a los varones a acompañar a sus parejas en el parto, antes que una implicación masculina en las tareas reproductivas, que en cierto modo puede ser así, lo que se valora es la presencia masculina como símbolo de la pareja heterosexual (2011:65-66).

<sup>72</sup>Chango: término que deriva del quechua que significa pequeño y es utilizado en el noroeste de la Argentina como sinónimo de niño o muchacho

Otra de las percepciones que tiene Alina sobre su marido surge cuando le pregunto cuál era la opinión de él sobre *cuidar(se)*,

- No, no. Nunca ha opinado nada. Él bendito sean los que vengan. Siempre ha estado contento cuando yo estaba embarazada. No sé si por tenerme embarazada siempre o que (risas), pero siempre estaba contento de lo que yo estaba embarazada (risas).  
(Alina, febrero de 2013)

Padre de 7 hijos y sin haber participado de la decisión de limitar el número de hijos, podemos advertir, como ya se ha señalado en el capítulo 3, que estos embarazos seguidos tienen la función de mostrar que “es hombre” y que demuestra su virilidad “teniendo embarazada siempre” a su mujer.

La situación de Daiana es opuesta a la de Alina. El marido de Daiana, con quien ella convive desde los 14 años, ejerce distintos tipos de violencia. Si bien la violencia física, después de una denuncia y de un alejamiento que duró 8 meses, ha cesado, la pareja de Daiana decide los medicamentos que ella debe tomar, decide cuándo debe dejar un trabajo o manifiesta que “no le gusta” que vaya a visitar a sus hermanas.

En las escasas referencias a *abortos* realizados en los domicilios, los varones aparecen como quienes toman la decisión. En una de las conversaciones en el comedor Viviana comentó sobre una chica que estaba embarazada y que su marido “le hizo poner la pastilla y la inyección para que pierda el bebé”. La discusión que se desencadenó a partir de este comentario fue la siguiente:

*Daiana: ¿y no piensa en el bebé?*

*Viviana: es que el marido la obligó a tomar la pastilla.*

*Daiana: pero bueno ella... tampoco el marido le va a abrir las piernas y ponerle la pastilla, ¿no piensa en que es un bebé?*

(Nota de campo, septiembre de 2012)

En conversaciones informales surgía, en relación a la utilización de métodos anticonceptivos, la “autorización” del marido. Nadia se diferenciaba del resto de las mujeres y decía enfática: “en mi vida y en mi cuerpo decido yo”. Su cuerpo y su vida cobran relevancia en su rol como reproductora, rol que ella se encarga de diferenciar del rol de su marido como proveedor,

- no yo... no se en ese sentido yo siempre le traté de dejar claro a él diciendo que en mi vida decido yo. Porque soy yo la que va a ir a tener el bebé, soy yo la que le llevo en el vientre, y soy yo la que le doy de mamar, y soy yo la que voy a la salita, yo... en eso,

siempre le dije yo así porque... a mí también... No solo vos, ¿viste? varias me dijeron, varias a mí me dicen, 'che y tu...' A veces delante de hombres me dicen '¿Qué dice tu marido?' (...) Ellos por empezar no saben cómo es el dolor de un parto, ¿ves? Entonces, yo como le dije a él, "tengo que estar bien segura para tener un hijo", le digo, "porque soy yo la que ando con los chicos", le digo. "Yo sé que vos no nos haces faltar de comer, te la rebuscar como sea para que no nos falte", le digo. "Cuando querés comprar algo siempre estás pensando que compramos para todos, no para uno solo y... yo valoro esa parte", le digo (...) Igual cuando yo, cuando me interno con los chicos, él, él si va a la visita todo lo que quieras pero de quedarse no, 'porque tengo que trabajar', ¿ves? Entonces soy yo, yo como le dije, en mi vida y en mi cuerpo decido yo.

(Nadia, abril de 2013)

En esta determinación de Nadia sobre su vida y su cuerpo tuvo un peso importante una conversación con la ginecóloga del CAPS. La ginecóloga le puso como ejemplo el caso de "una señora" que estaba en el parto de su hijo número 14 junto a su marido. En el momento del parto le preguntó: "¿te ligo ahora? y la mujer miró al marido y dic'que le dijo no". Nadia me cuenta que la ginecóloga al terminar el relato le dijo a ella: "Me daban ganas de patearla a la mujer esa" y que a partir de esa conversación, "de ahí como que a mi más... porque en realidad, en verdad, es tu vida, es tu cuerpo, yo creo que más allá que él sea tu esposo, todo lo que sea, pero..."

Más allá de la violencia y el disciplinamiento que ejerce la médica ginecóloga, este caso con el que ella procura "empoderar" a Nadia, puede servirnos para pensar, siguiendo a Blázquez Rodríguez (2009), las implicancias de promover la participación de los varones cuando no se indaga en el tipo de relación de pareja existente, "e incluso en los casos en que la mujer reconoce que "no están bien", se le presta apoyo individualmente reforzando su vínculo con su criatura, mediante la exaltación de la maternidad." (2009:340).

En los relatos de las mujeres es más frecuente encontrar referencias a la participación de los varones en los procesos reproductivos que en los relatos de los propios varones. Daniel obtuvo sus primeros conocimientos de cómo *cuidar(se)* de una amiga y con su mujer el interés sobre el tema era mutuo, "los dos lo sabíamos conversar". Aldo señala como referentes a figuras de expertos, un amigo odontólogo, un amigo policía y en su pareja es él quien se encarga de comprar los preservativos, "siempre he sido de cuidarme" dice. También Aldo, después de embarazos que se produjeron por no tener en ese momento un

preservativo, es previsor, "... y... porque tenés que tener antes todo ahí, cuando estés sacarlo el..."

Son diversos los modos en que los varones participan en las decisiones (no) reproductivas, como lo son las relaciones que estos tejen con sus parejas, con otros hombres u otras mujeres y con los profesionales del CAPS. Los varones pueden desconocer que sus mujeres han decidido utilizar algún método anticonceptivo, decidir el método que utilizará su mujer y cuando debe dejar de utilizarlo, reprender una decisión que ha tomado ella, obligarla a abortar o bien acordar con su pareja un modo de *cuidar(se)*.

El proceso continuo de negociación con la pareja es un proceso performativo de "hacerse hombre" o "hacerse mujer" en el que se reiteran las normas que constituyen al sujeto, normas que, siguiendo a Butler (2002b), no se pueden descartar por voluntad propia.

Los procesos de interacción y negociación que se producen entre varones y mujeres en torno al proceso reproductivo son invisibilizados en las políticas de salud sexual y reproductiva y en quienes las ejecutan.

#### **4.5 Una mirada crítica a la "salud en singular"**

En las prácticas y decisiones que hacen al proceso de atención para evitar un embarazo subyace un sistema de control sobre las mujeres y una negación de los varones como seres que se reproducen (Figuerola-Perea, 1998). Es posible apreciar en los espacios del CAPS y en los espacios de la vida cotidiana los modos en que la heteronormatividad se hace presente.

De acuerdo con Blázquez Rodríguez,

...se da por hecho que todas las mujeres son heterosexuales y tienen marido (...) la atención sanitaria está pensada sólo para un tipo de mujeres con pareja, pareja heterosexual, y las que no lo sean, se atienden como si lo fueran, invisibilizando sus diferencias y así excluyendo las relaciones que puede haber entre la relación de pareja con su salud... (2009:133).

La "naturalidad" desde la cual se asumen ciertos presupuestos sobre los sujetos, estigmatiza aquellas expresiones subjetivas que ponen en cuestión la estabilidad del orden hegemónico. Tal como lo señala Goffman, "la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar" (1995:11-12).

En la siguiente cita se ejemplifica el lugar del estigma, en tanto desvío de la ecuación mujer=madre=heterosexual,

- Dos chicas muy bien puestas ellas y bueno... preguntándome una como se podía cuidar. Entonces este... yo llenando la historia clínica en cuanto a hijos, relaciones... y con que se cuida y que se yo... que se cuánto... relaciones sexuales por semana, como para empezar a entrar sobre los métodos que se yo... y ella me aclara en el camino que bueno ella mantiene relaciones sexuales pero no con hombres si no que... “somos pareja”... y bueno realmente no sabía que... cómo manejar una consulta sobre lo que era sexualidad o sobre lo que era procreación responsable... que hasta la misma palabra te coarta la... la atención, la chica no se iba a embarazar nunca, y ella me dijo, ‘no me voy a embarazar, yo mantengo relaciones con ella’, que sé yo, que sé cuánto...

(Toco-ginecología, enero de 2009)

Godoy Lorite propone realizar una lectura crítica de la “salud en singular” que distribuye “... legitimidades en función de la adecuación o no de los cuerpos y las prácticas sexuales al estándar-matriz heteronormativo.” (2011:744), y afirma que es necesario reconocer una multiplicidad de posibilidades de vivir, percibir y construir la salud.

Siguiendo la propuesta de Godoy Lorite, las prácticas en torno al *cuidar(se)* deben analizarse como prácticas variadas y complejas, que se diferencian de una persona a otra y que en una misma persona pueden variar en relación a su situación económica de ese momento, de quien es su pareja o de su estado de salud, entre otros aspectos.

## Capítulo 5

### *Cuidar(se)*

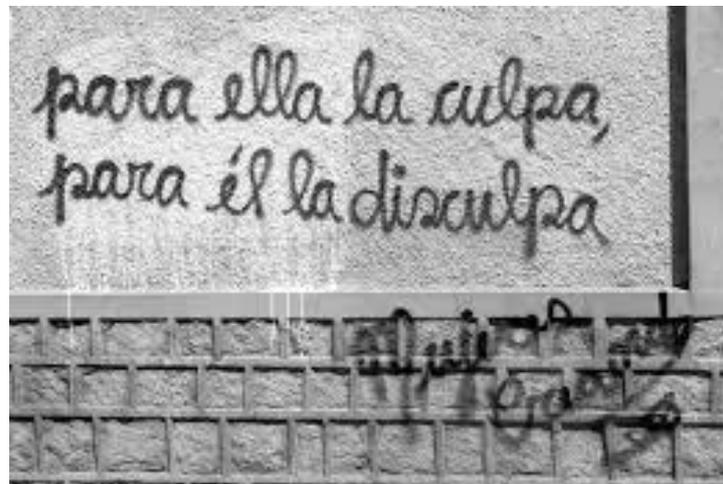


Imagen disponible en <http://mujerescreando.org>

- ...si, lo agentes sanitario, si te preguntan cuándo vienen a las casa, si te preguntan con qué te cuidas... y después la... ginecóloga lo primero que te dice, “te estás cuidando, ¿no?” (tono de regaño) me dice. Y... yo le digo, “no”, le digo, “porque no... no..., o sea, yo no me cuido con nada”. “¿Por qué no te cuidas?, si hay un montón de cosas para cuidarte” (tono de regaño) te dicen ella, la ginecóloga. Y yo le digo, “no puedo cuidar con... ‘comu e” le digo, “a vece utilizo preservativo, pero no todas las veces porque yo quiero tener, pue, quiero tener una nena”, le digo. “No”, dice, “tienen que cuidarse” dice. Así dice.
  - ¿y vos como te sentís cuando te dicen así?
  - y mal porque ellos... (risa nerviosa) porque ellos, en primer lugar, te retan<sup>73</sup> pero no te explican, “mirá hay esto para cuidarte”, no, en primer lugar, qué te dicen “que porque no te cuidas que hay muchas cosas para cuidar” (tono de regaño). Eso es lo que te dicen la ginecóloga. (Silencio breve)
- (Daiana, febrero de 2013)

La intención de tener una hija mujer fue reiterada en varios de los momentos que compartí con Daiana. A los meses de haber finalizado el trabajo de campo nos encontramos en el festejo de cumpleaños de una mujer del comedor y ella tenía en brazos su cuarto hijo varón. Me contó que ya no iba a “buscar la nena”.

Daiana intentó *cuidar(se)* con varios métodos pero con todos tuvo problemas, aunque uno de los problemas más importantes fue la falta de explicación que ella señalaba en el fragmento que abre este capítulo. La anticoncepción hormonal por vía oral le causaba vómitos y por vía inyectable le provocaba la ausencia del flujo menstrual. Finalmente probó colocarse un DIU que le daba fuertes dolores y un período menstrual que duraba dos semanas. Ante estos dolores, molestias y preocupaciones consultó a la ginecóloga del CAPS y la única respuesta que obtuvo fue: “Es normal”. Cuando el dolor o el sufrimiento no se valoran o cuando se categorizan como “normal”, los profesionales encargados de administrar y hacer un seguimiento del tratamiento, al mismo tiempo, producen sentimientos de amenaza y desamparo (Kleinman y Benson, 2004:18)

Sobre *las pastillas y las inyecciones* Daiana tenía la posibilidad de abandonarlas de forma voluntaria, pero para quitarse el *DIU* requería de la acción de los profesionales de la salud. Su pedido tuvo una respuesta no solo

---

<sup>73</sup> “Te retan” en el modo de hablar el castellano en la Argentina equivale a “te regañan”.

dolorosa, también moralizadora.

Daiana cuenta que le dolía mucho la cintura como si fuera a parir. La médica le dijo que eso era normal y después fue otra vez porque dice, “mi marido ya me veía mal” y le dijo que vaya de vuelta a verla a la doctora y que se lo saque. De vuelta fue a la salita, le pidió a la médica xxxx que se lo sacara. La médica se enojó y le respondió que no se lo iba a sacar, “no se lo pueden estar poniendo y después se lo sacan cuando quieren, se va a llenar de hijos”.

Daiana le dijo que si se llenaba de hijos la médica no se los iba a criar, y la amenazó con denunciarla. Pero la médica no se lo quiso sacar.

(Daiana, febrero de 2013)

*Daiana se fue al hospital y allí “...el doctor me explicó bien que... que el DIU se estaba encarnando, que me lo tenía que sacar, y... y el doctor sí, todo bien me atendió, re-buenito el doctor ese, me atendió bien.”*

(Nota de campo, octubre de 2012)

Después de los problemas que le habían provocado estos tres métodos anticonceptivos, Daiana me dice que ella no se *cuida* con nada, aunque después me explicó que ella se *cuida* “así nomás y si me quedo, me quedo”. Este modo de *cuidar(se)*, “con preservativo, pero a veces”, permitía la “búsqueda” azarosa de una hija mujer que ella y su pareja querían.

Alejada de su familia, que residía en un paraje en el campo al que se llegaba después de 8 horas de camioneta, más unas cuantas horas a pie, distanciada de una hermana que vivía en un barrio al otro lado de la ciudad y hostigada por las mujeres de la familia de su marido, para Daiana fue importante el nacimiento de su primer hijo. Me dijo: “estaba más tranquila”. Pero ahora que sus hijos eran mayores “se van con su papá, por ahí él sale, los lleva... se van todo con ellos y... por ahí yo me quedo sola y me gustaría tener una nena”.

Con el tiempo que llevaba como voluntaria en el comedor había hecho algunas amigas con las que compartía festividades o a las que les pedía consejo como si fuesen una tía o una hermana. Al igual que Daiana, varias de las mujeres del comedor mencionaron la importancia de este espacio que les permitía, por un lado, socializar con otras mujeres y, por otro, abrirse a la vida pública. Como contrapartida de estas ventajas que ellas encontraban en el comedor, en general los varones con los cuales se vinculaban les demandaban que se quedasen en la casa, sobre todo, cuando ellos lograban mejorar los ingresos del hogar.

En este capítulo se exploran los procesos asistenciales que nos muestran tanto la singularidad como la complejidad del *cuidar(se)*. A través de las experiencias, posiciones y perspectivas de las mujeres, y en menor medida de los varones, del barrio se analiza el proceso asistencial seguido para evitar un embarazo, es decir, aquel conjunto de recursos intelectuales, emocionales, sociales, institucionales y culturales de los grupos sociales implicados en el *cuidar(se)* (Comelles, 1997).

El proceso asistencial como categoría de análisis nos permite recuperar la singularidad de la experiencia de cada sujeto aunque siempre contextualizada y atravesada por procesos históricos. Analizar los diversos modos a partir de los cuales el *cuidar(se)* se construye con otros por un lado, pone en tensión la “lógica de la elección”, pero por otro, nos permiten problematizar la propia “lógica del cuidado”. Se trata de problematizar el *cuidar(se)* en intersección con procesos sociales, políticos, institucionales y normativos.

Gramsci es uno de los autores que ha puesto el acento en las dimensiones mínimas de la dialéctica hegemónica para poder entender aquello que está universalizado. En una de las cartas desde la cárcel, Gramsci expresa la necesidad de centrar el análisis en la experiencia de los sujetos,

Leo mucho, libros y revistas; mucho, sobre la vida intelectual que se puede llevar recluso. Pero he perdido mucho del gusto de la lectura. Los libros y las revistas dan sólo ideas generales, pinceladas sobre corrientes generales de la vida en el mundo –más o menos bien logradas–, pero no pueden dar la impresión inmediata, directa, viva de la vida de Pedro, de Pablo, de Juan, de simples personas reales, sin entender a éstos no se puede entender aquello que está universalizado o generalizado (Gramsci, 2003: 179).

También el desarrollo de este capítulo se ha inspirado en la propuesta etnográfica de Mari Luz Esteban quien, citando a Abu-Lughod, se propone,

Una etnografía que atiende a las particularidades de los individuos y de sus vidas cotidianas y a las disputas y discusiones que son una constante en la forma en que las personas negocian la vida social, y que continuamente pone en cuestión las generalizaciones sobre patrones culturales, reconociendo su existencia pero demostrando simultáneamente que no pueden explicar las experiencias reales de manera satisfactoria (2008:12 en Esteban, 2011:25).

### **5.1 Experiencias sobre los distintos modos de *cuidar(se)***

Eh... o sino viene la clásica que es, mi vecina toma y me dijo que las tome. Muchas veces eh... no tiene el mismo efecto en una persona que en otra y alguna le va a caer mejor una pastilla y...

o va a tener contraindicaciones para tomar pastilla y nos veremos obligado a darle un inyectable. (...) entonces las mujeres quieren cuidarse, ya no son tan... tontas como antes. Ahora vienen, se informan, piden, eh... exigen.

(Toco-ginecólogo, noviembre de 2013)

En su mayoría, según lo referido por los profesionales de la salud, las mujeres llegan a la consulta médica con la decisión del método anticonceptivo que quieren usar y esta decisión se configura tomando como principal referencia la experiencia de otras mujeres cercanas. Sin embargo esta decisión suele ser desestimada por parte del médico. Según criterios biomédicos la decisión de la *paciente* debe ser sometida a una evaluación “científica” de los factores tanto biológicos como “conductuales”. Sin embargo, después estos criterios se dejan a un lado y se priorizan métodos que les permitan tener “controlada a la población” o se prescriben en función de una categorización que se hace de la población entre salubres/insalubres, capaces/incapaces de comportarse apropiadamente como “sujetos de intervención pedagógica” (Briggs, 2005).

Desde la consejería se impulsa a la persona que “ingresa” a conocer los demás métodos anticonceptivos que existen, aparte del que ya había elegido la paciente, y a que “considere el más adecuado para ella”. La “lógica de la elección” (Mol, 2008) en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva se expresa en la premisa que rige el trabajo de la consejería: los distintos modos de *cuidar(se)* son “explicados” y después “...el método lo elige la persona, no lo elige el profesional salvo que tenga algún problema”.

En la consejería la evaluación de los problemas que el método anticonceptivo elegido le pueda causar se realiza en una entrevista y a partir de revisar la historia clínica. La trabajadora social explica que utilizan una “ruedita” en la que figuran las distintas enfermedades y la edad en que la persona puede adquirir o no el método, entre otros criterios.

La “ruedita” a la que hace referencia es un instrumento elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en base a recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2008)<sup>74</sup>. Este instrumento alinea los métodos anticonceptivos (rueda interna) con los diferentes criterios médicos de elegibilidad (rueda externa). Siguiendo a Mol, la “lógica del cuidado” (Mol, 2008) no debe reducirse a unos criterios médico-científicos que se apliquen a cada paciente para todo tiempo y contexto.

---

<sup>74</sup>Ver imagen del instrumento en el Anexo IV.

Al igual que en la investigación realizada por la antropóloga Annemarie Mol (2008) en torno a las prácticas de atención de la diabetes, en la presente etnografía se observa a partir de las prácticas cotidianas que las cosas suceden de forma distinta a lo establecido según criterios médicos, que las decisiones no se toman “a solas”, ni en el espacio de la consulta médica.

Los saberes relativos a las tecnologías anticonceptivas y a cómo funcionan se producen en una articulación de conocimientos adquiridos por experiencias personales, intercambio con otras mujeres y conocimientos biomédicos. En esta articulación se ponen en tensión, por un lado, la promoción de una concepción individualista y racional de la autonomía, enmarcada en la “lógica de la elección”, y, por otro, una heterogeneidad de prácticas, experiencias, emociones y vínculos que hacen tanto a la singularidad como la complejidad del *cuidar(se)*.

A continuación se profundiza en los saberes, las decisiones y experiencias sobre los distintos modos de *cuidar(se)* relatadas en las distintas entrevistas y compartidas durante la observación realizada durante las mañanas que colaboré como voluntaria en el comedor infantil.

Tomando como eje los distintos modos de *cuidar(se)* se recuperan los procesos asistenciales de distintas mujeres, y de algunos varones, en relación al método anticonceptivo que más han utilizado a lo largo de su vida sexual. El análisis del proceso asistencial recupera los malestares que le causaron otros métodos anticonceptivos, los sentimientos que le provocaron, las opiniones que recibieron, los vínculos con los profesionales de la salud y los vínculos con sus parejas, entre otros elementos. (Ver en Anexo II la descripción técnica de los métodos anticonceptivos ofertados por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud).

### **5.1.1 Anticonceptivos inyectables mensuales y trimestrales: *La inyección.***

Celina tiene 33 años, es de Bolivia y hace dos años que vive en Salta. Antes de instalarse había estado durante estancias cortas en la Argentina como *trabajadora golondrina*<sup>75</sup> en la cosecha de la aceituna. A diferencia de su hermana, que vive hace 15 años en Salta, Celina tiene un marcado acento boliviano y por momentos es difícil entender lo que dice.

Cuando le pregunté si se *cuidaba* me respondió “así nomá”, es decir, que

---

<sup>75</sup>Término con el que se denomina popularmente a trabajadores/as que realizan actividades agrícolas en condiciones eventuales donde se desempeñan para las temporadas de cosechas.

no utilizaba ningún método anticonceptivo de los que ofrecían en la *salita* y eventualmente utilizaba preservativo. Debido al uso eventual y al modo de referirse sobre su utilización, el preservativo no es considerado un método anticonceptivo o un modo de *cuidar(se)*.

A partir de su relato sobre cómo se *cuidaba* cuando vivía en Bolivia se ve claramente que en la Argentina las dificultades para *cuidar(se)* se vinculan a la disposición del CAPS y de algunos profesionales de negar la atención a personas extranjeras. La agente sanitaria que la visitaba por su casa le decía: “ya no tenga más chicos, porque está muy jodida la vida ahora, todo es caro, más usted que no tiene documento se le complica mucho”. Al mismo tiempo, los profesionales médicos le negaban la entrega de medicamentos y también la ligadura de trompas.

En este contexto, presionada por la agente sanitaria para que adopte las normas hegemónicas de fecundidad y rechazada en el CAPS por su condición de extranjera, su marido le exigía, “anda, a ver con la ginecóloga, y hacete poner la inyección”. Por su parte, Celia reproducía el discurso de la agente sanitaria y decía, “Porque de tener no... no es nada, después mantener, ahí es el lio (...) Y si no sale el documento peor.”. También Celia realizaba largas esperas en el CAPS y enfrentaba a las profesionales que le negaban la medicación.

A los 15 años tuvo su primera hija y 4 años después tuvo un hijo con otro hombre, ella cuenta que ahí comenzó a *cuidar(se)*:

- Si, de mi changuito<sup>76</sup> tabi... 8 años he estado con a... con el espiral<sup>77</sup>.
- Aha, ¿allá en Bolivia te lo pusieron?
- Si. No, 4 años y 4 años con la inyección
- ¿Y dónde te pusieron el espiral?
- En Bolivia
- ¿En el hospital?
- Si. En el hospital. Pero yo he sentido que el espiral me... me hizo mal porque en el campo no es como acá, pue yo trajinaba cargas pesadas, yo traía cosas, cargaba con animales, cargaba leña, no sé, siempre en el campo se alzan cosas pesadas y he sentido que me cayó mal y me he hecho sacar.
- ¿Y te lo pusiste por qué?
- Para no tener chicos. Y la inyección no es como la de acá, la de acá dice que hay que ponérsela mensualmente y la de Bolivia es... cada 3 meses. Tí ponén ahora, a los tres meses ya tenés que ir de vuelta, a colocar sino... Cuando viene el enfermero trae el igual.

---

<sup>76</sup>Changuito es el diminutivo de chango.

<sup>77</sup> El dispositivo intrauterino (DIU) también llamado espiral, recibe el nombre de su primer diseño, en forma de espiral.

- ¿Y con la inyección cómo te fue?
- Con la inyección bien, pero es... cada 3 meses, allí es muy lejos, aquí es mes a mes, aquí es mes a mes.

[Interviene la hija de 8 años: “Te hace engordar feo” dice murmurando]

- Pero a mí me cae bien la inyección, no me ha hecho engordar ni enflaquecer, normalmente me mantenía el peso. Pero aquí, no se ahora, tengo que ir a sacarme... este como es para la ginecóloga, con que me puedo cuidar, pero yo... estoy hablando que... con la inyección porque ‘disque’ con la pastilla vos te olvidas un minuto o segundo y listo dice... y la inyección...

(Celina, marzo de 2013)

La experiencia positiva de Celina con la anticoncepción hormonal aplicada en inyecciones trimestrales le permite diferenciarse de los efectos que este mismo método anticonceptivo le había causado a su hermana, a la que la hija toma como referencia cuando dice que “hace engordar feo”. De otros modos de *cuidar(se)* Celina sabía por experiencia propia o de familiares cercanos: de los inconvenientes que le causaba *DIU* en relación a las actividades del campo y de la efectividad de la pastilla limitada por los olvidos. También Celina conocía por sus primas del campo un modo de *cuidar(se)* que era tomar “uña de la mula con otra cosa, todos los meses, todos los meses tenés que tomar eso, cuando te viene la menstruación (...) Hacer hervir y tomar, dice.”. Ella nunca lo había tomado pero sobre sus primas dice “Les funciona. No tienen bebé ellas.”

Años más tarde Celina tiene una nueva pareja, de un pueblo cercano al suyo en Bolivia. Nace su tercera hija y continúa *cuidándose* con inyecciones. Para acceder a la *inyección*, la gran distancia entre el pueblo donde ella residía y el hospital se salvaba con las visitas periódicas del enfermero. Sin embargo, un acontecimiento fortuito, como que el enfermero que la visitaba se accidentó con la moto, hizo que la *inyección* no llegue a tiempo y Celina se quede embarazada. Un embarazo no *buscado*: “no iba a haber la Luisa”. Un nuevo enfermero que reemplazó al accidentado pero “Ese atendía ahí... en el centro de salud, ahí nomás pero no salía a las comunidades y me he quedado ya de la Luisa.”

Después comenzó a viajar a la Argentina para los meses de la cosecha y en uno de los viajes no llegó a tiempo para “hacerse colocar” la *inyección*. Le dijo al enfermero que se le pasó la fecha pero como no estaba menstruando el enfermero no le quiso colocar la *inyección*, porque, explica Celina, “tenía peligro de que puede... de que puedas estar embarazada y poner la inyección que es

fuerte, hace aborto.”

Celina insistió, le dijo que la menstruación le había venido antes de ayer pero que ella no había podido ir hasta el hospital. Entonces el enfermero le hizo un análisis para ver si estaba embarazada, “Y... me ha hecho un buen análisis, duraba... tenía que quedar dos día en El Típal. Dos días me quedaba y me ponía, me agarraba los análisis, salía negativo y me ponía la inyección.”

Como no tenía posibilidades de quedarse en el pueblo esperando los resultados, al mes, cuando volvió a ver al enfermero, “ya estaba embarazada”. Esta hija nació en la ciudad de Salta, donde después tuvo dificultades para acceder a la atención médica por no tener documentos y volvió a quedar embarazada, dice “yo no la quería tener a ella” (refiriéndose a la bebé que tiene en brazos durante la entrevista). Celina se auto-responsabiliza cuando explica porque quedó embarazada:

- ¿Y qué pasó?
  - Que, que no me he cuidado. Yo así, 'ya voy, ya voy a sacar así, para la ginecóloga' y no he ido, listo.
  - Te quedaste.
  - Me he quedado.
  - ¿y ahora vas a ir a...?
  - Ahora he ido a sacar turno al doctor, a hacerme atender y ese día la ginecóloga había estado de licencia, ha sacado carpeta médica, no vino.
  - ¿Cómo es para sacar turno?
  - Tenés que madrugar pues,
  - ¿A qué hora?
  - A las 5 o a las 4 ya tenés que ir, ya. A veces dan 8 turnos, a veces 10 turnos, y vos vas, la gente, está llena. Te contas cuanta [gente] hay para ginecología si llegas te quedas sino llegas vuelta volverte. A las 5, 4 voy. Así hago yo, 4 y media me voy, y va...
- (Celina, marzo de 2013)

Una vez finalizado el trabajo de campo me encuentro con Celina. Estaba cursando su séptimo embarazo. Me comentó que le habían negado el acceso a la ligadura tubaria en el hospital por no tener documento. Finalmente, la vuelvo a encontrar unos meses después y me dice que cuando ingresó al hospital para el parto logró que le realicen la ligadura de trompas.

De los 7 hijos que tiene, los 4 últimos “no los quería tener”. Una mañana mientras cocinábamos comentó que ella deseaba *perderlos* pero no los perdía. Tampoco realizaba ninguna acción para *perderlos* y en la entrevista se había expresado en contra del aborto.

Con excepción de la *inyección* que no se pudo colocar porque se accidentó el enfermero en Bolivia, los otros tres embarazos que ella no quiso se producen en la Argentina por dificultades de acceso a la medicación, dificultades asociadas a su condición de extranjera. En la Argentina, las prácticas sanitarias orientadas a migrantes no están legisladas, por consiguiente, el acceso de las extranjeras y los extranjeros a la medicación está sujeta a las disposiciones de cada establecimiento y a las decisiones privadas de cada profesional.

La etnografía muestra que la *inyección* es uno de los métodos más utilizados en el barrio. Sin embargo, por parte de la población, es muy frecuente escuchar que lo terminan dejando por alteraciones del ciclo menstrual o por problemas de sobrepeso que adjudican al efecto de las hormonas.

Del relato de las mujeres se desprende que ante las complicaciones que les causa la *inyección* la respuesta que reciben de los servicios de salud es que “es normal” o bien, “te tenés que aguantar”. Sobre la gordura, los médicos señalan que es más bien producto de una alimentación a base de hidratos de carbono, grasas y azúcares aunque las mujeres registran que su cuerpo se ha modificado a partir de comenzar a aplicarse las inyecciones.

### **5.1.2 Dispositivo Intrauterino: *El DIU***

Viviana tiene 45 años y 7 hijos. Se colocó el *DIU* hace aproximadamente 7 años y en los meses que compartimos en el comedor comenzó a sentir molestias. Después de los estudios que se realizó pudo saber que los problemas no se vinculaban al *DIU* sino a una pequeña lesión en el cuello del útero. Cuando le pregunté por su experiencia con éste método anticonceptivo respondió,

- Eh... y si, bien, lo único era así una pequeña molestia nada más, pero todo bien. Lo que si he notado yo es que me bajaba mucho, a comparación de ante... mucho, mucho me bajaba. Y así... y de ahí no..., taba bien, taba.
- ¿Y cuándo tenías una preocupación ibas y hablabas con la doctora, así...?
- Si, con lo... creo que una sola vez me hice el... PAP y me dijeron que... ahí te ven pue, me dice ‘no si, está bien, está bien, está bien colocado, ta bien todo’. Me hice también una ecografía en... Lugones y... me dijeron que estaba bien.
- Ah, me acuerdo cuando te hicieron la ecografía.
- Sí, esa era y yo le llevé los resultado acá a la doctora y me dijo, ella me dijo: ‘ah está todo bien’, decía, ‘se puede hasta 10 años’ me decía.

(Viviana, noviembre de 2013)

La indicación de la médica del CAPS se contradice con lo que le dijeron a Viviana en el hospital, donde le habían advertido que se tenía que sacar el *DIU*. Viviana valora la indicación que le dieron en el hospital y también escucha la experiencia de otras mujeres.

Cuando Viviana les comentó a las mujeres del comedor que se hizo el control del *DIU* y le vieron “irritada la zona”, las demás mujeres opinaron que “se lo tiene que sacar” pero Viviana les explicó que no tenía nada que ver con el *DIU*, que hace poco en la ecografía le dijeron que estaba bien.

Durante las mañanas eran frecuentes las conversaciones sobre temas de salud. Esa mañana Andrea comenzó a explicarle a Viviana que *el DIU tiene unos hilos de cobre recubiertos con un plástico y que cuando el plástico se empieza a desgastar con los años le puede provocar infecciones, que a ella así le pasó, que tenía mucho flujo con el DIU y “eso significa que estas enferma” y que ella continúa con eso del flujo por eso es que le hacen muchos estudios.*

Viviana vuelve a aclarar que ella no tiene ningún problema con el *DIU*. Y Andrea continúa argumentando en contra del *DIU*, pero lo hace en tono de confesión, “a mí me dijo el doctor que no tenga mucho sexo porque te puede mover de lugar el *DIU* y te puede provocar una infección”. Este comentario genera bromas sobre “lo que se mete” Viviana en su vagina y otros comentarios que se dicen en voz baja. Esa mañana Viviana terminó diciendo que la próxima vez que vaya al médico se va a “hacer sacar” el *DIU*.

Tener el primer hijo a los 24 años para Viviana era tenerlo “ya grande”. Al mes de “juntarse” con su pareja quedó embarazada y después, dice riéndose, “ya vinieron”. Cuenta que su padre le regañaba cada vez que ella llegaba con la noticia de que estaba embarazada. Entonces ella se lo ocultaba, le negaba que estaba embarazada, y después su padre lo terminaba sabiendo, “no me quedaba otra, ya venía con la panza”, dice Viviana riendo.

El rol que juega el padre en relación al control de la fecundidad de Viviana, nos remite al análisis que realiza Verena Stolcke sobre el vínculo entre sistemas de parentesco y estructuras de sexo/genero a partir del caso etnográfico histórico de la Cuba decimonónica. La autora, retomando el sentido otorgado por el feminismo negro a la noción de interseccionalidad, concluye que “mujeres y hombres juegan papeles inscritos en relaciones culturales específicas y cambiantes que no son arbitrarias, sino que están vinculadas con el sistema de parentesco y de procreación que prevalece en cada circunstancia histórica.” (Stolcke, 2010:331).

Viviana no tenía una respuesta pensada sobre los hijos que le hubiese gustado tener y dice titubeante, “y... supongo que así, poco nomás, 4, nada ma. Pero... ya está, uno ya los ve grandes y por ahí se van así... ya lo extrañas, porque falta uno...”. Se la nota feliz cuando habla de sus hijos y de los logros de cada uno.

A los 37 años, después de su sexto hijo, Viviana usaba eventualmente preservativo. No se *cuidaba* con métodos hormonales porque le hacían mal al hígado. Aunque había decidido colocarse el *DIU* “por prevención”, pensaba que ya no iba a tener más hijos porque hace cinco años que no quedaba embarazada y de más joven había tenido seguidos los embarazos. En el período que en que estaba “cumpliendo” con las exigencias de los controles previos a la colocación del *DIU*, Viviana quedó embarazada, “taba haciendo, ¿viste? los... análisis, todas esas macanas<sup>78</sup> que te hacen y no pué, ya, quedé embarazada.”

Al referirse a “todas estas macanas”, Viviana banaliza de algún modo los controles previos requeridos por el médico para la colocación del *DIU*. Mientras desde la visión médica, como se señaló, pedir estudios antes de la entrega de un método anticonceptivo es “la única forma de tener controlada a la población”, para Viviana las demoras burocráticas que impiden el acceso a los estudios le impidieron evitar un embarazo. Viviana negó ese embarazo hasta el día del nacimiento de su hijo y después lo vivió con resignación.

La cantidad de estudios previos a la colocación del *DIU* varía de acuerdo a los criterios del profesional que en ese momento esté atendiendo. Los estudios necesarios para colocar el *DIU* y los controles posteriores fueron señalados en algunas entrevistas realizadas a profesionales como desventajas con relación a otros métodos. Una de las médicas entrevistadas en una investigación previa (Pérez Declercq, 2010) se refería a los controles como uno de los inconvenientes del *DIU*:

...se puede correr, se puede bajar, se puede infectar, se tiene que hacer controles cada 6 meses, ecografías, Papanicolaou... todos los controles... muchas veces no quieren hacerse los controles previos... yo les pido todos los controles previos antes de colocar un *DIU*, otras veces no les gusta tener que venir a cada rato a tener que controlárselo...

(Toco-ginecología, noviembre de 2008)

---

<sup>78</sup>Macana es un término para referirse a tonterías, cosas vanas sin fundamento (Ej.: ¡deja de hablar macanas!) La palabra se origina en el vocablo Mackana, del quichua, palo u objeto para golpear.

En el relato de Viviana el único hijo que “fue una sorpresa” fue el séptimo. Su experiencia era que “pasaba un año y ya quedaba embarazada, pasaba un año, año y medio, viste que los míos son todos casi... seguidos”. No esperaba este séptimo hijo, por eso cuando se enteró, dice: “No quería saber **naaada**, yo hasta que... nació, lo vi recién, me alegré enseguida. No quería saber nada. Yo renegaba ‘bah, la panza’. Así que bueno... ahí está.”

En el momento de la entrevista se encuentra en una situación similar, porque como ella dice: “Y ahora veo igual, ya pasaron a ver... 8 años, por eso quiero pensar que ya es por la edad (risa)”. Hace un año se sacó el *DIU* a raíz de la lesión que le detectaron en el cuello del útero y no se está *cuidando*. Cuando se atrasa el período menstrual tiene temores e intenta creer, aunque no muy convencida, en algo que ha escuchado: “otras dicen que si te lo sacas al *DIU*... todavía, o sea te... tanto tiempo que has tenido todavía quedaría como un poco, como se dice, este, prevenida. Un tiempo más, no se (breve silencio) Quiero pensar (risa) Así que...”

Sobre cómo vivía Viviana la preocupación que tenía en ese momento por un atraso en su menstruación decía,

- Por ahí si, por ahí... me acuer..., me olvido por ahí de... así que... pero estoy bien después de todo, no...
- ¿Y qué pensás? ¿Qué podes llegar a estar embarazada?
- Nooo, no, no, para mí que sea un...
- ¿Vos te das cuenta cuando estas embarazada?
- No, no, no tanto, no. Una porque estoy, hago fuerza, acá..., en el comedor no... no, no... Estoy bien. No. Lo que si no sé porque será que desde ayer estuve mareada, ¿qué será? (risas) ummm...

(Viviana, noviembre de 2013)

Los problemas de hígado que le impedían utilizar anticoncepción hormonal, los problemas burocráticos que le impidieron colocarse a tiempo el *DIU* y, sin que Viviana lo haya manifestado, también podemos pensar en las dificultades para negociar con su pareja el uso regular del preservativo<sup>79</sup>. Tres impedimentos de los cuales dos podrían haberse evitado para que Viviana no tenga que cargar con un embarazo no querido.

---

<sup>79</sup>Las dificultades para negociar el uso del preservativo se vinculan a las desigualdades en las relaciones de género y al papel pasivo asignado a las mujeres.

### 5.1.3 Anticoncepción quirúrgica: *La ligadura*

Alina tiene 35 años y, al igual que Viviana, tiene 7 hijos. Entre los 19, que tuvo su primer hijo, y los 26 no se *cuidó* con nada, “esas cosas... de necia”, dice, y cuenta que enfrentaba los reclamos de su madre diciéndole que *era ella quien se iba a ocupar de mantener a los hijos*.

La primera vez que se *cuidó* ya tenía 5 hijos y lo hizo con *pastillas* pero las dejó, “Me hacían mal al estómago, me caían muy mal”. Después, la decisión de realizarse la ligadura tubaria la tomó sola porque su marido no quería que ella *se ligue*. El hecho de que su marido no quisiera no fue un impedimento para realizarse la intervención quirúrgica, Alina se sentía amparada por la ley: “como ya había salido la ley de que uno podía firmar lo de uno... ya que... (risas)”. Cuenta que su marido la regañó un poco pero que después “se convenció”. En el relato que hace parece que fue ella quien lo convenció con el argumento de que “ya eran mucha cantidad de chico también... y... iba a ser más difícil, no, por eso le digo, no cuando son chiquitos sino cuando se van haciendo más grandes, se hace más difícil.”

La ligadura a Alina le aportó tranquilidad. En dos sentidos hace referencia a la tranquilidad, por un lado, dice “ya no tenemos problemas para... (risa) para mezquinar nada, digamos”, haciendo referencia a las dificultades de negociar con su pareja el tener o no tener relaciones sexuales. Por otro lado, Alina dice que ahora está mejor que antes porque “ya no estoy teniendo miedo de nada como antes que... que estaba... cada vez preocupada por si me embarazaba o algo.”

En una conversación de tres mujeres en el comedor aparecen por primera vez, y solo en relación a la anticoncepción quirúrgica, las prohibiciones de la iglesia evangélica:

*Las mujeres hablan sobre otra mujer que no está presente y que eventualmente colabora en el comedor. Marta pregunta si “se ha hecho ligar” porque dice que “cuando la mujer ya tenés varias cesáreas los médicos te ligan porque ya es peligroso que te vuelvas a embarazar.” Ante este comentario de Marta las otras dos mujeres se miran y una de las dos pregunta, mirando a Marta que es evangélica, si la religión de ellas permite la ligadura. Ellas piensan que no, porque, dice Daiana, “uno no puede quitar lo que Dios nos dio.”*

*Marta le responde: “si el médico dice que te tenés que ligar entonces tenés que hacerlo, si ya tuviste varias cesáreas no puedes tener más hijos.” Y pone como ejemplo a una “hermana” de la*

*Iglesia que se ha ligado porque ya no podía tener más hijos.*

*Daiana no está de acuerdo con la opinión de Marta y, enfrentando a la autoridad médica, le responde que “uno no tiene que hacer lo que el médico le dice, que uno se puede cuidar con otra cosa.” Después Susana agrega una frase, muy repetida entre los profesionales de la salud cuando buscan responsabilizar a las mujeres por no prevenir los embarazos, “ahora hay muchas cosas para cuidarse.”*

(Nota de campo, febrero de 2013)

La actitud de Daiana, enfrentando los mandatos médicos, y la de Susana, reproduciéndolos, requieren ser analizadas. Es interesante como señala Menéndez (1984) que en determinados contextos institucionales y a través de procesos de relaciones sociales se implican potencialmente procesos de apropiación, esquematización y transformación del saber “original”.

En este entramado de relaciones sociales y de apropiación y transformación de saberes es necesario considerar a la Iglesia Católica y a las iglesias evangélicas como actores con legitimidad en el debate público<sup>80</sup> y en el proceso asistencial vinculado a las prácticas (no) reproductivas. A nivel político se presenta una yuxtaposición de las esferas de la religión y la política en los debates parlamentarios y negociaciones a nivel de políticas de salud. Y, a nivel micro, en los contextos de la vida cotidiana, la influencia de las creencias religiosas en el uso de métodos anticonceptivos no es explícitamente significativa. No obstante, los vínculos entre religión, moral y sexualidad requieren de una exploración en profundidad que excede los límites del material etnográfico de esta investigación.

#### **5.1.4 Anticonceptivos orales: Las pastillas**

En la experiencia de Estela las *pastillas* son una opción que tiene más de un detractor en su entorno cercano pero ella defiende ese modo de *cuidar(se)* porque le asegura el control sobre su cuerpo.

De cuatro hermanos varones y dos mujeres que estaban al cuidado del padre, Estela fue la primera en irse de su casa. A los 13 años se fue a vivir con la familia de su pareja a una localidad semi-rural de la provincia de Jujuy, a dos horas de Salta. Los primeros años “se cuidaba él” con preservativo. A los 15 años Estela se quedó embarazada, ella lo sintió como un engaño, un engaño

---

<sup>80</sup> Varios autores (Tarducci, 2005; Brown, 2008b; Gutiérrez, 2009; Vaggione y Jones, 2015) han explorado la injerencia de lo religioso en lo político.

con el complot de su suegra y su cuñada que le hicieron el test de embarazo sin que ella sepa de qué se trataba. Después, cuando su pareja llegó del trabajo, le contaron que Estela estaba embarazada y ella fue la última en enterarse. Dice Estela, “todos festejaban y yo tenía una cara larga” y, hasta el día de hoy, “pienso que él no se cuidó y él me dice que sí se cuidó.”

En un primer momento “por temor” les ocultó el embarazo a su padre y a uno de sus hermanos varones porque “eran celosos y no querían que tenga un hijo.” Comenta que su hermano no le habló hasta que su hija cumplió dos años.

Desde el nacimiento de su hija se *cuidó* los dos primeros años con inyecciones pero le provocaban vómitos y dolor de cabeza. En el momento de la entrevista Estela tiene 20 años, su hija 5 años y hace tres años que se *cuida* con *pastillas* y cuando *descansa* de las pastillas se cuida su pareja. Por su experiencia pasada, Estela no está tranquila cuando es su pareja quien se cuida, sobre todo porque él tiene 27 años y le dice que “quiere otra nena”. Estela ha decidido terminar sus estudios secundarios y no quiere tener hijos, sobre su decisión comenta: “mi marido primero se enojó y después entendió”. Por las mañanas trabaja en la municipalidad y continúa viviendo con la familia de su pareja porque le cuidan a su hija mientras ella estudia pero cuando termina el período de clases se vuelve a la casa de su padre.

Las *pastillas* que toma Estela son las de 21 días. Comenta que a veces “se olvida” pero que nunca quedó embarazada, puede olvidarse de tomar la *pastilla* 2 o 3 días en el mes, y recuerda que una vez pasaron 3 días seguidos sin tomar. Se compara con su cuñada que se olvidó un solo día y quedó embarazada, “mi cuñada y mi suegra me dicen que soy una suertuda”. A pesar de que las pastillas le producen sueño, dolor de cabeza y hambre, “como y al rato tengo hambre de nuevo y cuando las dejo bajo 7 kilos”. Estela no quiere cambiar por otro método anticonceptivo. Ha consultado con el médico por el tema del sueño que le provocan las pastillas pero dice: “el doctor es vago porque le pedí para hacerse unos análisis porque tenía sueño y no los quiso hacer.” El médico solo le dijo que el sueño “es normal por las pastillas”. Estela para “conseguir” un turno con el doctor tiene que dormir toda la noche en las afueras del hospital.

Aun cuando Estela reconoce que las pastillas le generan malestar, ha decidido continuar con este método porque, por un lado, encuentra desventajas en otros modos de *cuidar(se)*, como la inyección, el DIU o el preservativo, que

conoce por experiencia propia o por comentarios de familiares. Y por otro, porque teme a las represalias que tomará su hermano si ella se queda embarazada.

Sobre la inyección Estela explica: “me hace peor, se me hinchan los pies como cuando estás embarazada que se te hinchan los pies, ¿viste?” y “me afecta el corazón”. Tuvo un dolor en el pecho y en el brazo cuando se cuidaba con inyectables y le dijeron que le afectaba al corazón. Sobre el DIU dice que no se anima, que su cuñada tiene el DIU y le baja mucho, con mucho dolor, que se tiene que quedar acostada cuando le viene la menstruación. También afirma: “el DIU causa cáncer”. Y del preservativo, además de su propia experiencia negativa, que la lleva a elegir un método en el que “estoy segura que me cuido, yo sola”, también dice que no lo ve muy seguro porque su vecina que se cuida con preservativo tiene dos hijos y su hermana *cuidándose con preservativo* “ya va por el tercero”.

En relación a seguir *cuidándose con pastillas*, en referencia a su hermano, Estela comenta que él le da “todos los gustos” y la apoya con el tema del estudio pero le dijo que si quedaba embarazada de nuevo no le iba a dar más apoyo. Al mismo tiempo, su padre le insiste que deje de *cuidar(se)* porque está “engordando” mucho, se pone “idiota”<sup>81</sup> y tiene mucho dolor de cabeza.

Sobre el problema de “engordar” atribuido a la toma de anticonceptivos hormonales, Estela dice que hay otras *pastillas* que tienen otra composición pero que salen \$250 y que ella no las puede comprar. También hay una alternativa a \$180 que le recomendó una vecina. No es el primer comentario que escucho en relación a la composición de las *pastillas* que “se entregan gratis” en la *salita* y el efecto que estas producen. Otra mujer del comedor señalaba que las *pastillas* que te dan en la *salita* no tienen la misma composición que las que te venden en la farmacia, donde “las preparan distinto”, “tienen más químico”.

El efecto de mercantilización sobre lo que debería ser garantizado por el Estado se agrava cuando se le ofrecen productos para bajar de peso. A partir de que comenzó a tomar las *pastillas* Estela llegó a pesar 100 kilos y tanto el médico ginecólogo que la atiende como de la nutricionista le ofrecieron productos para bajar de peso que ella no podía comprar.

Las “pastillas para bajar de peso” que le recetó el médico se vendían en

---

<sup>81</sup> Idiota se utiliza en Salta para referirse a una persona que está irritable. No tiene la connotación de insulto.

la farmacia y no las podía pagar y el parche que vendía la propia nutricionista era más accesible y “le había resultado” porque “comía la mitad” pero cuando se despegaba dejaba de hacer efecto y no podía volver a pagar otro.

En los discursos de los profesionales de la salud los anticonceptivos orales son ofrecidos a aquellas mujeres consideradas capaces para “auto-regularse”, de “ser responsables” en las acciones de autocuidado. Volviendo sobre la expresión Briggs (2005), las mujeres a las que se les receta la anticoncepción oral son consideradas como “sujetos de intervención pedagógica”. En contraste con esta percepción, la mayoría de las mujeres entrevistadas o parejas de los hombres entrevistados que han probado *cuidar(se)* con *pastillas*, le atribuyen problemas vinculados a los efectos secundarios de las mismas, como el aumento de peso o alteraciones en el ciclo menstrual y, en menor proporción, a la capacidad para ser constantes en la toma diaria.

Uno de los hombres entrevistados que se cuidaba él con preservativo y la mujer con *pastillas* decía,

- Si... como que... le quería un poco medio, medio chocante el asunto, ¿no? porque decía que me hacían engordar, que me cae mal, ¿me... entiende? Por ahí son medio reacias las mujeres a las pastillas, no sé qué... qué grado de influencia traerá a su organismo, a su persona... a la vista de la persona.

(Rubén, mayo de 2013)

### **5.1.5 Anticoncepción quirúrgica: *La vasectomía***

Miguel tiene 29 años y es oriundo de la provincia de Córdoba. Llegó a Salta Capital viajando de mochilero y vendiendo artesanías, en ese viaje paraba en el hotel de un amigo y una chica que vivía en ese hotel le presentó a Silvina. Vino a vivir a Salta porque cree que hay más oportunidades que en Córdoba. Comenta que acaba de renunciar a su trabajo en el mercado de frutos porque trabajaba más de 16 horas y no le quedaba tiempo para “buscar un trabajo mejor”, ni para ver a sus hijos.

Con Silvina tienen 4 hijos de los cuales, me aclara Miguel, la primera y la última llegaron “sin aviso” y enseguida agrega que nunca pensaron en abortar, “ya estaban ahí”. En el momento de la entrevista Miguel dice que se *cuida* con preservativo pero piensa que Silvina “se podía hacer la ligadura porque ya no queremos tener más hijos.”

La conversación se dio con ambos miembros de la pareja aunque la entrevista se había acordado solo con Miguel. Estábamos hablando sobre la ligadura cuando Silvina dice, “yo no quiero saber nada con tener más hijos” y Miguel agrega, “la mujer que tiene muchos hijos se arruina.”

En tono de queja Silvina dice que siempre es ella la que “se tiene que ocupar”, que, para ella, él se debería hacer la *vasectomía* porque ella ya tiene “demasiadas marcas en el cuerpo” y no quiere un corte más. Me muestra el brazo (tiene queloides) y continúa diciendo que también en la pierna, donde le mordió un perro, tiene queloides. Silvina tiene otras “marcas” en su cuerpo que se vinculan a los intentos de *cuidar(se)* y a su vida reproductiva.

Cuando le pregunto a Miguel su opinión sobre la *vasectomía*, Silvina agrega, con sonrisa cómplice, “si, yo le digo que él se tiene que hacer la vasectomía”. Miguel responde que tiene miedo “de que no quede todo en su lugar”.

Hablamos de otros temas y cuando en la conversación volvemos sobre la *vasectomía*, Miguel dice, “es el mayor complejo que tienen los hombres” y cuenta de un cuñado suyo que se hizo la *vasectomía* y “esta de lo más bien”. Pero su temor es porque “existe la mala praxis” y explica que “por más buena voluntad, somos humanos y nos podemos equivocar.”

La vivencia de las equivocaciones en los prestadores de salud es cercana para Miguel y Silvina, a quienes les habían sacado mal las placas de rayos X de sus hijos. La primera vez que visité la casa de Miguel y Silvina lo hice acompañando a la médica del CAPS y a la agente sanitaria. La médica le pide las placas pero Silvina las tiró porque no servían, dice, “yo, que no soy médica, me di cuenta que estaban mal sacadas”. Entonces la médica le explicó de la importancia de las placas para completar lo que ya se vio en los análisis sobre el TBC<sup>82</sup> y les recomendó que se las hagan en el hospital donde “no tienen que pedir turno”. Marcando la diferencia con el hospital, dice la médica que en el CAPS “tal vez le tocaron estudiantes y los aparatos no son muy nuevos”.

Conversamos sobre otros modos de *cuidar(se)*. Silvina dice que a ella las *inyecciones* y las *pastillas* le hacen mal. Interviene Miguel, “le causa hemorragia”. Ante este comentario Silvina cuenta, “me había hecho colocar la inyección y comencé con pérdida de mucha cantidad, como 15 días y que fui a consultar a la doctora y me dijo que era así, que tenía que aguantar”. Cuando

---

<sup>82</sup>TBC es la sigla utilizada para denominar a la tuberculosis, una enfermedad bacteriana que suele afectar los pulmones.

cuenta esto Silvina se incorpora en la silla, deja la postura relajada, y dice enfática: “¿por qué no se lo aguanta ella?!” Después agrega, “dejé de colocarme la inyección y a los dos meses estaba embarazada de la Samanta”.

Por su parte, Miguel dice que la maestra de su hijo mayor le comentó del *DIU*, que ella lo tuvo y no tuvo ningún problema. A este comentario Silvina pone cara de desaprobación, como diciendo que no sirve, y agrega, “¿y tu mamá no quedó embarazada con el *DIU*?” y Miguel le responde, “tal vez ahora vienen mejor que en esa época”.

Los profesionales del CAPS entrevistados señalan que en general las consultas por la vasectomía y por los procedimientos para realizar esta intervención quirúrgica provienen de “las esposas”. Cuando la consulta la realizan los varones, la referente de la consejería, desde la “lógica de la elección”, se encarga de despejar los temores expresados por estos mostrándoles que no tienen fundamento científico y no da espacio para que puedan plantear las inquietudes personales que van más allá de la elección del método,

- Pero bueno es que el hombre, en el hombre hay más mito y más miedo en el sentido de que pierdan este, la erección y todas esas cuestiones, que para ellos es la principal, y vos les explicas que no, le mostrás que conducto es lo que se corta, para que sirve ese conducto, que no toca nada de lo otro, que no te afecta absolutamente en nada, igual en la mujer.

(Trabajadora social, octubre de 2013)

En coincidencia con los aportes que realiza a la temática Mara Viveros (2009), plantear la elección de la *vasectomía* como un modo de *cuidar(se)* que implica un proceso eminentemente relacional. Participan en este proceso Silvina, que lo insta a Miguel a “ocuparse” porque ella ya tiene “demasiadas marcas en cuerpo”, su cuñado que ya ha vivido la experiencia de la *vasectomía*, el ejercicio de su masculinidad, sus emociones y también las experiencias que ambos miembros de la pareja han tenido con los servicios de salud.

La posibilidad de contextualizar la elección de la vasectomía permite acercarnos a la experiencia de Miguel en su complejidad y reconocer que sus preguntas, sus dudas, sus disputas en relación a la elección de este método son individuales pero también sociales. Su agencia opera dentro de un marco de relaciones sociales y de procesos políticos, económicos, culturales e ideológicos que la hacen posible.

### 5.1.6 Preservativo masculino: *El preservativo*

Aldo tiene 30 años. Viene de una de las regiones de la provincia con mayores desigualdades sociales y económicas. Para él venir a vivir a Salta a los 20 años “ha sido mi orgullo (...)... y siempre he querido venir acá a la Capital, ¿has visto?” Tiene dos hijos que no conoce con dos mujeres distintas y un hijastro con su actual pareja, del cual dice, “me aprecia como padre”.

Aldo ya no quiere tener más hijos, “unito demasiado ya”, dice refiriéndose a su hijastro, y reflexiona sobre su edad, “Ya estoy en edad, ya medio diferente ya. Para qué quiero un hijo ya a esta edad si después me van a decir abuelo en vez de decirme papá (se ríe con ganas) así que no...”.

En general el preservativo no es considerado un método anticonceptivo o un modo de *cuidar(se)*. Aldo lo expresa de este modo: “así que no... después de anticonceptivo no, nomás preservativo”. Otro de los hombres entrevistados, Daniel, cuando se refiere a que ocasionalmente usaban preservativo dice “esas cosas, si, por ahí, de vez en cuando”.

“Siempre he sido de cuidarme”, dice Aldo. En relación a los dos hijos que tuvo, el primero dice que fue por “un descuido de estar en la joda” y el segundo piensa que se rompió el preservativo pero no está muy seguro, “realmente si estaba con preservativo pero... (...) no sé, no se (se ríe), hasta ahora no puedo creerlo. Después ella me dijo, bueno, estoy embarazada.”

-...y ya cuando salís del baile, a veces no cargas nada, ¿has visto? Salís rápido, más cuando salís con amigos, salís con varios, “eh, que bañate, que salí rápido” y salíamos... Y si estás en... nunca vas a llegar a la casa, por ahí no estás cerca, que te vas... a cualquier casa más cercana.

(Aldo, noviembre de 2013)

Siguiendo el relato de estos dos sucesos, uno por descuido y el otro una falla puesta en duda, reitera: “pero siempre he sido de cuidarme nomá, todo...” y hace un breve silencio, se lo percibe reflexivo. Sin mediar una pregunta comienza a hablar de “la enfermedad”,

- ...porque... ahora ya no... a pesar que ya lo que... uno conocía la enfermedad, ya es común y corriente, es todo lo... porque si no sabe quien la tiene y quien no, porque... ya no hay una distinción severa como era antes, ¿has visto? Que uno a veces tiene una enfermedad era... más jodido, pero ahora los medicamentos te... sostienen mucho más que lo que era antes, pero no, siempre he sido de cuidarme.

(Aldo, noviembre de 2013)

Aldo comenta que ha tenido amigos médicos que le han aconsejado, “Así que siempre he sido eh... bien protegido en ese sentido, digamos, siempre la necesidad de hablarme, de ‘cuidate’, ‘que esto...’”. Recuperando estos consejos y los saberes de estos amigos, dice:

- ...por eso se lo que... entiendo más o menos del tema de porque la protección.
- Claro...
- Bueno en la pareja es... es porque uno no quiere tener hijos, pero... si salís a hacer otras chanchadadas<sup>83</sup> ya... tenés que cuidarte porque no sabes que lo que... uno se... puede contagiar.

(Aldo, noviembre de 2013)

Aldo habla indirectamente de “la enfermedad” y en su relato diferencia el *cuidar(se)* con la pareja de la *protección* en encuentros ocasionales donde tiene un sexo que define como “sucio”, “chancho”. En relación a él destaca su actitud de cuidado, “Y siempre estoy yendo al... al médico, haciendo análisis, siempre trato de... ver cómo llevo el riesgo.”

Sobre su pareja Aldo no habla mucho. En el momento de la entrevista estaban teniendo algunos problemas en la relación. Se queja de que su pareja “se preocupa más de su familia que de mí (ríe). Así que... Un día está bien, pero ella va todos los día (...) Es algo que no me gusta a mí, yo soy... diferente”. Respecto a la decisión de no tener hijos, Aldo dice “ella tenía otro problema, digamo, tenía... como es de ovario... ha sido operada ella así que por eso... Bueno, pero igual nos seguimos cuidando, lo mismo.”

En relación al modo de acceder a los preservativos, Aldo prefiere comprarlos. También en las conversaciones entre las mujeres del comedor suelen hacer bromas mencionando marcas comerciales de los preservativos, de lo que se desprende que es habitual comprarlos. Algunas veces la pareja de Aldo va al CAPS a retirar preservativos, pero Aldo le dice que no vaya, y aclara que ninguno de los dos quiere ir a retirar porque “da un poco de... de celo, de que todos te miran, estar ahí...” Entonces retiran ocasionalmente preservativos del CAPS y cuando les alcanza para comprarlos, los compra en un negocio de otro

---

<sup>83</sup>Chanchadas se refiere a hacer cosas sucias que hacen los chanchos, modo en que se denomina popularmente a los cerdos.

barrio. Explica que no es de ir a la farmacia porque “lo conseguís en cualquier lado.”

La mayoría de las mujeres consultadas consideran que el uso que se da al preservativo es ocasional y tienen la sensación de “arriesgarse” porque dependen de la decisión del varón de ponérselo y “a veces los hombres se cansan, no quieren usar, ¿ve?”. Otros de los motivos que señalan las mujeres en cuanto a los obstáculos para el uso del preservativo son, por un lado, las dificultades para negociar con los varones por “como son lo hombre... a veces machista, ¿has visto? Entonces él no...” y por otro lado, las situaciones en que se dan las relaciones sexuales, muchas veces no permiten darse lugar para la colocación del preservativo, “sabíamos dormir todos en esa pieza, nomás era todo ahí en esa piecita (...) ahí era todo, ahí era todo.”

Solo una de las mujeres entrevistadas, Nadia, se refirió al uso del preservativo para prevenir enfermedades,

...yo veo que el preservativo es... sería lo mejor, ¿no? aparte de eso te evitas de otras enfermedades, ¿ve? Hoy en el día este... tan traendo muchas enfermedades, más las mujeres algunas veces tema del útero, todo eso...

(Nadia, abril de 2013)

#### **5.1.7 Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer: Con los días.**

Como en la mayoría de las entrevistas, Daniel cuenta que su primer hijo nació cuando *se juntaron*, “se escapó y bueno... entró adentro (risas)”. En ese momento no se estaban *cuidando*. Aunque después aclara que se *cuidaban con los días* pero, comenta risueño, “un día nos pasamos y... y vino él.” (Señala a su hijo mayor de 23 años que está en la cocina).

Daniel tiene 45 años. Él y su mujer son del interior de la provincia. Ella vino primero a vivir a la ciudad de Salta y él iba y venía hasta que finalmente se juntaron y se quedaron viviendo en la ciudad. Los primeros años vivieron en un barrio más céntrico y después comenzaron a pagar un terreno en el barrio, que en ese momento era “todo monte”. Un año después de comenzar a pagar el terreno, “una noche vinieron familias a ocupar los terrenos vacíos” y Daniel explica que como estos “ocupantes” no pagaban, entonces él también dejó de pagar.

Después del primer hijo se siguieron *cuidando con los días*. Al segundo

hijo dice, de un modo ambiguo,

-...también lo hemos buscado y también vino. Esperábamos una nena (risa) y salió varón. Si... y bueno, ya eran 2 y bueno, queríamos la nena y... después bueno. Cada 2 años son, sí. Cada 2 años. El mayor va a cumplir 24, después el otro cumplió en julio los 22 y mi hija va a cumplir ahora en noviembre los 20. Cada 2 años.

(Daniel, noviembre de 2013)

Sin que le pregunte Daniel aclara que “pastillas, esas cosas para que ella se cuide, no..., nunca tomó pastilla”. Y explica cómo se *cuidaban con los días* y su participación,

- Y los días nosotros teníamos este..., con la menstruación, el período eran 10 días ante y 10 días después, contábamos nosotros. Del día que le venía, contábamos 10 día, en esos 10 día, bueno, una vez que pase el... período, bueno, este... no había peligro. Un día antes, algunas veces 9 días. Y después había 10 días que parábamos, que por ahí a veces usábamos preservativo. Y... después eran 10 días después antes que le venía que se podía.

- ¿Y ella era regular con la fecha?

- Y si, si, mayormente si, era.

- ¿Y quién se ocupaba de saber, ya eran 9 días, 10 días...?

- (risas) y los dos estábamos pendiente en eso para no... cometer errores, ¿has visto?

- ¿Qué tenían, como un calendario?

- Claro, ella... sabíamos anotar la fecha que le venía y de ahí ya le programábamos esos días. Así sabía hacer.

(Daniel, noviembre de 2013)

El relato de Daniel en plural refiere a una actividad en la que ambos miembros de la pareja estaban involucrados. Se *cuidaron con los días* hasta que la pareja de Daniel “se ligó”. La decisión de ligarse las trompas fue una decisión en la que influyó fuertemente la opinión del médico,

-...porque el médico decía que... que mucho hijos en cesárea ya no se puede, ¿has visto? cuando mucho creo que son tres, dos o tres, más allá no porque... no sé, creo que la cirugía que le hacen, porque todas son por la misma parte, de tanta cirugía no se llega a pegar, digamos, la piel. Queda medio sensible, todas esas cosas.

(Daniel, noviembre de 2013)

En relación a la cantidad de hijos que ellos deseaban, lo primero que me dijo Daniel es que ellos eran “de familia de muchos”, él tenía 11 hermanos y ella 10. Entonces su prioridad en un principio era tener el primer hijo, dice “bueno, como todo uno busca el primero y bueno y de ahí ir viendo que es lo que nacían,

si era varón... hasta... hasta llegar a la nena, ¿viste?”.

Después de dos varones, su pareja estaba embarazada de una niña y, siguiendo el consejo médico, planificaron la *ligadura* para el nacimiento de la hija por cesárea. Pero no le pudieron hacer la *ligadura* por problemas en la intervención quirúrgica. Cuando Daniel explica estos problemas hace bromas en relación a los “errores” que comenten “siempre” algunos médicos,

-...no sé lo que pasó, que... claro, nació mi hija y... y a ella no le dieron el alta, a mi señora, porque se le había infeccionado adentro, parece que algo... le quedó y... le han tenido que operar de vuelta y mi hija salió de alta, bueno, estaba en la casa y ella todavía seguía internada, hasta que le han hecho esas cosas, le han operado... y ahí no, no se ligó las trompas. Ya venía con complicaciones ahí por el tema de la infección. Supuestamente decían que se habían olvidado algo adentro, como ocurre con los médicos. Como siempre pasa con algunos médicos que se olvidan una gasa, o un... una tijera (risa)

(Daniel, noviembre de 2013)

Como ya se mostró en otros relatos, la dificultad para acceder a un método o a una tecnología anticonceptiva, en este caso la ligadura tubaria, se vive con resignación, sobre todo cuando se produce un nuevo embarazo “no buscado”, así lo expresa Daniel,

- Y si... así que bue, y después vino el chango, ese sí, vino así de contrabando. No sé, capaz que... hemos contado mal y... se ha infiltrado, el último ya. Pero igual, igual estábamos contentos porque... pensábamos que era nena y era un chango. Parecido al mayor era, grandote, pesaba no se... tremendo era, si...

(Daniel, noviembre de 2013)

Este cuarto hijo murió al nacer. Daniel explica que fue un problema de tiempos, “hasta que le han hecho la cesárea todas esas cosas, ya le han pasado la hora.” En esa cesárea finalmente le ligaron las trompas a su mujer.

En relación a los conocimientos de Daniel sobre los modos de *cuidar(se)*, cuenta que su padre murió cuando él tenía 13 años y con su madre no hablaba de “esos temas”. Entonces con 18 años, dice, “Yo no sabía nada en tema de eso, ¿has visto? y bueno nunca usé yo esas cosas, preservativo. Una que no me gustaba. Y... nunca nos cuidábamos y nunca pasó nada.” La evidencia de que “nunca pasó nada” le daba una cierta tranquilidad y con el tiempo fue adquiriendo conocimiento junto a su mujer,

-...los dos lo sabíamos conversar. Claro, porque una vez que yo tenía ya conocimiento, ¿has visto? y ya más o menos algunos

me habían explicado, ya antes que nos casáramos, que... cómo son las formas, ¿has visto? de los días, bueno, yo ya pensaba que tenía conocimiento.

(Daniel, noviembre de 2013)

Antes de juntarse con la madre de sus hijos, Daniel había tenido algunas novias con las que no se *cuidaba*. Me comenta de una novia que había tenido a los 18 con la que no se *cuidó* pero “nunca pasó nada”, refiriéndose a que nunca quedó embarazada. En el momento de la entrevista, teniendo ya conocimiento sobre el método anticonceptivo *de los días*, atribuye el hecho de que su novia no se haya embarazado al haber tenido relaciones sexuales en el momento “que se podía y lo hacíamos”, dice risueño, refiriéndose al período del mes en que la mujer es menos fértil.

Además de Daniel, tres mujeres mencionaron *con los días* como modo de *cuidar(se)* pero ninguna lo había podido poner en práctica porque eran irregulares en sus ciclos menstruales.

## **5.2 No *cuidar(se)***

Las mujeres que han manifestado no *cuidar(se)*, al igual que Daiana, referían a distintos problemas previos con los métodos anticonceptivos que habían probado. Solo una de las mujeres que no se *cuidaba* argumentó que además de que los anticonceptivos “le hacían mal”, “no hay ninguna clase de eficacia... en cuidarse”.

Si bien mencionaron otros modos de evitar el embarazo como el uso del preservativo, el coito interrumpido o “acabar afuera” o el período de lactancia<sup>84</sup>, entre otros, no consideraban que se estén *cuidando* al no estar utilizando métodos anticonceptivos provistos por los médicos.

*Preocupación, miedo y peligro* fueron los términos que utilizaron para expresar los sentimientos que las invadían en aquellos períodos en que no se *cuidaban*.

### **5.2.1 *Cuidar(se) a lo bruto***

A la pareja de Marta “no le gusta usar preservativo” y ella no puede tomar *pastillas*, entonces le dice a él que tienen que “cuidarse aunque sea así (...) o

---

<sup>84</sup> Además del preservativo que se ofrece en el CAPS, prácticas como interrumpir el coito o la lactancia materna exclusiva figuran en la *Guía práctica para profesionales de la salud* (PSSyPR, 2014). Ver Anexo II.

sea, sinceramente, así a lo bruto”. Marta refiere al consejo de una amiga, “decile que termine afuera”. Explica que cuando su pareja “ya está por terminar... o sea... yo le digo que termine afuera” y concluye con resignación que es “la única forma”.

Marta con 42 años tuvo 14 gestaciones. Tiene 9 hijos y está embarazada. Relata distintas experiencias de amigas que quedaron embarazadas habiéndose colocado la *inyección*, creyendo que le habían hecho la *ligadura* en la última cesárea o por el olvido de una sola toma de la pastilla. Es por eso que Marta no cree que los métodos sean “eficaces”, especialmente los que entregan en la *salita* que “tienen menos composición, menos químico”. Insiste, “no hay ninguna clase de eficacia en ligarse, en cuidarse...”.

En su propia experiencia ha probado con *pastillas*, que le “hacían mal”, intentó *cuidar(se) con los días*, pero sus ciclos menstruales eran muy irregulares, y pidió turno para realizarse la *ligadura* pero lo perdió,

-... ya tenía ya todo, todo listo para hacerme la ligación de trompas ahí en el hospital, pero... pero en ese entonces, cuand... da la casualidad que en ese entonces me dicen tal día tiene usted fecha para hacerse ligación de trompas, entonces ese día justo falleció mi abuela en El Carmen, entonces yo me fui para El Carmen y de ahí perdí el turno de... ligación de trompas. Y ya nunca más fui al hospital a decir de vuelta como podemos hacer con ese turno... y ya pasó.

(Marta, enero de 2013)

A pesar de sus intentos de *cuidar(se)*, con la pareja que tuvo 6 hijos nunca conversaron del tema, “nunca dijimos mira, por ejemplo, yo no quiero tener hijos, nos cuidemos, así, nada, ¿has visto?”.

Por el traslado periódico de su pareja al campo, donde trabajaba y donde vivía su familia, no tenían muchos encuentros sexuales, lo cual, según Marta había escuchado de un amigo y de algunos médicos, hacía que sea más probable que se quede embarazada y, por el contrario, “cuando más tenés relación es cuando no te quedas embarazada”.

La frecuencia de relaciones sexuales era uno de los condicionantes para que la relación sexual no sea fecunda. Otro de los condicionantes mencionados por Marta una mañana que lavaba una olla en el comedor, era comer arroz quemado.

En relación al período que abarca desde el parto a que la mujer comience nuevamente a menstruar, la mayoría de las mujeres refería que mientras no viniese la menstruación “estaban tranquilas” y que era cuando venía que ya

“estaban en peligro” de quedar embarazadas. También una de las mujeres decía que si la menstruación viene a los pocos meses es porque “va a tener rápido vuelta otro bebé”.

En el caso de Marta, cuando su segundo hijo tenía 8 meses ella supo que estaba embarazada. El médico le decía que no podía quedar embarazada porque su bebé era pequeñito, sin embargo, ella sentía que estaba embarazada porque se sentía “rara”, “incómoda”. La explicación de Marta sobre ese embarazo a los pocos meses de tener su segundo hijo era, por un lado, porque con su pareja no se *cuidaban* pero también porque lo que le decía el médico: “la menstruación te tiene que venir al año, des o no des de mamar, la menstruación te tiene que venir al año”, hacía que ella no se preocupara.

En ese tiempo su segundo hijo “vivía con diarrea” y ella visitaba con frecuencia al médico. Una vez, estando su hijo de 8 meses internado en el hospital, el médico accede a hacerle los análisis para comprobar si estaba embarazada pero no se los pudo realizar porque no estaba funcionando el laboratorio. De regreso a su casa, Marta tuvo una fuerte discusión con su pareja, él estaba alcoholizado, la insultaba y la acusaba de engañarlo con su tío y ella, “de la bronca que tenía” le rompió su camisa y lo perseguía con una tijera. Esa noche Marta comenzó con dolores en su abdomen. Pensó que debía ser la menstruación, tenía un poco de sangrado y pensó “gracia a Dios no estoy embarazada y ya voy, voy... voy bien para menstruar nomás y no estoy embarazada” pero al día siguiente los dolores fueron más intensos, no podía levantarse de la cama y aumentó el sangrado que desencadenó en un aborto espontáneo,

-... porque yo me iba en sangre y yo... para mí era común y después de ahí... y... le digo me puedes ayudar a llevar... a ir al baño, (...) Y no llegamos pue al baño, porque el campo es lejos el baño y no llegamos. Y ahí a medio camino me senté y era como si me hubieran echado un balde de agua, un balde de agua y me fui así, me senté y se fue todo, ahí en sangre ahí nomás. No podía ni..., ni mover los brazos, no podía nada ahí y nada, o sea... (...)

Entonces de ahí me dice él, “tenés un colgando abajo” me dice, entonces yo agarré y le di un pedazo de **trapo** porque en realidad, ¿has visto? El algodón no era nada para mí, de trapo nomás, le digo, “toma este trapo” y ahí nomás así él me limpió abajo y salió así el feto, el bebé, un varoncito... Entonces él también se asustó, porque también, ¿has visto? pero yo no podía ni hablar, ni decirle nada, me quedé ahí **dura**, dura, (...) Y entonces, yo hasta que no vino la... la enfermera, me iba, me iba en sangre, pasaba yo un montón de cosas. (...) porque... casi

nunca se consigue una ambulancia y... y menos mal que gracia a Dios vino la enfermera, una enfermera gracia a Dios, ¿no? Que tuve bendiciones...

(Marta, enero de 2013)

La enfermera que llegó al paraje donde vivía Marta le colocó un “coagulante” y antes que llegue la ambulancia Marta había perdido el conocimiento. Se despertó en el hospital donde la llevó la ambulancia, rodeada de médicos que le preguntaban qué había tomado y que le decían que le estaban haciendo análisis para ver qué había tomado, qué le provocó el aborto. Ella les decía que no había tomado nada que solo había “renegado” con su esposo, “Es todo lo que me pasó”, les dijo.

Con la experiencia previa de consultar por un posible embarazo y que el médico le diga que no era posible, en referencia a esta situación Marta decía, “los médicos no te creen, pue, mayormente. No tomé nada. Pero yo estaba tranquila porque me hicieron análisis de sangre, de orina, estaba tranquila porque yo no tomé nada, no tomé nada y me hicieron así, así que...”.

El trato violento de los médicos hacia ella no terminó allí. El feto, que la abuela había dispuesto enterrarlo en el fondo de la casa, había sido llevado en un frasco al hospital por indicación de la enfermera, “no, tiene que llevarlo para que el médico lo vea”. El médico, cuenta Marta, “lo veía, le veía. Y después me acuerdo yo que le dijo a la enfermera, ‘bueno andá, tiralo al inodoro y apretá el botón’ Y así que así hicieron... la enfermera, ni a mí me preguntaron que quería.”

Aunque Marta atribuye el aborto espontáneo a la mala alimentación durante el período en que su hijo estuvo internado y a la discusión que tuvo con su pareja, su voz no es escuchada. Marta tenía claro que estaba siendo “castigada” porque se presumía que ella había provocado intencionalmente ese aborto. Relata que la trasladaron a otro hospital donde se repitió el interrogatorio de los médicos, demoraron en hacerle el legrado y una vez que se le pasó la anestesia la “despacharon” a su casa sin calzado, sin dinero y “con la ropa así, toda manchada”.

Reconocemos en el relato de Marta el fenómeno de la *violencia normalizada* al que refiere Bourgois (2009). Siguiendo a este autor podemos ver en relatos como el de Marta “cómo ciertos discursos habituales vuelven invisibles unos patrones sistemáticos de brutalidad...” (2009:32)

Durante los meses que compartimos en el comedor Marta tuvo un episodio similar. También se había enojado con su pareja “porque se había ido

a la cancha”<sup>85</sup> y por la tarde comenzó con dolores intensos y mucho sangrado. Su pareja la llevó al hospital. En esta ocasión Marta no fue cuestionada o interrogada por los médicos pero nunca supo si lo que le sucedió fue un aborto o no.

- Llego al hospital y ahí me internaron, todo y el médico me dice que vaya a hacerme una ecografía, una ecografía, me dice el mismo médico que me recibió, ¿has visto? Ve la ecografía y me dice, “no, pero es nada, no sé qué es, aborto no es” me dice. Entonces yo, bueno, por una parte estaba contenta, aborto no es. (...) seguía sangrando. Y después agarró y le digo yo, este..., “doctor, usted... ¿es un aborto doctor?”. “No, no es un aborto mamita no te preocupes, me parece que es la menopausia que te quiere agarrar”. (...) Y ahí también me han puesto coagulante para también... cortar y de ahí agarré... me dice... la enfermera, a la mañana vas a entrar a quirófano, como a las 4 o 5 ya te va a ir a la casa. “Ah, bueno”, estaba contenta. Y entro a quirófano, como a las 4 me han hecho el raspaje, ah bueno, ya como a las 5 voy a estar en casa. (...) Cuando entra el otro médico de guardia a la mañana, a las 8, 9 de la mañana me dice, “No, usted está bien doña” dice, “se puede ir”, dice. “Pero doctor **qué** es lo que yo tengo realmente, que es lo que tuve yo”. “No, un aborto” me dice. Y le digo, “cómo el otro médico que entró de guardia me dice que no es un aborto”. “No, señora, es un aborto” me dice, así que no se a cuál de los dos creer. Pero si después me hicieron estudios de biopsia y después salió todo negativo, o sea que no..., o sea, no me explicaron la causa, el motivo, ¿has visto? Solo me dijo que todo lo estudios, la biopsia y todo eso había dado bien, salió bien. No tenía nada. O sea, no sé si he vuelto a estar bien, ¿no? (...) El que me atendió me dijo que era... no era un aborto, pero el que me dio de alta me dijo que sí era un aborto, o sea, anda a entenderlo a los médico, ¿no?

(Marta, enero de 2013)

Después de este episodio, sin saber que sucedió, intentando negociar con su pareja algún modo de *cuidar(se)* pero también teniendo en mente que ya estaría por entrar en la menopausia, Marta quedó nuevamente embarazada.

Como en otros relatos, se reitera en el relato de Marta la posición subordinada, o directamente la negación, de sus creencias y del modo en que ella percibe lo que le sucede a su cuerpo. Se muestran con claridad las manipulaciones morales y las manipulaciones sobre el cuerpo a las que se ve sometida y a las que a su vez enfrenta o se resiste. Marta no se queda con la idea del médico de no estar embarazada “porque su hijo es pequeño” e insiste

---

<sup>85</sup> La cancha de fútbol es un espacio de socialización masculino donde los fines de semana se reúnen los varones del barrio y después de jugar al fútbol se quedan tomando vino o cerveza.

hasta que logra que le indiquen los análisis. Se burla de los médicos que tiene discursos contradictorios.

Marta no puede *cuidar(se)* a partir de la oferta de métodos anticonceptivos del CAPS, sobre los cuales ella expresa que “desconfía” por experiencias cercanas y por sus propios malestares. Marta no quiere tener más hijos, ha criado sola a los siete hijos de sus dos primeras parejas, sin apoyo de los padres de estos chicos, ni de sus familias. Las dos niñas que tiene con su pareja actual y el embarazo en curso han sido producto de la imposibilidad de negociar con su pareja el uso del preservativo y de no poder negarse a tener relaciones sexuales.

Su pareja tampoco quiere tener más hijos, además de las dos hijas con Marta, tiene otros hijos que viven en una pequeña localidad del interior de Jujuy. La abuela de su pareja era curandera y aunque falleció él sigue “hablando” con ella dos días a la semana y le pidió no tener más hijos.

Como aun *cuidando(se)* “a lo bruto” Marta quedó embarazada y espera su décimo hijo, ella cree que este embarazo se debe a un enojo de la abuela de su pareja. Marta explica que al ser “gente curandera, bruja, también están en contacto con el diablo” y como ella es evangélica y su pareja también, la abuela se enojó porque ellos una vez fueron a ponerle flores a la tumba de la abuela y antes de pedirle algo a ella, Marta le pidió a Dios. Me explica que para ella Dios está primero y que ella cree que puede ser que por eso la abuela se enojó.

### **5.3 Querer *perder* un embarazo**

Una mañana mientras preparábamos la comida en el comedor una de las mujeres comentaba que había perdido un embarazo. Celina la escuchaba, no hacía comentarios, y de repente dice quejándose: “cómo yo no perdí ningún embarazo, yo los quiero perder y nada”.

Atravesadas por la religión, la mayoría de las mujeres del comedor condena la interrupción voluntaria del embarazo y juzga negativamente a aquellas mujeres que han *abortado*. Sin embargo, el peso de cargar con un embarazo que no quieren se plasma en una expresión escuchada en reiteradas ocasiones: “me quería morir” o les produce un rechazo hasta el momento del nacimiento. Este sentimiento se acompaña de otro, el “querer perder” ese embarazo para lo cual realizan ciertas prácticas, como cargar leña o tomar algún té de hierbas que, sin ser catalogadas de abortivas, busca de alguna manera desencadenar un aborto “espontáneo”.

Marta es la única que cuenta abiertamente y en tono de broma que a ella “cuando no le baja ni con una bomba se le puede hacer bajar” y se ríe. Comenta en el comedor que una vez “se lo quiso quitar”, y aclara que era porque su marido no quería que lo tenga. Cuenta que tomó vino caliente, ajeno, ruda, entre otras hierbas y que después, ellos cargaban leña, y el marido le hizo mover de un lado al otro la leña, “y nada”.

En el espacio más íntimo de la entrevista, Marta había comentado que en las dos primeras gestaciones su madrina la había llevado a un sitio clandestino donde le practicaron un aborto. El segundo aborto fue más riesgoso, recuerda. Y después, en su tercera gestación fue el hermano de Marta el que intercedió ante la madrina impidiendo que se interrumpa el embarazo en curso. Tanto su madrina como su hermano, durante su adolescencia, y más tarde su marido, decidieron sobre el cuerpo de Marta.

#### 5.4 “Soy vaga”

Alina quedó embarazada al poco tiempo de dejar de tomar las *pastillas* que le caían mal al estómago. Fue ella quien tomó la decisión de dejarlas y no le consultó a la médica, entonces reflexiona,

- y capaz que hubiera podido ir a decirle a la doctora que me caían mal, pero no fui nunca. No fui nunca. No sé porque, no me gusta mucho ir a los hospitales a mí, para mí, ¿no? para ellos [los hijos] sí. Pero para mí no.
- ¿Por qué?
- No sé, muy poco voy a los hospitales yo. A menos que esté muy enferma o... que tenga necesidad de ir, sino no. No sé por qué, la verdad.

(Alina, febrero de 2013)

Durante toda la entrevista Alina se mostró como una madre que se ocupaba de la salud de sus siete hijos, de vacunarlos y de llevarlos a los “controles de salud”, como respondiendo a las exigencias de las distintas dependencias estatales. Su propia salud, como lo cuenta, es atendida cuando ya está “muy enferma”. Alina dice no encontrar una explicación pero, al mismo tiempo, señala que aunque a ella “la atienden bien en el CAPS” y “no se queja”, existe “el problema de siempre, que no hay médico, que sacan turno a no sé qué hora de la madrugada..., esas cosas que pasan en todos los centros de salud, porque uno ve en la televisión que en todos lados pasa lo mismo.”

A Nadia la cantidad de estudios que le piden para hacerse la *ligadura* la desaniman. Conoce de cerca la experiencia de su “comadre” a quien le han indicado repetir los estudios porque se han vencido y entonces explica,

- ...tiene que hacer todo el trayecto de nuevo mi comadre, de nuevo con los estudios, que te hacen el Papanicolaou, que te hacen ecografía, que te hacen este... análisis, que te hacen estudios de todo el cuerpo para ver cómo estas. Si no tenés alguna enfermedad, todo eso. Y va a ser de nuevo otro... capaz que por flojera, que tenés que ir y venir.

(Nadia, abril de 2013)

Las limitadas explicaciones que recibe de los profesionales de la salud sobre la necesidad de los estudios, sumado a que algunos de estos estudios se hacen porque se “quiere tener controlada a la población”, y los costos que implica trasladarse a los centros de mayor complejidad donde se realizan estos estudios, quedan invisibilizados cuando Nadia argumenta que es posible que sea su propia “flojera” la que la desanima a hacerse la *ligadura*.

En el caso de Aldo que tiene que ir periódicamente al CAPS para “controlar el riesgo” de su enfermedad, cuando se le preguntó por la atención dijo, “hay que tener paciencia nada ma (se ríe). Por eso que a mí me cuesta mucho a veces ir porque no tengo paciencia.”

Las trabas burocráticas para acceder a la consulta, ya sea mensual para la prescripción de métodos como los hormonales, o bien, para estudios específicos o para servicios de mayor complejidad, como en los casos del DIU y la ligadura de trompas, son naturalizadas por la mayoría de los y las entrevistados/as. Las esperas frente a la puerta del consultorio o las largas colas que realizan desde la madrugada o toda la noche para acceder a un turno son vividas como algo inevitable. Son pocas las personas que no se culpabilizan, que cuestionan a los médicos o a la organización del sistema de salud, en su mayoría dicen de sí mismos ser: “vaga”, “poco pacientes” o “flojos” en relación a los tiempos o los recorridos burocráticos requeridos para acceder a la atención.

Algunos de los profesionales son conscientes de estas limitaciones en la atención a la salud y desarrollan estrategias para que las mujeres puedan retirar las *pastillas* mensuales o colocarse la *inyección* sin demasiadas trabas administrativas. Una médica de familia explica las dificultades que se les presentan a las mujeres,

- ...muchas veces cuando a vos se te está terminando la pastilla y por otras razones no pudiste venir, justo sacas turno ese día, uh! justo ese día no vino el ginecólogo o justo ese día no vino el

otro médico que te puede hacer la receta, perdiste el método, tenés el riesgo de quedar embarazada y la accesibilidad al sistema es otra contra, son muchas cosas no sé si la paciente realmente es libre de elegir totalmente, la verdad... no sabría, no sabría explicar (risas).

(Médica de familia, octubre de 2008)

Otros profesionales, por el contrario, remarcan la posición de inferioridad de las mujeres que esperan ser atendidas en relación a ellos que, por el solo hecho de “ser médicos”, señala Nadia, “tienen derecho a llegar tarde”. Nadia observa en esta relación una “desigualdad bárbara”, sobre todo porque cuando las mujeres llegan tarde a la consulta, a modo de castigo, “ellos te dejan para lo **último**”. Siguiendo a Schwartz, “...cuando nos hacen esperar durante demasiado tiempo, somos sujetos de una afirmación que dice que nuestro tiempo (y por lo tanto nuestro valor social) vale menos que el tiempo de quien impone la espera y que tenemos menos mérito que esa persona” (Schwartz, 1975:856 citado en Auyero, 2013:46).

En su libro, *Pacientes del Estado*, Javier Auyero (2013) analiza la experiencia específica de la espera de los habitantes urbanos pobres. Uno de los objetivos de su análisis es mostrar cómo “hacer esperar a los pobres” funciona como estrategia de dominación. El autor recupera el trabajo de Pierre Bourdieu para analizar la espera como ejercicio de poder. Haciendo un paralelismo con la dominación masculina, Auyero indica que la espera “Está inscrita en las disposiciones mentales y corporales de los dominantes (es decir, hombres, agencias del Estado) y de los dominados (las mujeres, los que esperan), y precisamente porque está inscrita, ambos grupos tienden a naturalizar o ‘eternizar’ esta relación de dominación.” (Auyero, 2013:36).

En el mismo sentido, Scheper-Hughes señala,

En general no creo que la medicina actúe de forma coercitiva sobre la gente sino más bien a través de transformaciones sutiles del conocimiento y las prácticas cotidianas referentes al cuerpo: la praxis corporal. Si la gente guarda largas colas en las clínicas y espera largas horas por una receta y una consulta de tres minutos no es porque haya sido 'forzada' a ello. (1997:197).

Las relaciones de poder entre el “paciente”, que es quien espera, y los médicos que “tienen derecho a llegar tarde” en general se tienden a naturalizar.

## 5.5 El cuidado en salud

Las prácticas de *cuidar(se)* se inscriben en los denominados estudios sobre el cuidado en salud (Tronto, 1994; Ayres, 2004; Mol, 2008). Las acciones de cuidado en salud son desvalorizadas desde la mirada biomédica, se las asocia con la emoción, lo femenino, las clases bajas, las minorías étnicas, y las necesidades (Osorio, 1999; Tronto, 1994; Haro, 2000; Esteban, 2003; Kleinman y Hanna, 2008)<sup>86</sup>. Siguiendo a Menéndez: “la inferiorización de estos saberes ‘tradicionales’ supone la inferiorización y subordinación tanto de sus consumidores como de los operadores, es decir de las clases subalternas, o por lo menos de una parte de éstas.” (1984:83).

Por otro lado, la marginación de las prácticas, saberes y lógicas vinculadas al cuidado se deben en parte al hecho de que la indagación sobre el cuidado pone en cuestión los dualismos clásicos que atraviesan la epistemología occidental (cuerpo/mente, naturaleza/cultura, individuo/sociedad) y, por consiguiente, la ideología del sujeto liberal (Epele, 2012). El cuidado, observa Mol (2008), es un proceso complejo en el que hechos y valores, autonomía y dependencia, saberes y prácticas se entrelazan. En el cuidado hay espacio para la fragilidad, la incertidumbre, y la incorporación de experiencias (Mol, 2008). Como cuando Daiana le dice a la ginecóloga: “a veces utilizo preservativo, pero no todas las veces, porque yo quiero tener, pue, quiero tener una nena”.

Menéndez propone analizar las relaciones en torno a los cuidados en salud en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad. En las prácticas que se producen en el cuidado de la salud, si bien está presente una dimensión de seguimiento de los mandatos culturales, también existe la dimensión de confrontación y resistencia. Para Gramsci, la hegemonía, la cual habitualmente se destaca como un híbrido de coerción y consenso, es también “... una política de transformación ejercitada a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción modelante del Estado, enfocando por tanto las complicidades dialécticas entre el Estado y la intimidad de los sujetos.” (Pizza, 2005:21).

La biomedicina se erige como la encargada privilegiada de garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos y se apropia de saberes y prácticas ubicados

---

<sup>86</sup>Estas apreciaciones sobre los cuidados “profanos” y quienes cuidan se ejemplifica en la investigación que realiza Osorio (1999) con un grupo de madres de la ciudad de México, en la cual analiza los sistemas de saberes sobre los padecimientos de sus hijos.

en el ámbito de la (auto)atención<sup>87</sup>. La “autoatención” suele utilizarse desde la biomedicina como equivalente de “automedicación” o al “autocuidado”, aunque del “autocuidado” hace un uso marcadamente individualista. Desarrollado a partir del concepto de estilo de vida, desde la biomedicina “por autocuidado se suelen entender las acciones realizadas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer algunos aspectos de salud positiva.” (Menéndez, 2005:56).

Incentivar a la población a que planifique su vida reproductiva tiene como contrapartida la delegación de responsabilidades en los sujetos. La responsabilidad consiste “...en una idea normativa que muestra y sustenta los órdenes esenciales para la organización de los colectivos humanos.” (Castiel y Alvarez-Dardet, 2010:34). En este sentido, el *cuidar(se)* se convierte en una obligación de controlar y hacer un uso racional del cuerpo (Solinger, 2001:197 en Ignaciuk, 2009).

Epele, recuperando el análisis de Foucault en relación a los vínculos estrechos entre el cuidado, el poder y la subjetividad, señala que “los mandatos de (auto) cuidado del cuerpo y de sí son indisociables de nuevas formas de control y (auto) control que, guiados por el saber experto, han transformado el “cuerpo saludable” en una expresión visible de la moralidad.” (Epele, 2013:20).

Las mujeres son interpeladas a asumir la responsabilidad individual de “traer un hijo al mundo”. Varias de las mujeres entrevistadas comentaban que respondían con enojo al reclamo de familiares y médicos sobre “quien va a criar” a los hijos que ellas *traían al mundo*. A los varones, por el contrario, no se los responsabiliza por no planificar su reproducción, ni por la crianza de los niños y las niñas. El foco puesto en la mujer-madre-cuidadora, siempre en singular, invisibiliza las tensiones y contradicciones presentes en los vínculos que se sostienen con el sistema de salud, en las experiencias, en las relaciones de género, en las relaciones de amistad, y en todos aquellos elementos que conforman el contexto de lo que en términos nativos se denomina *cuidar(se)*.

---

<sup>87</sup>...la autoatención se refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, (...) constituye una actividad constante, aunque intermitente, llevada a cabo a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención...” (Menéndez, 2005:55)

## 5.6 “Lógica del cuidado”: tensiones y contradicciones.

La propuesta de Annemarie Mol (2008) sobre la existencia de una “lógica del cuidado” que opera en unas ocasiones de forma relacionada, en otras en colaboración y, finalmente, en otros momentos en contradicción con la “lógica de la elección”, puede observarse en los distintos modos de *cuidar(se)* documentados a lo largo de este capítulo.

A partir de las políticas de salud sexual y reproductiva se promociona en la población, y particularmente en las mujeres, la “libre” elección de métodos anticonceptivos y su utilización autónoma pero, simultáneamente,

...la prescripción médica y su cumplimiento se constituye en uno de los principales campos de crítica de la biomedicina hacia el comportamiento de la población, concluyendo reiteradamente que ésta no comprende la prescripción, no la cumple o lo hace mal. Constantemente se señala que el paciente no completa la totalidad del tratamiento, ya que por decisión propia lo interrumpe frecuentemente, cuando él decide que ya ha sido eficaz, que ya se ha solucionado su problema. (Menéndez, 2005:63).

Algunas de las tensiones entre quienes prescriben y quienes se *cuidan* son: quitarse el *DIU* por su incompatibilidad con trabajos de fuerza física en el campo, dejar de colocarse la *inyección* de anticoncepción hormonal o abandonar la toma de *pastillas* por problemas de aumento de peso o alteraciones en el ciclo menstrual. Otros registros son: el abandonar las *pastillas* porque “caen mal al estómago”, la desconfianza de las mujeres por el uso incorrecto del preservativo en su pareja o posibles engaños, la vivencia de fallas en las intervenciones quirúrgicas que generan temores y la falta de explicación sobre los efectos de estos métodos sobre el organismo, entre otras.

También existen tensiones vinculadas con la espera y las trabas burocráticas en el proceso de atención de la salud que generan dificultades. Algunas que podemos enumerar son: los obstáculos en el acceso y continuidad de tratamientos, la discontinuidad en la provisión de métodos anticonceptivos, los problemas para concertar una cita con el especialista, principalmente en la especialidad de toco-ginecología, las acusaciones de “flojo”, “vagos”, “poco pacientes” a quienes en realidad soportan las vicisitudes para acceder a la atención y las largas horas de espera o los recorridos burocráticos requeridos.

Además de las tensiones mencionadas en esta relación dinámica, complementaria y contradictoria entre estas dos lógicas que propone Mol (2008), también al interior de la “lógica del cuidado” se producen tensiones. En este

sentido, el *cuidar(se)* requiere ser problematizado y su eficacia debe ser matizada en relación a los procesos complejos que lo atraviesan.

El reconocimiento, e incluso la promoción, por parte de la biomedicina de prácticas de (auto)cuidado, específicamente en relación a la salud sexual y reproductiva, así como la indagación desde la antropología en los “cuidados profanos”, como uno de los niveles básicos de atención que concurren en cualquier itinerario asistencial (Menéndez, 1992; Comelles, 1998; Haro, 2000), no implica que estos cuidados sean siempre eficaces. Por el contrario, como se muestra en la diversidad de relatos agrupados en este capítulo, el *cuidar(se)* también tiene consecuencias negativas o por lo menos resultados ineficaces.

La promoción de la elección de métodos anticonceptivos y de la autonomía en su utilización genera, a su vez, tensiones y conflictos en los vínculos de pareja y en las relaciones familiares. El análisis de estas tensiones nos conduce a preguntarnos por las intersecciones entre el *cuidar(se)* y las prácticas sexuales, las desigualdades de género, los diferentes tipos de violencias, los contextos de precariedad laboral y los malestares que producen las condiciones sociales y materiales de vida.

## Capítulo 6

### Emociones, cuerpos y vínculos afectivos.



(Foto: Soledad Dahbar)

“Porque hombres hay un montón pero hijos no hay”  
(Marta, enero de 2013)

A Marta se le ponen los ojos rojos, habla con bronca y se le quiebra la voz cuando relata que el padre, la abuela y el abuelo de 6 de sus 9 hijos le recriminaron por el modo en que crió a los niños. En los distintos encuentros con Marta escuche relatos de abusos, de violencias institucionales, de golpes e insultos provenientes de su pareja. Las emociones y las lágrimas impregnaban estos relatos pero en ninguno se desató ese estado de “rabia” como el referido a las críticas sobre la crianza de sus hijos,

-... o sea, yo prácticamente, las chicas mismas saben en el comedor, que yo los crie a todos, ¿no? Como yo he podido los he criado a todos, todos, he criado. O sea, le he hecho terminar la escuela, la primaria. O sea, la secundaria ya, porque ellos... yo lo hice inscribir al secundario...

(...)

- Si, porque ahora aparecen, como yo le digo... ahora aparecen to, (se pone a llorar y corta la frase pero enseguida continúa relatando entre sollozos) y ahora aparecen, ahora a decir que... gracia a Dios yo... que yo como todo mundo, que la gente dice así, que yo puteando, no puteando pero, yo como le digo a ellos, nunca me he separado de ellos, nunca le he dejado...

(Marta, enero de 2013)

Cuando Marta se enoja por las críticas que recibe en relación a la crianza, se enoja también con la abuela paterna que desobedeció el mandato de poner a los hijos como prioridad, y con el abuelo paterno que no cumplió el rol de “hombre proveedor”. Explica que la abuela se separó del abuelo “por irse con otro hombre” y dejó que los hijos sean criados por el padre, que, según Marta, “los crió como ha podido”. En relación a los “reproches” del abuelo, también se enoja Marta porque teniendo un negocio de venta de verduras no la ayudó cuando ella necesitaba.

Un año después de la entrevista, acompañé a Marta a realizarse una ecografía donde se confirmó el embarazo de su décimo hijo. En ese momento, al igual que cuando me comentó las críticas que había recibido del padre y de los abuelos, lloraba. Se mostraba enojada porque sabía que al regresar a su casa iba a ser nuevamente criticada. De la crítica lo que más le disgustaba a Marta era que no se le reconociera que ella había criado a sus hijos “sin pedir nada a nadie”.

Su angustia devela que su gestación número “catorce” implica la ruptura de reglas morales dentro de una organización social determinada. Sus familiares y personas de diferentes instituciones se han ocupado de indicarle, no sólo que no ha llevado una “sexualidad responsable”, sino que, además, está utilizando su maternidad “para abusar del apoyo económico que brinda el estado”. Marta asume la crianza como una responsabilidad exclusivamente individual, y su enojo se centra en la falta de reconocimiento por ese esfuerzo de criar a sus hijos sola. En relación a las ayudas estatales, señala que antes de que existan estas *ayudas*<sup>88</sup> “la gente igual tenía hijos” y que en la actualidad el dinero que les otorgan no alcanza. *Son las madres las que tienen que resolver la alimentación de sus hijos*, decía una mañana que la acompañé a comprar alimentos.

Marta renunció a salidas y a fiestas por estar con sus hijos. Con la frase que abre el apartado: “Porque hombres hay un montón pero hijos no hay”. Se refiere al lugar preponderante que ella les da a sus hijos y a la relación con su actual pareja, a quien le advirtió que los hijos son su prioridad.

El sentimiento de *rabia* de Marta se vincula, por un lado, a esa falta de reconocimiento de la *renuncia* a sí misma que hace al otorgarles la prioridad a sus hijos y por otro, a los celos y las expresiones posesivas de su anterior pareja. Se ponen en cuestión el amor de madre y amor de pareja.

Cuando Marta describe cómo y cuándo se acentuaban estos reclamos sobre la crianza por parte del padre de 6 de sus hijos, explica que estos se agravaron cuando su actual pareja salió de la cárcel:

-... cuando en ese entonces él hizo todo eso cuando estaba, digamos, el Mario en libertad pero ahora que el Mario está devuelta detenido, él ni se aflige de los niños, ni se aflige. Es como si tuviera celos, si él quiere volver conmigo, así anda diciendo por ahí, él quiere volver conmigo. Pero yo digo, no... ¿a dónde le cabe que va a volver conmigo? O sea, ni... ni por más yo no hubiera tenido una pareja, yo ni por más lo hubiera aceptado, lo hubiera aceptado. Tanto tiempo, tanto daño que nos ha perjudicado, nunca se ha preocupado por sus hijos, ¿y ahora es que viene a preocuparse? Eso es todo por hacer maldad porque el Mario estaba.

(Marta, enero de 2013)

---

<sup>88</sup> La idea de “ayuda” coincide con los hallazgos de la investigación realizada por Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) en cuyo trabajo de campo “surge de forma recurrente y significativa la permanente identificación de la asignación con la idea de “ayuda” que a priori no tiene un carácter de derecho pero es bien recibida en tanto logran complementar los ingresos de los hogares.” (2014:73)

La preocupación por los celos y por las expresiones posesivas de su anterior pareja nos conduce a un episodio en los inicios de la relación que fue referido brevemente en el capítulo precedente. Cuando Marta y su anterior pareja tenían un solo hijo vivían en el campo junto a la familia de él, “todos amontonados en una pieza, que ahí estaban los tíos, los abuelitos, como vive la gente del campo”, aclara. Una tarde de sábado Marta salía rumbo a la Iglesia pero regresó a la casa porque se había olvidado algo y allí estaba el tío de su pareja. En ese mismo momento regresó la pareja de Marta del trabajo y los encontró a los dos en la vivienda. Marta relata que “aguantó” un buen rato las acusaciones de serle infiel con su tío y los agravios e insultos por parte de su pareja, pero después ella se enojó, se “enojó feo”. Le generaba “bronca” que la injuriasen por algo que no había hecho y rompió la camisa que llevaba puesta él. Cuenta Marta que estaba muy enojada por los insultos y las acusaciones injustas y pensó: “a mí no me vas a insultar como vo quierás”. Tomó un cuchillo pero él se lo quitó. Después ella consiguió una tijera y comenzó a perseguirlo pero se escondió y apareció más tarde escudándose en su abuela, figura de autoridad en la familia, y le contó que Marta quería matarlo. Ella se defendió: “porque él me vive celando” y la abuela le pidió a él que deje de celarla y que “se respeten como familia”.

Los términos utilizados para referirse a las emociones en los relatos fueron *rabia*, *bronca*, *enojo*, *aguantar*. Las acusaciones de “llenarse de hijos”, de no saber criarlos y de serle infiel a su pareja, son vividas por Marta como “injustas”. Las emociones que le despiertan a Marta estas acusaciones, lejos de ser algo irracional, interno y natural, son indisociables de los vínculos con otros y de los procesos de aprendizaje sociocultural y regulaciones que se encarnan (Epele, 2010; Jimeno, 2004).

### **6.1 Contextualizar y de-construir el amor.**

¿Qué es lo que despierta la *rabia* en Marta? En el relato que ella hace se ponen en cuestión el amor de madre y amor de pareja. La exasperación que siente Marta en relación a la crítica sobre sus vínculos afectivos, no es solo suya, no es algo irracional e interno. Su subjetividad está delimitada culturalmente y, al mismo tiempo, posee una capacidad de agencia para llevar adelante una práctica alternativa a lo esperado de una mujer frente a una agresión. Desde una perspectiva relacional, siguiendo a Esteban (2004), se busca “romper la dicotomía entre tener que encontrar una explicación racionalista de la acción

social e individual, por una parte, o considerarla totalmente ajena a la voluntad de los actores y actoras, por otra” (2004:63).

Este apartado analiza cómo son vividas las relaciones afectivas y la vinculación de lo afectivo con las prácticas de género y con el *cuidar(se)*. Una contextualización del amor que implica de alguna manera el cuestionamiento teórico-conceptual del *ser mujer* y del *ser varón* (Jimeno, 2004; Esteban, 2011). Y viceversa, el *ser mujer y ser varón*, es decir las prácticas de género, consideradas prácticas emocionales y corporales<sup>89</sup>.

Scribano y Vergara (2009) y Epele (2010) han sido algunos de los autores que problematizaron las tensiones entre las transformaciones en los modos de constitución de las relaciones sociales capitalistas y la disposición de los cuerpos y sus emociones en apariencia más íntimas e individuales. Siguiendo la propuesta de Epele:

Al ubicar las emociones en el mapa de las relaciones sociales, prácticas corporales y discursivas, y técnicas de subjetivación de sociedades y contextos particulares, se hace posible historizarlas y ponerlas en diálogo con las dinámicas económicas, de poder y de género. (2010:225)

Se espera de las mujeres las expresiones afectivas, el carácter sensible y descontrolado, no así de los varones. De los varones se espera que sean racionales y emocionalmente controlados aunque, paradójicamente, el uso de la violencia les permita reafirmarse sobre los demás. Por el contrario, las mujeres en su mayoría buscan la complacencia de su pareja a partir del sacrificio de sí mismas y no del uso de la violencia contra otros. Es por eso que Marta comenta con asombro la fuerza que ella tuvo para romper la camisa en la discusión con su pareja.

La violencia, entendida como relaciones de poder que se articulan de diversas formas con estructuras de dominación en los ámbitos micro y macro social, globalmente es rechazada como conducta antisocial pero en la práctica es valorada como estrategia para lograr poder. Siguiendo a Juliano, “A los sectores con poder se les tolera y glorifica la violencia y la arrogancia (...) para

---

<sup>89</sup>En relación a cómo los cuerpos devienen femeninos, Harcourt señala: “...el cuerpo femenino es un lugar de normalización y resistencia en el que se inscriben las normas sociales de ser mujer. (...) en la construcción normativa del género, la vida diaria o la micropolítica es la que configura nuestro conocimiento y nuestra experiencia del cuerpo vivido. Estas construcciones incluyen el lenguaje y las prácticas de cuidado, la educación de los hijos, las relaciones sexuales, la salud y los procesos científicos médicos y biológicos.” (Harcourt, 2011:31-32).

los demás, las virtudes recomendadas son la paciencia, la amabilidad, la docilidad y la resignación.” (2011:25)

Por su parte, los celos y las actitudes violentas o controladoras de la pareja de Marta, y en general de los varones del barrio, es catalogada, tanto desde el discurso experto como desde el sentido común, de “machismo”. Autoras como Mara Viveros (2006) y Myriam Jimeno (2004) han realizado una observación crítica sobre la idea del “machismo latinoamericano”, pues consideran que la misma está cargada de exotismo. Pensar estas conductas de los varones como “exóticas”, propias de los varones del barrio construidos como “diferentes”, por un lado, contribuye a la jerarquización entre sociedades y grupos étnico-raciales y, por otro, oculta las diversas y múltiples prácticas de los varones.

La valiosa etnografía realizada por Mari Luz Esteban (2011) sobre el *Pensamiento Amoroso* muestra cómo el amor de pareja se encuentra íntimamente relacionado con el amor maternal y con el amor referido a lo que se denomina *los cuidados*, ambos igualmente generizados y naturalizados. La autora observa que “La maternalización del amor lleva a las mujeres a *renunciar* a sí mismas, lo que es mucho más difícil de encontrar en hombres” (Esteban, 2011:62). En este sentido, cuestionar el amor o, siguiendo a Poovey (1992), rechazar la maternidad, nos permite desafiar la idea de la *base natural* de la identidad femenina.

Los modos que utilizaron las mujeres entrevistadas para referirse a sus relaciones de pareja denotan que estas tienden culturalmente a maternalizarse y paternalizarse (Esteban, 2011). En este sentido, ser una “buena madre” también se reproduce en el ámbito de la intimidad. Dan cuenta de esta maternalización expresiones como: “le da bien de comer” o “lo atiende bien”, para referirse a las relaciones sexuales, o bien, en la idea de que “a los hombres hay que hacerlos una a su manera”.

La mirada de los profesionales del CAPS sobre las relaciones afectivas entre los adultos del barrio nos lleva a preguntarnos en qué contextos y sobre quienes recaen con mayor peso la naturalización de los comportamientos. Como puede observarse en la siguiente cita de una investigación precedente (Pérez Declercq, 2010), mientras que la separación de la pareja en los sectores altos y medios es catalogada como una elección, en la población del barrio es señalada como una “inclinación natural”,

...lo que pasa es que en el barrio se cambia mucho de pareja, (...) después resulta que se separa y después se casa con otro o se junta con otro, que es muy común en esta zona... que ya pasa en niveles más altos, pero acá es algo natural.

(Toco-ginecólogo, octubre de 2008)

Los vínculos afectivos también se vinculan con la maternidad/paternidad. Varias de las mujeres entrevistadas viven la maternidad como un servicio que se le presta a la pareja, como un modo de complacer al varón. Bajo las expresiones: “darle un hijo a” o “tener un hijo para”, se hace referencia a una demostración de amor, el amor entendido como entrega sin esperar nada a cambio. El hecho de “darle un hijo” a su pareja no les garantiza ni fidelidad, ni continuidad. A su vez, esta idea del amor invisibiliza la tarea reproductiva de las mujeres, “distorsiona la bidireccionalidad de la reciprocidad e impide el reparto del trabajo y la riqueza” (Esteban, 2011:86). En relación a esta demostración de amor a través de los hijos, Marta comentó sobre una vecina que se estaba peleando con su pareja: *Él está contento porque ya ella le dio un hijo para él, pero ella tiene sus otros 3 hijos y si él la quiere a ella, la tiene que querer con su 3 hijos.* (Nota de campo, mayo de 2014).

Por otro lado, la etnografía muestra que las parejas suelen consolidarse cuando nace el primer hijo. Generalmente, cuando el varón asume la paternidad, junto al nacimiento comienza la convivencia de la pareja. También algunas de las personas entrevistadas comenzaron a convivir cuando migraron de los pueblos del interior a la periferia urbana de Salta. Hay diversas situaciones que no necesariamente se vinculan a una maduración de las relaciones afectivas que condicionan a que la pareja conviva. Por ejemplo, la migración campo-ciudad o el nacimiento del primer hijo. En este sentido, Zelizer (2009) explora cómo gran parte de la actividad económica está destinada a crear, definir y mantener lazos sociales.

El planteamiento teórico de Zelizer (2009) analiza la compleja relación entre esferas aparentemente antagónicas en que se acostumbra a dividir realidad social, como son las relaciones afectivas (emociones) y el dinero (comúnmente asociado a la racionalidad). La distinción entre estas dos esferas desde la perspectiva de los *mundos hostiles* establece unos dominios adecuadamente separados que requieren de diferentes límites y mandatos morales entre lo apropiado e inapropiado (Ibíd.).

En el imaginario dominante es inapropiado que la esfera de la vida doméstica/privada entre en contacto con la esfera de la racionalidad

instrumental y el cálculo, de lo contrario se produce una contaminación moral. Desde estos parámetros se instala en el imaginario que no es correcto que se les otorgue un beneficio social a las *mujeres pobres* porque ellas “tienen hijos para cobrar la asignación” y se “aprovechan” económicamente de este beneficio. Sin embargo, en Europa no se cuestiona a las parejas que reciben gratificaciones por nacimiento o que se benefician con las desgravaciones fiscales por hijo provenientes de las políticas que incentivan la natalidad.

Esta propuesta, que pone en relación lo afectivo y lo racional/económico, nos sirve también para pensar el carácter conflictivo y contradictorio de las relaciones y prácticas que componen el *cuidar(se)* en el contexto de la vida cotidiana. En lo que se refiere a la limitación del número de hijos, el cálculo racional sobre las posibilidades económicas de la familia se entrecruza con los deseos de complacer a la pareja, de “buscar” la hija mujer o el hijo varón o, en algunos varones, de demostrar su virilidad. De modo que, siguiendo a Jimeno, “Emociones, pensamientos e intenciones harían parte de una estructura contextual que los vincula en una misma unidad y los remite, simultáneamente, a lo que Bateson llama contextos de contextos.” (2004:31).

La idea occidental hegemónica del amor refuerza las desigualdades de género y la *base natural* de la identidad femenina. Jimeno (2004) utiliza la noción de *configuración emotiva* para referirse al campo en el que están imbricadas las creencias, los sentimientos y su verbalización con la estructura de las jerarquías sociales. En relación al amor, como solución o modo de saldar la jerarquización entre grupos de personas definidas como diferentes<sup>90</sup>, Esteban señala:

...se proclama el amor como algo que *está por encima de las diferencias*; o, dicho de otra manera, menos conscientes somos de que el amor *está uniendo* a tipos de personas que están siendo previa y paralelamente construidas como diferentes y/o desiguales y que, por tanto, pueden partir (y mantener) de cotas distintas de poder. Es probablemente esta paradoja la que tiene despistados e incluso ofuscados, pero al mismo tiempo seducidos, a sectores sociales amplios, incluidos algunos movimientos sociales como el feminista, que reivindican el amor como *La alternativa a conflictos y desigualdades que, precisamente, están siendo alimentados a base de amor.*(2011:85)

La construcción de las emociones como algo natural e inevitable, mientras lo que es cultura se considera artificial y alterable, anula toda

---

<sup>90</sup> La construcción de las *mujeres pobres* como “diferentes” ha sido abordada en el Capítulo 3.

posibilidad de cambio en la situación de inferioridad de la mujer como consecuencia de su “naturaleza emocional”. Las emociones, como lo evidencia Jimeno en su estudio sobre el crimen pasional, “hacen parte de la estructura de la sociedad y de sus tensiones, de clase, género, etnia y como tales se emplean para consagrar, legitimar o excluir personas y categorías sociales.” (2002:19).

## **6.2 Reconocerse y ser reconocido**

Al igual que las emociones, las prácticas corporales tampoco son internas o individuales, sino que implican interacción social. Como lo plantean Scribano y Vergara, “...la presentación social del sujeto se da a través del cuerpo. Somos, en parte, lo que los otros ven y, en este sentido, el cuerpo es un recurso en la política de la identidad.”(2009:412).

Citro (2009), retomando las ideas de Butler sobre la performatividad, destaca que la reiteración de significantes hegemónicos se produce no solo en relación a la imposición de una matriz heterosexual, “sino también en la construcción de otros tipos de identificaciones, como las étnicas, religiosas, etarias...” (2009:109). La interseccionalidad, según se refirió en el capítulo 3, es la categoría de análisis que revela lo que no se ve cuando categorías como “género” y “etnia” se conceptualizan como separadas unas de otras.

Las identidades se organizan en torno a los significantes hegemónicos de *mujer, varón, pobre, evangélico, boliviano, madre, saludable* y se corporizan, se “hacen cuerpo”. Cuerpos que se reconocen y se vuelven inteligibles y legítimos a partir de la reiteración de estas “matrices simbólico-identitarias”.<sup>91</sup>

La siguiente cita de Oscar Guasch (2008) sobre el carácter relacional y situacional de la masculinidad, es aplicable para otras identidades:

Como afirma el interaccionismo estratégico, las personas siempre están midiendo el sentido de lo que hacen, dicen y parecen, para proyectar ante los otros una imagen acorde con las expectativas de cada momento social concreto. Y es que la masculinidad, además de ser relacional, también es situacional. El mismo varón que ha ejercido de macho dominante en un contexto, cambia de registro en otro, y adopta actitudes dialogantes o

---

<sup>91</sup>Sobre la identidad, Butler argumenta que esta no es la “causa” de la experiencia, el comportamiento y el deseo sexual sino que es “un efecto” de éstas. Valiéndose del cuestionamiento genealógico de Foucault, Butler (2007) afirma que aquellas prácticas reguladoras en tanto prohibitivas son al mismo tiempo productivas, “... ‘el sujeto’ -quien en principio se crea en esas prohibiciones y mediante ellas- no puede acceder a una sexualidad que en cierto sentido está «fuera», «antes» o «después» del poder en sí. (...)Las producciones se desvían de sus objetivos originales e involuntariamente movilizan posibilidades de ‘sujetos’ que no sólo exceden los límites de la inteligibilidad cultural, sino que efectivamente expanden las fronteras de lo que, de hecho, es culturalmente inteligible.” (2007: 92).

incluso sumisas. Depende de dónde y con quien esté. El ejercicio de la masculinidad es una puesta en escena permanente que implica representar un guion ante el auditorio quien, a su vez, condiciona el desarrollo del acto. (2008:46)

La producción discursiva que identifica y califica los cuerpos está acompañada por procesos fisiológicos, experiencias motrices y emociones que “también inciden en las definiciones de la corporalidad de los sujetos y en los discursos con que las significan” (Citro, 2009:110). El reconocimiento de ciertos cuerpos como *asistibles y maternos* requiere de una identificación de signos culturales y materiales que deriva de los juegos de poder que procuran imponer una visión hegemónica. Esta visión hegemónica designa actitudes, fisonomías, expresiones afectivas, usos del espacio y roles en función de cómo hemos sido catalogados: *mujer, varón, pobre, saludable, madre*.

El cuerpo es el terreno donde la visión hegemónica se pone en tensión y se hacen visibles las contradicciones. El cuerpo no solo otorga consentimiento o se somete coercitivamente a los significantes hegemónicos, también, a partir del propio cuerpo, la hegemonía puede ser concebida una política de transformación (Pizza, 2005). En este sentido, entre las distintas orientaciones teóricas en las que se fundan los estudios sobre los cuerpos y las emociones, la post-colonial retoma a la corporalidad como pista para un pensamiento contra-hegemónico (Scribano y Vergara, 2009).

### **6.2.1 “Las gordas”**

*Cuando pasa alguna vecina o viene una de las cocineras (que cocinan otros días) me presentan como la nueva cocinera y se ríen. Me cuentan que hay varias ayudantes y cocineras, y que se organizan por día. La hija de una de las mujeres me dice que los jueves es mejor no venir porque las cocineras de ese día son malas. Le pregunto a su mamá y ella me dice que sí, que se pelean mucho. Con el transcurso de los meses me advertían: los jueves están las gordas, te van a criticar, te van a preguntar de todo.*

(Nota de campo, agosto de 2012)

El grupo de mujeres que se encargaba de cocinar en el comedor los días jueves había sido denominado peyorativamente el grupo de “las gordas”. Sus cuerpos no son muy disímiles a los cuerpos de algunas de las mujeres que integraban los grupos de trabajo de otros días. El calificativo “las gordas” tenía otras connotaciones que, como se indica en la nota de campo, tenían que ver con la actitud de estas mujeres, en el sentido de que eran “mujeres de peso”,

que se afirmaban en su posición cuando debían discutir un asunto con las encargadas del comedor o con sus pares.

La presencia de las mujeres “de los jueves”, de “las gordas”, nos habla de las formas que el cuerpo adquiere en la manera de relacionarse con otros y de la gordura como una de las “innumerables formas que adquieren los estigmas que constituyen lo abyecto a partir de una cruel estética social – que comprende a lo feo, malo y sucio – en la vida cotidiana...” (Scribano y Vergara, 2009:420).

Las mujeres entrevistadas, casi en su totalidad, mencionaron el aumento de peso como una preocupación, ya sea en relación a ellas mismas o a otras mujeres. En general las causas de este aumento de peso se asociaron a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos hormonales y, en menor proporción, a la ligadura tubaria. Por el contrario, aquellos métodos que aumentaban el sangrado, como el *DIU*, se vinculaban a la pérdida de peso.

El siguiente fragmento corresponde a una entrevista que tuvo lugar en el comedor de la casa de Nadia. Al llegar a su casa Nadia me muestra fotos que tiene colgadas en la pared y se asombra de la delgadez de su cuerpo, aclarándome que en el momento de la fotografía ella ya tenía 4 hijos. Después se refirió a cómo se sentía con la anticoncepción hormonal inyectable,

- yo me siento que... Y, para empezar, me hicieron engordar, ¿viste? Porque era re flaquita, me hicieron engordar un montón. Y... Después que ahora cuando me quiere venir el período, no me solía doler nunca en... esta parte del estómago y ahora me empieza a venir con contracciones, me duele horrible pero... no así ninguna seguida, me vienen los dolores, ceden de rato en rato o... me duele hoy o mañana ya no me duele, siento que, como que, en eso no sé, no sé, puede ser por eso digo yo, no sé, porque no menstruas lo mismo pues. Algún mes menstruas, otro no, y debe ser, debe ser por eso digo yo. Y por ahí a veces me duele la cabeza pero no... después de así, de sentirme mal, digamos, que me agarra decaimiento... A veces sueño, si me agarra sueño. Después no, me siento así, dentro de lo normal (risas) si...

(Nadia – abril, 2013)

Los profesionales de la salud se refieren a que el aumento de peso está asociado al tipo de alimentación de los sectores de bajos ingresos, alimentos de bajo costo y, en su mayoría, a base de grasas e hidratos. Sin embargo, al igual que Nadia, que lo señala mostrándome la foto, la mayoría de las mujeres ha sufrido una modificación en su cuerpo a partir de comenzar a utilizar métodos anticonceptivos hormonales.

Por otro lado, el hecho de que Nadia se sienta “dentro de lo normal” a pesar de una larga lista de malestares mencionados y que su preocupación principal sea haber *engordado*, da cuenta de la importancia que tiene la forma que adquiere el cuerpo y de nuevas actitudes en relación a la salud y el cuerpo. Aumentar de peso era para Nadia una preocupación, no solo porque fue lo primero que mencionó al referirse a los efectos secundarios que le causaban las inyecciones, también porque en distintas conversaciones que tuvimos siempre lo señalaba en relación a ella o a otras mujeres. En una ocasión Nadia me dijo: “a veces no me reconozco”. Reconocerse y ser reconocido por otros “no resultan solo de las tradiciones y dinámicas locales, sino de otros procesos macrosociales, discursos y moralidades que cargan las miradas, los vínculos y los cuerpos.” (Epele, 2010:246).

Al igual que Nadia, otras mujeres que utilizaban métodos anticonceptivos hormonales, aun cuando sobrellevaban algunos malestares como el dolor de cabeza o de estómago, el aumento de peso vinculado a la ingesta de hormonas las motivaba a buscar otro método anticonceptivo. Sin embargo, entre asumir un mayor o menor reconocimiento de su cuerpo en relación a los patrones hegemónicos, negociar con su pareja el uso de preservativos (temiendo que se produzca algún “descuido”), o someterse a la intervención que requiere la anticoncepción quirúrgica, la utilización de métodos anticonceptivos hormonales acompañada por el aumento de peso se presenta como una solución de compromiso que les otorga “tranquilidad” y “confianza”.

### **6.3 El cuerpo como agente**

Desde la atención a la salud se reproducen la dualidad entre las mujeres como un cuerpo sexualizado y los varones como seres descorporizados. También se establece una distinción entre las prácticas biomédicas centradas en el cuerpo biológico y todas aquellas “interferencias” emocionales o vivenciales que el diagnóstico “científico” aparta<sup>92</sup>. Mujer/varón, sujeto/objeto, razón/emoción, individual/social forman parte de la serie de dualidades que han impregnado la constitución del pensamiento occidental.

La perspectiva del “cuerpo como agente” (Esteban, 2004) o del actor social entendido como un “agente encarnado” (Lyon y Barbalet, 1994) pone en

---

<sup>92</sup> También en las ciencias sociales están presentes estos dualismos al analizar el cuerpo como objeto de representación y dejar por fuera del análisis al cuerpo material, carnal (Esteban, 2009).

discusión estos dualismos en tanto refiere a lo corporal o al *embodiment*, utilizando la noción de Csordas, como un “proceso material de interacción social” (Csordas, 1994) que concibe la experiencia corpórea como la base existencial de la cultura y la persona.

En la última década del siglo pasado surgen diversas teorías que se proponen maneras relacionales de entender el género pero también, agrega Esteban, maneras corporales de entenderlo, “a partir de una forma también alternativa de entender y definir el cuerpo humano y de asumir los múltiples niveles (individual, social, político) y dimensiones (biológica, fenomenológica, epistemológica...) de lo corporal.” (2011:165).

Entre los principales aportes podemos mencionar los que provienen de la teoría feminista, con la teoría queer desarrollada por Judith Butler o el “Manifiesto para ciborgs” de Donna Haraway; desde la antropología con Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock, Thomas Csordas o Mari Luz Esteban; desde la sociología con Pierre Bourdieu o Bryan Turner. También Gramsci ha sido un antecedente importante en lo que refiere a la relación entre conocimiento y “praxis” en los procesos de transformación de la cultura y de la sociedad. Desde lo metodológico, la antropología realiza un aporte significativo en tanto su abordaje permite profundizar en situaciones individuales y en las vivencias de las personas pero siempre situándolas en contextos sociales e históricos concretos.

El recorrido que hemos venido realizando a partir de la noción de *cuidar(se)* da cuenta del proceso en el que el relato de una persona, su historia, sus emociones y su experiencia corporal se articula con sus relaciones de pareja, las condiciones económicas y sociales, las construcciones sociales de feminidad y masculinidad, los vínculos emocionales, las prácticas de cuidado y las instituciones que ofertan los métodos anticonceptivos. Aun cuando Nadia afirma en la entrevista realizada: “en mi vida y en mi cuerpo decido yo”, las decisiones de Nadia, como las de todo sujeto, no son individuales, ni autónomas, en el sentido liberal de autonomía. Judith Butler en una entrevista realizada en el 2008 hace la siguiente reflexión sobre la libertad:

Al referirme a la libertad, no aludo a un sujeto individual, en soledad, puesto que un sujeto es libre en la medida en que está condicionado por convenciones, normas y posibilidades culturales que hacen posible la libertad, aunque no la determinen: son las condiciones de posibilidad de la libertad. *Quiénes* somos como sujetos de libertad depende de modos no voluntarios de conexión con los otros; no sólo he nacido en un conjunto

de reglas o de convenciones que me forman, sino también en un conjunto de relaciones de las que dependo para sobrevivir y que me constituyen como criatura interdependiente en este mundo. Las cuestiones de responsabilidad emergen en el contexto de esta socialidad. (Butler, 2008)

En este sentido, el *cuidar(se)* constituye una experiencia corporal reflexiva que debe ser analizada desde un enfoque que permita “definir de forma amplia y compleja los circuitos establecidos entre cuerpos, ideologías, relaciones sociales e instituciones” (Esteban, 2006:15).

Las nociones de “agente encarnado” o *embodiment* pretenden integrar los niveles individual, social y político del cuerpo que propone el modelo analítico desarrollado por Scheper-Hughes y Lock (1987) del “Mindful Body”. Este modelo, que parte también de la experiencia, ha permitido darle una dimensión más profunda y compleja a la interrelación entre el cuerpo y las emociones. Las autoras plantean que para una antropología del cuerpo se hace necesaria una teoría de las emociones, en tanto “Las emociones afectan la manera en las cuales el cuerpo, la enfermedad, el dolor son experimentados y proyectados en imágenes de bienestar o pobreza de un cuerpo social y político funcionando” (Scheper-Hughes y Lock, 1987:28).

En relación a la distinción que Scheper-Hughes y Lock hacen de los “tres cuerpos”, las autoras buscan sintetizar, y poner en relación, tres niveles de análisis que corresponden a tres aportaciones teóricas: la fenomenología existencial derivada de Merleau-Ponty (cuerpo individual); la antropología simbólica y estructural (cuerpo social); los aportes de Foucault sobre el biopoder (cuerpo político).

El siguiente apartado articula dos de estos niveles de análisis: el cuerpo individual, la experiencia encarnada del *cuidar(se)* y de la reproducción, y el cuerpo político, que permite un abordaje del control de los cuerpos reproductivos y al mismo tiempo, las transgresiones y resistencias a ese control.

### **6.3.1 Cuerpos reproductores.**

Una mujer fue la causa  
de la perdición primera  
no hay perdición en el mundo  
que por mujeres no venga.

*Copla popular hispanoamericana*

Desde la tradición judeo-cristiana se asoció el placer al pecado, lo sucio, lo inmoral y la culpa tienen un correlato con la concepción de la mujer (pecadora, tentadora, e infractora) y con la reducción de la mujer a su cuerpo. Hacia fines del siglo XVIII, junto al despliegue de gobernabilidad del Estado moderno sobre la población y la regulación política de la vida, al que Foucault denominó biopolítica, se produce el pasaje de la cuestión moral y de la religión a la medicina.

En los espacios de producción de saberes la medicina ocupó un lugar destacado en la regulación de los cuerpos. A través del ejercicio de un poder continuo y científico de “hacer vivir”, la medicina interviene en procesos como el nacimiento, la muerte y la reproducción. Señala Foucault:

La medicina no debe ser sólo el “corpus” de las técnicas de curación y del saber que éstas requieren, desarrollará también un conocimiento del *hombre saludable*, es decir, a la vez, una experiencia del *hombre no enfermo*, y una definición del *hombre modelo*. En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual vive. (2004 [1963]:61)

De modo que la fecundidad ingresó al ámbito de la razón a través de instituciones, regulaciones, prácticas y discursos que produjeron una serie de significados sobre la misma. Se constituyó en un objeto posible de conocimiento a través de ciertas relaciones de poder y, al mismo tiempo, las relaciones de poder actuaron sobre la fecundidad debido a que ciertas técnicas de conocimiento lo localizaron y lo situaron (Foucault, 2000).

La biomedicina se ha ocupado de controlar y de reducir a las mujeres a su cuerpo poniendo énfasis en su capacidad reproductora. En oposición, hay una anulación de la capacidad reproductiva de los varones. Siguiendo a Huamán Andía, la capacidad reproductiva de los varones es anulada “como si sus cuerpos fueran vistos por encima de esa cualidad, aun cuando no sólo es un hecho su intervención en la reproducción, sino que la salud de sus cuerpos también afecta al producto de una relación sexual fecunda.” (Huamán Andía, 2008:3).

Frente a la imposición de este cuerpo reproductor, centrado exclusivamente en las mujeres, el movimiento feminista de los '70 a nivel mundial enfocó sus denuncias y reivindicaciones en el derecho de las mujeres al placer, a la toma de decisión sobre el cuerpo y a romper con la identificación

entre mujer y madre. Siguiendo a Esteban, el cuerpo reproductivo ha sido uno de los cuerpos políticos dominantes en el feminismo pero también existieron y existen “otros cuerpos políticos relevantes: cuerpos de la estética/imagen corporal, cuerpos del arte, cuerpos lesbianos, cuerpos *queer*, cuerpos del trabajo/empleo, cuerpos contra la violencia sexista...” (Esteban, 2009:6).

Es necesario advertir que, aun cuando otros cuerpos, más allá del reproductivo, han sido problematizados y reivindicados, se sigue teorizando y mostrando la realidad centrándose en la desigualdad entre mujeres y varones. Esteban recupera las apreciaciones de las feministas negras sobre la invisibilización de otras opresiones:

Si la situación y la sexualización han sido elementos hipervisibilizados y, de alguna manera, hipertrofiados, habría otros que permanecen mucho más ocultos, por lo menos en nuestro ámbito, lo cual no quiere decir que no sean aspectos fundamentales de la desigualdad. Me refiero a factores como la clase social, la etnia, la nacionalidad, la edad... (Esteban, 2009:7)

El siguiente fragmento de una nota de campo refleja los modos en que las desigualdades sociales se hacen cuerpo,

*Dice Silvina: “es desgastante tener hijos, uno pierde fuerza con cada embarazo, y también hay mujeres que pierden los dientes”. Mientras lo dice se recuesta en la silla y deja caer un brazo, como mostrando agotamiento.*

(Nota de campo, noviembre de 2013)

Las demoras para llegar a un hospital por falta de medios económicos, la deficiente alimentación de la mujer embarazada, cuando hay escasez de alimentos, y ella prioriza la alimentación del marido y de los hijos, o la interrupción voluntaria de la gestación en condiciones precarias son algunas de las situaciones que dejan marcas en los cuerpos de las mujeres.

### **6.3.2 Cuerpos menstruales**

Además de ocultar otros cuerpos políticos, los estudios sobre el cuerpo, tanto desde la antropología como de la teoría feminista, han privilegiado el cuerpo interno, principalmente el aparato reproductor (Esteban, 2004). Por consiguiente se subrayan las diferencias entre los cuerpos femeninos y masculinos y se los muestra como cuerpos opuestos. Desde la descripción “científica” de los espermatozoides (activos, rápidos, emprendedores) y del óvulo (receptáculo, inactivo, pasivo) hasta las cualidades del cuerpo del hombre como

seguro, impenetrable, poderoso, des-sexuado en oposición a la fragilidad, vulnerabilidad, opresión y sexualización del cuerpo de la mujer (Huamán Andía, 2008), los cuerpos devienen femeninos/masculinos a través de la continua representación (performance) del género.

Sobre esta construcción dual y esencialista de los cuerpos es interesante la investigación que viene desarrollando Miren Guillo Arakistain (2013) sobre el cuerpo menstruante: "...no todas aquellas consideradas mujeres menstrúan, y no sólo menstrúan las llamadas mujeres. La zona geográfica y el momento histórico también influyen en la variabilidad del ciclo (...) Todos estos ejemplos nos muestran la rigidez de los esquemas biomédicos biologicistas..." (2013:243).

En las variadas conversaciones sostenidas durante el trabajo de campo el flujo menstrual fue mencionado como una preocupación, ya sea por la falta o porque era abundante. La mayoría de las mujeres entrevistadas revelaron algún problema relacionado con los desarreglos menstruales como "efecto secundario" del método anticonceptivo utilizado. En general se vinculaba la falta, o disminución significativa, del flujo menstrual con la anticoncepción hormonal inyectable de tres meses. En relación a la falta o disminución del sangrado, la preocupación de alguna de las mujeres era que la sangre se quedara dentro del cuerpo. En general, las mujeres al segundo mes que "no les viene" la menstruación deciden abandonar el método. Lo opuesto, eran las hemorragias ocasionadas por el *DIU*, las cuales debían "aguantarse" según le expresó la médica a Silvina. Dos de las mujeres del comedor mencionaron hemorragias significativas: Marta, cuando relató sus dos abortos espontáneos y Elena, cuya hemorragia se debía a un quiste ovárico que le habían detectado recientemente.

Otro de los aspectos vinculados con la menstruación es la fecundidad. Frente a la certeza de saber, como ejemplifica Marta, "este mes te va a venir y el otro tuviste relaciones y no te has cuidado, sabes que si o si estas embarazada", la irregularidad del período ocasionada por la utilización de algún método anticonceptivo es fuente de quejas e incertidumbre.

En cambio con el método ese que te ligan las trompas, este mes no te viene y el otro no te viene y no estás segura, estás dudando, eso es lo que pasa... con las mujeres que yo estoy escuchando en el comedor...

(Marta, enero de 2013)

La expectativa sobre lo que sucede mes a mes en el cuerpo en relación al ciclo menstrual, provocaba en las mujeres sentimientos de temor, de

preocupación e incertidumbre. Sin embargo, más allá de estar pendientes de si “les venía” la menstruación, la vivencia de la misma estaba centrada en los dolores y en la cantidad o ausencia de flujo. A diferencia de otros grupos sociales, ni en las conversaciones informales ni en las entrevistas se mencionaron aspectos vinculados a alteraciones en las emociones que suelen describirse, junto a las alteraciones físicas, a través de la noción de “síndrome pre-menstrual”. Síndrome que sirve para categorizar a las mujeres como *esencialmente* depresivas, sensibles e irritables.

### **6.3.3 ¿Qué cuerpos acaban siendo un problema y por qué? (Butler, 2002)**

Los cuerpos reproductivos de las mujeres a partir de acontecimientos como la anticoncepción, el aborto, la maternidad y la menstruación se encuentran dentro de un orden normativo que, como decíamos anteriormente, los hace inteligibles y legítimos. En función de su adscripción o no a la norma hegemónica, los cuerpos son catalogados en *saludables/no-saludables*, similitud-integración/diferencia-excepción, ciudadanos/no-ciudadanos. Los cuerpos, siguiendo a Simón (2005), pueden desviarse, por exceso o por déficit, en relación a la norma como parámetro. Un cuerpo puede no reproducirse y la mujer ser catalogada de *nulípara*, o, en el otro extremo, puede haber transitado 14 gestaciones y ser *multípara*<sup>93</sup>. Pero a estos cuerpos se los cataloga, se los controla o se los estigmatiza, considerándolos dentro de lo inteligible, de lo pensable.

Una cita de una investigación previa (Pérez Declercq, 2010) ejemplifica los límites del control sobre estas personas que se desvían de la norma y los modos de catalogarlas para que sigan siendo cuerpos dóciles:

-por ahí tiene algún tipo de discapacidad que para mí, a mi entender, es social... no es una discapacidad física, ¿me entendés? Pero si creo que tiene una crianza y toda una historia de vida bastante densa y... no es fácil hacerle entender (...) Creo que la forma tampoco es ir y ligarle las trompas, como sí en algún momento se planteó, ‘hablemos al hospital y cuando lo tenga al chico que le liguen las trompas’... no, no es así... nosotros en su momento lo hemos hablado, ella no lo quiere hacer y no se quería cuidar y no se quería ligar. Si involucrarse de la parte social,

---

<sup>93</sup>La mujer con tres hijos, o más, es designada por las instituciones de salud como *multípara*. Un número elevado de hijos es considerado un comportamiento “inapropiado”, un comportamiento que se aleja de la norma instituida por los especialistas. En la definición de la *multiparidad* como factor de riesgo tienen un peso importante las dificultades socioeconómicas. La salud de la mujer queda relegada, o bien, es considerada en términos del rol de madre-cuidadora que puede verse afectado. (Pérez Declercq, 2014)

‘bueno, andá al asistente... si vos sola no podés...’, llevémosla, busquemos a alguien que la vea...

(Toco-ginecología, enero de 2009)

Este fragmento de entrevista nos conducen a la pregunta de Butler (2002) planteada en la introducción, *¿Qué cuerpos acaban siendo un problema y por qué?* La mujer que tiene 12 hijos y no quiere *cuidar(se)* entra en el ámbito de lo “in-pensado/in-pensable”, siguiendo a Simón, es un cuerpo fuera de control. La autonomía en lo que las personas eligen para su vida reproductiva “funciona” en tanto se subordine a otros valores, como por ejemplo, el de la salud (Levín, 2009). “No hay lugar para pensar posiciones de sujetos en las cuales, por ejemplo, la ‘calidad de vida’ no sea un valor (...) viola el sistema mismo de control.” (Simón, 2005:125).

Los cuerpos no saludables, los diferentes, a los que se les niega la ciudadanía, quedan “por fuera” de lo inteligible, lo tolerable y lo posible. Algunos cuerpos y algunas prácticas sexuales son catalogados como “de riesgo”, una contingencia que hay que prevenir a partir de políticas focalizadas, que habilita a diferentes tipos de acción e intervención que convierten al cuerpo de las mujeres en una entidad gobernable. Cuerpos “fuera de control” y *maternidades no-saludables* que no eran catalogados del mismo modo hace cincuenta años, lo cual nos muestra que “lo abyecto cambia de contenido de acuerdo con diferentes contextos histórico-políticos en los que tiene lugar.” (Epele, 2010:246).

## CONCLUSIONES

### I. Deconstruyendo decisiones, saberes y prácticas (no) reproductivas

Escribir para interrogar aquello que aparece como dado: “mujeres bajo control”, “mujeres empoderadas”, “población de riesgo”, “darle un hijo”, “los hombres son machistas”, fue lo que me dio el impulso inicial. ¿Qué ocurre con los cuerpos “fuera de control”? ¿Cómo operan la gobernabilidad de los cuerpos desde la “lógica de la elección”? ¿Qué consecuencias trae la ideología de la maternidad que asocia mujer con amor, entrega y cuidados?

Los interrogantes se inscriben en una perspectiva biopolítica y en los análisis de género, que resultan indispensables para comenzar a reconstruir los modos de regulación y producción de las corporalidades. Un análisis desde las corporalidades contribuye a un modo de conocimiento a partir del cual la realidad se multiplica y las experiencias se desencializan.

La perspectiva que emerge de la descripción y análisis de esta tesis se diferencia de aquellas otras centradas en las mujeres como víctimas de un modelo hegemónico de *sexualidad saludable* o, en el otro extremo, como “agentes de cambio”, que terminan reproduciendo las dicotomías *cuerpo como objeto-cuerpo como agente*, asistencia a sujetos tutelados-asistencia a sujetos de derecho, “lógica de la elección”-“lógica del cuidado”. Por el contrario, asume el carácter relacional y corporizado de las prácticas vinculadas a evitar un embarazo, deconstruye estos dualismos, revela la diversidad de experiencias y las pone en relación con procesos históricos, procesos macrosociales, discursos y moralidades.

En el análisis conjunto de prácticas y saberes heterogéneos que componen la categoría nativa de *cuidar(se)* se hacen visibles las tensiones y contradicciones que atraviesan las decisiones y prácticas (no) reproductivas desde una aproximación diferente. La particularidad del abordaje desde la noción de *cuidar(se)* fue que permitió poner en diálogo las relaciones sociales, prácticas corporales, identidades y experiencias singulares de mujeres y varones en sus vidas cotidianas con la complejidad de los procesos asistenciales seguidos para evitar un embarazo, articulando lo personal y lo político, lo micro y lo macro social.

## **II. De la maternidad como experiencia encarnada al compromiso político**

La maternidad se configura como un mandato, como expresión de la mismísima “naturaleza” humana que se hace cuerpo en las mujeres. El lugar que se otorga a la maternidad se plasma desde la importancia otorgada a la festividad del día de la madre y las esculturas que le rinden homenaje a la figura de la madre en las plazas hasta los discursos jurídicos, médicos y pedagógicos sobre la “buena madre”.

Siguiendo a Patricia Schwarz,

La maternidad constituyó a lo largo de la historia un medio útil para imponer, desde diferentes pertenencias ideológicas, políticas y económicas, un espacio propio de acción para cada género. La maternidad es una arena política de definición de espacios de poder. Así es como funcionó como dispositivo de control sobre el cuerpo, las decisiones y los espacios de la mujer (Schwarz, 2009:2).

En los argumentos que esgrimen los funcionarios de los servicios de salud sobre la necesidad que las mujeres lleven una fecundidad “controlada” tiene un peso importante la esencialización y universalización del cuerpo femenino ligada al ejercicio de la maternidad y a la responsabilidad por el bienestar de los hijos.

Desde el discurso dominante se sostiene, por un lado, que una menor cantidad de hijos repercutiría en una mayor calidad de cuidados que puede brindar la mujer a los miembros de la familia y, por otro, que una elevada fecundidad pone en peligro la supervivencia de la mujer. En el caso de riesgo de vida para la mujer, es el hecho de tener otros hijos a su cuidado lo que justifica la protección de su salud y sobre todo de su vida (del Rio Fortuna, 2006).

Mari Luz Esteban (2011) se pregunta si es posible hacer de este lugar asignado a las mujeres, en particular en relación al amor, una herramienta para la subversión. Algunos movimientos sociales de los países latinoamericanos, como las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo, han mostrado que es posible.

Graciela Di Marco (2003) ha indicado la presencia de las mujeres en los movimientos de derechos humanos (madres y abuelas que desde lo privado doméstico reclamaban por sus hijos/as y nietos/as desaparecidos y/o apropiados), en sectores populares (que organizan, entre otras acciones, los comedores infantiles que alimentan a diario a cientos de personas y están liderados por mujeres) y en el movimiento feminista. De estos tres movimientos, los dos primeros tienen la particularidad de estar liderados por mujeres que han

transitado la experiencia de la maternidad. Junto a estos movimientos han surgido otros a raíz de las duras condiciones de vida, como las “Madres contra el paco”<sup>94</sup> o las “Madres del dolor”<sup>95</sup>.

Sin embargo, en algunos casos, como las “Madres contra el paco”, las mujeres han sido consideradas y tratadas como “expertas”, resignificando sus funciones como cuidadoras y convirtiendo los roles tradicionalmente asumidos y vinculado a la maternidad en el eje central de las políticas de protección a los usuarios de drogas, privatizando los cuidados, lo familiar y lo próximo (Epele, 2010:212).

Desde el compromiso político que asumen estos movimientos se ha resignificado el lugar otorgado a la maternidad. Este traspaso de las actitudes tradicionales de cuidado de lo doméstico a lo comunitario, es denominado por Di Marco (1997) *Maternidad Social*.

El recorrido por los distintos itinerarios de las mujeres para *cuidar(se)* hace posible interrogar el rol de madres que les es asignado desde la perspectiva de otros roles y otros vínculos que desarrollan en sus vidas cotidianas.

### **III. Un recorrido por el mapa de tensiones que atraviesan las prácticas (no) reproductivas.**

Contextualizando e historizando los modos a partir de los cuales se han construido a determinadas poblaciones como *pobres*, como *asistibles* en América Latina, en Argentina y, particularmente, en Salta, se analizó en quiénes la política focalizaba sus acciones y cómo, al interior de estas clasificaciones, operaba una lógica de diferenciación institucional.

La descripción y análisis de las diferentes denominaciones y modos de intervenir: *la barbarie* durante el dominio colonial, *incivilizados* con posterioridad a las conquistas de independencia, *tutelados* durante el desarrollismo y a partir del achicamiento del Estado de bienestar y la aplicación de políticas de corte neoliberal, *agentes del desarrollo* con *capacidades* para subsistir en los mínimos biológicos, nos permite advertir una constante, la actitud educativa y moralizante hacia estas poblaciones subordinadas.

---

<sup>94</sup>Se denomina *Paco* a la Pasta Base de Cocaína. La red “madres contra el paco y por la vida” elaboró distintas estrategias para visibilizar en la agenda pública el crecimiento del microtráfico del *paco* en sus territorios. También aportaron propuestas para la capacitación, sensibilización y consolidación de las redes con otras organizaciones barriales.

<sup>95</sup> Conformadas en una asociación, denominada “Madres del Dolor”, las mujeres que perdieron a sus hijos en diferentes hechos de violencia, inseguridad vial y delitos sexuales, buscan promover y consolidar la prestación de justicia, brindar asistencia y contención a víctimas y familiares.

Las políticas referidas a la salud sexual son un buen ejemplo de modos de intervención a nivel local que a través de prácticas particulares, que se ejercen en y sobre determinados sujetos o poblaciones, articulan el discurso médico higienista clásico de la salud pública con un discurso moral que refuerza las ideas neoliberales de la pobreza como un problema de “capacidades” de los sujetos, un problema individual del cual los sujetos son responsables. De acuerdo con Godoy Lorite, “...la salud no examina sólo la falta de salud, sino también cuerpos, sometidos de esta manera a un juicio continuo y orientando hacia la abyección a todo aquel que no sigue el juego de la normalización...” (Godoy Lorite, 2011:747).

Los derechos sexuales y reproductivos traducidos por los efectores de salud en términos de “ayudas” o “beneficios” que el gobierno les otorga a *los pobres* nos indican que el camino hacia el ejercicio de una ciudadanía plena, está plagado de tensiones, limitaciones y retrocesos. Son encargados de garantizar los derechos quienes, al mismo tiempo, producen y reproducen relaciones sociales de dominación basadas en el género, la “raza” y la clase. Son promotores del ejercicio de la libertad sobre el propio cuerpo quienes, al mismo tiempo, contribuyen a producir y reproducir un cuerpo controlado y sometido a un orden heteronormativo.

Las tensiones mencionadas, junto a otras que hemos debatido a lo largo de la tesis, presentes en las políticas públicas, en los dispositivos de atención de la salud y en los contextos político-legales, se “hacen cuerpo” en estas poblaciones *asistibles*.

La etnografía aborda estas tensiones a partir de la recuperación de situaciones en contextos cotidianos que ponen de manifiesto una pluralidad y heterogeneidad de experiencias. Los relatos sobre la violencia como una práctica que se ejerce en espacios privados, pero también las referencias a la violencia vinculada a pautas culturales y a las diferentes estructuras de dominación en el ámbito macro social. Las variadas experiencias en el ejercicio de la paternidad y de la maternidad. La responsabilidad de las mujeres en la crianza, naturalizada por algunas de las entrevistadas, y señalada como una pesada carga por otras.

En contraposición a lo que muestran investigaciones como la realizada por Mol (2008) sobre las prácticas de (auto)cuidado en las que la “lógica de la elección” se contrapone a la “lógica del cuidado”, el material etnográfico muestra como ambas lógicas se entrelazan y se articulan en el *cuidar(se)*.

Esta investigación pone en evidencia que el *cuidar(se)* requiere ser problematizado. No se trata solo de “empoderar” a las mujeres, de otórgales métodos anticonceptivos de forma gratuita o de realizar acciones de prevención y promoción, el *cuidar(se)* no siempre resulta eficaz, ni produce los resultados deseados o buscado por los sujetos. El *cuidar(se)* se compone de complejos procesos en los cuales se ponen en relación las economías de las emociones y de los saberes, la agencia de los sujetos y las relaciones de sujeción de unos grupos sociales por parte de otros, el reconocimiento de los derechos sexuales y la negación de las libertades personalísimas sobre sus cuerpos, entre otras tensiones.

#### **IV. La regulación de la vida en los márgenes**

Quando es madre soltera es “una luchadora” pero si cobra la asignación es “una pendeja que se embarazó a propósito”.<sup>96</sup>

No todas las mujeres están “bajo programa”, ni todas tienen que “cumplir” con los controles médicos y la escolaridad de los hijos para percibir la totalidad de una asignación económica que es de carácter universal (AUHPS). Esta clasificación está fundamentada en una gestión diferencial respecto a determinadas poblaciones construidas como *pobres*.

Los cuerpos de las mujeres de los barrios periféricos de la ciudad de Salta, son cuerpos que, desde la mirada hegemónica, se ubican en los márgenes. En los márgenes del territorio argentino, en los márgenes de lo que hegemónicamente se considera una “sexualidad responsable”, en los márgenes de un *estilo de vida saludable*.

El catalogar como “de riesgo” a estos cuerpos *marginales*, *pobres* y *femeninos*, habilita a todo un conjunto de dispositivos de intervención que permite armar perfiles poblacionales, delimitar *sectores* y *factores de riesgo* y evaluar la frecuencia de *visitas domiciliarias* en función del grado de desviación respecto a lo que se considera *saludable*.

La lógica de estos dispositivos de intervención es focalizar en los cuerpos que acumulan más *factores de riesgo*. Además de esta focalización, la gestión

---

<sup>96</sup> Compartido en las redes sociales a fines del año 2015 bajo el título “Contradicciones”.

de los cuerpos se caracteriza por prácticas fundamentadas en las nociones de prevención, promoción e integralidad de la salud.

La salud es construida como un valor supremo, por encima de otras facetas humanas como la libertad o la equidad. En estos términos quienes priorizan la libertad al cuidado de su salud, quienes sostienen prácticas consideradas “de riesgo” o no responden a la representación dominante de *lo saludable*, son responsabilizados.

La responsabilidad individual que se les exige a los sujetos es un modo de ejercer control social. En particular, la mirada sobre las *mujeres pobres* como un sujeto universal que debe asumir “conductas saludables y responsables”, oculta el contexto en el cual las prácticas anticonceptivas acontecen, un contexto signado por procesos de desigualdad social y violencias y, al mismo tiempo, oculta la heterogeneidad de experiencias, prácticas y vínculos afectivos de estas mujeres.

Al ubicar el mapa de tensiones que recorren la tesis en los barrios marginales de la ciudad, en el *interior* del país y cerca de la frontera, tensiones que se hacen visibles en los cuerpos *marcados*, es posible vincularlo con el mapa de tensiones ampliado que tiene lugar en la Argentina y en Latinoamérica.

En este otro mapa se presentan tensiones que se vinculan con las posibilidades de elegir no tener hijos/as, de elegir ser “madre soltera”, la articulación entre maternidad institucionalizada y heteronormatividad, los modos de transitar la brecha entre la iniciación sexual y el comienzo de la vida reproductiva, los derechos sobre los cuerpos para decidir interrumpir voluntariamente la gestación, las presiones del entorno cuando la mujer tiene más de 30 años y no tiene hijos, entre otras.

A pesar de los avances en derechos sexuales y reproductivos, en ambos mapas sigue siendo un desafío sostener una elección por fuera del mandato de una maternidad controlada, biológica y racional. Tanto a las mujeres que no desean tener hijos/as, que los tienen sin pareja o después de los 35 años, como a las mujeres que tienen hijos y no utilizan ningún método anticonceptivo, se las acusa de ubicarse en posiciones irracionales y extremistas. El devenir en objetos de abyección se traduce en tensiones que se producen entre ser “merecedoras” de asistencia, ser aceptadas en su contexto social y la expulsión, el estigma o el etiquetamiento.

La elección por mostrar la cotidianeidad de mujeres y varones que habitan en los barrios periféricos de una ciudad del interior de la Argentina, cercana a la frontera, respondió a dos cuestiones que se sustentan en un

posicionamiento feminista. Por un lado, la necesidad que plantea Marta Dillón de empezar a ennegrecer el feminismo, “empezar a pensar de quiénes hablamos cuando hablamos de mujeres, de qué cuerpos y qué trayectorias están siendo objetos privilegiados de la violencia...” (Dillón, *Página/12*, 18 de diciembre de 2015). Se hace visible en el mapa de tensiones que recorren la tesis que “Algunos humanos son reconocidos como menos humanos y dicha forma de reconocimiento con enmiendas no conduce a una vida viable.” (Butler, 2006:14-15).

Por otro lado, explorar el carácter conflictivo y contradictorio que implican las prácticas y saberes que hacen al *cuidar(se)* en el contexto de la vida cotidiana posibilita asumir una perspectiva del “agente encarnado” que ponga en cuestión el citado razonamiento que proviene de los organismos internacionales y se replica a nivel local: “tienen muchos hijos porque son pobres”. Reducir la explicación a la condición de pobreza es negar que existe una pluralidad de experiencias subjetivas (corporales y emocionales) que se articulan con procesos económicos, históricos y sociales que las hacen posibles.

En el marco del neoliberalismo, las políticas enfocadas en la elevada fecundidad de las mujeres *pobres*, como “problema”, presentan la anticoncepción desde una perspectiva centrada en los comportamientos y en la responsabilidad individual. En la atención a la salud sexual y reproductiva se materializan los modos de gobierno de la pobreza. Se interpela a las mujeres *pobres* como “agentes del desarrollo” y en ellas se deposita la responsabilidad de modificar sus condiciones materiales de producción y reproducción de la vida.

Al producir subjetividades “capaces” de regular su fecundidad, se deposita en las responsabilidades individuales la superación de barreras sociales, económicas y de desigualdad de género. Se hace del cuerpo *saludable* la expresión visible de la moral de un individuo (Foucault, 2005). Estos discursos a través de la promoción del autocuidado y de las elecciones autónomas moldean subjetividades.

Desde una perspectiva relacional “pero también corporal” (Esteban, 2011), el *cuidar(se)* se construye con otros, se sitúa en contextos concretos y pone en tensión aquellas normas, discursos y moralidades que moldean y producen las subjetividades. Existe una pluralidad de subjetividades que en los diferentes sectores sociales, consciente o inconscientemente, resisten, transforman, producen y reproducen las prácticas y saberes del *cuidar(se)*.

Siguiendo a Butler (2006), que la vida de estas mujeres y estos varones

sea una vida viable depende del ejercicio de una *autonomía corporal*, pero dicha autonomía “implica, ineludiblemente, navegar entre normas que son trazadas por adelantado y de forma previa a la elección personal” (Butler, 2006:21). Las subjetividades, los cuerpos, son el lugar de la agencia y, al mismo tiempo, el lugar de sujeción a las normas.

En la medida en que las prácticas corporales y las decisiones sobre los cuerpos conllevan relaciones y simbolismos sociales estas no son internas o individuales, sino interactivas y reflexivas (Connell, 1995). Es por eso que la mirada puesta en el *cuidar(se)*, en las experiencias de la vida cotidiana de mujeres y varones que habitan en los márgenes de una ciudad, es una mirada que posibilita recuperar las relaciones entre los diferentes actores significativos y la heterogeneidad de prácticas y saberes funcionando simultáneamente.

Estas experiencias, prácticas y saberes son parte de procesos individuales y de procesos colectivos. El marco social es el que da sentido y hace posible el ejercicio de una *autonomía corporal* y, al mismo tiempo, la capacidad del sujeto de auto-reconocer su autonomía está unida al apoyo social y legal. Es necesario pasar del énfasis en la autonomía como acción individual hacia abordajes y acciones políticas que den cuenta de la complejidad de la autonomía. La autonomía como resultado de una dependencia velada, donde lo individual y lo colectivo se determinan mutuamente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abu-Lughod, L. (1986): *Veiled Sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin Society*, Berkeley: University of California Press.
- Aguilar, Ma. Ángela y Ma. Eugenia Sbrocco (2009): "Transformaciones e improntas urbanas en un espacio local. El caso de Vaqueros, Salta". *Cuaderno Urbano*. Volumen 8 N° 8 (octubre de 2009) pp. 159-180.
- Aguirre, P. (2006): "Los alimentos rendidores y el cuerpo de los pobres" en Millán Fuertes, A. A. (comp.) *Arbitrario cultural: racionalidad e irracionalidad del comportamiento comensal*. Homenaje a Igor de Garine. Barcelona: La Val de Onsera. Disponible en:  
<http://www.unlp.edu.ar/uploads/docs/Los%20Alimentos%20Rendidores%20y%20el%20Cuerpo%20de%20los%20Pobres%20Patricia%20Aguirre.%20los%20alimentos%20rendidores%20y%20el%20cuerpo.pdf>
- Albizu Beristain, José L. (2014): "La violencia médica o la violencia por tu propio bien". En López García, J., Bastos, S. y M. Camus (eds.) Guatemala. *Violencias desbordadas II*. Universidad de Córdoba –Andalucía- y FLACSO Guatemala.
- Almeida Filho N., Castiel L., Ayres J. (2009): "Riesgo: concepto básico de la epidemiología". *Salud Colectiva*. 5 (3), septiembre-diciembre, pp. 323-344. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Alonso, V. (2003): "Salud reproductiva y reformas del sector salud en la Argentina: aportes y recomendaciones del diálogo nacional", Buenos Aires, CEDES, mimeo.
- Álvarez Leguizamón, Sonia (2010): *Poder y salteñidad. Saberes, políticas y representaciones sociales*. Salta: Centro Promocional de Investigaciones en Historia y Antropología.
- ..... (2009): "Una presentación desde América Latina" en Spicker, P., Álvarez Leguizamón, S. y D. Gordon (eds.), *Pobreza: Un glosario internacional*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO.
- ..... (2008): *Pobreza y desarrollo en América Latina*. Salta: EUNSA.
- .....(2005): "Los discursos minimistas sobre las necesidades básicas y los umbrales de ciudadanía como reproductores de la pobreza". En Álvarez Leguizamón, S. (comp.), *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO.
- .....(2003): *Políticas asistenciales, pobreza y representaciones sociales*. Tesis Doctoral en Antropología Social. Sevilla. Mimeo.
- ..... (2002): "La transformación de las instituciones de reciprocidad y control, del don al capital social y de la 'biopolítica' a la 'focopolítica' en *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales* (Caracas) Vol. 8, N° 1, enero-abril.
- .....(2001): "Capital social y concepciones de la pobreza en el discurso del Banco Mundial, su funcionalidad en la nueva cuestión social" en Andrenacci, Luciano (Org.) *Cuestión social en el Gran Buenos Aires* (Buenos Aires: Al Margen).

- Álvarez Leguizamón, S.; M. A. Aguilar y M. Perelman (2012): “Desigualdad urbana, pobreza y racismo: las recientes tomas de tierra en Argentina” en Carlos Fidel y Enrique Valencia Lomelí (coord.) *(Des)Encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*. Tomo 1. Buenos Aires: CLACSO-ASDI-Unqui, pp. 196-231.
- Amos, V. y P. Parmar (1984): “Challenging Imperial Feminism”, *Feminist Review*, N. 17, pp. 3-19.
- Andrenacci, L. (2009): “Notas acerca de la política asistencial en América Latina”. Revista *Cátedra Paralela* N° 6, Rosario: UNR Editora.
- Anta Félez, José Luis (1998): “Revisitando el concepto de pobreza”. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*. Vol. IV. No. 11 Enero/Abril.
- Andújar, A. (2003): “Ciudadanía y Liderazgo Femenino”, *II Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*; 24-26 de julio. Salta: UNSa.
- Anzaldúa, G. (1987): *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. San Francisco, California: Spitters/Aunt Lute.
- Arakistain, Miren (2013): “La in-corporación de la investigación: políticas de la menstruación y cuerpos (re)productivos”. *Nómadas* (Col), N° 39. Colombia: Universidad Central. pp. 233-245.
- Archenti, Nélica (1994): “Las mujeres, la política y el poder” en Maffia, D. H. y C. Kuschnir, *Capacitación política para mujeres: género y cambio social en la Argentina actual*. Buenos Aires: Feminaria Editora.
- Ariño, Mabel, Bankirer, Mónica & Sacco, Nicolás (2013): “La modernización demográfica en el largo plazo: conjeturas sobre el caso argentino”. En: Asociación de Demografía Histórica (ed.) *X Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*. Albacete, España: AEDH.
- Arisó, Olga y Rafael Mérida (2010): *Los géneros de la violencia. Una reflexión queer sobre la violencia de género*. Barcelona: Egales.
- Ase I. y J. Buriyovich (2009): “La estrategia de Atención Primaria de la Salud ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?” *Salud Colectiva*, 5(1), pp. 27-47. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Auyero, J. (2013): *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. (2004): Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), pp. 73-92. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- Barrancos, Dora (2007): “Contrapuntos entre sexualidad y reproducción”, en Torrado, S. (comp.), *Población y Bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*, T. I, Buenos Aires: Edhasa.
- Batliwala, Srilatha (1997): “El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción”. En Magdalena León (Comp.) *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo S.A.
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1999): *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- Bestard, Joan (1998): *Parentesco y Modernidad*. Barcelona: Paidós.
- .....(1996): Prólogo. En Douglas, M. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Barcelona: Paidós Studio.

- Bidaseca, Karina (2011): "Mujeres blancas buscando salvar a mujeres color café': desigualdad, colonialismo jurídico y feminismo postcolonial" en *Andamios. Revista de Investigación Social*, vol. 8, núm. 17, septiembrediciembre, pp. 61-89. Distrito Federal: Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=62821337004>.
- ..... (2010): *Perturbando el texto colonial. Los estudios (pos) coloniales en América latina*, Buenos Aires: San Benito.
- Blázquez Rodríguez, Maribel (2009): "Ideologías y prácticas de género en la atención al embarazo, parto y puerperio en el Área 12 de la Comunidad de Madrid", Tesis Doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Bodoque, Yolanda (1996): "Discursos y prácticas sobre sexualidad y reproducción. Los centros de planificación familiar", Tesis Doctoral, Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Bolufer Peruga, Mónica (2007): "Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos" en Campos, R, Montiel, L. y R. Huertas (Coord.) *Medicina, Ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Bourgois, Philippe (2009): "Treinta años de retrospectiva etnográfica sobre la violencia en las Américas" En López García, J., Bastos, S. y Manuela Camus (eds.) *GUATEMALA: violencias desbordadas*. Córdoba: Universidad de Córdoba.
- Breilh, Jaime (2003): *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Briggs, Charles L. (2005): "Perspectivas críticas en salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales". *Revista de Antropología social*. México, Vol. 14:101-124.
- Brown, Josefina L. (2008): "Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas.". *Cadernos pagu* (30) pp. 269-300.
- ..... (2008b) "Derechos (no) reproductivos y sexuales, Religión y Política. Notas para pensar la influencia del catolicismo en el debate por los derechos de las mujeres en Argentina", *Zona Franca*, año XVI (17). pp. 46 – 56. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- ..... (2007): *Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra. Lo público y lo privado puestos en cuestión*. Tesis de maestría, Buenos Aires: FLACSO.
- Browner, Carole y Sargent, Carolyn (1996[1990]): "Anthropology and Studies of Human Reproduction". En Sargent, C. y T. Johnson. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, pp. 219–234.
- Butler, Judith (2009): "Performatividad, precariedad y políticas sexuales" *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. [www.aibr.org](http://www.aibr.org). Volumen 4, Número 3. Septiembre-Diciembre. pp. 321-336. Madrid: Antropólogos Iberoamericanos en Red.
- ..... (2008) "Entrevista con Judith Butler: 'el género es extra moral'" en *Revista Barcelona Metròpolis* [en línea] (Junio-Septiembre 2008) Consultado el 2 de enero de 2013. Disponible en:

<http://w2.bcn.cat/bcnmetropolis/arxiu/es/paged39d.html?id=21&ui=7>

- .....(2007): *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- ..... (2006): *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- ..... (2002): *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- .....(2002b): "Críticamente subversiva" en Mérida Jiménez, Rafael (ed.), *Sexualidades Transgresoras. Una antología de estudios queer*, Barcelona: Editorial Icaria, pp. 55-79.
- Cadoret, Anne (2003): *Padres como los demás. Homosexualidad y parentesco*. Barcelona: Gedisa.
- Caggiano, Sergio (2007): "Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción". *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, mayo, número 28. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, pp. 93 – 106.
- Campagnoli, Mabel A. (2008): "Al filo de la ley: el debate de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673 – Argentina) como tecnología de género" En Kathya Araujo y Mercedes Prieto (Eds.): *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Quito: FLACSO.
- Campana, Melisa (2010): "La asistencialización de la salud pública. La Atención Primaria de la Salud en el municipio de Rosario". [En línea] Tesis de doctorado. Doctorado en Trabajo Social, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Disponible en: <http://www.fcpolit.unr.edu.ar/wp-content/uploads/MelisaCampana-TESIS-DOCTORAL-2010.pdf>
- Carby, Hazel V. (1982): *White Woman Listen! Black Feminism and the Boundaries of Sisterhood*. Disponible en: <http://jan.ucc.nau.edu/~sj6/carby%20white%20woman%20listen.pdf>.
- Castiel, L. D. Y C. Alvarez-Dardet (2010) *La Salud Persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- .....(2007) "La salud persecutoria". *Saúde Pública*; 41(3). pp. 461-466.
- Castro Pérez, Roberto (2000): *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, I., M. L. Esteban, A. Fernández de Garaialde, M. L. Menéndez, I. Otxoa, M.C. Saiz (2008): "No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista" Ponencia presentada en las *IV Jornadas Feministas de Euskal Herria* (Portugalete, 12-13 de Abril de 2008). Disponible en: <http://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin%20ECOS/Boletin%2010/PONENCIA-CUIDADOS.pdf>
- Chapela Mendoza M. C. (2007): "Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria" en Jarillo Soto E. C, Guinsberg E. (eds) *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.

- Chatterjee, P. (1986): *Nationalist Thought and the Colonial World: A Derivative Discourse?* Londres: Zed Books.
- Checa, S. y C. Erbaro (2001): "Cuerpo y Sexualidad en Mujeres Adolescentes". *IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. 8, 9 y 10 de agosto. Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Chodorow, Nancy (1984): *El ejercicio de la maternidad*, Barcelona: Ed. Gedisa,
- Ciriza, Alejandra (2007): "En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas de la abstracción del cuerpo real y el derecho a decidir" En Hoyos Vásquez, Guillermo, *Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Citro, Silvia (2009): *Cuerpo Significantes. Travesías por los rituales tobas*. Buenos Aires: Biblos.
- Collier, J., M. Rosaldo y S. Yanagisako (1997): "Is there a family? New anthropological views", en Lancaster y Di Leonardo (orgs.), *The Gender / Sexuality Reader*. Nueva York, Routledge, 71-81.
- Comelles, Josep María (1998): "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Trabajo social y salud*, N° 29, Marzo, pp. 135-150. Zaragoza.
- ..... (1997): "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual". III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud, Teruel, España. Documento en línea: <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm> (Consultado: 2011, mayo 03)
- ..... (1989): "Ve no se donde, trae no se qué. Algunas reflexiones sobre el trabajo de campo en antropología de la salud". *Arxiu D' Etnografia de Catalunya*. 7. pp. 205-235.
- Connell, R. W. (1995): "Men's Bodies". En Connell, R. W. *Masculinities*. Oxford/Cambridge: Polity Press, pp. 45-67.
- Coria, C. (2001): *El amor no es como nos contaron... Ni como lo inventamos*, Buenos Aires: Paidós.
- Crawford, Robert (1999) Usted es un peligro para la salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima. En: De la Cuesta C. (comp.). *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; pp. 47-77.
- ..... (1994) "The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS." En: *Social Science & Medicine*. May: 38 (10):1347-65.
- ..... (1980) "Healthism and the medicalization of everyday life". *International Journal of Health Services*: 10, pp. 365-388.
- Csordas, T. J. (1994): *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Czeresnia D. (2008): El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción en Czeresnia D, Machado de Freitas C. (comp.) *Promoción*

*de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

- De Keijzer, Benno (2003): "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina", en Cáceres, Carlos et al. (coords.) *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina.* Lima, Perú: International Forum for Social Sciences in Health y Universidad Peruana Cayetano Heredia. pp. 137-152.
- Del Río Fortuna, Cynthia (2009): "Elecciones en anticoncepción quirúrgica: una mirada sobre la relación entre la técnica y la persona" en *Runa XXX*, (1), pp. 79-95, Buenos Aires: FFyL – UBA.
- .....(2007): *El acceso a la ligadura tubaria: un estudio antropológico de la política pública de la ciudad de Buenos Aires en "derechos sexuales y reproductivos" a partir del caso.* Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- .....(2006): "Más allá (o más acá) de la ley: sentidos y prácticas en torno a los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires". En: *Actas del VIII Congreso Argentino de Antropología Social: Globalidad y diversidad: tensiones contemporáneas.* Salta, 19 al 22 de septiembre. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta.
- ..... (2004): "El proceso reproductivo en los ritos populares: dimensiones sociales significativas". En *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* N° 35. Mayo – Junio.
- Del Río Fortuna, Cynthia y Luciana Lavigne (2009): "Las sexualidades en el campo del derecho: un análisis antropológico de las políticas públicas en la ciudad de Buenos Aires, Argentina". En *VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR: "Diversidad y Poder en América Latina"*. Universidad Nacional de San Martín/Instituto de Altos Estudios Sociales.
- Del Río Fortuna, Cynthia; País Andrade, Marcela y Miranda, González Martín (2013): Políticas y género en Argentina. Aportes desde la antropología y el feminismo. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 5; Universidad de Salamanca; pp. 54 – 65.
- Di Marco, Graciela (2003): "Relaciones de Género y de Autoridad" En: *Las Relaciones Familiares del autoritarismo a la democratización.* Buenos Aires: UNSAM.
- ..... (1997): "Las mujeres y la política en los '90", En: *Madres y Democratización de las Familias en la Argentina Contemporánea.* Buenos Aires: Biblos.
- Donchin, A. (2001): "Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles", *Journal of Medicine and Philosophy.* 26 (4), pp. 365- 386.
- Donzelot J. (1998): *La policía de las familias.* Valencia: Pre-Textos.
- Douglas, M. (1996): *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales,* Barcelona: Paidós Studio.
- Dudgeon, M. y M. Inhorn (2004): "Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives", En *Social Science and Medicine.* (59):1379 a 1395.

- Durand T, Gutiérrez M. A. (1998): Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos. En: *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP.
- Epele, María (2013): “El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica ‘políticamente correcta” en *Cuadernos de Antropología Social* N° 38, pp. 7-31, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- ..... (2012): “Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização”. *Mana*. 18(2): pp.247-268.
- ..... (2010): *Sujetar por la herida: Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Escobar, Arturo (1995): *Encountering Development— The Making and Unmaking of the Third World*. New Jersey: Princeton University Press.
- Esteban, Mari Luz (2011): *Crítica del pensamiento amoroso*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- .....(2009): “Cuerpos y políticas feministas” Ponencia presentada en las *Jornadas Estatales Feministas de Granada* (5-7 de diciembre de 2009), en la mesa redonda “Cuerpos, sexualidades y políticas feministas”. Documento en línea: [http://www.caps.cat/images/stories/Mari\\_Luz\\_Esteban\\_cuerpos.pdf](http://www.caps.cat/images/stories/Mari_Luz_Esteban_cuerpos.pdf) (Consultado: 2012, marzo 03)
- .....(2007): “Desafíos teórico-metodológicos del cuerpo. Nuevas aproximaciones desde el feminismo” en Campos, R, Montiel, L. y R. Huertas (Coord.) *Medicina, Ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- .....(2006): El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud colectiva* [online]. 2006, vol.2, n.1, pp. 9-20.
- ..... (2004): *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- ..... (2003): “Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución” en SARE, *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Euskadi, España: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.
- ..... (2000): “La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil” En Perdiguero E. y J.M. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Fassin, Didier (2004): “Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud”. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, pp. 238-318.
- ..... (2003): “Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia”. *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp. 49-78. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- Fassin, Didier y A. C. Defossez (1992): "Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur". *Cahiers de sciences humaines*. 28 (1).
- Felitti, K. (2009) "Derechos reproductivos en la Argentina actual: un análisis desde la historia" En IV Curso internacional Fomentando el Conocimiento de las Libertades Laicas. México, D.F. Disponible en: <http://www.libertadeslaicas.org.mx/index.php/cursos/trabajos-de-participantes-iv-curso>
- Ferrándiz Martín, F. Y C. Feixa Pampols (2004): "Una mirada antropológica sobre las violencias" En *Revista Alteridades*. 14 (27): pp. 149-163.
- Figueroa-Perea, Juan G. (1998): "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1):87-96.
- Figueroa-Perea, J. G. y V. Sánchez (2000): "La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto", en *Papeles de Población*, revista del Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados de la Población de la Universidad Autónoma del Estado de México, año 6, núm. 25, pp. 59-82.
- Fonseca, Claudia (2007): "Desigualdades cerca y lejos: Adopción Internacional desde la perspectiva de las Favelas Brasileñas". En Pablo Rodríguez e Maria Emma Mannarelli, *Historia de la Infancia en América Latina*. Bogotá. Bogota: Universidad Externado de Colombia. pp. 503-534.
- ..... (2000): *Família, fofoca e honra: Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre, Brazil: Editora UFRGS.
- Foucault, Michel (2007 [1978-1979]): *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ..... (2005): *La hermenéutica del sujeto*. Curso del Collège de France (1982). Madrid: Akal.
- ..... (2004 [1963]): *El Nacimiento de la Clínica*, Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- ..... (2000): *Defender la sociedad*. Curso del Collège de France (1975-1976), Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- ..... (1996): *Genealogía del Racismo*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- ..... (1990): "La voluntad de saber" en *Historia de la Sexualidad*, Vol. I. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- ..... (1979): "Nacimiento de la Medicina Social" en *Microfísica del poder*, 2a. ed., Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Fraser, Nancy (1997): *Iustitia Interrupta: Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Santafé de Bogotá: Siglo del hombre Ediciones, Universidad de los Andes.
- Galeano, Diego (2007): "Mens sana in corpore sano: José M. Ramos Mejía y la medicalización de la sociedad argentina". *Salud Colectiva*, 3(2). pp. 133-146. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Galende, Eduardo (2008): "Debate cultural y subjetividad en salud" en Spinelli, H. (compilador), *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.

- Godoy Lorite, Ildefonso (2011): "Salud no tiene plural. De la jerarquización del género a la estabilización del sexo." En *Actas del III Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*. Num. 3. Sevilla, España. Universidad de Sevilla. pp. 737-758.
- González García, G. (2006): "Prólogo" en Cappuccio M. S., Schufer M. L. (Coord.) *Conocimientos y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución*. Estudio Colaborativo Multicéntrico - Año 2004 Sobre Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente – CONAPRIS.
- Gramsci, Antonio (2003): *Cartas desde la cárcel. 1926 – 1937*. México D.F.: Ediciones Era/ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Granzow, K. (2010): 'De-constructing 'choice': The social imperative and women's use of the birth control pill', *Culture, Health & Sexuality*, 9:1, pp. 43 – 54.
- Grassi, Estela (2003): *Política y cultura en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Tomo II. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- ..... (2002): "En torno a la exclusión social: ¿De qué integración hablamos?" *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM*, Año VII, N° 21. Noviembre.
- Grimberg, Mabel (2009): "Sexualidad, experiencias corporales y género: un estudio etnográfico entre personas viviendo con VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina" *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.25, N° 1.
- .....(1999): "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH/SIDA en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires". *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 75, pp. 65-76.
- Grimson, Alejandro (2006): "Nuevas xenofobias, nuevas políticas étnicas en la Argentina". En Grimson, Alejandro y Jelin, Elizabeth (comps.) *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Goffman, Erving (1995) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guasch, Oscar (2008): "Género, masculinidad y edad" en A. Téllez y J. E. Martínez (coords.) (2008) *Investigaciones antropológicas sobre género: de miradas y enfoques*. Elche, Seminario Interdisciplinar de Estudios de Género (SIEG), Universidad Miguel Hernández de Elche, pp. 43-54.
- Guber, Rosana (2009): *El Salvaje Metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- ..... (2001): *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Gutiérrez, Ma. Alicia y Teresa Durán (1998): "Tras las huellas de un porvenir incierto". En: AAVV, Avance en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP.
- Gutiérrez, María Alicia (2009): "Voces polifónicas: sexualidades e identidades de género. Debate con el fundamentalismo religioso" En VIII *Jornadas*

*Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Septiembre. Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- ..... (2000): "Mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres". En Abregú y Ramos (Eds.) *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*. Buenos Aires: CEDES/CELS.
- Gutmann, Matthew, (2004): "Hombres carnales: Las políticas somáticas de la salud reproductiva masculina", *Maguaré*, No.18, pp.221-240
- Harcourt, Wendy (2011): *Desarrollo y políticas corporales*. Debates críticos en género y desarrollo, Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- .....(2005): Reflexiones sobre el movimiento global por los derechos de las mujeres. *Anuario de Movimientos Sociales 2005*. Disponible en: [www.hegoa.ehu.es/congreso/bilbo/cas/4-docu.htm](http://www.hegoa.ehu.es/congreso/bilbo/cas/4-docu.htm).
- Hernández Castillo, Rosalva Aída (2008): "Feminismos poscoloniales: reflexiones desde el sur del Río Bravo." En: Suárez Navaz, L. y R. A. Hernández Castillo (Eds.) *Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes*. Madrid: Cátedra.
- Haro Encinas, J. A. (2000): "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", en Perdiguero, E.; Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 101-161.
- Herrando, A. L. (2015): *Consejerías en salud sexual y reproductiva: facilitadores y obstáculos para su implementación en el primer nivel de atención de la Ciudad de Salta*. Becas Carillo – Oñativia. Buenos Aires: Comisión Nacional de Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Hirsch, Silvia y Marcela Amador Ospina (2011): "La maternidad en mujeres jóvenes guaraníes del norte argentino. Encrucijadas de la familia, la salud pública y la etnicidad". En Felitti, K. (coord.) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: CICCUS.
- Hirsch, Jennifer S. and Nathanson, Constance A. (1998): "Demografía informal: cómo utilizar las redes sociales para construir una muestra etnográfica sistemática de mujeres mexicanas en ambos lados de la frontera." *Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano*, México, D.F: El Colegio de México 12(1&2): 177-99.
- Hooks, Bell (2004): "Mujeres negras. Dar forma a la teoría feminista". En Hooks et. Al, *Otras inapropiables*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Huggins, M. (2002): "Género, participación, empoderamiento y control social" en Costas, A. et. Al, *Saúde, Equidade e Género: um desafio para as políticas públicas*. Brasilia: Editora Universidad de Brasilia.
- Huamán Andía, Bethsabé (2008): "Concepción y construcción del cuerpo de hombres y mujeres, sexualidad, género y poesía". *La manzana. Revista Internacional de Estudios sobre Masculinidades*. Vol. III N° 6. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Disponible en: <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/num6/index.html>
- Ignaciuk, A. (2009): "Anticoncepción, aborto y género: aportaciones desde los estudios de género en la historia y en las ciencias sociales". *Eä – Revista*

- de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*. Instituto Argentino de Estudios en Salud, Sociedad, Ciencia y Tecnología; 1(2): 1-25.
- INDEC (2010): *Censos Nacionales de Población, Hogares y Vivienda 2010*. Buenos Aires: INDEC.
- Jabardo Velasco, Mercedes (2008): "Desde el feminismo negro, una mirada al género y la inmigración" En Suárez, L. Martín, E. y R. A. Hernández, *Feminismos en la Antropología: nuevas propuestas críticas*. XI Congreso de Antropología de la FAAEE. Donostia: ANKULEGI antropologia elkarte.
- Jimeno, Myriam (2004): *Crimen pasional: contribución a una antropología de las emociones*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- ..... (2002): "Crimen pasional: con el corazón en tinieblas". *Serie Antropología*, Brasilia. Disponible en: <http://vsites.unb.br/ics/dan/Serie323empdf.pdf>
- Juliano, Dolores (2011): "Introducción. Cultura y sexualidad" En Villalba Augusto, C. y N. Álvarez Lucena (Coords.), *Cuerpos políticos y agencia. Reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad*. Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Kabeer, N. (1998): *Realidades trastocadas: Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. México D.F.: Paidós.
- Kleinman, Arthur y Hanna, Briget (2008): "Catastrophe, Caregiving and Today's Biomedicine". *Biosocieties*, 3: 287-301.
- Kliksberg, Bernardo (1994): Pobreza: un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial. México: Fondo de Cultura Económica, CLAD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Laqueur, Thomas (1994): *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Larrea, C. y M. L. Barreto (2006): "Salud ambiental urbana: aproximaciones antropológicas y epidemiológicas sobre la evaluación de un programa de alcantarillado en un contexto de grandes desigualdades sociales" en *Quaderns*. Núm. 22: Antropología médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales. Institut Català d' Antropologia.
- Laurell, A. C. (2002): "Globalización y reforma del Estado" En Costas, A. et. Al, *Saúde, Equidade e Género: um desafio para as políticas públicas*. Brasilia: Editora Universidad de Brasilia.
- Lázaro Castellanos, Rosa (2014): *Migración Circular de Trabajadoras de México a Canadá y Estados Unidos: una Aproximación Antropológica Interseccional*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/287159>.
- Leal, Ondina F. (1995): Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas. En *Corpo e Significado: Ensaio de Antropologia Social*. Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS.
- Leal, O. F. & Boff, A. (1996): "Insultos, Queixas, Sedução e Sexualidade: Fragmentos de Identidade Masculina em uma perspectiva relacional",

- en Parker, R. & Barbosa R. M. (org.) *Sexualidades Brasileiras*, pp 119-136. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Leal, O. F. & Fachel, J. (1995): "Male reproductive culture and sexuality in South Brazil: combining ethnographic data and statistical analysis", trabajo presentado al *Seminar on Fertility and the cycle in the era of fertility decline*, 13-16 noviembre. Zacatecas, México: SOMEDE-IUSSP.
- Leavy, Pia (2014): "La lógica del cuidado en estrategias sanitarias destinadas a la población materno infantil" En *Século XXI, Revista de Ciências Sociais*, v.4, no 2, jul./dez. pp. 242-268.
- ..... (2011): "Soy un factor de riesgo". Un estudio desde la antropología de la niñez sobre la implementación de políticas públicas sociosanitarias en el Departamento de Orán, Salta". En Adad, L. y A. Villafañe (coord.) *III Jornadas Antropología Social del Centro bonaerense "Redefiniciones y continuidades: debates desde la antropología"*. Tandil: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Ledesma Prietto, N. F. (2014): "Eugenesia y revolución sexual: El discurso médico anarquista sobre el control de la natalidad, la maternidad y el placer sexual. Argentina, 1931-1951" [en línea]. Tesis de posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.997/te.997.pdf>.
- Levín, Silvia (2010): "Dilemas de ciudadanía en democracia: ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?" En: *Labrys-Estudios Feministas*, Enero-Junio. Disponible en: <http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys17/droits/silvia.htm>
- ..... (2009): "Paradojas de ciudadanía y conflictos de género en la política pública argentina. La política de Salud Sexual y Procreación Responsable". En *Temas y Debates*. Año 13, número 18. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Lins Ribeiro, G. (1989): "Descotidianizar: extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica". En *Cuadernos de Antropología Social*, V.2, N°1. ICA. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Lorente, Maite (2005): "Diálogos entre culturas: una reflexión sobre feminismo, género, desarrollo y mujeres indígenas kichwuas." Universidad Complutense: Instituto Complutense de Estudios Internacionales, ICEI; 1. <http://eprints.ucm.es/11849/1/PP01-05.pdf>
- Lorenzetti, Mariana (2012): "Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud" En *Estudios en Antropología Social*. Vol. 2 - No 1. Buenos Aires: CAS/IDES.
- ..... (2007): "Del 'capital social' a la 'culturalización de la pobreza': la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena". *4tas Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires. Publicación en CD. ISBN 978-950-29-1006-2.

- Lo Vuolo, R.; Barbeito, A.; Pautassi, L. y C. Rodríguez (1999): *La pobreza de la política contra la pobreza*. Buenos Aires: Mino y Dávila Editores.
- Lurbe i Puerto, K. (2005): “La enajenación de los otros. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y en Paris.” Tesis doctoral. Disponible en: [http://www.tdx.cesca.es/TESIS\\_UAB/AVAILABLE/TDX-0718106-135329//klp1de1.pdf](http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0718106-135329//klp1de1.pdf).
- Lyon Margot y J. M. Barbalet (1994): “Society’s Body: emotion and ‘somatization’ of social theory” En Csordas, T. (ed.) *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Nueva York: Cambridge University Press. pp. 48-66.
- Mahmood, Saba (2008): “Teoría Feminista y el agente dócil: algunas reflexiones sobre el renacimiento islámico en Egipto” En: Suarez, L. y R. A. Hernández, *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes*, Madrid: Cátedra.
- Maquieira, Virginia (2001): “Género, diferencia y desigualdad” En Beltran E. y V. Maquieira, *Feminismo: Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Ed. Alianza, pp. 159-190.
- Marcús, Juliana (2006): “Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad”. *Revista Argentina de Sociología*, Consejo de Profesionales en Sociología, Buenos Aires, Argentina, noviembre-diciembre, año/vol.4, número 007:110-119.
- Martin, Emily (1999): “*The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles*” Reviewed work(s): *Signs*, Vol. 16, No. 3 (Spring, 1991), pp. 485-501. The University of Chicago Press.
- Martín Casares, Aurelia (2008): *Antropología del Género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Martinich, Ivón (2008): *La salud sexual y reproductiva en jóvenes en alto riesgo social en un sector periférico de Salta*. Becas Carillo – Oñativia. Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Menéndez, Eduardo L. (2009): “De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas.” *Salud Colectiva*, 5 (2). Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- ..... (2009b): *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- ..... (2005): “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos” en *Revista de Antropología Social*. 14. pp. 33-69.
- ..... (2003) “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en *Revista Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1):185-207.
- .....(2002): “El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico”. *Revista de Antropología Social*. 11 (2002) 39-87.

- ..... (2001): "Biologización y racismo en la vida cotidiana", *Alteridades* N° 21, pp. 5-39, México.
- ..... (1998): "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios sociológicos*. Enero – Abril.
- ..... (1994): "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83.
- ..... (1992): "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la antropología médica", en Mercado, F. (ed.) *Familia, Salud y Sociedad*. México: Universidad de Guadalajara - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de Sonora/Instituto de Salud Pública, pp. 131-162.
- ..... (1984): *Modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud*. México: Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social.
- Meng, Griselda (2006): "Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable argentina: ¿una política de género?" en Petraci, M. y S. Ramos (Comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES.
- Midaglia, C.; Castillo, M. y G. Fuente (2012): "El papel de los nuevos ministerios sociales en la región" En: Fidel, C. y E. Valencia Lomeli, *(Des)encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; Centro de Desarrollo Territorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010): *Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. Documento de trabajo. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- ..... (2005): *Argentina Salud*, Publicación del Plan Federal de Salud, 1 (2).
- Mol, Annemarie (2008): *The Logic of Care. Health and the problem of Patient Choice*, London and New York: Routledge.
- Nari, Marcela (2004): *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.
- ..... (1996): "Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico, 1890-1940" en Lobato, M. Z. (editora) *Política, médicos y enfermedades*. Lecturas de Historia de la Salud en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Narotzky Susana (1998): "La sexualidad procreadora de las mujeres: representaciones melanesias". *Endoxa* vol.10, pp. 351- 362
- ..... (1995): *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Monografías 14. Consejo superior de Investigaciones Científicas. Madrid, España.
- Nievas, F. (1998): *El control social de los cuerpos*. Buenos Aires: Eudeba.

- Mohanty, Chandra Talpade (2008): “Bajo los ojos de Occidente: academia feminista y discursos coloniales”, En: Suárez Navaz, L. Y Hernández, R. (eds.) *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*, Madrid: Cátedra.
- Oliva Portolés, Asunción (2004): “Feminismo postcolonial: la crítica al eurocentrismo del feminismo occidental”. En *Series del Instituto de Investigaciones Feministas: Cuaderno de Trabajo*. Abril. N° 6. pp. 1-27.
- OMS (2008): *Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Organización Mundial de la Salud, DC.
- Onocko Campos, R. T. y G. Wagner de S. Campos (2006): “Co-construção de autonomia: o sujeito em questão” En Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM (organizadores) *Tratado de Saúde Coletiva*; Fiocruz: Editora Hucitec.
- Ordoñez, Jaime (2000): “Los derechos fundamentales como referente del paradigma de ciudadanía civil y de la definición de la frontera de exclusión social” en Cacitua, E.; Sojo, C. y Davis, Shelton (eds.) *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe* Costa Rica: FLACSO/Banco Mundial.
- Osorio, Rosa María (1999): *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS-INAH-INI.
- Otero, Hernán (2004): “La transición demográfica argentina a debate: una perspectiva espacial de las explicaciones ideacionales, económicas y político-institucionales”. Hernán Otero (dir.), *El mosaico argentino*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Pantelides, Edith A. (1997): “Diferenciales de fecundidad en la transición demográfica”. En: *Poblaciones Argentinas. Estudios de Demografía Diferencial*, Tandil, Argentina: PROPIEP.
- ..... (1989): *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX*. Buenos Aires: CENEP, Cuaderno del CENEP N° 41.
- .....(1983): “La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo”. *Desarrollo Económico* (Buenos Aires), vol. 22, No 88, pp. 511-534.
- Pantelides, Edith A. y S. Mario (2011): “Análisis regional de los determinantes próximos de la fecundidad en la Argentina.” En *XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Neuquén, 21-23 de octubre: AEPA.
- Pautassi, L., Arcidiácono, P. y M. Straschnoy (2014): “Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina” *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 50, Quito, septiembre 2014, pp. 61-75. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador.
- Pecheny, Mario (comp.) (2008): *Todo sexo es político*. Buenos Aires: Libros del zorzal.
- Pérez Declercq, A. (2014): “La fecundidad elevada como factor de riesgo: una cuestión moral y política” en Buliubasich, E. C. y V. F. Marquez, *1ras Jornadas regionales de Antropología del NOA y 3ra Jornadas internas de la carrera de Antropología*. Salta: Universidad Nacional de Salta.

- ..... (2012): "Promoción de la autonomía en salud reproductiva: las mujeres pobres en el punto de mira" en Vázquez Bermúdez, I. (coord.), *Investigación y género. Inseparables en el presente y en el futuro*, Edición Digital@tres, Universidad de Sevilla, pp.1493-1508.
- ..... (2010): *Práctica de los agentes de salud frente a usuarias/os que buscan regular su fecundidad*. Salta: EUNSA.
- Petchesky, Rosalind. (1995): "The Body as Property: A Feminist Re-vision." In *Conceiving the New World Order: The Global Politics*.
- Petracci, Mónica (2007): "Opinión pública sobre interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América Latina". *Hoja Informativa* n° 1, abril 2007. Disponible en: [www.despenalizacion.org.ar](http://www.despenalizacion.org.ar)
- Pizza, Giovanni (2005): "Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, 'capacidad de actuar' (agency) y transformaciones de la persona". *Revista de Antropología Social*. 14. pp.15-32.
- PNSSyPR y AMADA (2014): *MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Guía práctica para profesionales de la salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- PNUD (1992): *Desarrollo humano. 16 preguntas y respuestas*. Santiago de Chile: PNUD.
- .....(1990): *Definición y medición del desarrollo humano. Informe sobre Desarrollo Humano*, PNUD, Madrid: Mundiprensa Libros S.A.
- Poovey, Mary (1992): "The Abortion Question and the Death of Man." en Butler, J. y Scott, J. (ed.): *Feminists Theorize the Political*, Routledge, Chapman and Hall, Inc, USA: pp. 239-56.
- Portocarrero, Patricia (1990): "Mujer en el Desarrollo: Historia, Límites y Alternativas" en *Mujer en el desarrollo: Balance y Propuestas*. Lima: P. P. Editora.
- Pozzio, María (2011): *Madres, mujeres y amantes: usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Pucciarelli, A. (1998): "¿Crisis o decadencia? Hipótesis sobre el significado de algunas transformaciones recientes de la sociedad argentina". *Sociedad*. 1998; 12-13:5-36.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y D. Szulik (2001): *Los médicos frente a la anticoncepción y al aborto ¿una transición ideológica?*. Buenos Aires: CEDES.
- Rifiotis, T. (2007): "Direitos humanos: sujeito de direitos e direitos dos sujeitos" En Silveira, M. R. G. et al. *Educação em direitos humanos: fundamentos teórico-metodológicos*. João Pessoa: Editora Universitária, p. 231-244.
- Rivas San Martín, Felipe (2011): "Lo normal no tiene nombre: heterosexualidad, heteronormatividad y disidencia sexual". Disponible en: <http://depunosydientes.blogspot.com/2011/07/lo-normal-no-tiene-nombre.html>
- Rocchietti, Ana María (2000): *La cultura como verdad: pobreza latinoamericana Nómadas* (Col) [en línea] (Sin mes): [Fecha de consulta: 2 de marzo de 2015] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105115263005>

- Romero, María Aurora (2010): "La politización de la vida en las sociedades de normalización en la obra de Michel Foucault." En *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.
- Rose, N. (2007): "¿La muerte de lo social?: Re-configuración del territorio de gobierno" *Revista Argentina de Sociología*, ene/jun. vol.5, no.8.
- ..... (1997): "El gobierno en las democracias liberales "avanzadas": Del liberalismo al neoliberalismo" en *Revista Archipiélago*, 29, 25-40.
- Rostagnol, S. (2003): "Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos". En: *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2002-2003*, S. Romero (comp.) Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación/Ed. Montevideo Nordam, [http://www.unesco.org.uy/shs/docspdf/anuario2002/articulo\\_03.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/docspdf/anuario2002/articulo_03.pdf)
- Rozas Pagaza, Margarita (2004): "Tendencias teórico-epistemológicas y metodológicas en la formación profesional" en Molina, L. *La cuestión social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Santillán, Laura (2009): "Antropología de la crianza: la producción social de "un padre responsable" en barrios populares del Gran Buenos Aires" *Etnográfica* [Online], vol. 13 (2). Disponible en: <http://etnografica.revues.org/1320>.
- Schell, Karina (2012): *Salud Sexual y Reproductiva ¿una cuestión de mujeres? Factores psicosociales intervinientes en las decisiones sexuales y reproductivas de varones y mujeres de barrios periféricos de la ciudad de Salta*. Becas Carillo – Oñativia. Buenos Aires: Comisión Nacional de Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Scheper-Hughes, Nancy (1997): *La Muerte Sin Llanto. Violencia y Vida Cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Scheper-Hughes, Nancy and Lock, Margaret (1987): "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 1. pp. 6-41.
- Schiavani, L. y L. Fretes (2010): "Cuerpos innombrables y cuerpos nominados. Perspectiva de las usuarias y del equipo de salud en el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable", en Citro, S. (coord.), *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos.
- Schwarz, Patricia (2009): "Pensar la maternidad como desafío teórico, histórico y político. Un análisis de las conceptualizaciones de la teoría de género sobre la maternidad". En actas del *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología.
- Scribano, Adrián y Gabriela Vergara (2009): "Feos, sucios y malos: la regulación de los cuerpos y las emociones en Norbert Elías". *Revista Caderno*

- CRH, Universidade Federal da Bahia. V.22 N°56. Maio/Agosto. pp.411- 422.
- Segato, Rita (2010): *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. 2ª ed. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Sherwin, Susana (1996): "Hacia una ética feminista del cuidado de la salud". En: CAREAGA, Gloria; FIGUEROA, Juan G. & MEJÍA, María C. *Ética y Salud Reproductiva*. México: PUEG/Porrúa.
- Simón, Gabriela (2005): *Hacer(se) un cuerpo. Una aproximación semiótica a narrativas del cuerpo en semanarios de la Argentina de los '90*. San Juan: Universidad de San Juan.
- Spicker, P., Álvarez Leguizamón, S. y D. Gordon (eds.) (2009): *Pobreza: Un glosario internacional*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO.
- Spivak, Gayatri Chakravorty. (2003[1988]): "¿Puede hablar el subalterno?" Trad. Díaz G., Antonio en *Revista Colombiana de Antropología*. Volumen 39, enero-diciembre. pp. 297-364.
- Stolcke, Verena (2010): "¿Qué tiene que ver el género con el parentesco?" en Fons, Virginia, Piella, Anna y Valdés, María (Eds.), *Procreación, crianza y género. Aproximaciones antropológicas a la parentalidad*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, pp. 319-334.
- ..... (2003): "La mujer es puro cuento: la cultura del género". *Quaderns* Barcelona: Institut Català d' Antropologia, 19:69-95.
- ..... (2000): "¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad?" en *Política y Cultura*, 14, México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Suárez, L. Martín, E. y R. A. Hernández (2008): *Feminismos en la Antropología: nuevas propuestas críticas*. Donostia: ANKULEGI antropologia elkarte.
- Suárez, L. (2008): "Colonialismo, Gobernabilidad y Feminismos Poscoloniales" En: Suarez, Liliana y Rosalva Aida Hernández, *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes*, Madrid: Cátedra.
- Svampa, Maristella (2005): *La sociedad excluyente: la Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.
- Tajer, D. (2002): "Generando la Reforma" en Costa et. Al.: *Saúde, equidade e gênero: un desafio para as políticas públicas*, Brasilia: Editora Universidad de Brasilia.
- Tarducci, Mónica (2005): "La Iglesia y los Encuentros Nacionales de Mujeres". *Estudios Feministas*, Vol. 13, n° 2, Florianópolis-SC.
- Taussig, M. (1995): "La reificación y la conciencia del paciente" en *Un gigante en convulsiones*, Barcelona: Gedisa; pp. 110-143.
- Tenti Fanfani, Emilio (1989): *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención*. Tomo I y II. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Tronto, Joan (1994): *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. London: Routledge.

- Torrado, Susana (2003): *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: de la Flor.
- ..... (1993): *Procreación en la Argentina. Hechos e Ideas*. Buenos Aires: de La Flor.
- Uribe Oyarbide J. M. (1994): "Espacio y Tiempo en Atención Primaria de Salud". *REIS: Revista Española de investigaciones Sociológicas*; julio – septiembre (67):133-164.
- Valdes, Teresa y José Olavarria (ed.) (1998): *Masculinidad/es: poder y crisis*, Cap. 2, ISIS FLACSO: Ediciones de las Mujeres N° 24, pp. 31-48.
- Van Dijk, Teun A. (2009): *Discurso y poder. Contribuciones a los Estudios Críticos del Discurso*. Traducción de Alcira Bixio. Barcelona: Gedisa editorial.
- Vaggione, Juan M. y Daniel Jones (2015): "Religiones y políticas sexuales: iglesias católicas y evangélicas frente al 'matrimonio homosexual' en Argentina". En Gutiérrez-Martínez, D. y K. Felitti (coords.) *Diversidad, sexualidades y creencias. Cuerpo y derecho en el mundo contemporáneo*. Buenos Aires: Prometeo Libros y El Colegio Mexiquense.
- Villa, A. (1998): "Haciendo visible a los varones en las relaciones de género", *Revista Sexualidade, gênero e sociedade*, N. 7 y 8, Programa de Estudos e pesquisas em sexualidade, gênero e sociedade-IMS/UERJ, Rio de Janeiro, Abril.
- Villarreal, Juan (1996): *La exclusión social*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Viveros Vigoya, Mara (2009): "La esterilización masculina: ¿Un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. No.1, pp.11-29.
- ..... (2008): "La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual". En Gloria Careaga, *Memorias del 1er. Encuentro Latinoamericano y del Caribe. La sexualidad frente a la sociedad*. México. pp. 168-198. <http://www.ilef.com.mx/memorias%20sexualidad.%20lilia%20monroy.pdf>.
- ..... (2006): "Políticas de sexualidad juvenil y diferencias étnico-raciales en Colombia: reflexiones a partir de un estudio de caso". *Estudios Feministas*, 14(1), 149. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2006000100009>
- ..... (1999): "Orden corporal y esterilización masculina" En Viveros Vigoya, Mara et. al. (Eds.) *Cuerpo, diferencia y desigualdades*. Santafé de Bogotá: Centro de Estudios Sociales - Universidad Nacional de Colombia.
- Wacquant, Loïc (2000): *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Wittig, Monique (2006): *El pensamiento heterosexual*. Madrid: Egales.
- Young, Kate (1997): "El potencial transformador en las necesidades prácticas: empoderamiento colectivo y el proceso de planificación". En Magdalena

León (Comp.) *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo S.A.

Zamberlin, Nina (2000): “La otra mitad’. Un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad”. En Gogna, Mónica, Alicia De Santos y Nina Zamberlin (comps.): *Feminidades y masculinidades*. pp. 245-302. Buenos Aires: Cedes.

Zapata, Laura (2005): *La mano que acaricia la pobreza: etnografía del voluntariado católico*. Buenos Aires: Antropofagia.

Zelizer, Viviana A. (2009): *La negociación de la intimidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

### **Leyes, decretos y ordenanzas**

ARGENTINA. Poder Ejecutivo Nacional. Decreto 659/74. Boletín Oficial. Buenos Aires, 3 de Marzo de 1974.

ARGENTINA. Junta Militar. Decreto 3938/77. Políticas Nacionales de Población.

ARGENTINA. Poder Ejecutivo Nacional (1986). Decreto 2.274/86. Boletín Oficial. Buenos Aires, 27 de Marzo de 1987.

ARGENTINA. Ley 25.673: “Salud Sexual y Procreación Responsable”. Boletín Oficial, 22 de Noviembre de 2002.

ARGENTINA. Ley 26.130: “Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica”. Boletín Oficial, 29 de Agosto de 2006.

ARGENTINA. Ley 26.150: “Programa Nacional de Educación Sexual Integral”. Boletín Oficial, 24 de Octubre de 2006.

SALTA, Argentina. Ley 7.311: “Sexualidad Responsable”. Boletín Oficial, 20 de Septiembre de 2004.

SALTA, Argentina. Decreto 3.914/2010: “Reglamenta Ley 7311-Sexualidad Responsable- Educación Sexual-Establecimientos Educativos de Gestión Pública y Privada”. Boletín Oficial, 27 de Septiembre de 2010.

### **Documentos oficiales internacionales**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978 [en línea: 14/06/2006] Disponible en internet: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

II Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos. Viena, 14 al 25 de junio de 1993. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>.

V Conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Disponible en: <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=A/CONF.171/13/Rev.1&Lang=S>

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995. Disponible en: <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a-20.en>

## ANEXO I

### Datos Generales de las mujeres y los varones entrevistados

Género autopercebido	Año de la entrevista	Nombre ficticio	Edad	Hijos	Situación laboral	Procedencia	Modo de cuidar(se)
Mujeres	2013	Marta	41	10	No trabaja	Jujuy (interior)	<i>Acabar afuera*</i>
	2013	Daiana	31	3	No trabaja	Salta (interior)	Ninguno/preservativo
	2013	Alina	35	7	No trabaja	Salta (interior)	Ligadura
	2013	Celina	33	6	No trabaja	Bolivia	Ninguno MELA**
	2013	Nadia	31	5	No trabaja	Bolivia	Inyectable
	2013	Viviana	45	7	No trabaja	Salta (interior)	Ninguno/preservativo
	2013	Silvina	29	4	Dependiente	Salta (interior)	Preservativo
	2014	Gloria	30	3	No trabaja	Jujuy (interior)	Preservativo
	2014	Estela	19	1	No trabaja	Jujuy (interior)	Pastillas
Varones	2013	Miguel	29	4	No trabaja	Córdoba	Preservativo
	2013	Rubén	36	0	Carpintero/artesano	Salta (interior)	Ninguno
	2013	Aldo	30	2	Albañil	Salta (interior)	Preservativo
	2013	Daniel	45	4	Plomero	Salta (interior)	Ligadura de su pareja

\* Coito interrumpido.

\*\* Método de la Lactancia-Amenorrea

### **Datos generales de los funcionarios y las funcionarias entrevistados**

---

Género autopercebido	Año de las entrevistas	Función	Edad	Años de antigüedad en el cargo
Mujer	2008 y 2013	Ag. sanitaria	36	10
Mujer	2009 y 2014	Toco-ginecóloga	41	9
Mujer	2008 y 2013	Enfermera	51	10
Mujer	2008	Toco-ginecóloga	43	4
Mujer	2008	Médica de familia	34	5
Mujer	2008	Ag. Sanitaria	38	4
Varón	2008	Toco-ginecólogo	40	4
Varón	2013	Toco-ginecólogo	39	1
Mujer	2013	Trabajadora social	31	3
Mujer	2013	Psicóloga – Fiscalía de género	36	7



## ANEXO III

### Métodos anticonceptivos ofertados en el CAPS por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Ministerio de Salud de la Provincia de Salta<sup>97</sup>

---

**Preservativo masculino:** es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto, antes de la penetración, y que debe permanecer colocado durante toda la relación sexual. Es el único método anticonceptivo que también previene la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida.

Efectos secundarios:

- En mujeres con predisposición, puede producir cistitis.
- Los espermicidas o el látex pueden provocar reacciones alérgicas.

**Anticonceptivos Combinados Orales (ACO):** Existen muchas presentaciones que varían según la combinación de los derivados del estrógeno y la progesterona y/o en la concentración usada de estos derivados.

En la actualidad se utilizan los anticonceptivos denominados de baja dosis, con concentraciones de *etinilestradiol* (EE) que varían entre 35, 30, 20 o 15 microgramos ( $\mu\text{g}$ ). El valerato de estradiol se utiliza en dosis de 2 mg.

De acuerdo a las dosis de hormonas que contienen los comprimidos en un ciclo de uso los ACO pueden ser: Combinados monofásicos, Combinados trifásicos y Combinado cuatrifásico o multifario.

Los combinados monofásicos son los utilizados con mayor frecuencia. Todos los comprimidos tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos).

Los ACO se presentan en envase con 21 comprimidos activos (todos con hormonas) o envase con 28 comprimidos, con dos variaciones, una con 7 placebos (sin hormonas) y otra con 4 placebos (sin hormonas).

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Cambios en el patrón de sangrado: en los primeros meses puede haber sangrado irregular (*spotting*). Luego, los sangrados se vuelven regulares, son más leves y más breves. Incluso, en algunos casos, se llega a la ausencia de menstruación, sin que nada de esto tenga significancia clínica ni implique un riesgo para la mujer.
- Cefaleas: suelen remitir con *AINEs* (preferentemente *paracetamol*).
- Mareos.
- Náuseas.
- Mastalgia (dolor mamario).
- Cambios de peso.
- Cambios de humor.
- Acné: puede mejorar o empeorar, pero en general mejora.
- Otros cambios físicos posibles: incremento de unos pocos puntos en la presión arterial (mm Hg). Cuando el incremento se debe al ACO, cae rápidamente al interrumpir su uso.
- Muy raros: coagulo sanguíneo en venas profundas de piernas o pulmones (trombosis de venas profundas o embolia pulmonar).
- Extremadamente raros: ACV y ataque cardíaco (infarto agudo de miocardio).

---

<sup>97</sup>Fuente: PNSSyPR y AMADA (2014): *MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Guía práctica para profesionales de la salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Entre los **Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)** figuran en la Guía los parches y anillos vaginales pero ninguno de los dos se ofertaban en el CAPS al momento de la investigación.

**Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos anovulatorios** (Desogestrel): son anticonceptivos hormonales compuestos por un derivado de la progesterona o progestageno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer. Puede ser utilizado tanto durante la lactancia como fuera de ella, ya que actúa inhibiendo la ovulación. Existe una sola presentación: Desogestrel 0,075 mg (envases por 28 comprimidos).

Los efectos secundarios más frecuentemente descritos son:

- Irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea. Explicar que es normal y que el sangrado suele disminuir o incluso desaparecer luego de unos pocos meses de uso. Puede aconsejarse a la usuaria que lleve un registro de los sangrados.
- Cefalea.
- Aumento de peso.
- Dolores mamarios.
- Náuseas.
- Acné.
- Fluctuaciones del humor.
- Disminución de la libido.
- Manchas en la piel o cloasma.

**Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos No Anovulatorios:** Existen dos presentaciones posibles: Levonorgestrel 0,03 mg en envase por 28 o 35 comprimidos activos y Linestrenol 0,5 mg en envase por 28 comprimidos activos.

La lactancia exclusiva mantiene inhibido el eje hormonal femenino, produciendo frecuentemente anovulación. La suma de este efecto con la alteración del moco generada por los ASP orales de levonorgestrel y linestrenol provee una anticoncepción altamente efectiva.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- En general, prolonga la duración de la falta de menstruación de la mujer que amamanta.
- Habitualmente, si no hay falta de sangrado, se ven menstruales que son normales con el uso de este método y que suelen disminuir, o incluso desaparecer, luego de unos pocos meses de uso.
- Pueden presentarse cefaleas que suelen remitir con AINEs (preferentemente Paracetamol).
- Mareos.
- Cambios de humor o del deseo sexual.
- Dolor mamario (mastalgia).
- Dolor abdominal.
- Náuseas.

**Anticonceptivos Combinados Inyectables mensuales (ACI):** actúan por mecanismo anovulatorio. Se aplican de forma intramuscular profunda una vez al mes siempre en la misma fecha calendario. Pueden producir cambios en el patrón de las menstruaciones. Al inicio del método: menstruaciones irregulares o prolongadas. Con la continuación del método: disminución o ausencia del sangrado menstrual.

Los más usados en la actualidad combinan un estrógeno de acción breve y un gestágeno de acción prolongada. Hay dos presentaciones: Valerato de estradiol

5 mg + Enantato de noretisterona 50 mg (Mesigyna® - Ginediol®) y Cipionato de estradiol 5 mg + Acetato de medroxi progesterona 25 mg (Cyclofem®)

Efectos secundarios que algunas usuarias manifiestan:

- Cambios en los patrones de sangrado: en los 3 primeros meses, sangrado irregular o sangrado prolongado. Al año, ausencia de menstruación o sangrado infrecuente.
- Aumento de peso.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Mastalgia (dolor mamario).

**Anticonceptivos inyectables sólo de Progestágenos (AMPD):** El anticonceptivo inyectable de Acetato de Medroxi progesterona de Depósito (AMPD) actúa por anovulación. Existe una sola presentación: Acetato de Medroxi progesterona de Depósito (AMPD) 150mg (Depo-Provera R). Se administra mediante una inyección intramuscular de aplicación trimestral (90 días o 13 semanas) fecha calendario, desde la primera inyección.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Cambios en los patrones de sangrado. Suelen presentarse irregularidades menstruales los primeros meses (sangrado irregular, sangrado frecuente), y luego, al año generalmente, amenorrea o ausencia de sangrado.
- Demora en el restablecimiento de la fertilidad.
- Aumento gradual de peso.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Distensión y molestia abdominal.
- Cambios de humor y disminución del impulso sexual.
- Pérdida de densidad ósea.

**Dispositivo intrauterino (DIU):** es un método anticonceptivo eficaz, duradero, fácil de usar, desvinculado del coito y reversible. Se trata de una pequeña estructura flexible, de plástico, que se ubica dentro de la cavidad uterina.

Los DIU medicados con cobre son los más utilizados actualmente. El cobre actúa directamente sobre los espermatozoides: afecta procesos fundamentales que deben sufrir para poder fecundar al óvulo (motilidad, capacitación y activación espermática).

Son efectos secundarios posibles:

- Aumento del sangrado menstrual / cambios en el patrón menstrual.
- Expulsión del DIU.
- Perforación uterina: Es muy infrecuente (aproximadamente 1 en mil inserciones) y está estrechamente relacionada con la habilidad del profesional que lo coloca.
- Dolor pelviano.
- Leucorrea.
- Infección post colocación.

**Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE):** Se conoce también como “pastilla anticonceptiva de emergencia” o “píldora o pastilla del día después” o “píldora poscoital”. Es un método hormonal de progestágeno (Levonorgestrel) para ser utilizado en forma posterior a una relación sexual sin protección, o cuando fallo el método que estaba usándose. Es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo. Por eso se llama anticoncepción de emergencia. El mecanismo de acción es la anovulación.

Los efectos secundarios no son frecuentes y no son un riesgo para la salud de la mujer:

- Cambios en la fecha de menstruación.
- Náuseas y vómitos.
- Dolor abdominal.
- Fatiga.
- Cefalea.
- Dolor en las mamas similares a la tensión premenstrual.
- Mareos.

**Anticoncepción Quirúrgica:** Se la conoce generalmente por los nombres de las dos operaciones: ligadura de trompas o tubaría (LT) en las mujeres y vasectomía en los varones.

La ligadura tubaría es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de Falopio, con el fin de evitar la unión de las gametas (ovulo-espermatozoide).

Los índices de complicaciones son muy bajos. Al requerir cirugía y anestesia existen algunos riesgos propios de cualquier intervención quirúrgica. Por ejemplo, infección o absceso de la herida. La muerte debida al procedimiento es extremadamente rara.

La vasectomía es un método anticonceptivo permanente quirúrgico, seguro y sencillo, que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides provenientes del testículo. Las complicaciones son poco frecuentes (1% a 2%), mayoritariamente hematomas o infecciones de la herida.

No se describen efectos secundarios.

**Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer (MBCF):**

son métodos anticonceptivos basados en la *abstención del coito vaginal* en los momentos fértiles de la mujer. También denominados “métodos naturales” requieren el conocimiento por parte de la mujer de sus días fértiles, y que tanto la usuaria del método como la pareja tengan la convicción y la voluntad de abstenerse del coito vaginal durante esos días.

Clasificación según la forma de valorar los días fértiles:

- Método del ritmo o del calendario (Ogino-Knaus)
- Método de la temperatura basal
- Método de las secreciones cervicales o Método de Billings
- Método sintotérmico: combina temperatura basal y las secreciones vaginales.

No se describen efectos secundarios.

**Método de amenorrea de lactancia (MELA):** Es el método que usa la **amenorrea** (ausencia de menstruación) asociada a la **lactancia exclusiva** para evitar un nuevo embarazo. Actúa mediante la anovulación producida por la inhibición del eje hormonal femenino ejercida por los niveles altos de prolactina.

La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al momento del alta médica con el anticonceptivo para la lactancia (en caso de haber optado por este método). Se prioriza no perder esa oportunidad. Los estudios demuestran que los anticonceptivos sólo de progestágenos no modifican el desarrollo de la lactancia materna y tampoco tienen efecto sobre la salud y el crecimiento de los bebés amamantados. Sin embargo, no existen datos que evalúen los efectos de la exposición a progestinas a través de la leche materna en el desarrollo del cerebro y el hígado de los bebés.

El **coito interruptus (“acabar afuera”)** no se ofrece como un método anticonceptivo en la guía. Se menciona realizando una advertencia sobre su uso: “no es una opción segura para ser utilizada durante los periodos fértiles, puesto que el líquido preseminal producido en las glándulas de Cowper que se libera durante la erección del varón puede contener espermatozoides.” (PSSyPR, 2014)

## ANEXO IV

### Disco sobre criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos



## ANEXO V

### Guías de entrevista

---

#### A. Mujeres y varones adultos de los barrios urbano-periféricos de la Ciudad de Salta.

Nombre:

Fecha:

Lugar:

Duración:

Grabación:

#### El contexto personal

Población de origen	
Antigüedad en el barrio	
Relación de pareja actual	
Edad	
Cantidad de hijos	
Nivel educativo alcanzado	

#### Relaciones de pareja

Relaciones anteriores

Situación actual

Hijos de otras parejas e hijos en común con la pareja actual

Vínculo con su pareja en relación a la maternidad/paternidad

Manutención de la familia

Cuidado de los niños

Roles

#### Trayectoria sexual

Vivencias

Tipos de prácticas

Influencia-condicionamiento de los métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales

Experiencias en torno al deseo/placer

Experiencias no placenteras

Orientación sexual

Socialización en sexualidad (primeras experiencias sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, conocimiento de ETS).

#### Trayectoria reproductiva

Embarazos

Embarazos no deseados

Número de hijos

Relación del número de hijos deseados con el proyecto personal

Vivencia de la maternidad/paternidad y los embarazos

Abortos

Autovaloración en relación a su capacidad reproductiva.

Valoración de su pareja en relación a la capacidad reproductiva.

#### Prácticas anticonceptivas

Toma de decisiones

Utilización

Percepciones en el cuerpo y experiencias físicas vividas  
Conocimientos e ideas de prevención  
Controles realizados  
Preocupaciones y valoración de los efectos secundarios  
Fallas en la utilización  
Tipo de interacción que se establece con la pareja para evitar un embarazo  
Opiniones de su entorno (familia, amigos, pareja)

### **Proceso asistencial vinculado a la búsqueda de métodos anticonceptivos**

Lugares elegidos para la asistencia  
Formas de asistencia recibida  
Valoración de la asistencia  
Profesionales escogidos al interior del sistema de salud  
Principales preocupaciones  
Elección de métodos anticonceptivos  
Participación en la elección de la pareja, de amigas, de profesionales de la salud, instituciones religiosas, etc.  
La sexualidad en la consulta médica  
Vivencias

### **B. Funcionarios del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS)**

Nombre.  
Cargo.  
Antigüedad en el cargo.  
Fecha.  
Lugar donde se realiza la entrevista.  
Duración.  
Grabación.

### **Prácticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva**

- Recepción de la demanda
- Modalidades de atención a las demandas de la salud sexual y reproductiva.
- Condiciones de tiempo y espacio físico en las que se efectúa la práctica.
- Recorrido realizado en la prescripción y provisión de un método anticonceptivo.
- Conceptualización de los “problemas” vinculados a la prescripción de métodos anticonceptivos.

### **Factores culturales desde los cuales organizan sus prácticas.**

- Lenguaje utilizado para referirse a la población.
- Modos de transmisión de la información.
- Opiniones sobre la información que poseen las mujeres que concurren a la consulta.
- Actitud frente a diversas experiencias de género.

### **Factores institucionales**

- Oferta de servicios de salud sexual y procreación responsable en las instituciones del sector público y circuitos de atención dentro de la institución referidos a la salud reproductiva.

- Situación de la implementación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en los servicios públicos de salud. Conocimiento de la política vinculada con la anticoncepción, acceso y provisión de métodos anticonceptivos.
- Normativa del Centro de Salud con relación a la atención de la demanda de atención de la salud sexual y reproductiva.
- Vinculación del Centro de Salud con la industria farmacéutica en lo que hace a la provisión de métodos anticonceptivos.
- Condiciones laborales.
- Formación académica.

**Factores subjetivos desde los cuales organizan sus prácticas.**

- Reflexión sobre la propia práctica.
- Reflexión y opinión sobre la práctica de otros funcionarios que atienden las demandas de atención de la salud sexual y reproductiva.
- Vínculo con la historia personal.
- Posicionamiento ante la libre elección del usuario.
- Posición antes situaciones que en la práctica interpelan su subjetividad.

## ANEXO VI

### Consentimiento informado de la observación para las usuarias de las consultas de toco-ginecología y consejería del CAPS

<p style="text-align: center;"><b>Consentimiento informado de la observación</b> para las usuarias de las consultas de toco-ginecología y consejería del CAPS</p> <p style="text-align: center;"><b>HOJA DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:</b> Cuidarse para evitar un embarazo. Un estudio etnográfico sobre el proceso asistencial de las prácticas anticonceptivas en la Ciudad de Salta</p> <p><b>Objetivo del estudio</b> El Centro de Salud N° 55 ha dado permiso a partir de la Disposición Interna N° 478 para realizar un estudio sobre los significados otorgados a las elecciones y prácticas anticonceptivas en el proceso asistencial en un área urbana-periférica la Ciudad de Salta, en el cual se le invita a participar.</p> <p><b>Participación voluntaria</b> Su participación es totalmente voluntaria. De su participación en el estudio no se derivará ningún trato diferente en lo que se refiere a la calidad de la atención sanitaria que recibirá en el caso de no participar. Es Usted libre de rechazar colaborar y puede abandonar el estudio en cualquier momento que lo estime oportuno.</p> <p><b>Procedimiento del estudio</b> Para participar en el estudio, la investigadora Ana M. Pérez Declercq le va a pedir participar, para poder estar presente observando durante su atención sanitaria. Este tipo de observación implica anotar lo que ocurre en un cuaderno de notas. Esta observación puede ser completada con una conversación fuera del acto sanitario, es decir, cuando la intervención sanitaria haya finalizado. Los datos obtenidos durante la investigación serán analizados en el contexto de la tesis doctoral que la investigadora realiza en la Universidad de Barcelona. De cualquier forma, la información es completamente <b>anónima</b> y está protegida por adherencia de la investigadora a las pautas del Código de Ética<sup>1</sup>.</p> <p><b>Beneficios esperados</b> Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento sobre el punto de vista de las usuarias de la atención sanitaria en relación a las elecciones y prácticas anticonceptivas de la población con el propósito de mejorar la calidad de la misma.</p> <p><b>Confidencialidad</b> La información se utilizará con el único propósito de llevar a cabo este estudio y para su atención sanitaria. Esta información se tratará de forma absolutamente <b>confidencial</b>. Para cualquier pregunta o aclaración puede consultar con los responsables del Centro y con la propia investigadora</p>	<p>Yo _____ (nombre completo)</p> <p>He leído la hoja de información que se me ha entregado.</p> <p>He podido hacer preguntas sobre el estudio.</p> <p>He recibido suficiente información sobre el estudio.</p> <p>He hablado con ANAM. PÉREZ DECLERCQ, investigadora del estudio.</p> <p>Comprendo que mi participación es voluntaria, confidencial y no remunerada.</p> <p>Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y, concretamente, para que mis datos sean tratados en el contexto de la tesis doctoral que la investigadora desarrolla en la Universidad de Barcelona.</p> <p>Fecha _____ Fecha _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ana M. Pérez Declercq  
Investigadora doctoral del Programa de Estudios Avanzados en Antropología Social de la Universidad de Barcelona.  
Tel. 461-1812/155.160.355. aperezdeclercq@gmail.com.

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<sup>1</sup>Dicho Código se basa en el trabajo del proyecto RESPECT -Professional and ethical codes for Technology-related Socio-economic Research- financiado por el 5th Framework Programme de la Comisión Europea, que aborda los temas de copyright intelectual así como aspectos éticos de los estándares de calidad científicos. El código incluye el compromiso con los principios de la Directiva 95/46/EC del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo del 24 de Octubre de 1995 sobre la protección de datos individuales y personales.