

TESIS DE MAESTRÍA

“Condicionantes en la elección de un método anticonceptivo de las mujeres en edad fértil de Villa Los 40 Guasos – Córdoba, Argentina: Visibilizando la inequidad de género”.

Autora: Mariana Dapuez

Directora: Carmen Colazo

PRIGEPP-FLACSO

Diciembre de 2009

INDICE

PRIMERA PARTE

1-Introducción.....	4
2-Síntesis metodológica.....	5

SEGUNDA PARTE

Dimensiones de análisis.....	7
------------------------------	---

Capítulo 1

Dimensión político/institucional.....	8
1-Contexto global-local.....	9
2-Ley de Salud Sexual Reproductiva.....	11
3-Programa de Maternidad y Paternidad Responsable.....	14
4- El Equipo de Salud como efector de la política pública en SSYR.....	15
5-Percepción de las entrevistadas respecto a la ley, se perciben sujetos de derecho?..	17

Capítulo 2

Dimensión socio-cultural/educacional	21
1-Contexto poblacional.....	21
2-Características de este grupo de mujeres en contexto de pobreza.....	24
3-Condicionantes observadas en la muestra relevada.....	25
3.1-Nivel Educativo alcanzado.....	26
3.2-División sexual de roles.....	32
3.3-Participación comunitaria.....	40
3.4-Redes de apoyo social, formales e informales.....	42
3.5-Condicionamientos religiosos.....	45
3.6-Educación Sexual.....	45
4-Síntesis del Capítulo.....	51

Capítulo 3

Dimensión Personal/relacional.....	52
---	-----------

1. Edad de iniciación sexual.....	53
2 Parejas sexuales.....	54
3-Posibles significados de la Maternidad	56
4-Percepción del cuerpo.....	58
5-Toma de decisión ante el empleo de MAC.....	61
5.1-Vínculo con la madre.....	63
5.2- Vínculo con otros/as significativos.....	64
5.3- Vínculo con la pareja.....	65
5.3.1-Toma de decisión ante una relación sexual.....	66
5.3.2-Toma de decisión y violencia domestica.....	68
5.3.3- Elección de un MAC (Método anticonceptivo).....	73

TERCERA PARTE

1-Conclusiones y posibles nuevas discusiones.....	82
2-Agradecimientos.....	86
3-Bibliografía.....	87
4-Anexo.....	96
4.1-Descripción de la Metodología.....	97
4.2-Instrumento de recolección de datos.....	102
4.3-Cuadro comparativo.....	105

PRIMERA PARTE

1.-Introducción

La salud sexual y reproductiva es un derecho de las personas actualmente reconocido, que lleva implícito el derecho de las mujeres y de los varones a obtener información sobre métodos anticonceptivos, planificar su familia, elegir los sistemas para regular la fecundidad, y posibilitar el disfrute de su sexualidad.

La ley 26573 asegura la provisión de Los métodos anticonceptivos, que son algunos de los elementos o herramientas utilizados para la planificación familiar.

La existencia de programas de salud sexual y reproductiva como estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS), facilitan la posibilidad de prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, que traen consecuencias importantes para la salud pública, para las mujeres en general, y para las mujeres de escasos recursos económicos, en particular. Este es el caso del grupo cuyos puntos de vista serán considerados en este estudio, perteneciente a la Villa Los 40 Guasos de Córdoba, Argentina.

No obstante, a partir de la implementación del Programa de Maternidad y Paternidad responsable en la Ciudad de Córdoba, que adhiere al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se puede observar que la sola existencia del un programa y de sus recursos, no es suficiente para que las mujeres puedan utilizarlo . Entonces, deberíamos partir de conocer las condiciones de existencia, socio culturales, personales y de género, pues influyen en la elección o no de un determinado método anticonceptivo.

La pregunta que guía el trabajo es, por lo tanto:

¿Cuáles son los condicionantes psicosociales y culturales que influyen a la hora de elegir un método anticonceptivo en las mujeres de Villa Los 40 Guasos, de la Ciudad de Córdoba, que concurren al Centro de Salud?

El estrato social al cual pertenecen las entrevistadas cobra un sentido importante a la hora de analizar cuestiones de género transversalizadas con clase. Los sujetos de esta investigación son mujeres en situación de pobreza, de una villa miseria de la periferia de Córdoba, incluidas en grupos familiares. Nos interesa comprender las lógicas o estrategias implícitas que orientan la elección de determinado MAC.

“Las posibilidades de elección para las mujeres, especialmente para las más pobres, no pueden ampliarse sin cambiar las relaciones entre hombres y mujeres , las ideologías e

instituciones que preservan y reproducen la desigualdad de género;.... es decir negociar nuevas formas de relación no basadas en el poder, sino en el desarrollo mutuo...”(Rao y Kelleher,2002)

El presente proyecto intenta identificar situaciones de inequidad de género y promover la reflexión sobre los condicionantes que tienen las mujeres que develan esta situación. A los fines de ampliar la problemática se describe en primer término la situación actual del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Córdoba y, en segundo lugar, se desarrolla una caracterización de las mujeres de la mencionada comunidad para situar la población de esta investigación, para luego profundizar acerca de los condicionantes de la situaciones personales que influyeron en la elección de métodos anticonceptivos en relación a la mirada de equidad de género. Cabe aclarar que el posicionamiento que nos dirige es poder pensar en mujeres con posibilidad de ejercer sus derechos para poder tomar decisiones, sujetos fundamentalmente como seres racionales y autónomos, con capacidad de planificar su futuro, es decidir re direccionar su “proyecto de vida” respecto a revisar situaciones con inequidad de género .

2. Síntesis metodológica

Tres momentos

Es necesario destacar que el trabajo se organizó en torno a tres objetivos planteados en el diseño de investigación (ver anexo metodológico), la misma se llevó a cabo con un diseño exploratorio y descriptivo de carácter cualitativo.

Estará organizado en 3 capítulos, respondiendo a tres dimensiones, cada una de las cuales revela diferentes niveles de análisis, que van de lo macro a lo micro y se encuentran, en la práctica, íntimamente entrelazados, de manera que sólo es válido dividirlos a los fines analíticos, desde las cuales se analizarán los dichos de las mujeres recabados a través de las “entrevistas semiestructuradas” en profundidad, realizadas en el marco de esta investigación.

Las tres dimensiones son: política/institucional, socio/cultural/educacional y personal /relacional. A través de ellas, se retomarán las voces más significativas de estas mujeres, ordenando sus percepciones en categorías de análisis que surgieron como recurrentes, las cuales serán amalgamadas con conceptos teóricos de los/as distintos/as autores/as de PRIGEPP.

En un primer momento, se realiza un análisis de los condicionantes político-institucionales, observando el contexto global y las determinantes en la implementación de programas de salud pública.

En un segundo momento, se describen las condiciones socio-sanitarias de las mujeres de Villa Los 40 Guasos con el fin de comprender los factores que determinan la elección de un MAC (Métodos Anticonceptivos). Para enmarcar la dimensión socio/cultural/educacional, se recuperan los datos arrojados por el diagnóstico poblacional realizado por el Equipo de Salud Familiar de la comunidad, los que han sido recogidos con una encuesta domiciliaria(o relevamiento). A ello se suman las consultas de las mujeres que concurren al Centro de Salud, al programa de Salud Sexual y Reproductiva. Cabe aclarar que los datos cuantitativos conocidos serán utilizados para enmarcar el presente trabajo, como para hallar la magnitud y sentido del problema a estudiar.

En el tercer momento se detallarán las distintas situaciones personales que atravesaron estas mujeres y pudieron influir en la toma de decisiones respecto a los MAC.

El modo de ordenar los relatos a lo largo del presente trabajo será: realizar una breve presentación conceptual de la temática, luego se vertirán los relatos de las entrevistadas que reflejan sus percepciones y se realizaran comentarios resignificándolas desde supuestos teóricos aportados por la Maestría.

Construcción de la muestra: la muestra se delimito de manera intencional, revisando las planillas de consulta al Programa de Salud Sexual y Reproductiva, cuando se realizaba consejería o entrega de los métodos anticonceptivos. El recorte se hizo sobre las mujeres de entre 20 y 30 años que consultaron al equipo de Salud en el transcurso de dos meses. Cabe destacar que las mujeres de esta franja etaria son las que más consultan, pues al menos han tenido un hijo en edad joven y desean no tener más por el momento. Es decir, conocen del ejercicio del rol de la maternidad, requerimientos y responsabilidades. Han atravesado la experiencia del embarazo y el parto, y desearían poder planificar su familia.

La mayoría de ellas son mujeres que no pudieron elegir su maternidad anteriormente, ya sea por desconocimiento de la existencia de programas, o por otros motivos que no les permitieron elegir, es decir, se acercaron al Equipo de Salud para poder decidir sobre su vida reproductiva.

El procedimiento por el que se llegó a ellas, fue observar el listado de consultas, luego se observó en la cartografía (mapa epidemiológico de la población construido por el equipo de salud), para evaluar que respondieran a ciertas características relevantes para la investigación.

Más tarde se evaluó la posibilidad de entrevistar a mujeres que accedieran a responder una entrevista en profundidad, para lo cual era necesario un cierto grado de confianza que habilitara la apertura a hablar de ciertas cuestiones de su intimidad que estaban contenidas en las preguntas del instrumento. Se tomó, necesariamente, un número restringido de casos (10, diez), lo que da un carácter casi antropológico al trabajo (Forni, 2002; p.103)

Construcción del instrumento: el instrumento mediante el cual se recogieron los datos para su posterior análisis tiene el formato de una entrevista semi-estructurada sobre datos generales y luego preguntas en profundidad organizadas en 3 dimensiones, intentando abordar el objeto de estudio desde lo macro a lo micro. Tomando en cuenta el contexto político-institucional, luego el entorno más cercano, finalizando por la situación personal de cada una de las entrevistadas.

El lenguaje utilizado para preguntar fue muy concreto y basado en experiencias de vida cotidiana, acorde al nivel educativo y de pensamiento de las entrevistadas.

En el proceso de construcción se hicieron primero las preguntas y después se construyeron las categorías, en función de los temas según surgieron en las entrevistas, y tomando los ejes más recurrentes de lo registrado en el cuaderno de campo.

SEGUNDA PARTE

Dimensiones de análisis

Esta parte contará con tres capítulos que incluirán dimensiones de análisis que van haciendo foco gradualmente en la realidad de las sujetos de investigación desde una mirada global de lo macro, hacia lo contextual local y particular.

Estas dimensiones se utilizaran sólo a modo de dar un orden metodológico al relato, para poder observar la relación entre inequidad de género y la elección de un método anticonceptivos. Cabe aclarar que esta relación únicamente podrá visualizarse luego de poder observar en los relatos de las mujeres la existencia de una compleja suma de

condicionantes que darían indicadores o no de inequidad y que entramados influyen en esta elección.

Capítulo 1

Dimensión político/institucional

Cuando los temas sociales se configuran política e institucionalmente, debemos inmiscuirnos en el campo del derecho, pues asume una particular importancia en la medida en que transforma la calificación de los problemas y de sus soluciones, ya que la legislación vigente referida a la problemática que nos convoca pasa a ser visualizada, bajo fórmulas jurídicas aceptables, tal es la utilidad hoy de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva de Córdoba.

El rol asumido por el movimiento de mujeres, en los distintos países de América Latina, ha propiciado cierta estabilización de sus demandas, que se cristalizaron en respuestas a nivel legislativo o de procedimiento administrativo.

Además de que las decisiones de la macro política determinen la aplicación de una política pública - en este caso la mencionada Ley - el modo en que las instituciones intermedias y sus actores, o sea, efectores de un determinado programa - en este caso el Programa de Maternidad y Paternidad Responsable - utilicen la modalidad de intervención comunitaria, posibilitará, en mayor o menor modo, el acceso a un derecho. En este caso, el derecho a la salud. Es decir, "Las decisiones políticas no sólo se toman dentro de los círculos de decisión de la administración pública, sino también, en los ámbitos de poder, que se sitúan en los espacios de interacción e interlocución, que establece el Gobierno con distintos actores, privados, sociales, gremiales y políticos. Las decisiones que se adoptan dependen de los recursos, la visibilidad y la fuerza de los distintos agentes concernidos en las políticas". (Muller y Surel, 1998)

Es por ello que en la presente dimensión se realizará una descripción del contexto global-local en que se encuadra la realidad de estas mujeres, luego se hará referencia a la Ley de S.S y R como marco legal y regulatorio de la implementación del programa. Posteriormente, se presentarán las características del equipo de salud que la implementa, para luego reconocer las percepciones de las mujeres ante el ejercicio del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva

En cada institución el grado de organización y la capacidad de definir ciertas cuestiones condicionan la calidad de la participación de las mujeres en el ámbito público. Es válido

rescatar que el término “*las mujeres*” impide a veces pensar al colectivo femenino, como unívoco en sus intereses y sentidos de acción.” Pues en realidad encubre una diversidad de voces, que sólo a partir de conocer su territorialidad (como estudio situado), relevando cuáles son sus experiencias y capacidades de actuación en el espacio público, podremos comprender en sus determinantes, especialmente si consideramos la hora de tomar decisiones o realizar una elección en torno a su salud.

1-Contexto global-local

Estamos viviendo una nueva globalización asentada en políticas neoliberales direccionadas por los países hegemónicos, hacia los países periféricos. Esto se ha derivado no sólo en cambios macro económicos, sino también en el impacto reflejado en las políticas de salud pública, especialmente en Salud Sexual y Reproductiva. Por ello trabajaremos en base a un estudio situado en un contexto global-local definido como “...una construcción histórica-cultural, (...) abierta a múltiples significados y cambios. El término globalización no describe un estado de la realidad sino que refiere a un proceso de transformación permanente en lo económico, social, cultural y científico tecnológico. Tiene distintos modos de expresión, ritmos y efectos según los contextos en los que se materialice así como las posibilidades y visiones de los actores que en él participan” (Bonder, 2003)

En la actualidad, varias de las políticas públicas gubernamentales en salud y educación, están subvencionadas por organismos multilaterales, como es el presente caso con un crédito del BID. “Los organismos internacionales como lo el Banco Mundial han sido uno de los principales responsables del diseño y aplicación de los programas de ajuste estructural, así como de las reformas del estado, cuyos impactos han sido nefastos tanto para la sociedad como para las mujeres y también lo es el paso del modelo del estado de bienestar hacia uno de casi nula intervención por parte de éste...” (Frade, 2000:7) Estos diseños globales han incrementado la inequidad en la distribución de la riqueza y el acceso a los servicios públicos.

En los países latinoamericanos, dentro del contexto global, y más específicamente dentro del sector salud, existe un problema de equidad en la prestación de los servicios, ya que tanto el primero como el segundo y el tercer nivel de atención están ubicados en

las ciudades. En consecuencia sólo las personas con más recursos se benefician de los dos últimos. Además, en las mismas ciudades existen barrios periféricos a los que no les es tan fácil el acceso a los otros niveles de atención.

Sin embargo, el sistema de salud local, desde 2003, ha rediseñado las estrategias de APS ubicando equipos interdisciplinarios en zonas urbano-marginales o rurales con la implementación de 2 o 3 programas bajados como “enlatados”, como por ejemplo: Salud Sexual y Reproductiva, Control de niño sano, Prevención de hipertensión, etc.

Al implementar estos programas se abre en la comunidad la demanda de atención, pero debido a las características estructurales del sistema de salud, difícilmente puedan ser satisfechas totalmente. La subvención de los recursos profesionales y materiales provienen de un crédito del BID-

“La manipulación ideológica a la que se presta el concepto de globalización es de tal naturaleza que conduce a sus víctimas a creer que sus efectos y consecuencias son obra de ciegas fuerzas impersonales...donde no existen estructuras, clases, intereses económicos-corporativos ni asimetrías de poder que cristalicen en relaciones de dependencia entre las naciones”(Gómez,1997)

Los fondos con los que está contando el país para llevar a cabo Políticas Públicas en salud son de las Bancas multilaterales. Éstas proponen políticas que mejoren los indicadores de salud materno infantil desde una epidemiología clásica.

“El Banco Mundial es uno de los re-ordenadores de la crisis, el ajuste con rostro humano, se mete con los hospitales, excepto que estén contextuados son anti-Atención Primaria y en Argentina no están contextuados (...); es un ordenador de la acumulación capitalista, con alguna especie de ropaje populista legitimador”(Borón:1997:8)

El recorte de la realidad que hace el estado al implementar ciertas Políticas Públicas en salud, establece así las necesidades objetivas y subjetivas de las mujeres.

Pero, cuáles son las necesidades de salud de las mujeres que el estado no ve, o no quiere ver? Existen factores que son necesarios reconsiderar tales como los aspectos históricos estructurales de la pobreza, pues permite visualizar una mujer contextuada, identificando sus determinantes.

Un estado que mira a la mujer sin historia, mira a las mujeres como una mujer escindida, “Es indudable que la vivencia de malestar social, que hoy en día parece extenderse como mancha de aceite, guarda una estrecha relación con las devastadoras

restricciones en las oportunidades sociales impuestas por el modelo económico hegemónico. Sin embargo, su amargo sabor alude también a otras fuentes; fluye de la incapacidad de los sujetos de sostener un proyecto trascendente, condición esta fundamental para soportar esta prima de malestar que cada época impone...”(Bonder, 1998)

Es necesario destacar, como plantea Bonder, que la “incapacidad” de los sujetos -en particular en este trabajo- responde, en gran medida, a las características estructurales de de nuestro país, y, en particular, tiene relación con las historias de vida de las mujeres de Villa 40 Guasos. Esta incapacidad depende entonces del contexto macro social, el cual atraviesa las historias de vida de cada una de ellas. Y en esa intersección de la arena socio-política, es que se desarrollan los condicionantes que surgen a la hora de hacer elecciones. En particular, en la elección de los métodos anticonceptivos, que es el tema que nos ocupa hoy.

Las instituciones que traman una sociedad no están constituidas sólo por reglas, sino también por creencias, códigos culturales y saberes que rodean, sostienen, elaboran y contradicen los roles y rutinas que en ellas se producen (Muller y Surel, 1998).

Es en este trabajo que convergen las creencias de un equipo de salud con las de las entrevistadas, y es en el interjuego de ambos actores que se va haciendo posible transformar la cotidianeidad.

Respecto a esto, presentaremos la expresión de creencias que manifestaron las mujeres con las que se trabajó, que encarnan el “orden de género” que circula en este grupo social, se detallan testimonios y mitos que sustentan las prácticas diferenciales para hombres y mujeres en esta comunidad, relevados a través de entrevistas en profundidad.

2- Ley de Salud Sexual y Reproductiva

Historizando sobre los antecedentes de esta ley, debemos recordar que en 1985, el Congreso Nacional ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW) incorporada a la Constitución en 1994. En ella los estados se comprometen a adoptar medidas que “aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en los derechos, a elegir libre y responsablemente el

número de sus hijos, el intervalo de los nacimientos, y a tener acceso a la información, a la educación, y los medios que les permitan ejercer estos derechos”(Gogna,2005;103)

En la provincia de Córdoba, en abril de 1996 fue sancionada la ley N° 8535, en la que consta la creación del Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad.

Según esta Ley, es deber y obligación del Estado posibilitar los medios para ejercer los derechos básicos, en forma universal y gratuita, sin discriminación de ningún tipo, como dispone nuestra Constitución Nacional y tratados internacionales de derechos humanos suscritos por nuestro país.

Finalmente, a fines de 2002, se aprobó La Ley Nacional 25.673, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. “Cabe recordar que el proceso de aprobación de esta ley se había iniciado 7 años antes y fue postergado por presión de la Iglesia y la posición refractaria del gobierno del Presidente Menem”(Gogna,2005;102)

Después de muchos años de luchas de las mujeres respecto a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, hoy co-existen en Córdoba varias legislaciones que regulan las prácticas en salud, entre ellas se cuentan:

- Decreto 1282/2003 Reglamentación de la ley 25.673
- Ley Nacional 26.130 Anticoncepción quirúrgica
- La Ley Provincial 9.073 “Maternidad y Paternidad Responsable”
- La Ordenanza Municipal 9.479, de Salud Reproductiva y Sexual en el ámbito municipal sólo de la ciudad de Córdoba.

Estas leyes y sus programas deben garantizar el acceso libre y gratuito a los métodos anticonceptivos, la prevención del HIV y una atención integral de la salud de las mujeres. La ley 25673 es la primera en la historia Argentina que asigna una partida del presupuesto nacional a la compra de anticonceptivos. Entre otras medidas faculta a los Hospitales y Centros de Salud públicos y privados a entregar métodos anticonceptivos a demanda.

A pesar de este marco institucional, la realidad local nos muestra que se superponen en la práctica distintas definiciones conceptuales contradictorias, que remiten a concepciones disímiles. Esto puede observarse en lo planteado en los documentos del BID, respecto la definición del concepto de la población a quien se dirigen estas políticas –siendo nombrados como “beneficiarios” por este último y “sujetos de

políticas”(Guzman,2004) por la Ley – También en las implicancias de una evaluación cuantitativa (números, indicadores) que solicitan estos organismos, como, versus, la importancia o necesidad de una evaluación cualitativa sensible a las especificidades de la situación subjetiva de cada uno de los actores que interactúan en el escenario de las prácticas en salud pública en asuntos de Salud sexual .

Este cambio nominal de pasar de beneficiarios/as de una política pública diseñada sin la participación de las/los destinatarios, presupone la idea de un sujeto careciente, dependiente; es decir, con necesidades, no con derechos. Son sujetos que serán convocados en el momento de evaluar la implementación de la ley no en el proceso de decisión sobre modos, contenidos, etc., Lejos de todo rol activo y protagónico que los comprometa en el desarrollo de estrategias tendientes a modificar diversos aspectos de su devenir, los mismos se ubican en un rol pasivo, receptor de estrategias diseñadas por otros, quienes a su vez pueden perder de vista las singularidades de cada caso. “Los miembros que integran cierto universo reconocen diferentes orígenes, son efectivamente el resultado de una variedad de situaciones previas, no se participa de la misma historia y por lo tanto serán diversas las modalidades de enfrentarse a la condición que los une, que resulta no ser otra que la imposibilidad de lograr condiciones de vida aptas para el ejercicio pleno de los derechos que le competen como ser humano” (Perona, 2001)

El proceso de inclusión/ exclusión implica incorporar la dimensión de la pertenencia y da un marco que otorga un lugar central a la problemática de los derechos civiles, políticos y sociales, lo que permite plantear una nueva concepción de las políticas públicas para moverse a la consideración de las necesidades como derechos

Sin embargo, “ las reglas y normas no determinan totalmente la acción pública, ni encierran a los actores institucionales dentro de su rutina, Y esto porque las reglamentaciones, frecuentemente múltiples y contradictorias, permiten un margen de acción importante”.(Guzmán,2004: Unidad2)

De allí que los intersticios sean utilizados por los efectores para modificar con prácticas transformadoras el curso de las políticas públicas. El intento de crear nuevas institucionalidades de género requiere un proceso de aprendizaje (no exento de vaivenes y frustraciones) de parte de los planificadores de acciones, actores y efectores. (Dapuez, 2005)

3-Programa de Maternidad y Paternidad Responsable

Continuando con la explicitación del contexto, y partiendo de la macro situación del contexto global-local, podemos ahora ingresar al Programa de Paternidad y Maternidad Responsable del Centro de Salud de la Villa Los 40 Guasos, donde se atienden las mujeres sujetos de nuestro trabajo.

Es necesario aclarar que, en el marco del trabajo en Atención Primaria de Salud se desempeña un equipo interdisciplinario de salud pública, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, cuyo objetivo es la prevención y promoción de la salud. El mismo desarrolla (entre otros) el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, que fue creado por ley 25.673/02, con el objeto de dar respuesta, entre otros, al grave problema de la mortalidad materna.

La ley provincial N° 9073 que avala el Programa de Maternidad y Paternidad responsable detalla en el artículo 2, como objetivos fundamentales, los siguientes: “Contribuir a la prevención y promoción de la salud, disminuir la mortalidad materno infantil y garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable, y su órgano de aplicación es el Ministerio de Salud de la Provincia” (Dapuez, 2006)

Reconocer que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados.

Los principales objetivos del programa, son los siguientes:

- 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, coacciones o violencia.
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- c) Prevenir embarazos no deseados.
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes.
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genital y mamaria.
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referido a la salud sexual y procreación responsable.

Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método

anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener.

Por eso, promueve la "Consejería" en Salud Reproductiva y Procreación Responsable en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a una elección informada en materia de procreación responsable

Está dirigido tanto a varones como a mujeres, de todas las edades, respetando la perspectiva de género. Al mismo tiempo, favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida.

4-El Equipo de salud como efector de la política pública en Salud Sexual y Reproductiva

El equipo del que se habla, es uno de los 46 equipos que se crearon entre el año 2002 y 2003 en el marco de la Residencia de Salud Familiar, del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Desde un modelo de APS¹ que sería el pilar de las reformas en salud de Argentina. El mismo se basa en “la reconversión y capacitación de personal de salud para APS, con miras a introducir la promoción y prevención de salud, a reducir la derivación innecesaria a niveles de mayor complejidad de los servicios...”(Documento BID:1999)

En la Villa Los 40 Guasos, el equipo de salud tenía una particularidad que estaba conformado por los/as siguientes profesionales: médica, trabajadora social, psicóloga, odontóloga, nutricionista, y enfermero, quienes llevan a cabo del Programa de Paternidad y Maternidad Responsable. Los médicos/as habitualmente realizan atención en consultorios, brindando información-consejería y métodos anticonceptivos a las mujeres consultantes. Esto al inicio generaba tensiones al interior del equipo basadas disputas de poder, No obstante, al tener solo un miembro de cada profesión, y al ser interdisciplinario, si bien la administración del método, (basada en la evaluación clínica la realizaba la médica), la consejería y el seguimiento era realizado conjuntamente con las otras profesiones, psicología, trabajo social, nutrición, enfermería, lo cual da un marco de trabajo que intenta comprender la complejidad de la situación. Tradicionalmente, “El profesional médico es el encargado de la prescripción del

¹ APS:Atención Primaria de Salud.

método, con lo cual se posiciona asimétricamente con el paciente² y con los demás efectores de salud: enfermería, agentes sanitarios, trabajadores sociales, psicólogos u otros profesionales.” (Menéndez, 1998:5)

Este discurso médico hegemónico registra solo el cuerpo de la mujer y la ubica como única garante y depositaria del “éxito o fracaso” de la planificación familiar, sin tener en cuenta al varón. El estado se cristaliza en tanto “regulador social”, a través de los efectores que viabilizan el discurso tradicional del poder biomédico, que centra su práctica en tareas como traducir las prestaciones de salud en cuantificación de datos para bajar los índices requeridos por los entes de financiación (como la tasa de mortalidad materna o el control de la natalidad en la región)

Según Bonder, en las contribuciones del feminismo postcolonial se plantea “cómo la subjetividad emerge de una compleja interrelación de identificaciones heterogéneas situadas en una red de diferencias desiguales. En este sentido, habría que pensar el proceso de subjetivación en términos de una trama de posiciones de sujeto, inscriptas en relaciones de fuerza en permanente juego de complicidades y resistencias”. Este planteo permite revisar el lugar de los/as profesionales como parte de este interjuego y no crear la ilusión de que estamos “afuera” de esta complejidad. (Dapuez, 2005)

Ya que... “en su sentido más cabal, género, alude a una relación de poder social que involucra tanto a las mujeres y lo femenino, como a los varones y lo masculino.”(Bonder, 1998)

“Si bien el programa de Salud Sexual y Reproductiva en tanto política pública financiada por el BID, como políticas sociales de afirmación, están dirigidas a corregir resultados sociales inequitativos no contemplan el marco que los generó.

Retomando lo planteado por Fraser (2002), “En la implementación y realizando cortes evaluativos de la misma se puede ir modificando el rumbo de las acciones e intentando nuevas estrategias para intervenir en las grietas del sistema de salud.”

5-Percepcion de las entrevistadas respecto a la ley

² Utilizamos esta denominación como parte de la concepción del M.M.H (modelo médico hegemónico), proponiendo un concepto alternativo como el de sujeto. (Menéndez, E: (1998)

En este texto se tomarán las voces de las mujeres de Va. 40 Guasos y a través de ellas se van trasluciendo sus concepciones, percepciones, realidades, por lo cual se consignarán sus propias palabras en respuesta a las preguntas de investigación efectuadas, sobre los temas que se despliegan en el análisis.

Frente a la pregunta Si conocían que existe una ley de salud sexual y reproductiva, rescatamos los siguientes testimonios que ilustran lo mencionado previamente

-algo...o sea, que ahora podemos elegir un método anticonceptivo... o sea, siempre, pero ahora es como que la mujer tiene más métodos para elegir (Vanesa, 29)

-“eh... creo que si...eh... no, mucho no... (se ríe)” ; (Mariana, 25 años)

-si...no porque ella me dijo...mi mamá... sino iba yo a retirar algo que Uds. me daban...forros! ja ja) (se ríe) (Silvina, 25)

Respecto a este punto, en la mayoría de las entrevistadas surge como respuesta el conocimiento de ellas de la existencia de la ley, sin embargo se observa un conocimiento limitado y concreto en función de la necesidad de las mujeres de la provisión del método anticonceptivo y sin repara en que se trata de un derecho en tanto constitutivo de la ciudadanía de cada una de estas mujeres.

Las luchas y reivindicaciones responden a la necesidad, no a la utopía, lo que hace necesario conocer los procesos de significación y/o asignación de contenidos que cada una de estas mujeres hace a la práctica de la anticoncepción en el marco del reconocimiento de sus derechos o el desconocimiento de ellos.

La ciudadanización pasa por la conquista de los derechos civiles, políticos y sociales, esto nos lleva a preguntarnos, qué nivel de ciudadanía poseen las mujeres de esta investigación.

Diana Mafía plantea que existen 5 tipos de barreras que dificultan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, una de ellas es la “barrera epistémica”, esta tiene que ver con el conocimiento o “desconocimiento de los derechos por parte de las mujeres. Según la autora esta barrera se soluciona con información, con lo que llamamos “alfabetización en derechos humanos”, pues el derecho posee un lenguaje de gran opacidad, entonces saber leer y escribir solos no garantizan la comprensión del alcance y el contenido de las normas...” (Mafía, 2008)

“Los derechos sexuales y reproductivos se constituyen en la tensión entre lo normativo estatal y lo personal... Los estados deben crear las condiciones habilitantes para que las personas puedan ejercer sus derechos “(Rostagnol, 2007)

Indagando las creencias de las mujeres en torno a la utilidad del programa, para acercar lo abstracto que sugería la ley a su realidad, se preguntó: ¿para que creés que sirve el programa?, las entrevistadas respondieron:

-para “cuidarnos”...una del sida...y otra de las otras enfermedades que puede tener el hombre.....ah no sé... para los hijos, para no tener tantos hijos!! (se ríe) (Silvina, 25)

-y más o menos...de cómo hay que cuidarse, para tener un hijo, qué hacer, lo que se puede tomar (Roxana,29)

-que estaban... que... que tal día hacían reuniones los del equipo de salud para... comentar cómo hay que cuidarse, qué hay que tomar, cosas así ... (Roxana ,29)

-por ahí te sirve para planificar más, si querés o no tener un chico, porque hoy en día como están las cosas...(Vanesa, 29)

*-para tener un poco menos de chicos, porque en realidad... no está para tener hijos...
...por ahí la situación a lo mejor... hay gente que se pone a tener y por ahí no tiene trabajo, que no tiene cómo mantenerlo después (Roxana ,29)*

-“si,...sirve para operarse para no tener tantos hijos...” (Juana María 25)

-(se ríe),”para no tener más chicos... “(María, 25 años)

-Y en realidad, bien, bien específico no...-y más o menos...

-de cómo hay que cuidarse, para tener un hijo, qué hacer, lo que se puede tomar...

(Beatriz, 31 años)

-“si que hay como cuidarse y todo eso” (Lorena, 27 años)

-No es porque no vayan a las charlas, porque saben muy bien que en todos lados están repartiendo pastillas, vos dónde vas al Rawson³, vas dónde vas te las dan, no las tenés que comprar como yo les digo, (María, 25 años)

-Y es bueno, porque hay muchas chicas que son ignorantes pobrecitas y otra que aprenden y qué les enseñan. Además sirve para tener más cuidados y precauciones con el sida por ejemplo. (Paola, 29 años)

Como se observa en los relatos, podríamos pensar que cuando escuchamos la palabra ley, se nos representa la idea de derecho, en función de vigilar el cumplimiento de éstos..., sin embargo la ligazón, de las mujeres entrevistadas de este concepto se dirige directamente a la concreción de la satisfacción de una necesidad en este caso de no tener más hijos sin desearlos y para ello acceder a los métodos anticonceptivos. El programa es el modo de operativizar las acciones planteadas en la ley.

Cuando se indaga sobre cómo se enteraron de la existencia del programa o la ley, responden:

-y en el dispensario, en la maternidad...(Vanesa, 29)

-eh...es diferente la forma en que trabajan con este programa los hospitales o los centros de salud... o sea, acá es como que están mucho más accesibles, en cambio allá tenés que ir sacar un turno, un montón de tiempo antes... hacer no sé... todo un tema(Vanesa, 29)

*-y... al centro de salud, hospitales...me **entere** por una vecina (Roxana,29)*

“-porque... cuando estaba allá en el barrio, aparte que con Uds. Andaban ahí, fui ,... daban las charlas que hacían Uds..... yo me entere ahí ... cuando tuve mi segundo hijo me hice las inyecciones que duraban tres meses, y bueno después me empecé a cuidar con los anticonceptivos de todos los meses”

(María, 25 años)

-Fue cuando vos dabas las charlas allá en los cuarenta... cuando me enteré dije “voy porque me gusta escuchar y aprender”... (Paola, 29 años)

³ El Hospital Rawson es un centro provincial de infectología de la Provincia de Córdoba.

-porque hacían así carteles... y los ponían en los 40, que daban los anticonceptivos, que daban charlas y todo eso (Soledad, 25 años)

-“ Conocí a las chicas del equipo de salud porque fueron a mi casa a vacunar a mis nenitos! Entonces me contaron que yo me podía cuidar, que me acercara donde estaban ellas”

-“Un día que estaban caminando por la villa, y yo tenía un atraso les pregunté que ¿podía hacer?”(Lorena)

- “Cuando mi vecino tuvo ese problema de tuberculosis ellos lo acompañaron hasta el hospital y se re movieron, entonces me dieron confianza..., Después un día me invitaron a una charla para mujeres allá en el comedor y fui y me gusto”!(Paola)

“Yo fui, Cuando la Juanita estaba de bajo peso, me dieron la leche y me contaron que me podía cuidar que tenían los métodos, que no tenía que pagar nada, que podía ir sin turno, que fuera a hablar con ellos para elegir”(Vanesa)

“Mi amiga me contó que acá no era necesario el turno para esto que ellas te atendían y que a ella le habían ofrecido varias cosas y al final se puso el DIU”(Maria)

Entonces el modo en que los efectores de una política pública implementan un programa, la mayor o menor cercanía con la comunidad, da la posibilidad de abrir un espacio para la participación, el planteo de las dudas, el empoderamiento de las mujeres en el cuidado de su salud a partir de conocer los derechos y los recursos de que disponen .Esto hace que pueda construirse un modo de trabajar en salud pública más adaptado y adecuado a las necesidades de los sujetos de una determinada comunidad, a sus necesidades, a sus tiempos.

La cuestión de la temporalidad en cada organización familiar no es un dato menor, cuando pensamos en la accesibilidad de un programa a una población. “Los niveles de bienestar de las personas y de las sociedades se sustentan tanto en el aporte de trabajo para el mercado como en el que se realiza en el ámbito de las relaciones privadas y en la esfera de las organizaciones sociales. A través de la historia mujeres y hombres han estructurado la utilización del tiempo de diferente manera debido a prácticas y normas culturales

socialmente aceptadas.(Aguirre,R.,2003) Las mujeres, y este grupo en especial, no siempre puede adecuarse a las agendas institucionales, debido a la demanda que enfrentan respecto a la crianza de los hijos y responsabilidades en el cuidado de la casa.

Entonces, el acceso se hace más fácil cuando el equipo tiene la disponibilidad en la atención de esta temática.

Respecto al modo en que se enteraron de la existencia de la ley o del programa, las entrevistadas manifestaban reconocer la existencia del programa a través de las acciones comunitarias realizadas por el equipo de salud, recuperando la posibilidad de identificar a los miembros en el barrio. Asimismo, por la posibilidad de tenerlos cerca para preguntar dudas cara a cara, gracias a la cercanía y el acceso, como por poder establecer una relación de confianza “profesional-paciente”

Lo que es importante de destacar en este punto es que la accesibilidad proporcionada por un equipo de salud que trabaja con un modo de intervención comunitaria, con inserción en la comunidad, reconoce las características de la misma y permite un vínculo cercano con los sujetos de la política pública. Esto, habilita la utilización oportuna de los recursos brindados por el estado; ya sea del programa, el conocimiento de las posibilidades de cuidado, información, acompañamiento y consejería, lo que se torna un factor muy importante a la hora de poder tomar decisiones respecto a la propia salud sexual y reproductiva.

Capítulo 2

Dimensión socio-cultural/educacional

En esta dimensión se describirán, en primer lugar, las características territoriales de la población de estudio y luego se hará referencia a los distintos indicadores del contexto de socialización y educativo que han dejado huellas en la vida de este grupo de mujeres.

Los puntos que desarrollaremos como parte de esta dimensión serán: el nivel educativo alcanzado, la división sexual de roles en torno al aprendizaje y función de los estereotipos de género, la posibilidad de recibir Educación Sexual y la existencia de redes de apoyo social.

1-Contexto poblacional

La presente descripción responde al diagnóstico comunitario realizado por el equipo de salud a partir de las consultas médicas y visitas domiciliarias, así como a partir de las apreciaciones efectuados por los principales referentes comunitarios. El mismo reviste carácter presuntivo y es específico del grupo estudiado.

El área programática de Villa Los 40 Guasos⁴, se encuentra ubicada en la zona sureste de la ciudad de Córdoba, delimitada al norte por la Ruta 9 sur al 6100.

La comunidad elegida para realizar la investigación es un caso paradigmático de la situación de muchas poblaciones con pobreza extrema en zonas urbano- marginales de la Ciudad de Córdoba, y también de la Argentina.

En este contexto, se puede constatar que la inequidad de género se ve agravada por las condiciones de vida con bajos ingresos, escasa educación, difícil acceso a empleos y poco contacto con la vida pública.

Los problemas femeninos se ven incrementados por la carencia de recursos económicos, sociales y culturales, que dificultan el empoderamiento de las mujeres y mantienen la hegemonía de los varones, sostenidas en estereotipos de género transmitidos de generación en generación que no son cuestionados.

Las mujeres son las usuarias directas del sistema de salud, son ellas las que realizan la mayoría de las consultas, puesto que está habilitado socio-subjetivamente para el género femenino, el consultar por su malestar en salud, con lo cual suelen hacer consultas más precoces que los varones y en ocasiones, manifiestan dificultades en sus demandas.

Las condiciones estructurales de la villa son las siguientes:

- Las calles del barrio son de tierra y no se encuentran en buenas condiciones. Los días de lluvia resulta imposible transitar por ellas. Se observan pasillos entre las viviendas que permiten la comunicación entre los/as vecinos/as.
- Algunas viviendas están construidas con ladrillos block sin revoque, contra piso de cemento o tierra y techo de chapa. Rodeadas de mucha vegetación
- Los servicios públicos de la zona que se observan son el de recolección de basura en forma diaria en horario matutino, red de agua potable en los patios de las casas (sólo algunas viviendas cuentan con red interna), red eléctrica con conexiones clandestinas. Utilizan gas en garrafas o resistencias eléctricas.
- El principal ingreso de las familias se obtiene a partir de changas que realizan los/as miembros/as sostenes de hogar, como también de subsidios tales como los obtenidos de

⁴ “Breve reseña histórica de la Villa Los 40 Guasos, según uno de los primeros pobladores de la zona, cuando llegó sólo había unos ranchos y hornos para fabricar ladrillos. Poco a poco la zona se fue poblando por personas provenientes del interior provincial. Se denominó así por un poblador de la zona, ya que había un grupo familiar que se dedicaba a delinquir y eran muy peligrosos y cuando pasaban por la calle decían “ahí vienen esos guasos... son como cuarenta...” Actualmente ya no queda ninguno de estos sujetos, quedan otros más jóvenes...”(Equipo de salud,2006)

los Programas Sociales existentes son el Plan Jefes y Jefas de Hogar, el Programa Ayudando a Crecer, Ticket Vale lo Nuestro, Programa Familia. No se cuenta con datos oficiales de los/as beneficiarios/as de estos planes, sólo aproximaciones. Los referentes barriales mencionan que existen jóvenes que se dedican a realizar actividades extralegales de las cuales obtienen su fuente de ingresos.

- El trabajo doméstico está centrado en las mujeres, sólo un 5% de las mujeres consultantes comentaron que sus maridos las “ayudan” en el mantenimiento del hogar, la crianza de los niños y el cuidado de su salud.
- En relación con los factores de vulnerabilidad considerados, el 53% de familias viven en condición de hacinamiento, el 21% de familias carecen de baño y el 22% de familias cuentan con baño no instalado. Cabe señalar que la mayoría de las familias que refirieron tener baño instalado, cuentan con un pozo de desagote, inodoro y red externa de agua(no dentro del hogar).(Equipo S.F. Diagnóstico 2006/07)
- Todos estos factores estructurales de la pobreza inciden directamente en el estado de salud de la población. Los principales problemas destacados por los referentes comunitarios e institucionales entrevistados son: -Desocupación - Niños de bajo peso - Falta de vacunas - Drogadicción de los jóvenes – Pediculosis - Problemas odontológicos - Problemas de visión - - Embarazo adolescente - Violencia escolar - Inseguridad por hechos delictivos - Violencia familiar incluyendo Maltrato intrafamiliar y abuso sexual. (Informe de avance Equipo de Salud familiar, 2006)
- Dentro de los datos cuantitativos obtenidos, el relevamiento mostró en Villa los 40 Guasos, la existencia de 148 viviendas distribuidas heterogéneamente en 10 manzanas. Fueron relevadas 140 familias. El total de números de personas es de 617, siendo 325 hombres y 292 mujeres, observando una igualitaria distribución numérica entre sexos
- Dentro del rango de “mujeres en edad fértil” fueron incluidas las niñas desde los 12 años hasta las mujeres de 45 años (por su temprana iniciación sexual). Del total de estas mujeres, el 31% está “bajo programa de salud sexual y reproductiva”⁵. Sólo 41 de un total de 128 mujeres respondieron afirmativamente que contaban al momento de la encuesta con un método anticonceptivo.⁶ (Diagnóstico Equipo S.F. 2006/07)

⁵ Esta es una denominación que refiere a los programas focalizados financiados por Organismos multilaterales que son llevados a cabo por el sistema de salud local.

⁶ Datos obtenidos en el relevamiento del equipo de Salud Familiar, Ministerio de Salud, Septiembre 2006.

Cabe aclarar que La Fuente de todos los datos presentados en este trabajo es el Diagnóstico poblacional, realizado en sucesivas etapas, por el Equipo de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (del cual formaba parte).

2-Características de este grupo de mujeres en contexto de pobreza

Las principales características psico-sociales halladas son las siguientes:

- Predominio de un número importante de madres solas, esto es sin una pareja que efectivamente desempeñe el rol paterno. Si bien, no es el caso de mayoría de las mujeres entrevistadas (ver cuadro en anexo metodológico)
- En general, la mamá con sus hijos vive junto a la familia de origen de ésta, muchas veces en condiciones de hacinamiento.
- El clima emocional familiar suele presentar frecuentes situaciones conflictivas, si bien esto sucede en todas las familias, es frecuente pasar al acto en la resolución de conflictos, es decir no siempre la resolución está mediatizada por la palabra....
- El rol más importante que cumplen las mujeres es la maternidad, el cual según manifestaron, no les aporta una plena satisfacción.
- En términos generales, puede decirse que estas mujeres no cuentan con un proyecto educativo y/o laboral propio, y en caso de existir es endeble por la sobrexigencia de roles domésticos.
- La salida laboral de las mujeres se ve obstaculizada por no contar con ayuda externa para cumplir con la función de cuidado de los/as niños/as.
- Las madres muestran dificultades para apelar a la ayuda de otros en la comunidad. Sus expectativas de ayuda, predominantemente, son depositadas en la familia de origen.
- Las familias muestran características pasivas y dependientes de la **asistencia social del estado**, lo cual se concretiza en bolsones de comida y el subsidio denominado “plan jefes y jefas de familia”. Los/as niños/as asisten a comedores comunitarios. En algunos casos estas prestaciones se ven obstaculizadas por situaciones conflictivas entre distintos sectores y miembros de la comunidad, lo cual suele expresarse en divisiones tales como “los/as trabajadores/as” versus “los/as asistidos/as”.

- Las familias de esta comunidad esperan soluciones globales y totales a sus problemas cotidianos, respecto del estado, haciéndose éste presente en la figura de los representantes políticos. Paralelamente, tienen dificultades para reconocer las soluciones que dependen de la autonomía y propia responsabilidad; se escuchan a menudo frases como: “los políticos no hacen nada por nosotros”
- Se observa frecuentemente un importante conflicto generacional el cual se ve agravado por la dificultad de las jóvenes de salir de su respectiva familia de origen. El principal conflicto suele radicar en la escasa comprensión de las personas adultas mayores respecto de los/as jóvenes que por su situación de vulnerabilidad psico-social encuentran dificultades en el desempeño del rol materno. También, se evidencian dificultades en la transmisión generacional de valores sociales y culturales.
- El vínculo más conflictivo es de las madres jóvenes con sus respectivas madres, el cual suele ser de mucha rivalidad y poca empatía.
- En cuanto a la situación de los/as niños/as, suelen reiterarse las consultas médicas por problemas de bajo peso con riesgo de desnutrición, siendo esta una de las principales problemáticas de salud de esta comunidad.

3-Condicionantes observados en la muestra relevada

Si bien, en el presente trabajo no ahondaremos en los resultados escolares, sólo mencionaremos cuestiones observadas como significativas respecto al escaso nivel educativo alcanzado por las mujeres y sus parejas.

Según Bourdieu La condición de capital cultural se impone, en primer lugar, como una hipótesis indispensable para dar cuenta de las diferencias en los resultados escolares que presentan niños de diferentes clases sociales respecto del éxito “escolar”,...en relación a la distribución del capital cultural entre clases y fracciones de clase, aquí lo retomamos en torno a las diferencias entre varones y mujeres.

Es revelador recordar que respecto a “La *transmisión del capital cultural*...el rendimiento de la acción escolar depende del capital cultural previamente invertido por la familia. Y el rendimiento económico y social del título escolar, depende del capital social, también heredado, y que puede ponerse a su servicio.” (P.Bourdieu, 1979)

3.1-Nivel educativo alcanzado

Para pensarlo desde lo global, si bien en líneas generales en América Latina según el informe de la CEPAL, 2004, “En el ámbito educativo se ha producido uno de los mayores logros en relación con la equidad de género. En la década de 1990, se conquistó la equidad plena en lo referente al acceso a la educación primaria, ya que se suprimieron las diferencias entre las tasas netas de matrícula de niñas y niños. En la educación secundaria y terciaria, las mujeres superaron la tasa de matriculación masculina.” Sin embargo, a pesar que este tipo de desarrollo se ha materializado, aún existen ciertos espacios donde la pobreza persiste, la inequidad sigue presente, tal es el caso de la población investigada.

Respecto al Nivel educativo alcanzado, la mayoría de las entrevistadas manifiesta haber tenido “limitadas posibilidades de acceder o continuar la Educación Formal”.

Del total de las mujeres una de ellas, Juana María, no logro completar los estudios primarios, llegó a sexto grado, ingresaría en la categoría “Primario Incompleto”.

Cinco de las entrevistadas lograron como nivel educativo el “Primario Completo” entre ellas se cuentan María, Soledad, Lorena, Roxana y Paola, es decir finalizaron la escuela primaria (habiendo concluido 7mo grado y no continuando el secundario).

Dos de las entrevistadas, Vanesa y Silvina, completaron primer año y abandonaron. Beatriz llegó a cursar segundo año del nivel medio y Mariana hasta tercer año y no pudo seguir. Es decir, dos lograron “Secundario Incompleto”, sin completar el CBU⁷.

Cabe aclarar que en nuestro país, la obligatoriedad de la escolaridad se extiende hasta la finalización del CBU, por lo cual podemos inferir que ninguna de las entrevistadas lo ha concluido.

Nivel educativo de los varones (pareja/marido)

Cuando se indagaba en referencia a la escolaridad de su pareja, cuatro de las mujeres manifestaron que sus parejas habían llegado a 4to año del secundario (Vanesa, Roxana, Soledad, Paola), es decir, si bien no completaron el nivel secundario, llegaron a cursos

⁷ Se denomina CBU al Ciclo Básico Unificado, en Córdoba, a la primera parte de la escolaridad secundaria (1er, 2do y 3er año) que es obligatoria.

más elevados que las mujeres. Tres (Juana María, Beatriz y María) comentaron que ellos habrían llegado a completar primer año del nivel Secundario y solo dos abandonaron en sexto y séptimo grado de primaria (Mariana y Silvina)

En este punto es importante resaltar que se observa una diferencia comparativa en el nivel educativo alcanzado de los varones parejas de las entrevistadas, en relación al alcanzado por ellas; lo que reafirmaría la inequidad de género en el acceso a ciertos bienes de capital cultural y esto podría influir en la posibilidad de insertarse laboralmente con más facilidad en los varones debido a su relación temprana con el ámbito público.

Frente a la pregunta “*le hubiera gustado seguir estudiando*” la mayoría de las entrevistadas respondieron que sí. Esta respuesta dejaría entrever el interés de continuar desarrollándose o perfeccionándose y pudiendo ser valorada como positiva la educación formal, en este momento de sus vidas en que se encuentran como adultas jóvenes. Al parecer el paso del tiempo les ha permitido percibir la escolaridad diferente, luego de un cierto recorrido o experiencia de vida, (ya que en el momento en que se produjo la deserción, según ellas, no registraban el valor de continuar los estudios).

Es de suponer que esta limitación en la educación formal, trae aparejada dificultades para insertarse en el espacio público, al igual que de recibir la información adecuada para poder elegir libremente respecto a su salud y a la salud sexual y reproductiva en particular.

Según A.Villa (2007) esta diferencia de nivel educativo podría trasladarse al ámbito privado o de intimidad y podría suponer también, la existencia de un saber sobre sexualidad de los varones con el cual las mujeres podrían beneficiarse o confiarse...Expresiones mencionadas como sentirse “*confiadas porque él sabe...*” “*Seguras!*” o “*cuidadas*”, porque “*yo creí que él sabía...*” son valoradas frente a las habituales vivencias de inseguridad o miedo en la iniciación.⁸

También podemos pensar que si bien la mayoría de estas mujeres proviene de un contexto similar, las respuestas adaptativas de cada una a su medio varían en torno a su singularidad.

⁸ Esto se verá más desarrollado en la parte 3, bajo el título de iniciación sexual.

Pensar en las condiciones precarias de existencia de este grupo de mujeres y sus familias, descrito al inicio de este trabajo, donde se detalla las paupérrimas condiciones de existencia, por las que han atravesado, que lejos de funcionar como un ambiente enriquecedor culturalmente ha sido de poca estimulación para el aprendizaje de ciertos conocimientos socialmente válidos que limitarían su posibilidad de elección.

“... la apropiación del capital cultural objetivado —y por lo tanto, el tiempo necesario para realizarla— depende principalmente del capital cultural incorporado al conjunto de la familia, incorporación que se da mediante el efecto Arrow generalizado. Se entiende por este el hecho de que el conjunto de los bienes culturales, cuadros, monumentos, máquinas, objetos labrados, y en particular, todos aquellos que forman parte del ambiente natal, ejercen por su sola existencia, un efecto educativo. Este es sin duda uno de los factores estructurales de la explosión escolar, en el sentido en que el crecimiento de la cantidad de capital cultural acumulado en el estado objetivo incrementa a su vez, la acción educativa que ejerce automáticamente en el medio ambiente.” (Bourdieu, 1979).

Resignificar el planteo de este autor, puede orientarse en la reflexión que nos convoca, pues en lo observado, la capacidad de decisión sobre su vida, y en particular sobre su salud sexual y reproductiva, está condicionada en cierta medida por el capital cultural que ellas poseen y por el escaso nivel educativo formal al que han accedido; entre otros condicionantes que iremos desarrollando.

Razones que llevaron a abandonar la escolaridad obligatoria

En algunos casos observamos que la imposibilidad de continuar con el estudio fue por motivos familiares: enfermedad de algún familiar cercano, en el caso de María ; motivos personales referidos a crisis vitales o de la familia de origen, como le sucedió a Soledad y también por limitaciones económicas que impedían la continuidad de la escolaridad, como en el caso de Mariana:

-“mi papá se enfermó y no teníamos las posibilidad de tener todo lo que te pedían ni que mi papá me lo comprara porque él se enfermó y trabajaba mi mamá sola y éramos muchos nosotros y trabajaba ella sola, decidí no estudiar y empecé a los 13 años... a los 14 años a trabajar...-si, siempre digo si tuviera la posibilidad de un secundario a la

noche, pero te arranca los ojos el BAC⁹, y la otra vez dijeron que iba a haber acá...”(María, 25)

-y nada yo la dejé porque después mi mamá se separó con mi papá y yo me quedé sola con él, y yo tenía que hacer las cosas de la casa de mi papá todo eso y me cansaba, tenía que venir del colegio hacerle la comida y todo eso...aparte yo me quedé de los 8 años con mi papá sola, bueno y la seguí hasta que terminé la primaria y después no seguí más mi mamá se fue de mi casa (Soledad, 25 años)

-y dejé porque no tenía plata mi mamá, como seguir pagando la escuela y no tenía para comprar las cosas que me pedían, los libros todo eso, así que no... no pude seguir (Mariana, 24 años)

En el Documento “Caminos Hacia la Equidad de Género” (CEPAL, 2004) se plantea que “las mujeres están claramente sobre representadas entre los pobres, y que son ellas las principales responsables del cuidado de los niños, enfermos y adultos mayores y, en general, de todas las actividades vinculadas con la reproducción social.”

Lo precedente, es mencionado aquí pues, en el caso de las entrevistadas se repiten estas situaciones de inequidad en la distribución de responsabilidades y cargas familiares que impactan en el proceso de desarrollo personal de cada una de ellas, limitando sus posibilidades.

El Documento continúa: “El análisis de la pobreza desde una perspectiva de género facilita la adopción de una perspectiva multidimensional, que permite entender mejor la razón por la cual ciertos grupos de personas están más expuestos a sufrirla e identificar los factores que intervienen en este proceso.”

Dificultades de aprendizaje o repitencia

Otro de los condicionantes relatados, viene de la mano de las dificultades de aprendizaje o situaciones de repitencia escolar, como es el caso de Roxana o de Silvina.

“-no sé... porque no quería ir más...-no... no, mi papá me insistía pero...no... a los 15 dejé el colegio... porque... cómo se llama, lo que faltaba tanto a clase, repetía de nuevo... no, a los 14”(Juana María, 20)

-porque bueno... no tenía ganas de ir a estudiar (Roxana, 29 años)

⁹ BAC es el nombre de una institución privada en Córdoba, donde se realiza el secundario acelerado para adultos.

-y porque me llevaba muchas materias, y ya... repetí dos veces, ya al último, al segundo año iba a molestar nomás (Silvina, 20 años)

Además, ha influido para no continuar con la escolaridad, la emergencia de situaciones de **enamoramiento de adolescente** tal como manifiesta Vanesa, al intentar justificar su cambio de objeto de interés llevado al gusto por un chico o por salir o **la percepción del embarazo temprano**, como el de una situación no deseada o de “desvío del camino”, tal como lo expresa Beatriz:

“Deje... porque... por cosas de la vida... de adolescente (se ríe)... cualquier cosa, porque dejé porque... tenía la cabeza en cualquier lado, la verdad...en el que está sentado allá... (se ríe y señala al marido)...-si... y la dejé , yo un día si tengo que darle algún consejo a alguna de las chicas es , chicas disfruten no se pongan a tener hijos no es porque esté en contra de que tengan hijos, pero que disfruten un poco más, que se cuiden un poco más, porque son cosas que se pierden que nunca más se suceden después, y entonces a lo mejor es algo que no entiende uno en ese momento(Vanesa,28)

-y porque... es lo que yo siempre le digo a mi hijo, que a veces la madre siempre dice estudiá, estudiá, estudiá y uno no le da bola y bueno... ya que se desvía del camino, y ya quedé embarazada del Darío y ya después... ya no seguí (Beatriz, 31 años)

-porque... no... empecé a salir, mi mamá me dejó salir y bueno... empecé todo ahí, iba a seguir para policía, porque me gusta a mí eso me encanta...me gustó salir y ahora estoy donde estoy... porque tendría que estar bien... (Lorena, 27 años)

En otros casos se puede reconocer por parte de las entrevistadas una puesta en valor, de parte de sus padres o madres el hecho de continuar con los estudios formales.

Se podría pensar en la idea de que acceder a un título significaría el acceso a un cierto capital cultural “La objetivación del capital cultural bajo la forma de títulos. ...Con el título escolar —esa patente de competencia cultural que confiere a su portador un valor convencional, constante y jurídicamente garantizado desde el punto de vista de la cultura— la alquimia social produce una forma de capital cultural que tiene una autonomía relativa respecto a su portador y del capital cultural que él posee efectivamente en un momento dado...” (P. Bourdieu, 1979).

Así, por ejemplo, Paola reconoce que no le gustaba el estudio y que sin embargo intento otras cuestiones no-formales, Soledad manifiesta dificultad y desinterés, tal como expresan acerca de sus estudios:

-Mi mama quería que yo termine, pero a mí no me gustaba. Estudié repostería, cocina, costura. Una que la matemática no me gustaba, las ciencias sociales menos, nos daban lengua y ciencias naturales todo el día, pero no, en cambio mis otros hermanos si estudiaron, hicieron el secundario allá en Ciudad mis Sueños.”(Paola,29)

-no yo no quise ir más, si mi papá me decía andá, que fuera pero yo no... no se yo no tenía ganas de estudiar, me costaba...debe ser no sé, pero ahora me gustaría ir a estudiar, ves hacer un acelerado o algo de eso, pero lo que pasa es que por ahí llega mi marido cansado ponele, viste que acá enseñan..., (Soledad, 25 años)

Para concluir, observamos que la Imposibilidad de continuar con los estudio fue debido a motivos familiares , irrupción de alguna situación que desequilibrara la dinámica familiar o personales tales como dificultades en el aprendizaje, repitencia, sobre edad o embarazo temprano, entre otras razones.

Coincidiendo con lo observado, en el informe de CEPAL, 2004 explica que “las cifras sobre deserción escolar y repitencia de las niñas se explican principalmente por las responsabilidades familiares tempranas que deben asumir, a diferencia de los niños, que en su mayor parte dejan la escuela para incorporarse al trabajo remunerado o simplemente la abandonan.

Si bien, con el aporte de los movimientos feministas, en este mundo globalizado, las mujeres han ido superando las ataduras excluyentes con el mundo doméstico, en ciertos contextos, como este , no han sido eximidas de esa responsabilidad. Entonces, este vínculo constitutivo de la desigualdad es el que tiene consecuencias en la participación de las mujeres en dos esferas básicas de la vida: la pública y la privada.

Para intentar comprender por qué persisten las desigualdades laborales, sociales y políticas debemos reparar en el hecho de que los cambios no han llegado al mundo de la familia, por lo que la autonomía obtenida por las mujeres está siendo pagada en el ámbito individual, sin que el aporte de las políticas públicas habilite plenamente el ejercicio de sus derechos de ciudadanía y permita su ingreso al mundo público en condiciones de igualdad de oportunidades.

3.2-División sexual de roles

Siguiendo a Judith Astelarra, en las sociedades democráticas, la desigualdad es una forma de discriminación social que debe ser corregida. Cuando se habla de discriminación se intenta medir las diferencias entre hombres y mujeres en términos de la distribución de bienes, servicios, prestigio y poder. En aquellas sociedades en las que hay desigualdades sistemáticas en su distribución, se podría afirmar que existe desigualdad sexual. Una sociedad igualitaria, en cambio, sería aquella en la que los roles sexuales sean bastante similares según lo valorado positivamente por cada grupo social.

“La división sexual del trabajo es el concepto utilizado para dar cuenta de la existencia de una peculiaridad social: en todas las sociedades hombres y mujeres realizan funciones diferentes” (Astelarra, J., 2000)

En cada contexto socio-cultural y en cada momento histórico se pautan en el imaginario social que tareas son de competencia de los varones y por lo tanto, serán consideradas actividades masculinas y cuáles corresponden a las mujeres, convirtiéndose en funciones femeninas. A través de la educación formal e informal se demuestra cómo las niñas y los niños deben aprender a desempeñar estas tareas y para que acepten este orden social como "normal". Es decir, lo que es considerado fuera de la norma (aunque esta no esté explicitada) será observado y cuestionado, como una desviación individual de lo esperado socialmente.

“A la organización social que se deriva de la existencia de la división sexual del trabajo se la denomina sistema de género social. El sistema de género social se refiere, por tanto, a los procesos y mecanismos que regulan y organizan la sociedad de modo que mujeres y hombres sean, actúen y se consideren diferentes, al mismo tiempo que determina cuáles áreas sociales son de competencia de un sexo y cuáles del otro.” (Astelarra, J., 2000)

Un sistema de género social, en la cultura local de nuestras entrevistadas, se observaría en la naturalización del hecho de ser madres y la razón por la cual dejarían el trabajo remunerado cuando tienen hijos, y que sea el varón el único que salga al espacio público a trabajar.

Según Gita Sen, es necesario incluir dos principios a la hora de analizar la división sexual del trabajo, a saber: el reconocimiento del trabajo no remunerado, y que la

desigualdad económica tiene una base social. Destaca también que “En el área de salud, es un ejemplo de donde se pueden recortar servicios sin prestar atención al hecho de que estos servicios tienen que ser realizados, y que alguien los está haciendo. Ese alguien es generalmente una mujer, lo cual supone una carga más para ella”, pues debe estar siempre disponible y asumir esta responsabilidad. (UNIFEM 2006-07)

Algunas de las expresiones que sostienen este imaginario, son:

- “cuando él no trabaja, me ayuda...” (**Juana María**)
- “las tareas domésticas... yo, porque él trabaja” (**Silvina, 20**)
- “las tareas domésticas... ...yo sola... ...él no hace, porque trabaja... ...no, nunca trabajé afuera...y porque tiene que trabajar él... ...él es el hombre de la casa...”(**Roxana, 29 años**)
- no... no trabajo, ...todo el día en mi casa,..., yo le dije a él, tenía la propuesta de... como para despegar un poco de casa, porque yo a veces también, todos los días lo mismo es como que te altera los nervios un poco... y me dijo que no, que trabajar no, que los chicos son chicos, que nadie te los va a cuidar que ve muchas cosas que pasan (**María, 25 años**)

A través de la lectura de los relatos de las entrevistadas, podemos inferir que las mismas comprenden la organización doméstica como una tarea que no implicara tiempo y esfuerzo para ellas. Es decir, no lo perciben, como trabajo, lo cual se objetiva cuando, más de una de ellas, menciona que aunque reconoce la concreción de las tareas domésticas, no trabaja y que en cambio sí se reconoce como ama de casa.

Asimismo, se infiere que el supuesto base es que, se trata de una labor que corresponde a las mujeres, es decir exclusiva del mundo femenino, labor en la que eventualmente los hombres pueden colaborar. Dichos tales como “*Me ayuda con las tareas de la casa*” da cuenta de la consideración de que se trata de una responsabilidad de la mujer, motivo por la cual la participación del hombre en las mismas se considera un favor que éste le hace a ella.

A través de este relato podemos observar los “estereotipos de género” sostenidos en el rol de mujer/madre. (Al igual que la percepción, en ciertos momentos, del hogar como un lugar de encierro, sin posibilidades de desarrollo)

Cabe aclarar que este grupo de entrevistadas, 9 de las diez, conviven con la familia nuclear (Sra., Sr. e hijos) sólo una de las familias es mono-parental con 4 hijos y es en ese caso en que las tareas domésticas son compartidas con los/as hijos/as.

-yo, las comparto generalmente con mi hijo... y entre todos cada uno tiene su tarea, uno tiende la cama el otro levanta las cosas del piso, el otro barre y así...y sí porque yo tengo más varones, la nena es chiquita (Beatriz, 31 años)

- yo las hacía, antes, con mi sobrino, tenía un sobrino que estaba conmigo y bueno, ahora él ya trabaja tiene su novia y no está más conmigo. ...sí él me ayudaba, si.” (Lorena,27)

Otro punto para destacar es la significativa ausencia temporal del varón en el hogar, enmarcada en la justificación de la cantidad de horas que dedica a su empleo, por ejemplo en el caso siguiente:

-sí, él(trabaja) se va a la mañana a las 8 y vuelve a veces a las 9, a las 10 a las 11

-en una empresa de aire acondicionado (María, 25 años)

-“...y otra que mi marido trabaja, viene a la noche recién... se va a la mañana y viene a la noche” (Lorena, 27 años)

-y porque trabaja, se va a las 6.30 de la mañana y vuelve a las 7.30 de la tarde..-eh... hace piletas de natación...Yo no, nunca trabajé afuera, y porque tiene que trabajar él...porque sí (se ríe), él es el hombre de la casa ...y si, porque... los chicos ...con quién se van a quedar, quién los va a cuidar... y él no quiere que trabaje tampoco, porque tengo que estar en la casa, con los hijos (Roxana, 29 años)

- las tareas domésticas?. ...-entre todos, yo obvio cocino, no lavo porque tengo lavarropas (se ríe) -yo, las nenas, mi marido... porque ellas también ordenan su cuarto, no sé si está bien o mal, por lo menos que lo tengan un poco más organizado...nos repartimos entre todos (Vanesa,28)

La misma idea de colaboración que existe en relación al hombre desarrollando trabajo doméstico se puede advertir en las mujeres cuando hablan de trabajar de forma remunerada fuera de la casa, de lo cual se puede inferir la presunción de que ser el sostén económico del hogar es un rol masculino al que la mujer sólo puede prestar ayuda. Un aspecto no menos importante a considerar es la relación entre estos

supuestos y los lugares tradicionalmente asignados en función del género que vincula a la mujer al ámbito privado y al hombre al ámbito público. Fraser sostiene, que” allí donde persista la desigualdad, los procesos de deliberación tenderán a operar con ventaja para los grupos dominantes y desventaja para los subordinados.”(Fraser,1992)

“Las situaciones de desigualdad parental entre mujeres y varones termina perjudicando a la madre, al padre y a los hijos...Ya que la mujer carga con el peso exclusivo de la crianza de sus hijos, lo que le imposibilita el desarrollo de otras capacidades personales además de la maternidad...Los varones pierden contacto afectivo y cotidiano con sus hijos como un importante aspecto de la subjetivación masculina y los hijos se ven privados de la presencia paterna como un importante agente de socialización” (Villa, 1999).

Los legados del patriarcado

Parafraseando a Judith Astelarra, Los legados del “patriarcado”, como forma de organización del sistema de género, han tenido una vigencia temporal tan extensa que ha llegado a confundirse con un sistema “normal”.

“Cabe aclarar que el concepto de patriarcado es tomado por la disciplina historia, como un modo de organización social primitiva en que la autoridad se ejerce por un varón jefe de familia. Luego, ha sido redefinido por otras ciencias sociales con el propósito de encontrar una explicación acerca de las jerarquías sociales entre los sexos y de los mecanismos que originan y perpetúan en un nivel más general ha sido empleado para referirse a la dominación masculina y a las relaciones de poder a través de las cuales los hombres dominan a las mujeres. (Millet, 1975, en Chumbita:545)

Dicho concepto toma relevancia para comprender los efectos invisibles que sustentan una supuesta división del poder al interior de las unidades domésticas, tal como se ve reflejado en los testimonios:

-y... no... porque no quiere él que trabaje, qué se yo, no quiero dejar los chicos, los nenes...-aunque son grandes... si (Roxana, 29 años)

Otras demuestran gusto al realizar las tareas de la casa, ya que han sido naturalizadas como parte de la vida de la mujer en este contexto:

“yo hago todo porque me gusta, me gusta hacer así, por más que “haiga” alguien que me ayude... ...y él no quiere que trabaje... ...porque dice que él es el hombre y él es que tiene que trabajar... ...y yo digo que sí, que está bien lo que él dice, pero a mí me gusta ayudar, aportar algo, en algo así... en la casa” (Mariana,24)

Como dice Judith Astelarra: “En la sociedad moderna, industrial y urbana, el patriarcado se expresa a través de una forma de división sexual del trabajo que acentúa la separación del espacio privado, el hogar, destinado a las mujeres, del espacio público, predominantemente masculino. El ámbito público adquirió valor económico, social y de prestigio, mientras que al ámbito privado sólo se le asigna un valor simbólico. Así, al ama de casa se la ha definido siempre como una mujer que "no trabaja". (Astelarra, 2005) En la medida en que se ha cambiado la forma de conceptualizar y valorar el trabajo doméstico, se ha constatado empíricamente que esto era falso: su trabajo requiere más esfuerzo y horas que el de la mayoría de los obreros.

Respecto al manejo del dinero

De las 10 entrevistadas solo una, Beatriz trabaja fuera de su hogar, desde que está separada, pues esa crisis la llevó a buscar un nuevo modo de provisión del sustento económico para ella y sus hijos.

En este grupo de mujeres se observan distintas modalidades en el manejo del dinero que van desde las más equitativas a las más limitadas.

Roxana manifiesta:

-por qué él dice que no te da toda la plata y porque tiene que pagar sus cuentas y bueno... y nada más, me contesta eso (Roxana, 29 años)

Frente a esta situación de dependencia o falta de autonomía de las mujeres dentro de los hogares, retomamos lo planteado en el informe de CEPAL donde plantea que “ si bien no equivale a pobreza de ingresos, incide en su grado de autonomía económica y en su capacidad de decisión; además, su situación de vulnerabilidad se agrava en caso de ruptura o desintegración familiar, aspecto que debe ser atendido con políticas adecuadas que procuren una mejor distribución de la riqueza, los activos, las oportunidades laborales y el tiempo.”

(CEPAL, 2004)

Por otro lado, María trae otra experiencia en torno al manejo del dinero:

-no, lo manejo yo, él cuando cobra me dice tomá esto cobré y pagá las cuentas y fijate que te tiene que alcanzar para... hasta la quincena (María, 25 años)

En este caso, el dinero implica manejo del poder de la mujer en el interior del ámbito doméstico y la relación con el afuera está limitada en torno al fin del monto quincenal. En otras situaciones, la relación con el mundo público está mediatizada por el varón quien sale de la esfera doméstica a trabajar y provee del sustento económico a la familia.

...” trae el dinero mi marido,...y Salimos a comprar juntos y cuando él sale lo deja. En ese sentido no tenemos problemas.” (Paola, 29 años)

“trae el dinero él, ...manejo la plata yo”(Silvina, 20 años)

“Lo trae mi marido .yo solo recibo -un... una beca de alfabetización deportiva” (Vanesa,28)

-y bueno yo tengo el tema de los dos más chicos, que el padre me pasa la mantención, y bueno, yo con el kiosco acá en casa que hago algo y otro poco las costuras, tejido (Beatriz, 31 años)

-si... si, porque no es lo mismo tener lo de uno que depender de otro no? Y mi mamá siempre me enseñó a mi que lo mejor que hay es trabajar y tener lo de uno porque siempre vos te querés comprar un perfume, sacás de tu bolsillo y te lo comprás, no le tenés que andar pidiendo a nadie, mi mamá siempre trabajó yo también trabajé cuando tenía mi primer hijo (Lorena, 27 años)

Existirían según el modo de relacionarse, diferentes modos de convivir en torno al dinero, en algunos de un modo democrático y otros con preeminencia en las decisiones de la mujer .Entonces, se observan diferentes modalidades de Circulación del poder, en el espacio doméstico y con el mundo exterior a él.

Aquí mencionamos esta indagación en torno al manejo del dinero pues trae implicaciones respecto a procesos de decisión, tanto a nivel del hogar como de la comunidad y de la sociedad, la distribución desigual del poder y los obstáculos para participar activamente es otro elemento fundamental que limita a las mujeres el ejercicio de sus derechos y su ciudadanía.

“La autonomía económica representa un mejoramiento de las condiciones objetivas de vida de las mujeres, pero no necesariamente contribuye a revertir las inequidades de género en su vida familiar o social” (Bonder, 2004)

Respecto a la crianza de los hijos y su acompañamiento en las tareas escolares

En la mayoría de los casos, lo expuesto anteriormente se puede también aplicar a la crianza de los hijos, reforzando el rol maternizado de estas mujeres, quienes se hacen responsables de la mayoría de las tareas ligadas al cuidado y atención de los niños, incluido el acompañamiento en la consecución de las tareas escolares.

“por los chicos, por los chicos, porque siempre estoy pensando en ellos, por si les llega a pasar algo...y también si me pasa algo a mí, quién los va a cuidar a ellos... no es lo mismo la madre que el padre...” (Lorena,27)

- Por ejemplo, me gustaría a la mañana trabajar en limpieza afuera y a la tarde estar con los chicos, pero mi marido no quiere porque dice “una que, para eso trabajo yo”. Él no quiere que los chicos estén con nadie que no sea yo, él los súper protege, no quiere que les pase nada. Van a la esquina y empieza “mirá Paola qué están haciendo, no los dejes solos...” (Paola, 29 años)

Si bien, en la actualidad, puede hablarse de una crisis en la dicotomía de los modelos tradicionales de lo femenino y lo masculino, el cuidado y la socialización de las/los niñas/os también pueden ser desempeñados por los varones, “pues no responden a impulsos instintivos sino que sólo requieren de aptitudes que todos los seres humanos, independientemente de su sexo, poseen y pueden desarrollar”. (Astelarra,2005)

En este grupo social aún persisten pautas de cuidados exclusivas a las mujeres:

-por ahí él, por ahí ponele porque yo termine la primaria pero ya hace mucho y no me acuerdo nada, por ahí le dan cosas que son re difíciles que no las entiendo directamente

(Soledad, 25 años)

-no, no, él les hace la tarea. No, él hace... o sea, empieza a pedir carpeta, cuaderno, y bueno... se sienta y les ayuda él(Lorena, 27 años)

... me dice mi marido: cómo anda José? Bien, nunca tuve ningún drama, nunca nada. En cambio las notas todo eso lo firmo yo, porque dice: vos sos la que va a la reunión, usted fírmeme el cuaderno (María. 25 años)

Estos testimonios nos llevan a reflexionar en torno a lo planteado por la CEPAL, (2004.): en relación con la distribución del tiempo, hay estudios en que se confirma que las mujeres invierten más tiempo que los hombres en actividades no remuneradas, lo que indica que ellas tienen días más largos de trabajo, lo que va en detrimento de sus niveles de salud y nutrición.

Respecto de la familia en la construcción de los estereotipos de género

“La familia ha regulado históricamente las relaciones de género; lo que sucede allí se proyecta, posteriormente, a otros ámbitos de la vida social. A pesar de su larga duración, no ha sido una institución inmutable; ha tenido importantes variaciones vinculadas a los cambios económicos, sociales y culturales de nuestras sociedades...se deber precisar en cada ocasión a qué tipo de familia se hace referencia.”(Astelarra ,2005)

Este sistema de género impera en el afuera y dentro del ámbito familiar y empapa todas las decisiones que se llevan a cabo en la cotidianeidad, tal como se observa en los testimonios siguientes:

...“en la pareja, porque si no hay diálogo,... y por ahí por eso nosotros peleamos porque yo soy de hablar mucho, yo le comento y él es muy cerrado, no habla en el sentido de... o por ahí viene cansado del trabajo y dice no vengo con mala onda, pero no me hagan poner de mala onda! Dice y digo bue... y yo le digo: bueno papi viene enojado así que hagan...(se ríe) (María, 25 años)

“Mi marido no habla, él hace lo que quiere y no te pregunta, en cambio yo le consulto todo...” (Mariana,24)

Si intentamos indagar la historia de donde proviene este orden de género determinado, al cual hacíamos referencia, “...indican que tuvo que ver con la organización social de la reproducción humana. Los seres humanos no procreamos por instinto y podemos separar la sexualidad (el placer sexual) de la reproducción; el apareamiento no se produce, por lo tanto, sólo cuando la mujer es fértil. De aquí que es posible que las sociedades primitivas tuvieran que buscar otros medios sociales para sustituir al instinto, e insistieran en la complementariedad psicológica y social de las mujeres y los

varones. El sistema de género que convierte la dicotomía biológica en dicotomía social” (Astelarra, 2005)

En lo que respecta al cuidado de su salud sexual y reproductiva las mujeres jóvenes se encuentran hoy incorporadas al ámbito público. Es decir, tienen presencia donde antes las generaciones de sus madres y abuelas estuvieron ausentes. Pero, esto no implica que hayan desaparecido las desigualdades en la medida en que su presencia se ha traducido en la "doble presencia" (Astelarra, 2005) y en que siguen existiendo discriminaciones de género en las actividades del mundo público.

3.3-Participación Comunitaria

La participación comunitaria posibilita la apropiación y el ser parte del control social de los procesos de toma de decisiones en torno a cuestiones que competen a una determinada comunidad. Esto implica ponerse en marcha junto a otros en la concreción de acciones que hacen al bien común de un grupo de sujetos, habilita la eventualidad de buscar o recrear estrategias y recursos propios y comunes para lograr un determinado objetivo. En este proceso de socialización convergen las percepciones de varios sujetos, mientras que posibilita un espacio de negociación que permite el desarrollo de las personas y su contexto.

-sí, soy referente del barrio...y entré de guía con las chicas de futbol (Vanesa, 28)

-yo estoy en el club de madres del jardín... todo lo que es actividades para el jardín, para que los chicos tengan una mejor educación... (Beatriz, 31 años)

Si consideramos a la comunidad como espacio de acción política, participar en las acciones que allí se desarrollan, ser protagonista de los procesos de educación y salud comunitaria, posibilita en un sentido amplio la pertenencia a la misma. Entonces, como en los casos de Vanesa y Beatriz, propiciar o acompañar a los niños o a las jóvenes en su desarrollo hacia el logro de un equilibrio bio-psico-social como lo es a través del deporte o de la educación inicial, colaboran con la autoestima de las protagonistas y de los destinatarios de estas acciones.

Respecto a la remuneración de estas acciones, en uno de los casos existe una beca del estado para acompañamiento de actividades deportivas, en el otro caso, Beatriz dona su

preciado tiempo en torno a la colaboración con la institución donde también concurren sus hijos.

Revisando esta dimensión a futuro tenderíamos a favorecer la integración de las mujeres a los procesos de desarrollo, atendiendo a las situaciones de extrema vulnerabilidad por la que atraviesan. Esto se refleja en que la mayoría de las veces se encuentran aisladas del ámbito público o con muy poco contacto afuera, por la reducción de su cotidianidad al espacio doméstico.

Expectativas de Desarrollo Humano, posibles apropiaciones del espacio público

El concepto de desarrollo humano es definido como la “ampliación de las capacidades y libertades humanas” (Amartya Sen, 1997), en este caso se examinó para identificar los intereses de superación de estas mujeres a la hora de recuperar aspiraciones o sueños pendientes, que trasciendan la cotidianidad, a lo que respondieron lo siguiente:

- *No sé... ser repostera o artesana, a mí me gusta hacer algo con las manos, artesanías... Yo estudié, pero si yo ahora estuviera esperando un hijo estaría todo el día acá en mi casa... (Paola, 29 años)*

- *no, no... me quería anotar en el curso de computación de acá en el barrio, pero dicen que tenés que tener tercer año, según dicen que iba a ser para los chicos que no estudiaron y ahora salen que tenés que tener tercer año (Silvina, 20 años)*

- *Tengo varios... primero terminar mi secundaria, y bueno, también lograr el título de enfermera y ser independiente más que todo, porque no me gusta depender... (Beatriz, 31 años)*

- *qué se yo... me gustaría... o sea, estudiar más que todo trabajar o estudiar computación o haber terminado el secundario y sí por ahí trabajar en algún negocio (Vanesa, 28)*

- *si, me gustaría trabajar y... en qué se yo, y... en limpieza, o en alguna fábrica (Roxana, 29 años)*

- *eh bueno, ahora llené unos papeles para eso, para una fábrica o para limpieza y antes no lo hacía, por los chicos, porque siempre estoy pensando en ellos,... ahora ya dije no,*

basta, me tengo que dedicar a mí porque no tenía tiempo, no tenía tiempo para mí nada, yo con la enfermedad que yo tengo tampoco, no puedo ir a hacer... hace ya dos meses que me hice unos análisis y no los puedo ir a retirar (Lorena, 27 años)

3.4-Redes de apoyo social, formales e informales

Elizabeth Jelin define como “redes de relaciones sociales, a las relaciones informales que se establecen entre vecinos, parientes y amigos, con el objeto de intercambiar bienes y servicios que hacen a la organización de la vida cotidiana de los miembros o familia partícipes de la relación .Las relaciones formales de intercambio se construyen sobre la base de la interacción diaria y se manifiestan como una regularidad de eventos e intercambios de bienes y servicios, entre un conjunto de individuos.”

La posibilidad de contar con redes de intercambio que influyen a la hora de tomar decisiones y a veces ayudan a lograr mayor seguridad en las decisiones alcanzadas , implican el mantenimiento de relaciones por prestaciones mutuas ,es decir, negociaciones simbólicas y materiales que otorgan a los sujetos una sensación un apoyo social que los posiciona de manera diferenciada en su cotidianidad.

En los dichos de las mujeres existen situaciones frecuentes en que reunirse con vecinas o amigas constituye una modalidad de contención y apoyo, configurándose una red cercana e informal. “Las redes funcionan gracias a recursos integrativos, como confianza, respeto, tolerancia, reciprocidad, sensibilidad moral, sentido comunitario y otros. Presuponen la existencia de un “capital social” (Putnam, 1993), Esto implica tener recursos simbólicos para seguir adelante, a pesar de los obstáculos en el camino:

“ tengo una amiga y las demás son dos cuñadas, la Paola, ella, y la otra chica que estábamos hablando recién , dos con cuñadas son.-si siempre va una a tu casa, ponele ella va a mi casa, y así. No todos los días en mi casa, un día cada casa, ponele ella ayer fue y yo voy mañana, y bueno... y venimos un ratito así (María, 25 años)

En algunas situaciones parece que las Redes de apoyo hubieran aparecido recién ahora, ya de grandes...en la vida de estas mujeres

...no, yo en ese tiempo, eran amigas del baile, pero nunca tuve una amiga así como la tengo ahora no, que nos podemos contar todo, y hablar con otra te sirve, o con mi hermana, nos contamos cosas y bueno (Lorena, 27 años)

-ahora mando los chicos a la escuela y después me voy por ahí, para charlar con mi hermana o mi amiga, me sirve cuando estoy mal con mi marido ..(Roxana, 29 años)

En momentos difíciles , en que el malestar supera la posibilidad de tomar decisiones ,es oportuno contar con otras/os, “...la incertidumbre que sólo puede ser contrarrestada mediante una vinculación intersubjetiva, las redes operan como una especie de seguro mutuo [...] inhibiendo sus dinámicas destructivas y canalizando las dinámicas recíprocas”. (Lechner N., 1999)

-y una amiga, y mis hermanas, y hablamos... y que tenemos que salir, y que, bueno, yo también tengo que salir un día a una fiesta, un baile, y bueno yo dije: acá se terminó, y bueno, y ahí ando pensando... (Juana María)

-si, también. Con Claudia siempre conversamos de eso, me pregunta ya te vino, no... ella siempre me pregunta...-si, Con mis hermanas más chicas no, porque les da lo mismo, se ríen de esto, lo otro...-no entienden...-no, espero que tengan un hijo y ahí se van a dar cuenta que sirve hablar de esto (se ríe)(Silvina, 20 años)

En los casos relatados, al parecer esos encuentros con amigas y vecinas tiene la función de generar un espacio de diálogo, de confrontación de realidades, espacio donde poder construir una alternativa a situaciones que solas no ven solución, entonces interactúan diferentes actores/as interesadas/os en un mismo asunto, con el fin de negociar y acordar o construir otra alternativa de solución , ya sea en torno a temáticas personales como las referidas a la salud sexual.

La revalorización de estos espacios, tal como plantea Silvina, en algunos casos puede registrarse con el crecimiento y desarrollo de las distintas etapas vitales, como es la maternidad.

“Hay dependencia recíproca entre los participantes de ella (ninguno tiene por sí solo todos los recursos necesarios para resolver el problema y depende de la cooperación de los demás). Su punto de partida es un conflicto o una diversidad de intereses que se encauza mediante la cooperación”. (Arteaga, 2002)

Por otro lado, Al indagar acerca de con quién podía contar ante una situación en la que requiriera ayuda, Soledad, (25 años) respondió “-no, es que no salgo yo ... porque no tengo amigas”

Soledad manifiesta en su relato una ausencia de redes sociales que dan cuenta de una situación de casi aislamiento social, lo que ha dificultado la toma de decisiones en ciertas ocasiones y la posibilidad de estar al límite en la toma de decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva como más adelante veremos.

Paola() manifiesta,” yo de chica no hablaba con nadie, ahora me junto con mis amigas o si quiero preguntar algo, busco a las chicas del equipo de salud”

“ Mi mamá un día que le conte una cosa me dijo que hablara con la maestra de Juan y ella me mando al equipo de salud y me ayudaron...”

“Construir redes implica la necesidad de articular y compartir recursos, distribuidos entre diferentes actores, dando lugar a una interacción sistémica” (Lechner N., 1999).

También el hecho de poder recurrir a actores institucionales va abriendo otro panorama para la interlocución y la posibilidad de escuchar o percibir otros puntos de vista que enriquezcan la visión única de un problema.

Entonces las mujeres pueden contar para la resolución de sus situaciones problemáticas con amigas, vecinas, familiares, como también con miembros de instituciones de salud y educación de la comunidad. ”Cabe distinguir tipos diferentes de redes, según el número de participantes, la vinculación fuerte o débil entre ellos, el grado de estabilidad de la red, su campo de acción, etc. Toda red responde a cierta lógica funcional [...] La reciprocidad que va más allá del intercambio e incluye confianza y una vinculación intersubjetiva que sustenta el sentimiento de pertenencia. La confianza opera como un mecanismo reductor de la complejidad y como un poderoso lubricante de la cooperación. (Lechner N., 1999)

3.5-Condicionamientos religiosos

Este punto en torno a la Influencia religiosa y la participación social en los distintos credos fue pensado desde el lugar de suponer que a veces la religión tiene el poder de funcionar como rector de la conducta de los sujetos, suele tener la función de “super yo” que según Freud representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura, incluye la "conciencia moral" y el ideal del yo.

Si soy evangélica, voy, pero no estoy metida metida. Pero ahora hace mucho que no voy porque mi marido se pone en contra, porque él cree en Dios pero no le vengas con ninguna religión rara. (Mariana, 23 años)

Al indagar si conocían qué dice su religión sobre la anticoncepción, una de ellas respondió:

-“Nada, porque por más que ellos me digan, no me importa es mi cuerpo. Si quiero tener 300 chicos, es una decisión mía y de mi marido...” (Paola, 29 años)

Lo que deja ver que la toma de decisiones pasa por otros lugares de cuestionamiento, no por la presión del pensamiento de la institución religiosa a la que adhieren.

Pero en este grupo de mujeres al menos ésto no fue registrado, quizás al tener ciertas necesidades básicas apenas satisfechas, le inhiben de pensar lejos de los acontecimientos concretos y existe menor capacidad de simbolizar, menor represión,...etc.

Probablemente en temas de intimidad la religión no interviene directamente, al parecer las determinantes en este grupo pasa por otros lados.

3.6-Educación sexual

Al formular las preguntas sobre este eje, la intención era descubrir si había existido la posibilidad de contar con un espacio de diálogo y de tener la oportunidad de recibir información y poder plantear las dudas respecto al desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Cabe aclarar que si bien actualmente contamos con una Ley de Educación Sexual, ley 26.150 que fue sancionada en octubre de 2006, hasta hace muy poco este era un tema silenciado, donde se ofrecía cierta información a niñas/os y jóvenes, según la capacidad comunicativa o disponibilidad de cada familia o contexto educativo.

La importancia de la Educación Sexual ya ha sido mencionada en numerosos estudios, está comprobado que adquiere relevancia pues lejos de incitar una iniciación sexual temprana, la posibilidad de poner en palabras las dudas retarda el inicio de las relaciones sexuales.

A la hora de pensar en torno a la Salud sexual y reproductiva, se entiende esta como “un estado general de bienestar físico como mental y social y no la mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, como a sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una

vida sexual sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia” (Conferencia El Cairo 1994)

La educación sexual entonces, viene a aportar una herramienta para el ejercicio de la libertad del sujeto, y constituye un "proceso intencional, constante y transversal, tendiente a que las/os alumnas/os integren saludablemente su dimensión sexual a su accionar cotidiano".(Bianco,2007)

Este proceso se inicia desde que nacemos a partir de los valores y pautas culturales y de conducta que nos transmite cada familia o ámbito de socialización primaria y luego se complejiza con la Educación Sexual Formal .Además promueve el cuidado propio y el de las demás personas, fomenta la equidad de derechos y facilita el desarrollo de actitudes positivas en torno a la sexualidad .

La educación sexual integral, que incluya la perspectiva de género, en tanto construcción social, política, económica y cultural, debería contemplar la revisión de los mandatos estereotipados de lo que es valorado como femenino o masculino.

Solo en algunos casos en que se ha intentado hablar, fue a través de la asociación de esta temática con aspectos referidos a la genitalidad y los cambios puberales y solo en algunas ocasiones son mencionados los métodos anticonceptivos:

-“no, ni te hablaban de eso...-no... viste que antes era como una palabra prohibida...y...no, cuando la primera vez que me indispuse, cuando me vino, es más cuando me hice señorita no sabía qué era, y me asusté mucho... lloraba porque no sabía qué era eso, ni por qué me pasaba... qué se yo, es feo eso porque son cosas del cuerpo que uno las tiene que saber siempre. si, o sea, le pregunté a mi mamá por qué era... y bueno, ahí me explicó, pero el susto que me llevé en ese momento, nadie te lo saca después... (Vanesa,28 años)

-No y menos mi mamá. Es muy vergonzosa!!... y...¿En la escuela ...Si, si hablaron, del cuerpo humano, por donde nacían los bebés todo eso... Qué tenía la mujer y qué tenía el hombre... pero yo a ellas (mis hijas)no les digo de dónde nacen, yo les digo de la panza nomás”... un día en la escuela me dieron un papel y se lo mostré a mi marido y él se rió, y me dijo “como te van a dar eso!” porque él también es vergonzoso. (Paola, 29 años)

-cuando me vino la menstruación? Nada, porque yo sabía por mi hermana y porque escuchaba de mis amigas...de mi mamá nada... me encerraba directamente en el baño a lavar la ropa para que no supiera. Si un día le dije "mira mami..."bueno, eso les pasa a todas" y nada más dijo. Viste que las chicas a veces le dicen a la madre cuando tuvo su primera relación, pero yo no, me lo guardaba yo nomás. (María, 29 años)

En los testimonios que nos preceden se observan situaciones de desconocimiento y falta de información básica sobre el crecimiento y desarrollo de las mujeres, en Vanesa, a la vez que la imposibilidad subjetiva de las madres de ellas para poder abordar esta temática, como Paola, lo cual las ha angustiado bastante. En otros casos, como el de María, el conocimiento vino de la mano de la propia experiencia y con el límite de la vergüenza.

Esta perspectiva biologista presupone una serie de dificultades, una es pensar que con el solo hecho de ofrecer información biológica o evolutiva se resolvería la incógnita y los posibles problemas asociados, sin embargo al observar la historia de vida de las entrevistadas, podemos resaltar que la información es *necesaria pero no suficiente* para lograr una conducta de autocuidado, y en relación a la toma de decisiones en torno a los MAC.

A continuación, se observa la relevancia de la etapa de la vida por la que atraviesan estas mujeres, para poder aprovechar o no la educación sexual que se les ha ofrecido, pues Silvina plantea que estaba distraída en otras cosas o Beatriz y Roxana que a pesar de recordar algo de la secundaria, o en alguna conversación con la madre, solo pudieron registrar la información, y consejería luego de haber tenido su primer hijo

-No, va...-en la escuela sí, pero no les prestaba atención, si estaba... solo molestando siempre... nunca terminamos con eso, me acuerdo cuando iba...-no, con las hermanas de mis amigas por ahí he hablado sí, cuando yo iba a la escuela, por ahí nos sabíamos juntar. O sino por ahí la Claudia me sabe decir cómo me tengo que cuidar (Silvina, 20 años)

de grande, prácticamente después de haberlo tenido al Darío...y... entre amigas, y un poco en la secundaria (Beatriz, 31 años)

-eh... después que fui a tener el primer bebé sí, en la maternidad y no, en la escuela no, en mi casa sí, mi mamá algo me dijo... (Roxana, 29 años)

Mi mamá me contó...que cuando yo me hiciese señorita tenía que empezar a cuidarme, que de tener novio, que traten de no...o de cuidarse, ya uno puede quedar embarazada y bueno...

-si... y tenía vergüenza después yo de contarle, porque me daba vergüenza de contarle las cosas (Mariana, 24)

En algunos casos en que las madres explicaban algo en torno a esta temática, como en la situación de Roxana o Mariana, surgía como uno de los condicionantes la vergüenza o la falta de confianza para explicitar sus dudas y miedos al respecto¹⁰.

En otras situaciones como la de Vanesa y Juana María, no tuvieron ninguna posibilidad de acercamiento o diálogo sobre la temática, recién en la primera experiencia sexual notaron que algo desconocían:

-y bueno conocí nomás..... por así ... nos pusimos de novio con mi marido, bueno porque era más grande él, y él sabía, en realidad no me explicó cómo se tenía que cuidar si... él no se cuidaba tampoco y bueno... y después que tuvimos relaciones me contó que... me preguntó si yo me cuidaba, y yo ni! Ni enterada en mi vida nada y bueno, después quedé embarazada (Juana María, 20 años)

-no, no... nunca. No nunca nadie me aconsejó, como decir: te va a pasar esto, o lo otro, no... se fueron dando las cosas y fue así (Vanesa, 28)

Al indagar a cerca de a quien podían recurrir para hablar tranquilamente de sexualidad, expresaron:

-o sea... cómo de sexualidad? De qué... de lo que me pasa, de lo que tengo, de lo que no? Con mis amigas nomás, porque... con mi mamá hasta por ahí nomás, viste que siempre... mi mamá sí es medio amiga mía, pero... es como que le cuesta un poco... (Vanesa, 28)

-(con mi pareja) sí, si podemos hablar...no, tampoco es “la confianza”, tampoco hay mucha... mucha soltura, mucha confianza que yo pueda hablar, siempre uno se guarda cosas (Mariana, 24)

-ah... sí, o sea, cuando tengo alguna duda, voy así... voy a la ginecóloga o a alguien de las chicas del equipo de salud, siempre le pregunto, trato de no quedarme con eso... (Silvina, 20)

¹⁰ Esto se verá desarrollado en profundidad en el capítulo 3 “vínculo con la madre”.

Las entrevistadas relataron poder contar con un espacio de diálogo con amigas, con el equipo de salud, solo en algunos casos con la pareja

“...no solo importa comprender el comportamiento individual respecto a las prácticas sexuales, sino comprender el contexto social y cultural de las interacciones sexuales, definido por complejas relaciones entre significados y poder.

“Es a través de un proceso de socialización que los individuos aprenden sobre deseos sexuales, sentimientos, papeles y prácticas típicas de su grupo o status en la sociedad, así también sobre las alternativas sexuales que la cultura les abre”. (Canciano, 2007)

La Educación Sexual está relacionada íntimamente con otros aspectos de la vida personal y de la constitución de su identidad y sexualidad.

Por ello retomaremos la definición planteada por la OMS entendiendo a la Sexualidad como un entramado de manifestaciones y expresiones afectivas, biológicas, psicológicas, socioculturales, éticas y religiosas, que nos identifica y caracteriza como sujetos únicos.

“Decir sexualidad es decir identidad, vivencias, emociones, es también decir represiones y mandatos, es decir placer y responsabilidad, es el modo en que las personas experimentan el cuerpo en las diferentes etapas de su vida.” (Documento base, 2007)

Es sobre todo una construcción que las personas hacen en el encuentro con otros, por lo tanto nacemos con sexo y nos hacemos sexuales en una cultura determinada, en un tiempo determinado, en un grupo social determinado.

La sexualidad implica entonces, múltiples dimensiones: desde la manera en que las personas pueden manifestarse y relacionarse con otros y consigo mismo, hasta el modo de sentir y de comunicarse afectiva y socialmente.

“...Algunas ideas, creencias, mitos y representaciones de diverso orden que estarían interviniendo a la hora de la toma de decisiones de los sujetos. Que nos hablan de diversas lógicas que se ponen en juego cuando se trata de la vida y la búsqueda de soluciones o caminos a tomar” (Orge, 2008)

Cierta información es necesaria pero no suficiente, aquí podríamos pensar en dos posibles razones que obstaculizan la transmisión de la información, uno es el modo en que se transmite y otro las dificultades intrínsecas del objeto de estudio, que necesita cierto nivel de abstracción y necesidad de relacionar y reversibilidad en las construcciones de pensamiento que permitirían poder procesar o no la información que

se les ofrece, esto se vincularía con lo planteado en el inicio de este capítulo respecto al nivel educativo alcanzado.

Un mito frecuente entre las/los jóvenes es el referido a pensar que en la primera relación sexual no se pueden quedar embarazadas, el llamado “El mito de la primera vez”, se ve reflejado también en los testimonios de las entrevistadas:

-yo tenía la tonta idea de que la primera vez no quedabas embarazada, y fue en la primera vez... (ríe)-se vé que no le preocupó tampoco porque no...-si porque era una persona más grande que yo

(Beatriz, 30 años)

-sí, tenía 15 años, ya sabía que si un hombre y una mujer podían tener un hijo, pero no sé... uno no le lleva el apunte... que nunca le va a pasar a uno pero te pasa y bueno no sabés para dónde disparar...(Vanessa,28)

-Sí me explicó que o sea, que... bueno, que me cuidara cuando estuviera con alguien, que si yo iba al baile y me gustaba alguien, bueno una porque era chica y mi mamá no estaba de acuerdo, pero ella dice: yo no las puedo controlar, vos vas a ver una persona por fuera limpia, pero vos no sabés por dentro cómo está, si tiene alguna enfermedad, si tiene esto, si... digamos... si vos tenés algo algún día, te ponés preservativo me decía mi mamá, porque es como yo te digo: vos a la persona la vas a ver limpia por fuera y no sabés como está por dentro(Lorena, 27 años)

“...los denominados obstáculos cognitivos que complejizan la apropiación de la información científica; los obstáculos de orden sociocultural como los *estereotipos de género*, algunos de los cuales se traducen en mandatos diferenciales y desiguales para varones y mujeres” (Orge,2008)

Los testimonios de las entrevistadas dan cuenta de la desigual situación de cada una de ellas dependiendo de las diversas percepciones de las familias de origen, de su experiencia de vida y de los vínculos de confianza logrados, de la desigualdad entorno al ser mujer o varón en este contexto.

Ya que hasta ese momento no estaba regulado el derecho a acceder a Educación sexual sistemática, ni en el espacio público ni existe una cultura familiar homogénea que habilite poner en palabras aspectos referidos a esta temática.

4- Síntesis de este capítulo

-En torno al nivel educativo alcanzado, podemos concluir que las entrevistadas no lograron el nivel deseado de escolaridad obligatoria. Por otro lado su deserción del sistema fue motivada por razones personales que se relacionan con los requerimientos del ejercicio de ser mujer. Sus compañeros varones alcanzaron un nivel educativo más elevado. Esto impacta en la inserción en el ámbito público y su concordancia con la división sexual de roles que se observa cristalizada en patrones tradicionales.

-La ausencia de redes parece influir en la posibilidad de elegir métodos más o menos equitativos, al igual que tener un nivel elevado de educación posibilitaría poder elegir con mayor conocimiento de los métodos y sus implicancias.

-Poder habitar el espacio público y tener participación social genera un nuevo registro de la mujer sobre sí misma y sus posibilidades que la eximiría del espacio doméstico como único ámbito para la toma de decisiones.

Es decir poder contar con espacios de diálogo informales con amigas, vecinas familiares, habilitan la reflexión en torno a contrastar información, al cuidado del propio cuerpo, el registro de otras realidades y la posibilidad de elegir un método y no otro.

-La existencia de un equipo de salud de referencia que ofrezca accesibilidad en sus prestaciones otorga un espacio de confianza para plantear dudas e interrogantes que facilitan, entre otras razones, e el empoderamiento de las mujeres de su cuerpo y su sexualidad.

-La ausencia de confianza en el vínculo madre-hija retardaría el conocimiento de sí misma y la autoestima. La preocupación en torno al impacto en la salud pública se centraría en la dificultad estaría ligada a ciertas prácticas tales como iniciación temprana, sin cuidado, expuestas a riesgos no deseados tales como embarazos precoces y adquisición de ITS, sumados a factores invisibilizados como no poder apropiarse de su propio cuerpo, incapacidad de disfrutar del placer en la sexualidad, etc.

-Comprender los sistemas sociales y culturales que dan forma y estructuran los contextos en los cuales el comportamiento de los sujetos y las interacciones sexuales tienen lugar y adquieren significados específicos; así como también las redes de poder en las cuales esas interacciones están involucradas. Se trata de abrir la posibilidad de comprender la complejidad y la multidimensionalidad de la experiencia sexual y el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Capítulo 3

Dimensión personal/relacional

En el capítulo anterior, observamos cómo las determinantes socio-educativas y culturales planteadas son significadas por cada una de las entrevistadas según su posibilidad de subjetivación. Es en la interacción social del micro espacio donde se escenifican las expectativas psicológicas que sostienen los roles de género y sus relaciones construidas en el macro escenario.

En esta dimensión se tomarán aspectos subjetivos y biográficos que dan sentido a las experiencias de estas mujeres y los procesos de decisión respecto a su salud sexual y reproductiva.

Se hará referencia a cuestiones de la vida personal de las mujeres tales como edad de iniciación sexual, la trayectoria sexual, los posibles significados a la maternidad, la influencia de “otros significativos” para tomar decisiones, e indagar si existen situaciones de violencia familiar que inhabilitan la libertad de elección, etc. “Los significados de la sexualidad al igual que las identidades de género, se construyen en una tensión permanente entre una esfera pública y otra de intimidad.”(Villa, 2007)

Poner la mirada en estos condicionantes requerirá pensar, en transformaciones profundas del escenario de existencia, para poder plantear a posteriori en la reformulación de políticas públicas de esta naturaleza.

1-Edad de iniciación sexual

La sexualidad es un proceso personal de aprendizaje y descubrimiento de la relación con el propio cuerpo y el de los otros. Posibilita el reconocimiento y la expresión de emociones y afectos en los vínculos de pareja.

Según Villa, el inicio sexual genital, es un rito social de pasaje, un cambio de las identidades masculinas y femeninas. Dicho inicio pone en funcionamiento una socialización según el género que clasifica y estigmatiza los comportamientos sexuales. “El acercamiento al encuentro sexual se inicia, a veces, mucho antes de consumar la relación coital. Besos, abrazos, caricias, son expresiones de un aprendizaje paulatino

hacia el encuentro con otra/o. Sin embargo, suele haber un momento en la vida donde se inician propiamente las relaciones sexuales”. (Faur,2007)

Esta experiencia toma significaciones diferentes según, la información previa, las características emocionales y el grado de madurez de cada sujeto, sumado a la posibilidad de poner en juego la educación sexual recibida.

También se torna diferente la experiencia si ha sido deseada o si ha sido por coacción.

Respecto al modo de vivenciar esta primera experiencia según los estereotipos de género o modelos sexuales, las mujeres se relacionarían este primer momento desde la afectividad, mientras que los varones harían más énfasis en el deseo sexual y el placer.

Desde una concepción psicológica, lo ideal sería que las relaciones se produjeran en un marco de deseo mutuo y cuidado, donde pudiera lograrse confianza y respeto de las necesidades de ambos.

Es decir que cada uno lograra elegir en un determinado momento, de un modo libre y responsable si desea o no concretar este encuentro, sin embargo, en la “vida real”, no siempre es tan simple como se plantea en la teoría...

Al investigar acerca de la edad en que las entrevistadas tuvieron su primera relación sexual, lo que implica el inicio de su sexualidad activa, la mayoría de ellas manifestó haber sido en la temprana adolescencia, es decir, si bien cada una paso por una situación diferente todas dijeron haber deseado el encuentro, aunque no tenían registro de las posibles consecuencias del mismo, tal como lo expresan a continuación:

-“A los 14... y fue deseada” (**Vanesa,28**)

-“A los 15...si, ya había cumplido los quince, y quería llegar a los 15 y bueno...cumplí los 15 y tuve relaciones después que los tuve...mi marido fue mi primer...” (**María,25 años**)

-“A los 15 años..., yo era una nena ahí...Lo hice porque quise, me gustaba y yo estaba re enamorada del chico. No, no se cuidó nada, por eso dije yo ¡guauuu!! Zafé!!! Si no, hubiera tenido una hija a los 15 años”. (**Paola, 29 años**)

-“la primera relación...-bueno cuando quedé embarazada y...ya a los 17...” (**se ríe**)

-“si...si... me quedé embarazada (**se ríe**)-nada, porque yo no sabía.....no, no, no pensaba” (**Silvina, 20años**)

Estos testimonios nos demuestran que existe una diversidad de situaciones por las que han transitado estas mujeres en su inicio sexual. Podemos reflexionar que negociar las condiciones de protección de una relación sexual, es posible solo si se considera la

complejidad de la situación, atendiendo a factores tales como: revisar los estereotipos de género, identificar la influencia de las presiones de la pareja y/o los pares. Es de destacar que en este grupo de mujeres, se ha ido posibilitando un cambio en cada una de ellas en torno al cuidado y empoderamiento de su salud sexual y reproductiva, gracias al correr del tiempo y la experiencia de vida, como veremos más adelante.

Esto es coincidente con lo planteado por la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-juvenil, en una investigación de 2004, donde plantea entre las principales razones por las que no se cuidaron en la primera relación sexual, mujeres de (10-20 años), las respuestas fueron de un 33% el varón no quería usar preservativo, un 32% falta de información, un 14.8% en la primera relación no hay riesgo de embarazo (Faur, 2007)

Para concluir: La mayoría de las entrevistadas inició su vida sexual a temprana edad en la adolescencia entre los 14, 15,16 años, ninguna de ellas dijo conocer las consecuencias o los riesgos que podía traer aparejada esta situación de encuentro con su pareja. La desinformación, la imprevisibilidad y la falta de recursos para hacer frente a esta decisión han sido algunos de los condicionantes. Sin embargo todas manifiestan haber deseado ese encuentro más allá de no haber pensado en ese momento...aparentemente en esa oportunidad no habría estado presente la coerción o la violencia.

2-Parejas sexuales

Utilizamos el concepto de “trayectoria sexual(Grimberg,1999), para dar cuenta primero, de la sexualidad como proceso que no solo se desenvuelve sino que se construye en una historia con otros y segundo de las singularidades de esa historia en los sujetos, sobre todo de un proceso que implica la iniciación sexual y el desempeño sexual posterior”. (Grimberg, 2002)

Al preguntar acerca de las parejas sexuales que han tenido, las entrevistadas expresaron:

*-No recién como a los 17 años tuve otro, un trance nomás, y después salía a los bailes y ahí conocí muchos chicos, con uno estuve como 3 meses y no pasó nada, era de otro planeta... ja ja porque yo pensaba viste que en los bailes todos se agarran para el momento y chau, pero no pasó nada, nunca me faltaba el respeto, un beso y nada más. Yo creía: bueno como éste va a un baile, debe ser uno que pica y vuela... jaja eso debe haber sido como a los 21 años y después conocí a mi marido y ya me quedé con él.
(Paola, 29 años)*

-si, el mismo marido del principio (Roxana, 29 años)

-no, no muchas, no-y habré tenido... en ese tiempo? ...y hasta ahora... y bueno, anduve mucho tiempo con ese chico, que al fin y al cabo se cuidaba y me enteré ahora que no puede tener, o sea, que no puede tener hijos él, y de ahí anduve mucho tiempo con él y después me junté con mi marido a los quince, me quedé con él, bueno después me separé y anduve con y... no sé, tres,.. bastante si (Lorena, 27 años)

Un grupo importante de estas mujeres ha buscado iniciar su vida sexual con varones mayores que ellas, esta es una característica señalada en otras investigaciones al respecto (A. Villa, 2007: 117) Quizás sostenidas en un “supuesto saber” del otro en este ámbito lo que brindaría cierta seguridad...También puede observarse que el hecho de tener confianza a la otra persona, justificaría cualquier acción del compañero, incluso perdiendo el miedo o sin registrar el conocimiento del método.

Mientras que los que se iniciaron con personas de su edad valorarían el aprender juntos. La confianza en la pareja inhabilita otra posibilidad de conocimiento, como si la sola elección de una pareja ya fuera suficiente para entregarse a su voluntad y confianza y no discutir o revisar lo que decide, piensa o plantea él...” *si él lo dice, por algo será...*” “*si él era más grande que yo, me supongo que él sabía...*” Estas expresiones develarían una mirada androcéntrica, es decir, valorando excesivamente la toma de decisiones del varón en torno al cuidado en una relación sexual, dándole la posibilidad de elegir cuando si hacerlo, cuando no, cómo hacerlo, si “terminar afuera o no”...

Esto nos remite a preguntar ¿Hasta donde las mujeres tienen que tener conocimiento de sí mismas para poder registrarse en sus necesidades, deseos, requerimientos del otro para poder disfrutar y decidir sobre sí mismas?¿ Cómo renunciar a la abnegación y complacencia del otro en desmedro de las propias necesidades...?

Cabe destacar que la trayectoria sexual de este grupo de mujeres no ha sido muy prolongada, se observa continuidad en las parejas y estabilidad en los vínculos lo que rompería con el mito de “la promiscuidad de las mujeres de estratos pobres ” que circula en el imaginario colectivo de esta ciudad y se disolvería como condicionante a la hora de elegir. Es decir, /”existe una creencia popular que las mujeres por pertenecer a una clase social baja serían muy “promiscuas”, sin embargo este mito se rompe, en este estudio y se manifiesta la necesidad de sostener relaciones estables y monogámicas...)

3-Posibles significados adjudicados a la maternidad

El concepto de maternidad es una construcción histórica social que tiene distintas significaciones según la clase social, etnia, o período temporal del que se trate, y que ellos derivan en prácticas maternas diferentes. (Barone, 2000:98)

La maternidad temprana traería como posibles riesgos, el no estar preparado biológica o psicológicamente, al igual que en lo social, la irrupción brusca del posible proyecto de vida de las/os jóvenes. Al respecto Alejandro Villa, plantea que al indagar sobre los sentidos que podrían tomar estas maternidades y paternidades, se podrían pensar en tres grandes categorías las respuestas de las/os jóvenes, a saber:

La mayor parte argumenta que la reproducción les permitiría asumir una posición de autonomía con respecto a su propia vida. Una segunda posición está vinculada a que la reproducción sería un rito de pasaje para dejar la adolescencia. Y por último, el embarazo supondría el impedimento del crecimiento y proyectos del joven. Está relacionada al embarazo como algo negativo para la vida juvenil.

Por otra parte, según Gogna, M. para buena parte de las jóvenes en contextos de múltiples restricciones de tipo económico, social y cultural, la maternidad le “otorga sentido a sus vidas”...sin embargo, en una investigación de CEDES el 70% no deseaba el embarazo y probablemente no contó con los medios ni con los recursos para evitarlo a tiempo. (Gogna, 2005; en Faur, 2007)

Otras veces, desde **el pensamiento masculino**, el embarazo puede surgir como un símbolo de expresión de afecto en la pareja, o de protección masculina o posesión:

-si, sí porque cuando yo estaba embarazada él me dejaba salir a todos lados, yo salía, me iba a la casa de mi amiga, nos íbamos a la estación a tomar un café, volvía a las dos de la mañana y él nunca me dijo nada (Lorena, 27 años)

Aparece el embarazo como una situación que da seguridad al marido, lo cual sugiere reflexionar sobre las ideas de fidelidad de los varones, como si el embarazo fuera visto como un antídoto contra la fantasía de infidelidad y como una forma de control en torno a las decisiones reproductivas de la mujer enmarcados en un proceso de socialización androcéntrico.

“... me hubiese gustado disfrutarlo un poco más o sea, con mi pareja el tema de los embarazos...-si... por eso cuando yo fui a parir la última nena, estaba sola, él estaba en España y bueno, yo me enfermé y estaba ahí nomás sola, yo llamé la ambulancia, busqué vecinos, no me podía ni mover y fui... era un caos, porque no sabía ni... tenía un miedo, tuve miedo ese día porque estaba sola...”(Vanesa,28)

Cuando se indagaba sobre cuales serian las condiciones óptimas para querer ser mamá, las entrevistadas respondían:

“para querer tener?...qué se yo... cuando estás... cuando tenés mucho, o sea, apoyo de alguien, te sentís segura, te sentís querida, qué se yo... pero para mí sería eso...”(Vanesa, 28)

Las definiciones de lo femenino y lo masculino para algunos autores se plantean exclusivamente en relación con las diferencias biológicas de los sexos. Parafraseando a Da Silva (1998), “los argumentos biológicos, es decir, aquellas interpretaciones que apelan a la naturaleza humana, para explicar las características de lo humano, los fines de la educación, los procesos o acciones a seguir, no son menos culturales, ya que las interpretaciones biológicas, antes de ser biológicas, son interpretaciones.”

Este supuesto consiste en atribuir un rol específico al género femenino en virtud de la capacidad biológica de engendrar y parir reduciendo la tarea posterior de la cría a similares conexiones naturales. Otros disienten con esta postura afirmando que el cuidado de la prole es un hecho de índole cultural que varía según el contexto. (Barone, 2000 :99)

Los testimonios de estas mujeres de clase empobrecida confirman el hecho de haber tenido múltiples restricciones a la hora de tener o no la posibilidad de decidir sobre su embarazo o maternidad:

“Mi primer hijo...a los 16 lo tuve...si, si, si. Porque yo quería saber lo que era, cómo era, y me salió todo mal porque, después que yo lo tuve a él yo me veía tan chica para ser mamá y bueno... me empecé... bueno estuve mucho tiempo en terapia, después en sala... ahí en sala común y bueno hasta que me lo empezaron a traer a él, me lo trajeron dos días, lo ví, se me subió la tensión, hasta que bueno...” (Roxana, 29 años)

“yo lo conocí cuando tenía tres meses a mi primer hijo...-porque no lo veía como si fuera un hijo, lo veía como... no sé... otra cosa, porque yo me veía chica, digo qué hago

con un hijo, un hijo hay que hacerle muchas cosas, tenés que tener un... responsabilidad, y bueno, pensaba tantas cosas yo, hasta que bueno seguí, y seguí y estuve con él y supe lo que es ser madre, muchas cosas, yendo al médico, después me internaron a él tenía neumonía y muchos golpes que se da para que uno sepa lo que es la vida -sí, al segundo, el tercero, el cuarto y el quinto fueron todos sí...sin planificarlo” (Lorena,27)

La idea de incluir, como anexo, los datos de constitución de las familias de origen de las entrevistadas, tiene por objeto mirar la significativa la tasa de fertilidad de las madres de estas mujeres, quienes en aquel momento no contaban con la posibilidad de elegir, ni con el marco legal para hacerlo...Entonces la posibilidad de acceder a la anticoncepción se torna en un elemento que funciona como modo posible de no “repetir historias familiares”.

4- La percepción del cuerpo

Es necesario enfocar aquí la relación entre la experiencia con el propio cuerpo y el de los otros, con las experiencias identitarias de género. La identidad de género se construye a partir del desarrollo de las estructuras yoicas de las personas, mediante una atribución social y adscripción psicológicas a un conjunto de cualidades que definen el ser mujer y el ser varón (Stoller, 1968). En un segundo momento se hace referencia a una definición genérica del otro que comprende los procesos de reconocimiento psíquico y real del otro. Esta dimensión está constituida por la problemática de la intersubjetividad y como a partir de ella, el yo se construye a sí mismo y simultáneamente construye al otro como sujeto genérico. Esta conceptualización de las relaciones incorpora la posibilidad de una aparente heterogeneidad en la subjetividad (es decir la subjetividad de cada uno no es homogénea con el otro). En el interjuego de las identificaciones con distintas cualidades es que se construye la noción de una identidad única (Villa, 2007: 220).

El lenguaje inscribe y simboliza **el cuerpo** y en él la estructuración de la identidad sexual. El ser hombre o mujer en Villa Los 40 Guasos significa adecuarse o contraponerse con las representaciones sociales de este contexto, incluidas las corporales que dibujan los límites y posibilidades de relacionarse con otros.

“En el espacio familiar se transmiten privilegios económicos, culturales y simbólicos; se incorporan esquemas de percepción y prácticas acerca del mundo social y luego asignación de valores a los modos de construir la realidad.” (Barone, 2000)

Respecto al cuidado del propio cuerpo y su apariencia

-si, me dice un montón de cosas, que por qué me arreglo ahora, si antes no lo hacía, que a dónde voy así vestida porque yo me pongo pantalones ajustados, con cinto, campera...-cree que soy una loca yo, porque antes no lo hacía a eso ahora sí, pero bueno ya, uno cambia, tiene que cambiar, uno se cansa ya... yo pienso que llega un momento en que ya todo cambia, sino siempre vas a ser lo mismo, entonces bueno... (Lorena, 27)

-y bueno qué se yo... es como que la mujer tiene más... tiene que cuidar más su cuerpo, de todas formas... te tenés que cuidar de no quedar embarazada, te tenés que cuidar... de todo te tenés que cuidar (Vanesa,28)

...de mi cuerpo...-en serio, no me gusta nada... tengo las piernas flacas, la cola flaca, no me gusta nada...-la cara es lo único que me gusta de mí...-no, sé que no tengo marcas nada, pero...no, no me gusta (Vanesa, 28)

Aquí se podría indagar acerca de la baja autoestima respecto a la imagen corporal, podríamos preguntarnos si la ausencia de aprecio a sí misma, tiene relación con el no registro de su corporeidad y si esto puede influir como uno de los condicionantes para tomar poder sobre su cuerpo y poder decidir sobre su fertilidad al utilizar o no algún método anticonceptivo...

... marcas no... no tengo marcas... y una que me sentía linda cuando estaba embarazada, no me sentía fea, porque algunas mujeres se sienten feas... yo todo lo contrario porque me gustaba estar así... Aunque me di cuenta tarde que yo podía decidir, le aconsejaría a las chicas no tener tantos hijos, ni seguidos... (Vanesa, 28)

Tomando en cuenta este testimonio de Vanesa, podríamos preguntarnos si el aprecio por sí misma, al verse linda embarazada, tendrá influencia inconsciente en procurar ese estado, ya que desde un registro consciente manifiesta que se dio cuenta tarde

Percepción de los métodos e impacto en la imagen corporal

A la hora de poder elegir un método, la percepción que las mujeres tienen sobre los efectos de los mismos en el propio cuerpo, está fuertemente influida por los mitos y falsas creencias que circulan en el imaginario social.

“No, si... me dieron las inyecciones pero me hacían mal, me enfermaba 2 veces al mes, estaba re gorda la cola muy gorda y aparte me alteraban mucho, porque son re fuertes me dijeron”. (Paola, 29 años)

*Conozco el DIU, las pastillas, inyecciones...-y de acuerdo a como uno... o sea, más allá de que sirvan o no, de que de resultado, tiene mucho que ver cómo vos lo usás **exponiendo** tu cuerpo, (¿?) tu vida... porque si no te cuidás, no lo controlás... ningún método anticonceptivo te va a servir... por ejemplo yo tengo un desastre con las pastillas... (Vanesa, 28)*

Aquí se observa claramente que, para poder tomar una decisión en torno a la anticoncepción, además de contar con información se debe estar empoderada respecto a la propia vida y a la valoración de su cuerpo, de su modo de existir en el mundo. “El empoderamiento desde el plano personal hace referencia al desarrollo del control personal y de la competencia para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades interpersonales, sociales y políticas” (Zimmerman, 1990).Entonces podemos pensar en un proceso paulatino de fortalecimiento, adquisición por alguien del ejercicio del poder, de construir la habilidad para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales para tomar decisiones que mejoren sus vidas.

Distintos permisos en la vivencia de la sexualidad: estereotipos de género

En el ámbito de la intimidad existen ciertos supuestos basados en estereotipos de género, que condicionan la experiencia personal:

- *“Sí, viste que la mujer que puede aguantar estar sin tener sexo, pero el varón es más temperamental.” (María, 25 años)*

-*“Sí, si a ellos les agarra un momento de calentura... yo creo que la mujer lo piensa más que el hombre, yo creo que es más viva... o sea, sabés lo que se te viene... en cambio si ellos están tomados o no, pasados de droga o fumados son mas temperamentales, yo puedo pasar una semana o un mes sin tener sexo...” (Paola, 29 años)*

-“*el hombre te pide cosas que por ahí vos decís no cómo vas a hacer eso... claro, te da cosa porque vos decís de a dónde sacaste eso?, yo antes cuando ya andaba con mi primer novio él nunca me pidió nada, pero mi marido por ahí me pide de todo... no, yo no...*” (Lorena, 27 años)

-“*y... te lo toman como que sos... qué se yo, una loca...y porque hacés esto, esto o lo otro, no sé...no o sea, quedaste embarazada y quedaste embarazada, eh... vas vos al médico, sola te hacés los controles vos y... dos o tres veces me acompañó a mí, de ahí en más no... si me dolía algo, me dolía, y bueno... estás embarazada...*” (Roxana, 29 años)

-“*y si, primero en el hecho de que el hombre es mucho más grande que la mujer, el tamaño implica que tiene más fuerza, y aparte por el hecho de ser hombre, ellos dicen sí, yo soy hombre, yo tengo esto y... por ahí qué se yo, por ahí uno como mujer se echa de menos o por ahí implica mucho el machismo del hombre que se lo mete tanto en la cabeza de la mujer, que se llega hasta creer de que sí*” (Beatriz, 31 años)

Según Mabel Grimberg “Las características de las relaciones de género, en términos de los roles atribuidos a cada uno de los relacionamientos y de los sentidos dados a la sexualidad y las prácticas sexuales, así como el vigor de estereotipos clasificatorios de la mujer de fuerte contenido moral, constituyen la estructura de desigualdad que mantiene la iniciativa y control en manos del varón, refuerza en algunos casos los aspectos de subordinación de la mujer, mientras que en otros reduce los márgenes de negociación o limita las posibilidades de asumir formas más activas por parte de las mujeres de sectores populares.”

5-Toma de decisión ante el empleo de MAC

Es necesario destacar que “el uso de conceptos como “toma de decisiones “ o “proyecto de vida” dan cuenta de una perspectiva que concibe a los sujetos fundamentalmente como seres racionales y autónomos, con capacidad de planificar su futuro”.(Gogna,2005;60)

En este apartado se hará referencia a la percepción que tienen las entrevistadas de los acontecimientos de su vida personal y de la significación que ellas le otorgan a estos sucesos o momentos constitutivos de su historia individual relacionados con su sexualidad y la posibilidad o no de utilizar MAC. Es decir, en el momento de tomar esta decisión a quienes escuchan o registran en su deseo que condiciona o influye el empoderamiento respecto a su salud sexual y reproductiva.

Los sucesos han sido enmarcados y modificados en un cierto contexto familiar y social, lo cual impacta según las condiciones de existencia, en el desarrollo y constitución de sus identidades. Sobre este tema existe legislación vigente, condensada en los derechos sexuales y reproductivos:

- Derecho a disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, sin coacción o violencia.
- Derecho a ejercer su preferencia sexual, libremente y sin sufrir discriminación, ni violencia.
- Derecho a elegir si tener o no tener hijos y con quien tenerlos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos

Cuando indagamos en qué momento o como pudieron elegir un anticonceptivo? La mayoría de estas mujeres pudieron utilizar un MAC, luego de haber tenido su primer hijo, esto se confirmó frente a la pregunta ¿Vos cómo decidiste venir a buscar los anticonceptivos? manifestaron:

- cuando lo tuve al Samuel (*María, 25 años*)
- *Viste cuando yo estuve internada en el Rawson ahí me explicaron, porque tuve un embarazo fuera de lugar, fuera de la trompa y ahí me operaron. Eso fue después de la Aldana (Paola, 29 años)*
- de grande, prácticamente después de haberlo tenido al Darío (*Beatriz, 30*)
- después que lo tuve al nene más grande (*Roxana, 29 años*)

A los fines metodológicos, la influencia de quienes han sido significativos a la hora de decidir, se puede reordenar en tres grandes grupos: Vínculo con la madre, Vínculo con otros/as significativos y Vínculo con la pareja, donde se explicitaran las posibilidades o no de negociación.

5.1-Vínculo con la madre

Las investigaciones que han indagado respecto a este punto según M. Gogna, (2005) señalan dos situaciones “peligrosas”: la negativa de algunas madres de clase *baja integrada* a aceptar la sexualidad adolescente y por otro lado, la falta de auto-confianza en las madres de clase *baja marginalizada*, lo que hace oscilar a las mujeres entre actitudes autoritarias hasta otros de permisividad excesiva. Finalmente, es el modelo materno lo que tiene más influencia en el comportamiento de las hijas.

Por otro lado se observa la dificultad de poner en palabras estas temáticas y alegan la ausencia de educación en su propia vida al respecto.

-“*Mi mamá!!! Hasta ahora!!! Es como que ella me quiere manejar la vida. Chocamos y yo a veces me siento mal porque pienso “¿Cómo voy a estar peleada con ella si es mi mamá?” (Paola, 29 años)*

-“*...Poder hablar... Con mi mamá nunca, con mi marido o con mi cuñada sí. (Paola, 29 años)*

-*si, no tanto, porque por ahí me daba vergüenza, no, me daba vergüenza a mí preguntar (se ríe) y ella? -no, no-no, no ya me voy enterando yo sola” (Silvina, 20 años)*

-“*porque mi mamá es muy tímida y en ese sentido es como que, no sé... no... no nos explicaba las cosas, igual cuando yo fui a tener mi hijo, estaba re asustada ella, no sé... y bueno, yo a mi prima le pregunté cuando yo más o menos yo pensé que estaba el tiempo de tenerlo y me dijo, si es así y así” (María, 25 años)*

-“*ahora más de grande, no tanto con ella, sino con mis cuñadas, por ahí nos juntamos ponele así y hablamos las cosas, nos preguntamos lo qué será y por qué será... o ponele o me vino dos veces al mes y así “los preguntamos” por si alguna cuñada se enferma dos veces al mes qué será, le digo bueno tenés que ir al médico” (María, 25 años)*

- “*Sí me explicó que o sea, que... bueno, que me cuidara cuando estuviera con alguien, que si yo iba al baile y me gustaba alguien bueno, una porque era chica y mi mamá no estaba de acuerdo, pero ella dice: yo no las puedo controlar, vos vas a ver una persona por fuera limpia, pero vos no sabés por dentro cómo está, si tiene alguna enfermedad, si tiene esto, si... digamos... si vos tenés algo algún día te ponés preservativo me decía mi mamá”,(Lorena, 27 años)*

Como se dijo al inicio de este apartado, a veces se observan madres que pueden acompañar, otras en que la vergüenza y la timidez inhabilitan la posibilidad de diálogo,

y otras en que el vínculo conflictivo o la imposibilidad de comunicarse determinan relaciones donde no es posible establecer la confianza para hablar de estos temas y por último algunas mujeres plantean la posibilidad de empezar a hablar con ellas recién de grandes.

5.2-Vínculo con otros/as significativos

A veces conversar con amigas o vecinas, observar la realidad de otras, permite reflexionar sobre la propia y tomar decisiones. Pareciera que existe un instante en que se produce un **insight** , un “darse cuenta” de algo que hasta ese momento no se podía ver, percibir, reparar en ello como un problemas que podría tener alguna solución:

-“Un día dije “me empiezo a cuidar”, un día estábamos con mi cuñada hablando de las pastillas, todo eso y entonces yo dije “me empiezo a cuidar y que sea lo que Dios quiera, fui y me compré las “vilanova”, viste? Y ya a va a hacer 6 años que va a cumplir la Tizi y para a mí son efectivas“(Paola, 29 años)

...o sea tengo mi hermana y mi amiga que no quieren que yo tenga más chicos, entonces, dicen ponete la inyección, pero ... voy re bien y bueno... al contrario, son las pastillas que me hacen bajar porque hay algunas que las hacen engordar y hay otras que las hacen bajar de peso, para mí que son las pastillas una chica que hizo el cambio de las pastillas a la inyección y quedó, no vaya a ser cosa que yo quede!!! (Lorena, 27)

“mi amiga me dijo, la inyección es más fácil que las pastillas por que no tenés que acordarte de tomarlas todos los días” (Mariana, 24)

-“mi amiga me decía ponéte lo no tengas miedo..., y me decía: no, no te hagás la cabeza, vos te hacés la cabeza que no te funciona... Bueno le digo, no sé. Y un día decidí no, y me dice ,no andá hacéte lo sacar qué vas a andar renegando y te cuidás no sé otro... y después me hizo la propuesta del bebé y digo bueno... y mis hijos que donde íbamos más o menos en la familia habían nacido muchos bebés... mami compremos un bebé, compremos un bebé” (María, 25 años)

Cómo o cuando se produce el insight para iniciar cuidarse... es decir utilizar un MAC Existiría un momento en la vida de las mujeres en que pudieron “Hacer Insight” (concepto psicológico que implica la acción de darse cuenta de algo especial, es un momento de conexión donde se hace consciente lo inconsciente)

En algunos casos, la toma de decisiones pudo concretarse gracias a la accesibilidad al equipo de salud que implementa el programa y al hecho de encontrarse con otras mujeres en la misma situación, incitada por el comentario de una amiga:

-“cuando lo tuve al Samuel le había comentado una amiga mía que ustedes (equipo de salud) daban... ponían la inyección que duraba tres meses, así que agarré me fui y pregunté a la... no me acuerdo si era ginecóloga o ginecólogo la que estaba ahí. Y me dijo que sí que me la podía poner, así que fui un día y me la pusieron, me dijo que me duraba tres meses” (María, 25 años)

- “No, las tomo yo nomás, sola... cuando empecé a tomar las pastillas, fue porque mi cuñada me contó y yo ya no quería más las inyecciones porque me embotaban, y me mediqué yo nomás tenía un poco de miedo pero no quería volver allá... entonces empecé a cuidarme hasta ahora está todo bien, si Dios quiere... yo siempre leo las boletas que traen todos los remedios, los trastornos y eso, pero bueno no me agarró nada de eso...” (Paola, 29 años)

El concepto de red que fue descripto en el capítulo dos, retoma significación en este apartado pues el intercambio con amigas, vecinas, hermanas, etc, permite incluir las sugerencias aportadas por estos vínculos, a la hora de decidir.

5.3-Vínculo con la pareja

Aquí plantearé una cuestión respecto a la toma de decisiones en el espacio de intimidad de la pareja, (para iniciar las relaciones sexuales) y en la elección de un MAC.

5.3.1-Toma de decisión ante una relación sexual

Se les pregunto a las entrevistadas primero qué sucedía si ellas no tenían deseo de tener relaciones, si le podían decir que no a su pareja y luego si el varón podía decir que no, la idea de las respuestas fueron:

-o sea... no es que... puedo decir que no, pero uno a veces es como que... uno le da la razón al otro... y por ahí pienso que no tendría que ser así, porque tendría que ser cuando uno lo siente y tiene ganas, y el otro tendría que respetar un poco también, pero

yo creo que son muy pocos los hombres que... que no se enojan o no hacen capricho... porque uno no siempre tiene ganas...

“si estoy sin ganas...y lo mismo lo tengo que dar con el gusto...Si digo no, ...no, nada... es como que se enoja, y bueno y chau... si yo...”(Vanesa,28 Aparentemente, si la decisión de tener relaciones surge de la mujer, estaría asociado a un prejuicio de valorarla como “demasiado atrevida”, como si no fuera lo esperado para una mujer.

-no, eso fue una de las cosas que me llevaron a mí a tomar la decisión que yo tomé (separarme)-nunca se lo propuse yo, siempre fue iniciativa de él, porque ya estaba con eso viste, de que si vos se lo proponés va a decir “ah ¡! esta es una loca”... (Vanesa, 28)

-bueno, el hecho de cuando yo me puse el DIU, eso fue también otra gran discusión, un problema grande, o por ahí cuando yo quería hacer algo y la otra persona decía que no y se armaba la batahola (Beatriz, 31 años)

“Si llego a decir que no...-y me pega. Me va a pegar seguro, si... me pega, una sola vez le dije que no, que casi me mató! Entonces no... (Lorena, 27 años)

-eso sí, pero yo no lo obligo a él, él a mí me deja moretones en los brazos porque me da vuelta para todos lados y todo así a la fuerza no sirve, nunca me pasó eso a mí, nunca porque yo anduve con ese chico que me enteré que no puede tener hijos, que se cuidaba y me decía: mirá nos vamos a casar, vamos a hacer todo bien y él nunca... él siempre me esperó a mí, no fue así no... habló con mi mamá...(Lorena, 27 años)

Como es el caso de Lorena, la mujer que está inmersa en un vínculo de características violentas...se encontraría sin capacidad de decisión, tal como se caracteriza este tipo de relación, lo cual abrazaría también el ámbito de la intimidad sexual. Las consecuencias de intentar decir no a veces no tiene coincidencia con el respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Por otro lado, en los casos en que el varón intenta abstenerse

- ¿Y él puede decir que no? Noooooo!!!... lo mato, jaja... mira me hiciste poner colorada... Bueno si viene cansado yo lo comprendo, ahora si pasa una semana y no quiere nada yo ya me empiezo a hacer la cabeza, ¿qué le pasa a este que está raro? Aparte éste se deschaba ahí nomás, no hace falta ponerlo en pedo. (Paola, 29 años)

-es que él siempre tiene ganas... (Se ríe) (Vanesa, 28)

-si, si yo anoche le dije que no tenía deseo... no (se ríe), no... nosotros podemos tener el derecho de decir que no, y cuando ellos no quieren y bueno... no queda otra dijera èl... (se ríe) y él me dice , claro ustedes pueden decir no, pero nosotros no podemos, decimos no estoy cansado porque he trabajado mucho, pero ustedes sí dice (se ríe)
(María, 25 años)

-no, y si él me dice que no bueno yo no lo molesto a él, está bien, capaz que yo piense porque está cansado como trabaja todo el día... o también pienso que debe tener otra,... **(Juana María, 20)**

-“bueno... eh... si vos no tenés ganas de tener relaciones sexuales, podés decirle que no a tu marido?-yo si puedo decir que no...si no tengo ganas...y èl...?si no quiere?-no, me da lo mismo, no ,no me enoja, no” **(Silvina, 20 años)**

Existen varias posibilidades, a veces pueden manejar la situación las mujeres de decidir sobre su vida sexual y en otros casos como el de Vanesa, deben acceder a las peticiones de la pareja. Las posibilidades dependen de la posición subjetivas cada una de ellas respecto a lo esperado en el vinculo de pareja y de la capacidad de contemplar otras opciones que no sean las prescriptas tradicionalmente según estereotipos de genero.

Esta descripción es relevante pues en la pareja de Silvina se observan conductas equitativas en la toma de decisiones y en el respeto de la libertad de elección de ella o de su compañero.

En otros casos, pareciera que la mujer no tiene derecho a decir no y expresar su ausencia de deseo sexual, pues estaría predeterminado que responderá la solicitud del marido sería su deber.

-“cuando digo que no...se enoja... se da vuelta y se duerme... no yo sé, lo normal, ahora...

-antes no, antes no...no le podía decir que no, se ponía loco, era agresivo...pero ahora sí puedo decir que no...-y hace bastante... y un año-y porque ya... tenía que decidir alguna vez yo, no siempre él, y no es no **(Juana María, 20)**

- si él puede decir no? no!!! (Se ríe) -porque no (se ríe), no él no... para él todo sí, si si... **(Roxana, 29 años)**

Respecto a la toma de decisiones ante una relación sexual se observa inequidad de género a la inversa de lo esperable, ya que parecería que el hombre no puede negociar el

NO, expresando su subjetividad, sus deseos, sus miedos, su cansancio. Parece ser que ser varón tiene su precio.

Se podría pensar que, existiría una imposibilidad de no cumplir con su rol esperado de varón! que asiste a su pareja y le estaría “vedado” el decidir negativamente en torno a un relación sexual. Pareciera que el “ser hombre” implicaría no poder decir que no, entonces mantener el estereotipo tiene su precio, pues se le exigiría sin contemplar situaciones que tengan que ver con la afectividad o la integralidad del varón como sujeto de derecho frente a la mirada de la mujer hacia él.

5.3.2- Toma de decisiones y Violencia doméstica

Como se planteo previamente, la posibilidad de elegir, implica tomar decisiones luego de poder observar opciones y evaluarlas, para lo cual el sujeto debe gozar de ciertas libertades.

La Violencia doméstica, ha sido observada como otro condicionante a la hora de poder o no poder tomar decisiones libres en torno a la propia salud sexual y reproductiva.

Es ubicado metodológicamente en la dimensión personal/relacional, ya que es en el ámbito íntimo y personal donde esto se escenifica, aunque sabemos que constituye un problema de salud pública y de inminente registro socio-cultural.

Según la Organización Panamericana de la Salud “la violencia contra las mujeres está considerada también como un problema de salud pública debido a los grandes efectos que tiene en la salud de las mujeres, y a las repercusiones de ello en las economías nacionales.

Los efectos pueden ser mortales, no mortales y de generación de comportamientos de riesgo. “Los efectos mortales incluyen homicidios, suicidios, muertes maternas y contagio de VIH-SIDA; los no mortales tienen incidencia en la salud física (lesiones, discapacidad); la salud mental (estrés post traumático, depresión, angustias, fobias, disfunción sexual y baja autoestima), y la salud sexual y reproductiva (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y abortos de riesgo).” (OPS, 2003)

En el caso de la provincia de Córdoba, tanto en las comisarías, como en los juzgados, las estadísticas, se recogen de modo diferente pues en oportunidades la denuncia sobre malos tratos, a veces se encuadran en la ley 9283 y otras veces, como parte de los acuerdos y desacuerdos en torno a la ley 7676, en tanto agravante del litigio de

cuestiones de familia, mezclándose con cuestiones tales como la regulación de la tenencia de los hijos, la cuota alimentaria, etc. Cuando la situación es muy grave, ingresa como denuncia penal, por lo tanto, no está clara la cifra que actualmente se posee en la Ciudad de Córdoba, a pesar de la existencia de la Ley 9283 y de una Dirección de Violencia Familiar como autoridad de aplicación de la misma, esto no se supera aunque la misma cuenta entre sus planes promover la creación de un **registro único** de casos de Violencia.

A continuación se recuperara lo manifestado por las mujeres para ir reflexionando sobre ello. Al indagar si habían vivenciado situaciones de violencia alguna de las expresiones fueron:

-si...porque o sea... él por ahí tomaba... y venía loco así... qué se yo, varias razones, tampoco yo soy “la ama de casa perfecta”, “la mujer perfecta” ... -o sea... tampoco yo nunca yo fui puse una denuncia porque yo... creí que no me merecía eso, porque si uno lo acepta es como que siempre va a pasar y después todo se va a arreglar (Vanesa,28)

Aquí se podría pensar que existe una contradicción, pues manifiesta no merecer esto, aunque aún no haya realizado denuncia o acción legal. Pero, cabe destacar que hasta que las mujeres que son víctimas de violencia toman esa decisión debe “pasar bastante agua bajo el puente”, es una decisión que implica todo un movimiento social y jurídico, sin mencionar las implicancias en la futura vida cotidiana...

A la vez refiere casos en que se obviarían las situaciones de violencia y se superarían con el encuentro sexual, como si esto no fuera suficiente para reparar el daño ocasionado, y parece no ser su apreciación lo que habla de un recurso positivo en su percepción de la realidad para poder salir de este tipo de situaciones.

... porque en los momentos uno se puede arrancar los pelos, por ahí hay unos con los ojos así hinchados...-o sea, siempre hay gente que... se pegan, se golpean ponele... y se matan, y después en la cama se arregla todo... y no es así... (Vanesa, 28)

Muchas mujeres ya no aceptan pasivamente la violencia, se acercan y denuncian, sin embargo, las instituciones tienen su burocracia que hace que esto no sea tan simple de sobrellevar, entonces ya no se trata solo de movilizar a las mujeres para que denuncien, sino de buscar la forma de protegerlas una vez que lo han hecho, generando dispositivos de seguimiento de los casos y apelando a redes formales e informales y a recursos sociales, educativos y culturales que puedan protegerlas.

En ocasiones la situación de violencia se asocia con el consumo de alcohol:

-“estaba medio tomado, cuando están tomados cualquier cosa... explotan...-no, por ahí los fines de semana...-no... y no es una persona mala, porque yo sería mala de decir que él es malo, porque nada que ver...” ... (Vanesa,28)

“Solo a veces venía fresco...claro... él antes tomaba seguido, ahora ya no, pero ya volvió a lo mismo de antes o sea, de querer pegarme por todas esas cosas” (Lorena, 27 años) (Violencia Física)

Ante esto, es importante mencionar que, si bien en muchas ocasiones el consumo de sustancias adictivas como el alcohol están asociadas a episodios de violencia, no son su causal único, es decir el origen es un comportamiento patológico sostenido en un determinado vínculo de pareja que posibilita el paso a la acción violenta; dicho de otro modo, existen muchos alcohólicos que no son violentos...

Cómo impacta una historia de violencia, en la familia de origen, para poder decidir en Salud sexual y reproductiva

- ..., (mi mamá)dice que le pegaba cuando éramos chicas...sí, a mis hermanos siempre les pega... sí, cuando se portan mal,Una vuelta, mis hermanos se pararon allá me acuerdo ...y le dijo: que sea la última vez que le pegás a la mami, dice, porque nosotros somos grandes... (Silvina, 20 años)

Pareciera que esos episodios se olvidan, pero quedan en algún registro de la subjetividad, por lo que una amenaza de violencia perse, puede llegar a implicar un retraimiento de las libertades y limitación en el ejercicio de los derechos al punto de esconder un embarazo por temor a una reacción violenta del padre. Este es un caso de historia de violencia familiar, sin tener con su pareja actual una relación con este componente:

Esta “confesión” recién surge frente a la pregunta de cuál fue el comentario o la reacción de los padres cuando se quedó embarazada:

-“nada... no, no, porque no les comenté nada a ellos (habla como despacito), me lo tragué yo sola a los nueve meses de embarazo, recién se enteraron ellos cuando la fui a tener...”

-si, obviamente él si sabía, pero no sabía más nadie...por qué no, me daba cosa que me hicieran algo, que me pegaran... porque ya...mi mamá le pegó una vuelta a mi hermana cuando estaba embarazada, la otra más grande...porque quedó embarazada... por eso me lo tragué sola los 9 meses, fui cuando ya estaba por tener recién se enteraron ellos cuando la fui a tener si, te juro!

Si, estaba re hinchada por todos lados, yo fui al médico porque yo sabía que estaba embarazada, porque yo sabía... y ahí me dijeron que, que tenía retención de líquido que esto que el otro, vos vieras” (Silvina, 20 años)

Aquí podríamos pensar en el nivel de violencia simbólica o psicológica que habrá operado en ella para llegar al punto de ocultar su embarazo. El temor por pasar por una situación de violencia con su familia de origen, como la que menciona de su hermana, hizo que ella silenciara y ocultara su embarazo y lo pasara “sola “ los 9 mese de gestación. Se podría indagar acerca del ejercicio de los derechos de esta joven que, por acción u omisión fueron vulnerados.

Otros tipos de vínculo, como es el caso de Lorena, parecen estar contruidos sobre la base de la violencia pues opera en todas sus versiones...

-“y me dice cosas de eh... de lo que me duele a mí, que es de mi mamá, mi sobrino que falleció y bueno... y yo ahora no le hago caso a él, yo me voy y bueno, tengo que volver al otro día, vuelvo al otro día, yo me voy con ellos, pero yo no lo aguanto ya todo lo que él me dice, dice que no me va a dejar en paz nunca” (Violencia Psicológica, que se manifiesta como descalificación, amenazas e insultos)

-porque la casa ésta es de él, ve por ejemplo yo soy la dueña ahora, o sea, supuestamente yo firmé yo soy la dueña, yo lo quise denunciar a él y no encuentro la escritura, no sé si me la rompió o me la tiró o me la escondió, no la encuentro por ningún lado, no está y no está y no está...(Violencia económica, entendida como limitaciones para poder relacionarse, manejar su dinero, decidir sobre la compra de bienes o insumos)

Si las mujeres no poseen la capacidad de ser independientes, es muy difícil que puedan rechazar la violencia doméstica, pues no tienen una salida económica o social. La división sexual del trabajo, también marcada por el sello patriarcal hace que las mujeres se ocupen de puestos mal remunerados o del trabajo doméstico.

Muchas veces deben equilibrar las desventajas de ciertas situaciones a cambio de pan y techo. Estos mecanismos estructurales fomentan el aislamiento de las mujeres y su indefensión ante la violencia.

En los siguientes testimonios se observan rasgos de **Violencia Sexual** (abusos y violaciones) en la pareja:

-“...o sea, , por ahí tengo miedo, le contaba a mi hermana ... hace como un mes que no estoy con él en la cama, y él se levanta, me mira, y yo me asusto, porque no sé lo que piensa él, ... como una obligación porque él me está obligando a eso a mí, yo no quiero.....y me empieza a tocar, así, yo por ahí tengo sueño, estoy cansada le digo: no quiero yo! No quiero tener... y ya me empieza a manosear, ya me manosea y ya bueno... sin sacarme la ropa de arriba no nada de eso, del pantalón y ahí estamos y ya está, terminó, él se da vuelta para allá y me dejó y yo quedo...es como si fuera fuerza, no quiero yo...” (Lorena, 27 años)

El acoso sexual, la violencia doméstica, la trivialización de las opiniones de las mujeres, su objetivación/cosificación y menosprecios de los discursos mediáticos, ponen en desventaja a las mujeres en la vida cotidiana, y generan la negación de los plenos derechos e igual protección de la ciudadanía. Para Nancy Fraser, acceder a la justicia de género, requiere cambiar simultáneamente la estructura económica y el orden del estatus. (Guzman, 2004)

Las posibilidades de prevención de situaciones de violencia, dependen de una compleja trama, en la que se juegan la construcción de las subjetividades y los roles de género, las modalidades de las relaciones de poder y las asimetrías sociales.

5.3.3- Elección de un MAC (Método Anticonceptivo)

Surgen distintos posicionamientos en las entrevistadas frente a su pareja, a la hora de elegir un MAC¹¹, contemplando situaciones que van desde la negociación y el diálogo, hasta el sometimiento y la incapacidad de decisión.

Se irán mencionando los distintos métodos a los que se refirieron las mujeres de esta investigación y se textualizarán sus percepciones al respecto.

Los testimonios reflejan la perspectiva del varón respecto a la decisión de cuidarse:

-“él no quiere... ahora. Por ejemplo antes cuando tomaba las pastillas por ahí él me hacía acordar porque, antes me bajaba el pantalón y me preguntaba si me había tomado la pastilla... era como que estaba ya medio traumatado... no, no quiere saber nada de tener... forro? no, cuidarse él ?eso no... ellos no piensan en tener, pero si viene “bueeno”, total es el cuerpo de una, son 9 meses que lo tiene que aguantar.....”
(Vanesa, 28)

En el texto de Vanesa se puede observar que su pareja ha tomado alguna conciencia de la necesidad de cuidado o prevención de un embarazo, pero luego de tener 5 hijas, sin embargo, no accede al uso del preservativo, es frente a esto que ella siente que esto aún es su responsabilidad.

-“él no quiere que use ningún método, ni el ni yo, así que me pongo las inyecciones y el no sabe ”(Mariana, 24)

“es como que yo tampoco lo puedo estar cargando “toodo”... encima que una... ponele, estás con ellos, te tenés que pensar en cuidarte, te tenés que... que se pongan un poquito las pilas ellos y también, porque si es cosa de dos, tanto como lo saca provecho él, saco provecho yo y así... sí, porque por ahí te cansa estar pendiente todo el tiempo de uno y no tener alguien que te diga: no, mira voy a pensar un poco porque...”(Beatriz, 28)

Aparentemente se supondría las mujeres deben cargar con la responsabilidad de elegir y utilizar los MAC, por lo que nos interesa profundizar respecto a las posibilidades de

¹¹ Recordamos que los pautados en el Programa son:
ACO: Anticonceptivo oral
ACI :Anticonceptivo inyectable
DIU: Dispositivo intrauterino-
Preservativo
Ligadura tubaria: También llamada “ligadura de trompas”

negociación de cada una en su pareja o en el caso de no existir la posibilidad poder indagarlos determinantes de esta decisión última.

Negociaciones intrapareja en la Planificación Familiar:

Respecto a la equidad/inequidad de género en la toma de decisiones, es menester rescatar el concepto de **negociación sexual**, el cual infiere la posibilidad de comunicación acerca de cuestiones ligadas a la sexualidad y habilidad de las mujeres para influir en los términos en que la interacción sexual tiene lugar, especialmente en relación con la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.(Gogna,2005;60)

En relación a la posibilidad de dialogar con el varón, referían:

-La tercera nena también, porque eso fue porque yo me confié porque le estaba dando el pecho y cuando me fui a hacer la ecografía yo ya me sentía medio rara y entré a hacerla y salí llorando... y mi marido me dijo “ si tenés que tenerla, tenela “ “ donde comen 2 comen 3 “. Ybueno, él me preguntó... de ahí nunca más, yo nunca más quise saber nada (de tener hijos). (Paola, 29)

En la situación de Paola se observa la posibilidad de hablar en la pareja.

-sí, y cuando yo me puse el DIU él no estaba de acuerdo,-porque no le parecía, en realidad no sé qué creía porque nunca le pregunté, yo le dije que me iba a poner el DIU y él me dijo no, que estaba loca, que para qué me iba a poner eso, eso se ponían las locas y qué se yo... y yo lo hice porque no quiero tener más hijos... -y por ideas de él, de que la mujer cuando se cuida es porque tiene cola de paja, porque tiene miedo de quedar embarazada y que no sea de él y... viste... (Beatriz, 31 años)

Beatriz decidió por sí misma superando la opinión de su pareja, pasando por alto su negativa percepción del método elegido por ella.

Esto da a pensar que el hecho de que las mujeres puedan tener el control de la relación sexual y de su cuidado personal-es decir “empoderarse” en torno a su sexualidad-

A veces ,genera resistencias por parte de la pareja, como en el caso de Beatriz, pues se entendería como una conducta subversiva(de rebeldía o abuso de independencia) que amenazaría el lugar del varón en la pareja, la hombría , la conducción del proyecto de pareja :

-“cuando me puse el DIU anduve tres meses y sentía que me molestaba, no, no... estaba insegura, bueno un día agarré y me dice mi marido: qué te parece si te lo sacás me dice, y tenemos otro bebé... bueno... me hizo la cabeza y ahí yo accedí a tener el segundo” (María, 25 años)

En el relato de María parece que si bien el deseo de tener otro niño era inicialmente de su marido ella accedió y de cierta manera pudo decidir...

Preservativo

El preservativo es un método económico, de fácil acceso, sin embargo implica en su utilización la decisión del varón a cuidarse y valorar posibles riesgos y en algunas oportunidades animarse a resignar “el máximo de placer en post del cuidado...”

Entonces, cuando se indagaba la opinión del marido a la hora de usar preservativo:

Actualmente sí, con el preservativo,...si, y todavía tengo los que me diste vos -ah... bueno. -no, no, con otro método no... porque según dicen las pastillas te engordan, las inyecciones esto... no sé...Sí, en esas cosas sí siempre él... cuando estamos ponele... vio cuando dijimos, cuando tenía el DIU, él por más que tenía el DIU él no... no estaba seguro, usaba preservativo” (Silvina, 20)

“...él se cuida con preservativo obligado por mi.” “...él no se quería cuidar, yo me puse firme y no tuvimos relaciones”. (Juana Maria, 20)

-y usar el preservativo no quiere, no le gusta -dice -si, no si a mí no me gusta algo le digo no, pero también mi marido es re ubicado, no le gusta hacer cosas que sabe me puedo enojar, yo le digo: vos te tenés que ubicar porque yo no soy ninguna loca le dije una vez, y de ahí se cortó..., nunca más (Mariana, 24 años)

“Forro?-no, dice que no porque no sirve, que... yo lo único que le dije: mirá, no vaya a ser cosa que... porque por ahí viaja, viajaba y bueno... no vaya a ser cosa que vos andés con alguien ... y dice que le molesta, que es horrible...-no, él dice que no-no... y él me dice que para qué yo tomo pastillas si yo estoy con él, y bueno yo las tomo porque él... como yo le decía, vos me obligás a estar con vos... y le digo: y si yo quedo? Qué me hago con otro chico yo? ... (Lorena, 27 años)

En el caso de Silvina habría gran disponibilidad de su pareja al uso del preservativo, al punto de utilizarlo además de otro método. Y aunque hubiera existido un “juego de fuerzas de por medio” en la situación de Juana María, quien pudo imponer su elección

luego de tomar una decisión de hasta abstenerse de tener relaciones para sostener su elección.

El uso del preservativo estaría indicando la posibilidad de negociación previa y diálogo en la pareja, sostenida en un vínculo de mayor equidad en las relaciones de género con distribución del poder en la toma de decisiones intrapareja.

En caso de Silvina, confluían una pareja con un vínculo fuerte, consolidado mas allá de las adversidades en que se conformó la familia (ocultamiento del embarazo-al comienzo parecía estar ausente las redes, pero poco a poco las fue construyendo con amigas, vecinas y relación de confianza y accesibilidad con el equipo de salud-separación de la familia de origen y respeto en la pareja)

Por otro, lado en los testimonios de Mariana y Lorena se observa una situación diferente en la que parece priorizarse el gusto o el deseo del varón, por lo que aparentemente no habría posibilidad de negociación por ella, cada una elige una salida distinta: Mariana se colocan los inyectables en silencio, al igual que Lorena.

ACO

Los anticonceptivos orales también son proporcionados de manera gratuita desde el Programa de Maternidad y Paternidad responsable, sin embargo implican para las mujeres el comportamiento “prolijo” de recordar tomarlo todos los días y conocer su ciclo para realizar una administración correcta. Respecto a la percepción del uso de éstos manifestaron:

“yo escondía las pastillas en el ladrillo para que no las vea; porque se enojaba”

(Mariana, 24 años)

En el caso precedente, la mujer debía también silenciar su decisión, a pesar de haber podido empoderarse en el cuidado de su cuerpo y en el deseo de la anticoncepción.

- *“...No, no hay problema porque si pasamos por la farmacia él me dice “te hacen falta pastillas, ¿cuántas pastillas te quedan?” como me la puedo comprar con mi plata o con la plata de él” (Paola, 29 años).*

Podríamos visualizar en el otro extremo, los relatos de esta mujer donde se registraría “equidad de género en la pareja, en la toma de decisiones”, al parecer si recordamos lo planteado en otros capítulos, que no solo en este ámbito se da la posibilidad de acuerdos equitativos sino en la relación, incluidos otras cuestiones como el manejo del dinero y decisiones domesticas.

-la Claudia, ella dice que las toma, pero no le entiendo cómo, porque dice que para, las vuelven a tomar, que esto... no le entiendo.....dice por qué no te hacés poner inyecciones todos los meses?, no le digo yo porque yo me cuido con preservativo...(Silvina, 20 años)

Ella tiene una pareja que habilita el uso del preservativo y es permeable a las negociaciones y deseos de ella (mayor equidad en la toma de decisiones) Sin embargo, aquí el escaso nivel de abstracción relacionado con el bajo nivel educativo, impactan en las posibilidades de elección, limitando la comprensión de cuestiones de información biológica y organizativa para poder administrarse un método como los MAC orales que necesitan de un registro y control de su propio cuerpo.

ACI

Los anticonceptivos inyectables requieren una administración aislada, por lo que son valorados por las mujeres que han tomado la decisión de cuidarse, pero sin embargo no poseen apertura al dialogo con sus parejas, entonces no les implica exponer su decisión tal como lo expresan:

-“yo elegí ponerme las inyecciones porque yo me escapo al centro de salud una vez por mes, digo que vengo a buscar la leche de los chicos y él ni se entera, porque otro chico más yo no puedo tener!!!! (Lorena, 27)

-las inyecciones...y que son más seguras que las pastillas, porque te las ponés una sola vez al mes y sabés que no te las vas a olvidar como las pastillas, o no le tenes que contar a tu marido que te cuidas... (Roxana, 29 años)

En ambas entrevistadas se observa una libertad relativa respecto a su toma de decisiones, es de recordar también que ambas han tenido varios niños sin desear y han acudido a la interrupción de embarazos (como veremos más adelante) por no haber podido elegir, entonces poder decir hoy “lo hago y no digo” , ya implica un empoderamiento y nuevo reconocimiento de sus necesidades ...

DIU

El Dispositivo Intrauterino ,requiere de una colocación en el consultorio y posteriores controles ginecológicos, frente al mismo se observaron distintas percepciones:

-ah sí, el DIU sí, pero dicen que no es... cómo se dice? No es... dicen que por ahí te... te... cómo se llama? Te sale como... ay... cómo... te entra eso, no sé, dicen que no...no es muy efectivo-sí, eso dicen, porque hay muchos, viste los casos que han pasado han dicho que han nacido con el DIU algunos bebés, por eso... (Silvina, 20 años)

En estas expresiones se observa desconocimiento y temor por algunos mitos que circulan alrededor de este método, cuando no se realiza el control adecuado.

- “yo me quería poner un DIU pero me dijo que era para las locas!!! Y así los tuve a los últimos 2!!!-(Beatriz, 30)

En el dicho de Beatriz se resume el mito que sostiene muchos hombres frente al temor de no poder controlar la sexualidad de su mujer, con la fantasía de que por el solo hecho de utilizar un anticonceptivo que no se ve podrían disfrutar “descaradamente “de la sexualidad como una prostituta, pues esa es la fantasía que condensa dicha expresión .Lo cual se vería sostenida en un estereotipo de género desde el cual solo el varón tendría derecho al disfrute y al “descontrol”...y a la vez relacionada con la fantasía de que si la mujer está embarazada le sería fiel (que ya fue desarrollado previamente)

Otras prácticas anticonceptivas utilizadas habitualmente no contempladas en el programa...

Si bien el programa brinda los insumos de los siguientes métodos, ACO¹²,ACI¹³,DIU¹⁴, Preservativo, Píldora del día después, ligadura tubaria¹⁵; en la realidad se suman otras prácticas en torno al ejercicio de la sexualidad que son utilizadas con el fin de la anticoncepción, Existe una heterogeneidad en la utilización de MAC en la dinámica de las prácticas anticonceptivas que incluyen coito interrumpido, método natural, MELA(método de la lactancia materna), intentos de aborto, etc.

-“ ...y no se cuida, entre nosotros, el marido se cuida terminando afuera y yo le digo que eso no es bueno eso no se hace...Método alternativo...” (María, 25 años)

“-o sea que él salga afuera-y preservativo no quiere usar-no...dice...q no siente lo mismo... no sé qué siente... todos dicen lo mismo así que...” (Vanessa, 28 años)

¹² ACO: Anticonceptivo oral

¹³ Anticonceptivo inyectable

¹⁴ Dispositivo intrauterino

¹⁵ También llamada “ligadura de trompas”

El Coito Interruptus, en varias ocasiones es una alternativa que propone el varón cuando no quiere utilizar preservativo y quiere convencer a su compañera de que él puede tener el control de la situación, desconociendo cuestiones biológicas(o técnicas) que trascienden el control psicológico de la situación. Pues está científicamente comprobado que no es un método seguro .

Interrupción del embarazo

Esta práctica fue descrita en este trabajo, pues ha tomado el lugar de un método anticonceptivo, aunque en nuestro país aún no está despenalizado y existe un gran debate en torno a la misma, las entrevistadas lo mencionaron de esta manera:

-“y ...-tomé todos los yuyos habidos y por haber, me decían tomate el yuyo de esto, yuyo de aquello, no... no había caso, los yuyos no funcionan...” (Paola, 29)

“tuve dos abortos...ahí en mi casa...no, una señora-...porque mi marido no quería que yo tuviera, porque no tenía plata, no tenía trabajo y no alcanzaba la plata- si, porque ya...- él le pagó a la señora ...con ...la sonda... y qué, el último casi... casi me muero-después caí -a la maternidad, me hicieron un legrado-sí estuve internada y me dieron antibióticos todo...(Roxana, 29 años)

“porque mi mamá se había enojado conmigo y me dijo que por qué no me había cuidado y yo me separé de mi marido en ese tiempo, y me llevó a una mujer, me fui a la casa de una mujer llorando le dije, me dice yo conozco una amiga que pone la sonda y qué se yo y bueno, me llevaron , me llevó esa mujer-si, en el Rawson, me dijeron que se joda que no le vamos a poner anestesia, me llevan a cirugía, ví estrellas por todos lados, porque me ponían esos fierros por abajo y dice el médico: bueno dice parece que no quedó nada, y bueno si queda no importa, la vamos a dejar hasta el lunes, el lunes la vamos a volver a hacer sufrir me decía el médico ...salió todo bien, pero yo nunca... como yo nunca me hice nada, pensé que era algo así nomás ni sabía de cuánto estaba, (Lorena, 27 años)

Cabe aclarar que, si bien no todas las entrevistadas han intentado interrumpir un embarazo, poseen el conocimiento de alguna otra persona de su contexto que lo haya hecho y describen cuáles son las modalidades practicadas, para intentar interrumpir un

embarazo en este contexto socio-cultural o al menos conocen a dónde o a quien recurrir para concretar esta práctica, ya que actualmente no está legalizado en nuestro país.

El aborto aparece como última salida en la decisión de la anticoncepción y declara inequidad de género –caso Roxana o Lorena –donde se observa la imposibilidad de decidir ella- influencia del marido y de la suegra por dependencia económica o de la madre ,por un conflicto vincular (como estaba enojada con ella la llevó a “esta señora...”)

Algunos testimonios nos llevan a replantearnos varias cuestiones que superan la cuestión de la equidad de género, sin embargo podrán ser tema de próximas investigaciones...

Píldora del día después

Es de destacar que existe en todas las entrevistadas desconocimiento de la-Píldora del día después , al igual que frente a la posibilidad de la Ligadura tubaria

-no, escuché alguna vez, pero creo q está prohibida...acà no la dan... (María, 25 años)

-noo, por lo menos acà no la dan...(Beatriz, 31 años)

-no, no lo conozco, otro no... no, esos nomás(Mariana)

-Sí pero me dijeron que yo soy muy joven (comenta que no confía en las pastillas del dispensario...) o también te dicen que si después formás otra pareja y tu marido te pide un hijo... (Paola, 29 años)

-eh... sí escuché, pero... en realidad, los años que tenemos todavía, yo para mi ver no puede ser viste que... somos muy chicas, somos muy jóvenes, es decir más adelante porque tenés muchos problemas después con la ligadura de trompas -y no sé, a unas dicen que muy nerviosa, después de muchos nervios eso es lo que he escuchado (Roxana, 29 años)

Es importante destacar que este anticonceptivo en el momento en que fueron tomadas las entrevistas aún no era provisto gratuitamente por el programa, quizás esa sea una de las razones que justifiquen su desconocimiento.

Respecto a la ligadura de trompas, uno de los argumentos que más resuena entre los profesionales médicos, cuando alegan por que no quieren realizarla está basado en el supuesto de que, cuando son mujeres jóvenes “luego estas se van a arrepentir” y es un método irreversible.

Para concluir:

Podríamos pensar en construir una escala respecto a la toma de decisiones, desde donde la mayor equidad estaría dada por la posibilidad de negociar, dialogar con la pareja, habría métodos más equitativos, como el uso del preservativo hasta el otro extremo donde la inequidad estaría cuando hay ausencia de dialogo, situaciones de violencia y ausencia de respeto por el otro, que llevan a prácticas anticonceptivas como la interrupción de un embarazo, pues no encontraron otra salida

Respecto a la toma de decisiones en este ámbito, habría varios condicionantes que influyen, entre ellos, el mayor nivel educativo alcanzado aunque fuera informal, el contacto con la vida pública, las características personales para resistir a la coerción masculina o de los otros significativos, al igual que algún tipo de autonomía o de “no dependencia” económica.

A través de lo observado, a mayor confianza y posibilidad de dialogar habría mayor equidad de género en la pareja, ya sea en la división de tareas, en la elección de un MAC, en el empoderamiento de su propio cuerpo para decidir. A mayor compromiso afectivo existiría mayor compromiso por la salud de la mujer y la adopción de medidas preventivas frente a la posibilidad de un embarazo.

Las relaciones de género se construyen en distintos órdenes de realidad, simbólica, institucional, política y subjetiva, así como en los diferentes ámbitos donde transcurre la vida humana: la familia, la economía, la política y la cultura. Es por esto que afirmamos el carácter sistémico y heterogéneo de la desigualdad, en el sentido que los procesos se producen en una multiplicidad de órdenes, de realidad y ámbitos sociales. (Zincone, 1992)

TERCERA PARTE

1- Conclusiones

- Entonces, si bien, la legislación vigente en materia de Salud Sexual y Reproductiva da un marco legal a estas mujeres les permitiría poder elegir, y les otorga el derecho a vivir una sexualidad saludable y placentera, (que incluye la planificación familiar entendida como la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos) se observa que existen otros condicionantes que influyen:
- La escasa alfabetización en torno al ejercicio de los derechos ciudadanos y de los derechos sexuales y reproductivos en particular de esta clase social.
- Si bien la situación de pobreza en que viven este grupo de mujeres actúa como condicionante, por su mayor vulnerabilidad respecto a una situación general de dependencia económica, algunas pudieron resolver sus necesidades empoderándose y capitalizando los recursos del contexto inmediato.
- Se observan desigualdades respecto al nivel educativo alcanzado, lo que traería aparejado escasas oportunidades de empleo y el sostenimiento de estereotipos de género que implican barreras socio-culturales y limitan la toma de decisiones respecto de la vida sexual y reproductiva.
- Las posibilidades de decisión de estas mujeres, a veces giran solo en torno a cuestiones ligadas a la organización doméstica y a la crianza de los hijos; entonces podríamos pensar que el aumento del nivel educativo de las mujeres y su mayor participación en el espacio público y en el mercado laboral, podrían actuar como impulsores de desarrollo de ellas. De esta manera se estarían previniendo situaciones de discriminación, funcionando desde el espacio social como sostén de la autoestima.
- Se observa una relación en las historias de vida de determinadas mujeres donde a menor nivel de empoderamiento, escasas posibilidades de haber recibido Educación Sexual, ausencia de redes sociales de apoyo, menor posibilidad de elegir entendiendo por “elección” como el acto de optar frente a una

determinada situación luego de haber tenido la posibilidad de conocer o identificar varias opciones.

- Solo mejorando las condiciones objetivas de existencia y el derecho a cubrir las necesidades básicas, como el derecho a la educación obligatoria, etc. Podrán desarrollarse como personas plenas, con una sexualidad placentera sin ser degradadas ni estigmatizadas por los sectores dominantes, en busca de una relación equitativa entre hombres y mujeres.
- Es preciso tener en claro que los determinantes socio-económicos por sí solos no determinan comportamientos ni percepciones, deseos ni pensamientos, es solo en el marco de las condiciones de existencia que cada sujeto debe enfrentar en su vida, con las eventualidades de su historia de vida y en negociaciones continuas con otros significativos que construye sus posibilidades.
- La ausencia de redes parece influir en la posibilidad de elegir métodos más o menos equitativos esto relacionado con ausencia educativa, baja autoestima o poco registro de si mismas y sus necesidades, como es el caso de Soledad habilitan una elección de emergencia que parece no ser realmente una toma de decisión, apelando a un aborto como método anticonceptivo.
- La importancia de contar con un equipo de salud que trabaje con inserción comunitaria, permitió acercar el programa y brindar mayor accesibilidad a estas mujeres, es decir tener esta sensación de cercanía con los profesionales para poder acudir por cualquier problema de salud y consultar dudas beneficia a las mujeres a la hora de conocer y empoderarse en sus decisiones.
- Los/as efectores/as de las Políticas Públicas, pueden recrear su prácticas y revisar sus posicionamientos, con apertura a la discusión, debate dentro del equipo, en un contexto de cambio permanente.
- En el transcurso de las entrevistas de cada una de las mujeres, se observa la posibilidad de posicionarse de un modo diferente con el pasar del tiempo, si bien comenzaron su vida sexual a temprana edad y estando muy a merced de los conocimientos o las decisiones de sus parejas, con el correr del tiempo y los avatares de la vida, fueron modificando sus posicionamientos respecto a su vida y a la salud sexual y reproductiva.
- Ellas fueron empoderándose cada una a su estilo y contando con sus recursos personales, de otros significativos, a pesar de las limitaciones del contexto (Ej

de esto es María en torno a las negociaciones para la toma de decisiones para elegir los MAC y en otros casos ,cuando las negociaciones parecen ya no ser posibles expresadas en frases como “estamos en crisis”, puede tomar ella sola la decisión de cuidarse (aunque tenga que esconder en el ladrillo las pastillas anticonceptivas...).Vanesa dijo basta, Lorena tuvo idas y vueltas en su capacidad de decisión atrapada en una relación de características violentas...

- Habría diversos niveles de autonomía mayor o menor equidad de género en la posibilidad de elegir un método u otro, desde el preservativo (mas equidad) a las inyecciones o el DIU (donde pueden hacerlo a escondidas de sus parejas,)es decir obviando espacios de negociación ,pues serian imposibles en el marco de una relación con características de opresión o coerción)
- Entonces, existen distintos usos de los métodos que van desde los más “inequitativos” hasta los que reflejan una relación menos opresiva de la pareja, supuestamente una relación que acarrea la transparencia, negociación y participación del marido en la salud sexual / planificación familiar.
- En los casos de mujeres que recurrieron a la práctica del aborto como método anticonceptivo, los factores que incidían eran desinformación, aislamiento, ausencia de redes, asimetría de poder en la pareja, etc.
- Si bien se observa que no es el anticonceptivo en sí mismo lo que registra la opresión de género, existen características particulares de cada método que implica mayor o menor autonomía en su toma, es decir, Una inyección denotaría más opresión que tomar pastillas, pues no deberían dar explicaciones de su colocación, concurren al dispensario y listo . Es, en realidad, más bien el proceso que rodea la elección lo que se valora como una sucesión de condicionantes, con quién se conversa, cómo, qué confianza tiene la mujer en su propia experiencia y la de otras, qué confianza en el consejo del marido, qué llegada al equipo de salud o que contención recibe de este.
- Se fueron describiendo posibles indicadores de esos distintos grados de inequidad que se presentan en la población de mujeres: la concepción que tienen de su propio cuerpo, la sensación de control sobre su cuerpo, estar muy afectada o no por los “estereotipos de género”, poder o no articular las necesidades de atención que la llevan al consultorio, las “condiciones socio-

sanitarias” previas ,es decir conocer la ley, tener accesibilidad a las prestaciones en salud, tener redes sociales a las cuales apelar, tener recursos internos, psíquicos para cuestionarse su modo de ser y entablar relaciones de pareja.

- La posibilidad de empoderamiento de las mujeres(a través del manejo del dinero, toma de decisiones, etc. van entrelazadas de su participación en el espacio público/privado) si se da o no en apropiación de su cuerpo, económica, de decisiones políticas repercute en su dinámica familiar, toma de decisiones y manejo económico propios, del dinero que ingresa a su hogar, , de su vida, de su estudio, de su trabajo, elecciones sobre anticonceptivos, influyen en la constitución de su psiquismo, la autoestima, reconocimiento y respeto al propio cuerpo, el jugar distintos roles sexuales y reproductivos dentro del hogar.
- Existen condicionantes simbólicos que surgen en cada sujeto por ello es importante visualizar las creencias, códigos culturales y saberes que rodean, sostienen y contradicen los roles y rutinas de los sujetos, para comprender sus percepciones
- A partir de visualizar estas concepciones personales, sostenidas desde lo simbólico, podremos revisar las relaciones de género e indagar a posteriori una redistribución significativa de poder y oportunidades entre mujeres y hombres, tomando en cuenta lo determinante del sector social de procedencia.
- Es fundamental involucrar a los varones en la salud sexual y reproductiva para lograr la equidad en las relaciones de género, como partícipes activos en la prevención de los embarazos, en la protección mutua para evitar la transmisión sexual de enfermedades, en la atención doméstica de las personas enfermas del grupo familiar así como en el cuidado de los niños y las niñas.
- Se plantea sí la necesidad de aportar esta investigación con el fin de diseñar estrategias de intervención y programas que tengan en cuenta las características sociales de los grupos y del contexto social y cultural para el que están destinadas, introduciéndose una preocupación por las mujeres de contextos sociales desfavorecidos y más adelante se incluyen indagaciones sobre sexualidad y construcción social de la masculinidad

Agradecimientos:

Agradecer implica valorar el beneficio o favor que se nos ha hecho...

Agradezco a quienes me acompañaron en esta tarea, que de otra manera hubiera sido muy solitaria. Por sus aportes, sus correcciones y su aguante:

Majo, Sonia P., E. Virdó, Cecilia P. y Guille. Z. ¡Gracias!

6. BIBLIOGRAFIA

- Acosta, G, (2000) La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación y la Convención sobre los Derechos del Niño: hacia la ciudadanía plena para niños, adolescentes y mujeres.
- Aller Atucha, L. M. (1991). Pedagogía de la Sexualidad Humana. Buenos Aires: Galerna.
- Anderson, Jeanine (2002) “Familias, maternalismo y justicia de género. Dilemas de la política social”. Paper especialmente preparado para el seminario “Programación estratégica, Análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. Gestión y evaluación de políticas de equidad de género” .PRIGEPP_FLACSO
- Araujo, K.; V. Guzmán & A. Mauro. (2000) “El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas”. Revista de la CEPAL 70. OMS, 2005
- Ariño, Mabel.(2003).”Perfil social de las mujeres en edad fértil” Buenos Aires. Siempro-Consejo Nacional de políticas sociales.
- Arteaga (2002) “Redes Promocionales de calidad de vida”; en programa de Educación permanente en salud y desarrollo social-Ministerio de salud y desarrollo social
- Aruna Rao y David Kelleher,(2002) “Corriendo el velo de la desigualdad de género institucional” .Paper especialmente preparado para el seminario “Programación estratégica, Análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. Gestión y evaluación de políticas de equidad de género” .PRIGEPP_FLACSO
- Astelarra, J.(2000). “La Tortura que persiste. Violencia Doméstica”. Chile- Ensayos Feministas. (Documentos PRIGEPP, 2005)
- Astelarra, J., (2005) “El sistema de género, nuevos conceptos y metodología” CEME (Centro de Estudios Miguel Enriquez) Chile .
- Auyero, (2001).”Clientelismo político”; Publicado en la Revista Política y Gestión N° 6 ,Bs.As. , Argentina.

- Bandeira, Lourdes,(2002) “Desafíos da Transversalidad de género nas Políticas Públicas” (Documentos PRIGEPP, 2006)
- Barone, Miriam (2000).“Dos historias de nunca acabar”. Misiones. Ed.Universitaria
- Barreiro, Line (1993). “Ciudadanas, una memoria inconstante” CDE. Ed. Nueva sociedad
- Barreiro, Line,(2005) Hipertexto, Unidad N 1,2,3,4 Seminario PRIGEPP-FLACSO- Bs. As.
- Bauman, Zygmunt (1999) : “IV Turistas y vagabundos en la globalización. Consecuencias Humanas” . Ed. Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A. Buenos Aires, Argentina (Documento PRIGEPP 2004)
- Bianco, M. y Lic. M. I. Re (2007) Sexualidad y Salud en la adolescencia, Bs.As. FEIM: Fundación para el estudio e investigación de la mujer.
- Boaventura de Sousa Santos, “A crítica da razao indolente. Contra o desperdicio da experiencia” Ed.Cortez (Documento PRIGEPP 2005)
- Bonan, Claudia (2003), “Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea”, Paper especialmente preparado para el seminario “Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas al logro de la equidad de género” (Documento PRIGEPP –FLACSO)
- Bonder, Gloria (1998): “Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente” en Género y Epistemología. Mujeres y disciplinas. PIEG. Universidad de Chile.
- Borón, Atilio. “El pensamiento único y resignación política: los límites de una falsa coartada.” (Documento PRIGEPP 2004)
- Bourdieu, Pierre (1979) Tomado de *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Traducción de Mónica Landesmann. “Los Tres Estados del Capital Cultural”, en *Sociológica*, UAM- Azcapotzalco, México, núm 5, pp. 11-17.)
- Campana, Dapuez, Sannanez,(2004) “Planilla de indicadores en Salud Sexual y Reproductiva en Residencia de Salud Familiar” Ministerio. de Salud, Córdoba, Argentina.

- Canciano, Evangelina (2007). “Indagaciones en torno a la problemática de la sexualidad en el terreno de la Educación” .Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
- Cardarelli-Rosenfeld,(2000) “Con las mejores intenciones. Acerca de la relación entre el Estado pedagógico y los agentes sociales”
- Cátedra Trabajo Social III A- UNC- Manual de Cátedra. (2005) 1ª Parte: Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares.
- Católicas por el Derecho a Decidir,(2004). Folleto de difusión del Programa de Salud Sexual y Reproductiva .Córdoba.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población. (2005) CEPEP Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva ENDSSR 2004 .I nforme final. Asunción, Paraguay
- CEPAL,(2004). “Caminos hacia la equidad de género” 9ª Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. México
- CEPAL, UNICEF, (2004) “Construir equidad desde la infancia y adolescencia en Iberoamérica. Sección II. Las desigualdades en las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes en Iberoamérica”.
- Consejo Federal de Educación de la Provincia de Buenos Aires.(2008) Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral. Bs.As
- Costa, Ana M.(2004) “Atencao integral das mulheres no sistema único de saúde do Brazil” (Documento PRIGEPP, 2006)
- Cook, Rebecca(2001) “Derechos humanos y Salud reproductiva de las mujeres: Consecuencias para la reforma del Sector Salud” (Documento PRIGEPP, 2006)
- Dapuez, Mariana; 2004;” Las Políticas Públicas en salud, del estado hacia la mujer. De la reproducción social a la reproducción corporal.” Monografía de Seminario 1 Globalización y Género- Profesora Gloria Bonder. PRIGEPP - FLACSO
- Dapuez, Mariana; 2004;” En la implementación de las Políticas Públicas de Salud sexual y Reproductiva. Un intento de cuestionar el orden de género instituido...”Monografía de Seminario 3:“Análisis comparado de legislación,

políticas públicas e instituciones orientadas al logro de la equidad de género”

Profesora Virginia Guzmán PRIGEPP –FLACSO

- Dapuez, Mariana; 2005 ,Propuesta estratégica para la superación de obstáculos detectados en la implementación del Programa de S.S. y R. en Malag,(integrando el enfoque de equidad de género)..Monografía -Cuarto Seminario Programación estratégica, Análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. Gestión y evaluación de políticas de equidad de género.- Profesora Coordinadora: Mónica Rosenfeld. PRIGEPP. FLACSO
- Dapuez, Mariana; 2005;”Dimensiones en el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres de “Villa 40 G”, hoy en Córdoba-Argentina” Monografía de Seminario Democracia/s ciudadanía y Estado en América Latina en el siglo XXI. Análisis de género de los caminos recorridos desde la década del '80 y futuros posibles. Profesora LINE BAREIRO,PRIGEPP- FLACSO
- Dapuez, Mariana; 2006 – “Representaciones de las mujeres sobre métodos anticonceptivos y la toma de decisiones, en Villa 40 guasos. Estrategias para acercarnos a la equidad de género” Monografía de Seminario:“Construyendo Políticas Públicas en Salud con Perspectiva de Género. De las teorías a las prácticas” Profesora: Débora Tajer-PRIGEPP- FLACSO
- Dapuez, Mariana; 2006 Situación actual de las familias con niños y niñas en riesgo nutricional en Villa los 40 guasos – Córdoba en Monografía de Seminario de Especialización:“infancia y género “Profesor Raúl Mercer PRIGEPP-FLACSO
- Dietz, Mary G.(1987)”El contexto es lo que cuenta: feminismo y teorías de la ciudadanía”.en Ciudadanía y feminismo. IFE –UNIFEM- (Documento PRIGEPP, 2005)
- Documento del Banco Interamericano de desarrollo.(Agosto de 1999) Argentina, Programa de reforma de la atención primaria de salud: Salta, La Pampa, Córdoba. (Operación No 1193/OC-AR)
- Documento del Consejo Nacional de la mujer.(2001) “Leyes de Salud Reproductiva-Por qué y para qué?”Mujer y Salud-Nota Técnica N 2.
- Domínguez, Alejandra y otras. (2004) “Salud y Aborto en la Argentina: de las propuestas a los hechos”. Córdoba: Ediciones Se.A.P.

- Escudero, José Carlos(1990), III Jornadas de A.P.S.-CONAMER- A.R.H.N.R.G. Manual de las jornadas en Argentina
- Equipo de Salud Familiar “Va. 40 guasos”. (Abril/junio 2005). Informe de inserción en la comunidad, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- Equipo de Salud Familiar “Va. 40 guasos”. (Abril/junio 2006). Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. “Informe de avance en la comunidad”
- Faur, Eleonor (2007) “Educación Integral de la Sexualidad” Aportes para su abordaje en la escuela secundaria. Bs.As. Ministerio de Educación de la Nación
- Fraser, Nancy (1999-2007):“Repensando la esfera pública”. Una crítica de la democracia actualmente existente. Ecuador Debate. Opinión Pública, Quito
- Feijoó, María del Carmen. (1989) “El mundo de la pobreza: diferenciando visiones y estrategias de sus protagonistas” Buenos Aires. Informe preliminar INDEC/IPA/CEDES.
- F.E.I.M.: Fundación para estudios e investigación de la mujer. Bianco, Mabel - Re, María Inés “ Qué deben saber madres, padres y docentes sobre educación sexual y vih/sida para chic@s y adolescentes”
- Flores Bedregal, Teresa (2000) El género no debería ser una categoría dual. (Documento PRIGEPP, 2005)
- Frade Rubio, Laura (comp..)(2000) “Equidad, Participación y coherencia” México, Campaña “El B.M. en la mira de las mujeres”. Caso Promin Córdoba
- Freud, Sigmund. 1986. Obras completas. Tomo II.. Bs. As. Ed. Amorrortu
- Gita Sen: “Reconocer el trabajo de las mujeres, principio de la economía feminista”
Raquel Coello Cremades .UNIFEM
- Gogna, Mónica (comp). (2005) “Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”. Buenos Aires. CEDES-UNOFEM
- Gogna, Mónica (2005) “Estado del Arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en Argentina (1990-2002)”. Buenos Aires. CEDES-CLAM –

- Gómez Gómez, Elsa (1999): “Guía para la preparación de informes. Programa mujer, salud y desarrollo. Equidad de género y políticas de reforma del sector salud”. Organización Panamericana de la salud.
- Gómez Gómez, Elsa, (2003). Texto: Equidad Género y Salud: retos para la acción. En Unidad 2 de Seminario Salud y Género(Documento PRIGEPP, 2005)
- Grimberg, Mabel (2002). “Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención del VIH en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género.” UBA. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8,n17, (Mod.de Armonización- Ministerio de Salud de la Nación)
- Groisman, Claudia. Imberti, Julieta. (2007) Sexualidades y afectos: Educación Sexual: Actividades y Juegos. Bs. As. Ed. Lugar S.A.
- GTZ, “Igualdad de género. Recomendaciones de los donantes para los proyectos, proequidad .(Colombia,2000).Publicación de la agencia de cooperación general alemana.
- Guzmán, Virginia (2004): “Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas al logro de la equidad de género.”, Unidad N 1 y 3. Seminario PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.
- Guzmán, Virginia (1998) La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas, en Género en el estado. Estado del género. ISIS internacional
- IBAM, Fundación MacArthur,(Brasil1996), “Mulher e Saúde:Praticas Educativas em 11 municípios”. (Documento PRIGEPP, 2005)
- Informe de dos simposios, IPPF/RHO (2004) ”Sexo y hemisferio”. Las metas del desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y Reproductiva en Latinoamérica y el Caribe. (Documento PRIGEPP, 2005)
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos: www.iidh.ed.cr
- Jelin, Elizabeth (1994):”Las familias en América latina”, en Familias Siglo XXI. Ed. Regina Rodríguez, Santiago, Chile. Ediciones de la mujer N 20. (Documento PRIGEPP,2004)
- Lamas, Marta (2002) Cuerpo: diferencia sexual y género (art. del diario La Jornada, Mexico D.F.)

- Lechner, N. (1999) “Tres formas de coordinación social, Debate Feminista”. Año X, Vol. 19. Abril, pp. 10. (Documento PRIGEPP, 2004)
- Ley 9283 de violencia familiar
- Ley 26.150 de educación sexual
- Ley 25673 de salud sexual y reproductiva
- Maldonado, Horacio. (2004) Escritos sobre psicología y educación. Córdoba. Ed. Espartaco.
- Menéndez, E: (1998) 3 “El modelo médico Hegemónico. Estructura, función y crisis” en: Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica. Mejioco D.F. Alianza Edit. Mex -Consejo nacional para la cultura y las artes.
- Menéndez, E.(1992). “Grupo Doméstico y proceso salud-enfermedad-atención.” Del teoricismo al movimiento continuo Rosario. En Cuaderno médico sociales n°59.
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología- UNFPA. Educación Integral de la Sexualidad. Aportes para su abordaje en la escuela secundaria.
- Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba.(2007) Sexualidad y Escuela: Hacia una Educación Sexual Integral. Documento Base. Córdoba
- Ministerio de Educación. Gobierno de la Provincia de Córdoba.(2008) Educación Sexual Integral. Córdoba.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (2008)- Folleto del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
- Morgade, G. (1993). El género: un prisma válido para analizar las relaciones cotidianas escolares. En Revista Argentina de Educación. N° 20, Año XI, Asociación de Graduados en Ciencias de la Educación.
- Morgade, G. (2001). Aprender a ser mujer, aprender a ser varón: relaciones de género y educación, esbozos de un programa de acción. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Morín, Edgar,(2001). ”Los siete saberes necesarios para la Educación del futuro” UNESCO. Bs. As. Ed. Nueva Visión

- Murell y Surell(1998) en Seminario “Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas al logro de la equidad de género”,PRIGEPP 2004
- Niño Guarnizo, Catalina,(Colombia,2002)”Dossier de políticas públicas para las mujeres en Colombia” Paper especialmente preparado para el seminario “Programación estratégica, Análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. Gestión y evaluación de políticas de equidad de género” .PRIGEPP_FLACSO.
- Orge, Patricia (2008. En Módulo 3del II Curso virtual La educación sexual integral en la escuela- Ministerio de Educación de la Nación
- Paterman, Carole (1996)”Perspectivas feministas en teoría política” en Críticas feministas a la dicotomía público/privado. (Documento PRIGEPP, 2005)
- Pavón Castilla(2000) Planes locales con equidad de género--GTZ-Proequidad-Colombia
- Pauluzzi, L. (2005). Educación Sexual y Prevención de la violencia. Rosario: Hipólita Ediciones.
- Perona, Nélica (2001) Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares-Revista Kairos n 8 –
- Perona, Nélica (2001) Desde la marginalidad a la exclusión social. Una revisión de los conceptos, en Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, mayo-agosto, vol.7 n° 2,
- Amartya Sen, (1997)Informe de Desarrollo Humano , PNUD
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe <http://www.reddesalud.org>
- Rosenfeld, Mónica,(2004):Seminario” Programación estratégica, Análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. Gestión y evaluación de políticas de equidad de género.”Unidad 1, 2 y 3, PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.
- Rostagnol, Susana (2007) “Los pobres y las pobres ¿tienen derecho a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos?” en Series para el Debate 5 .

Perú. Campaña por la Convención de los derechos sexuales y los Derechos Reproductivos.

- Sarti, Cynthia (2005) A familia como espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres. 3ª edição. São Paulo: Editora Cortez; -1ª ed. 1996
- Suremain, M. Dominique (2000) Feminización de la pobreza y jefatura femenina. ENDA América latina (Documento PRIGEPP, 2005)
- Tajer, Débora (2004) “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud” en Políticas públicas, mujer y salud..Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia.
- Tajer, Debora. (2006) Hipertexto, Unidad N 1, 2, 3, Seminario Construyendo Políticas Públicas en Salud con Perspectiva de Género. De las teorías a las prácticas-PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.
- Thompson, Jose,(2000)Acceso a la justicia y Equidad. Estudio en siete países América Latina .BID- Instituto iberoamericano de derechos humanos. San José, Costa Rica.
- Thompson, José.(2001)Participación, Democracia y Derechos Humanos. Un enfoque a partir de los dilemas en América Latina. Instituto iberoamericano de derechos humanos. San José, Costa Rica.
- Villa, Alejandro (2007) “Cuerpo, sexualidad y socialización. Intervenciones e investigaciones en salud y educación” Buenos Aires. Noveduc. Serie Interlíneas

ANEXOS

3-ANEXOS

3.1 Descripción de la metodología

Objetivo General

Describir y explorar los factores que condicionan la elección de un método anticonceptivo (MAC) en las mujeres en edad fértil entre 20 años y 30 años, que concurren al Centro de Salud de Villa Los 40 Guasos –Córdoba

Objetivos Específicos

1. Describir las condiciones socio-sanitarias para comprender los factores que determinan la elección de un MAC en las mujeres de Villa Los 40 Guasos.
2. Reconocer los condicionantes a través de las percepciones de los sujetos (mujeres y varones) respecto a los métodos anticonceptivos, cuando consultan al Centro de Salud.
3. Identificar los condicionantes psicosociales y culturales que develan inequidades de género subyacentes a esta elección.

Hipótesis

La complejidad de factores (tales como: machismo sostenido culturalmente, inequidad en las relaciones de pareja, condiciones de vida-hacinamiento, percepciones respecto a los diferentes métodos, cantidad de hijos, autocuidado/autoestima, nivel educativo, violencia doméstica; pobreza extrema) funcionan como condicionantes que facilitan u obstaculizan la elección de un método, basándonos en la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos.

Método

En principio es necesario destacar que el presente trabajo se **organiza** en torno a los tres objetivos específicos planteados en el proyecto de investigación. Cada uno de los cuales responde a diferentes niveles de análisis (que van de lo macro a lo micro) y se encuentran, en la práctica, íntimamente entrelazados, de manera que sólo es válido dividirlos a los fines analíticos.

Es menester hacer hincapié que el desarrollo de los mismos, más allá de las particularidades de cada uno, será en función a una mirada que no sólo tendrá en cuenta

el contexto de vida más general de las mujeres involucradas, sino también prestará especial atención al contexto familiar de las mismas y a sus capacidades personales.

En un primer momento, y respondiendo al primer objetivo planteado, se describen las condiciones socio-sanitarias de las mujeres de Villa Los 40 Guasos con el fin de comprender los factores que determinan la elección de un MAC. Para tal fin, se recuperaran los datos arrojados por el diagnóstico poblacional realizado por el Equipo de Salud Familiar de la comunidad (del cual formo parte), los cuales han sido tomados sobre la base de la encuesta domiciliaria que se realizó. A ello se suman las consultas de las mujeres que concurren al Centro de Salud, al programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Cabe aclarar que los datos cuantitativos conocidos con serán utilizados para establecer relaciones causales, sino para hallar la magnitud y sentido del problema a estudiar y para contextualizar y poder llevar adelante la investigación cualitativa.

En función de responder a los otros dos objetivos planteados (reconocer los condicionantes de las elecciones a través de las percepciones de los sujetos respecto a los MAC e identificar los condicionantes psicosociales y culturales que develan inequidades de género subyacentes en las elecciones) se tomara como fuente de información las entrevistas en profundidad realizadas en el marco de esta investigación, las cuales serán analizadas a través de la construcción de tres dimensiones que guiarán la revisión de lo expresado en las mismas: política/institucional, socio/cultural/educacional y personal /relacional.

De esta forma, se retomarán las voces más significativas de estas mujeres, ordenando sus percepciones en categorías de análisis recurrentes, las cuales serán amalgamadas con conceptos teóricos de los distintos autores de PRIGEPP.

Asimismo, cabe destacar que las visitas domiciliarias (en ocasión de llevar a cabo las entrevistas en profundidad) como así también los datos que se obtuvieron en dichos encuentros, estuvo facilitado por la relación de confianza y empatía establecida con las mujeres entrevistadas, fruto del intenso trabajo previo en y con la comunidad. Ello permitió acceder al conocimiento de aspectos vinculados a su vida privada, como lo es su historia familiar, la dinámica actual de su acontecer y los elementos que conjugados conformaron sus representaciones en torno al tema general de la investigación.

Al inicio de cada entrevista se empleó la técnica del “Genograma Familiar”, el cual es un mapa de la estructura y organización de la familia que tiene por finalidad relevar información acerca de sus miembros y relaciones, ofreciendo de manera rápida la visión de un conjunto acabado de la misma. Su estructura en forma de árbol proporciona una “gestalt” de las complejas relaciones familiares a partir del cual pueden construirse hipótesis. En el gráfico se puede visualizar la estructura de tres generaciones, pudiendo observarse a través del mismo la conformación de la familia de origen de las entrevistadas, lo cual aportará datos en función de la historia de fecundidad de estas familias. Además permite observar las relaciones familiares de cada mujer que luego influirán en sus decisiones.

Construcción de la muestra

La muestra se delimitó de manera intencional, revisando las planillas de consulta al programa de Salud Sexual y Reproductiva, cuando se entregan los métodos anticonceptivos. El recorte se hizo sobre las mujeres que consultaron al centro de Salud en el transcurso de dos meses (enero-febrero del 2007). De este listado se observó en la cartografía (mapa epidemiológico de la población construido por el equipo de salud), para evaluar que respondieran a ciertas características relevantes para la investigación.

Luego se observó la posibilidad de entrevistar a mujeres que accedieran a responder una entrevista en profundidad, para lo cual era necesario un cierto grado de confianza que habilitara la apertura a hablar de ciertas cuestiones de su intimidad.

Se tomó necesariamente un número restringido de casos, lo que da un carácter casi antropológico al trabajo (Forni, pp 103)

Se estima que, por mes, retiran métodos o consultan 60 mujeres, de éstas el 75% están incluidas en la franja etaria de 20 a 30 años. Por ello se tomarán las entrevistas a este grupo de mujeres, (aproximadamente 10 entrevistas en profundidad).

Los estudios de casos permiten una “fina observación” de los fenómenos y sus relaciones, más amplia que la de los métodos cuantitativos (Boudon 1969 en Forni, 1997)

Cabe destacar que son las mayores consultoras, pues al menos han tenido un hijo de jóvenes y desean no tener más por el momento. Es decir, conocen del ejercicio del rol de la maternidad, requerimientos y responsabilidades. Conocen del embarazo y el parto. La mayoría de ellas son mujeres que no pudieron elegir su maternidad anteriormente, ya sea por desconocimiento de la existencia de programas, como por otros motivos para poder decidir.

Construcción del instrumento

El instrumento mediante el cual se recogerán los datos para su posterior análisis tiene el formato de una entrevista semi-estructurada sobre datos generales y luego preguntas en profundidad organizadas en 3 dimensiones, intentando abordar el objeto de estudio desde lo macro a lo micro. Tomando en cuenta el contexto político –institucional, luego el entorno más cercano, finalizando por la situación particular de cada una de las entrevistadas...

El lenguaje utilizado para preguntar fue muy concreto y basado en experiencias de vida cotidiana, acorde al nivel educativo de pensamiento de las entrevistadas.

En el proceso de construcción se hicieron primero las preguntas y después se construyeron las categorías, en función de los temas según surgieron en las entrevistas, y tomando los ejes más recurrentes de lo registrado en el cuaderno de campo.

Cuestionario

-Al iniciar el cuestionario, se explicitó que las preguntas son parte de una investigación que está realizando, en el marco de una tesis de estudios de postgrado, donde se intentará analizar cómo influyen las condiciones socio-sanitarias y también de género en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

-Se aclaró que se llevaría a cabo, entre las mujeres que asisten al Centro de salud, especialmente al programa de Salud sexual y reproductiva, particularizando en la elección y uso de métodos anticonceptivos

-Luego se realizarán preguntas introductorias de filiación, acerca de nombre, dirección, grupo de convivencia, desde cuándo asiste al Centro de Salud y cómo conoció el Programa de salud Sexual y Reproductiva.

-Se indagó la historia de la fecundidad en las tres generaciones, cuál es la morfología de la familia y en qué etapa del ciclo vital se encuentra la entrevistada, a través del genograma.

-Es necesario destacar que las preguntas fueron tentativas para lograr indagar los condicionantes que tendrían este grupo de mujeres y se utilizaron en el transcurso de la entrevista mientras fue necesario, según la fluidez con que se desarrollo la misma y según la particularidad de la entrevistada, quien podía extenderse y describir situaciones sin ser preguntadas específicamente, pero que le otorgaban riqueza a la entrevista.

-Otro criterio a tener en cuenta en la concreción de la entrevista es que, si bien existe una secuencia de preguntas pautadas, puede que en el transcurso de la misma, a partir de una pregunta se desencadenen respuestas a interrogantes subsiguientes, generando la necesidad de omitir los mismos

3.2 Instrumento de recolección de datos

Guía para la organización de la entrevista
DIMENSIONES
<u>Política/institucional</u> Esta dimensión hace referencia a la indagación respecto del conocimiento que poseen las mujeres sujeto de esta investigación sobre el marco legal que contempla el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y el accionar del equipo en tanto efector de esta política pública de salud. <i>¿Conoce la Ley de Salud Sexual y Reproductiva? ¿Cómo se enteró de la existencia del Programa de Salud Sexual y Reproductiva ?Antes cómo hacía?</i> <i>Los médicos brindan cualquier anticonceptivo o puede Ud. elegirlo?</i>
<u>Socio/cultural/educacional</u> Esta dimensión pretende analizar las características de contexto del grupo de mujeres entrevistadas, sus condiciones de vida y de existencia, como así también los patrones socio-culturales que se reproducen en este espacio social. <i>Quién hace las tareas domésticas?</i> <i>Quién trae el dinero a la casa?</i> <i>Quién administra el dinero en su casa?</i> <i>Qué dinero utiliza usted?</i> <i>Usted gana dinero propio?</i> <i>En su familia reciben algún plan, Cuál?</i> <i>Otras transferencias del estado? Quién lo recibe?</i> <i>Quién decide en qué se gasta y en qué no en su casa? Por qué?</i> <i>Quien se ocupa de la crianza de los hijos? De las tareas escolares?</i> <i>Que nivel de escolaridad tiene?</i> <i>Qué ocupación/ tarea –le hubiera gustado hacer otra cosa? Por qué no lo hizo?</i> <i>Cómo conoció acerca de sexualidad?</i> <i>Dónde recibió educación sexual?</i>

Tuvo educación sexual en su familia de origen? en su colegio?

Conoce sus derechos sexuales y reproductivos?

Conocía las consecuencias que podía tener una relación sexual?

Conocía qué métodos podían ser efectivos para no concebir o para no tener enfermedades sexuales? Encuentra diferencias entre unos y otros?

Personal /relacional

En esta dimensión se indagará la singularidad de cada una de las mujeres que serán entrevistadas, revisando aspectos de la historia personal que dejen impacto en el ámbito psico-social. Observando las negociaciones de hombres y mujeres sobre sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva.

Iniciación de la vida sexual

A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

Tenías conocimiento de los riesgos y/o consecuencias que podía tener una relación sexual?

Pudiste elegir un método anticonceptivo antes de tener relaciones? Que influyó en esa elección? Con quién hablaste en esa oportunidad?

Actualmente con quien podrías hablar libremente de tu sexualidad? Con quién conversas sobre sus problemas sexuales y reproductivos ahora?

Conocimiento y percepción del propio cuerpo

Ha podido reconocer su cuerpo? Lo ha explorado alguna vez?

Qué parte de su cuerpo le gusta?

Qué parte de su cuerpo no le gusta?

En relación al uso del cuerpo, crees que hay diferencias entre el hombre y la mujer?

Considerás que los hombres tienen más permisos que las mujeres para disfrutar de su sexualidad?

Conoce Ud. su cuerpo, lo ha tocado y reconocido alguna vez? Si alguien le enseñó a conocer su cuerpo. Quién?

En qué ámbitos de tu vida podés tomar decisiones?

Qué cosas deciden los otros por vos?

En qué decisiones influye lo que te digan los otros?

Conocimiento y/o utilización de MAC

Qué métodos anticonceptivos conoces y qué idea tenes de ellos?

Cree que hay métodos anticonceptivos que no son buenos, cuáles?

En qué aspectos de tu vida pensaste que incidiría tu decisión ¿(ej. tiempo libre para vos, calidad de tiempo para tus otros hijos, relación con tu pareja, reprimenda de los médicos, etc.)

Ha intentado realizarse una ligadura? Cuáles fueron los inconvenientes en el camino?

Qué opina el marido si se quisiera ligar las trompas? porqué?

Es religiosa? Influye las ideas religiosas en la toma de decisiones?

-Crees que los varones quieren que las mujeres sigan siendo fértiles...? por qué?

-Haz escuchado alguna vez eso que dicen que... mientras esté embarazada no se va a ir con otro?

Cree que los hombres se ponen en el lugar de las mujeres que quedan embarazadas?

Te gustaría poder decidir más sobre su sexualidad. Por qué? O podés decidir lo que vos querés hacer?

-Qué consecuencias hubiera habido si no usabas un método anticonceptivo?

Intentos de interrupción del embarazo

Ha intentado interrumpir un embarazo?

Conoce q sus amigas se han hecho abortos? por qué? Donde se los realizaron?

Qué consecuencias pensaste que produciría en los diversos aspectos de tu vida?
