

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

La “libre elección” en Salud Reproductiva,. ¿acción política o derecho individual.

Ana M. Pérez Declercq y Mónica Sacchi.

Cita:

Ana M. Pérez Declercq y Mónica Sacchi (2009). *La “libre elección” en Salud Reproductiva,. ¿acción política o derecho individual. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1558>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

La “libre elección” en Salud Reproductiva, ¿acción política o derecho individual

Ana M. Pérez Declercq
Consejo de Investigación - Universidad Nacional de Salta
aperezdeclercq@yahoo.com

Mónica Sacchi
Consejo de Investigación - Universidad Nacional de Salta
vandam@unsa.edu.ar

Introducción

Dentro de los objetivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable como del Programa de Sexualidad Responsable de la provincia de Salta está presente la idea de “libre elección” de un sujeto “responsable”. Junto a Rivero García (2005) se repasa en la centralidad que los temas de responsabilidad individual y libertad personal están tomando en los discursos contemporáneos.

Problematizar la idea de “libre elección” en salud reproductiva, es indagar por el lugar de las prácticas de salud en la constitución de los sujetos “autónomos”. Y también, es indagar por la articulación de estas prácticas con políticas neoliberales que transforman las desigualdades sociales en elecciones individuales, haciendo a los sujetos responsables por las decisiones que toman sobre sus vidas.

El presente trabajo se propone, a través del análisis de las prácticas reguladoras en torno a la libre elección, “Captar la instancia material de la sujeción en cuanto constitución de los sujetos (...)”

tratar de estudiar los cuerpos periféricos y múltiples, los cuerpos que los efectos de poder constituyen como sujetos.” (Foucault, 1996).

Objetivo

Analizar las prácticas de los agentes de salud en torno a las decisiones reproductivas de los sujetos, como tecnologías de producción de subjetividad.

Metodología

Se realizó un análisis exploratorio – descriptivo de las prácticas de los agentes de salud vinculadas a las decisiones reproductivas de la población en tres centros de salud de barrios periféricos de la ciudad de Salta. Las técnicas aplicadas fueron, la entrevista en profundidad a quince agentes de salud de distintos servicios y la observación participante moderada.

El recorrido realizado para arribar al análisis cualitativo comenzó en simultáneo con el trabajo de campo, dicha simultaneidad de proceso permitió ajustar las estrategias de producción de la información, como así también introducir nuevos ejes de indagación en el guión de la entrevista.

Luego se procedió a la transcripción de grabaciones y a la organización de las entrevistas y de los datos de la observación a través del programa informático para análisis cualitativo Atlas.ti versión 6.0. Una vez realizada la relectura de las entrevistas y notas de campo, se comenzó la organización de la información en base a categorías significativas, priorizando el contenido de dichas categorías, y no la frecuencia de los códigos.

Resultados

A partir de la pregunta por las relaciones de poder que atraviesan las elecciones reproductivas, se puede pensar a la “libre elección” como la oportunidad de redefinir la norma en la interacción con el otro y, entonces, estamos hablando de una acción política en el sentido de Hannah Arendt (1998) o, por el contrario, se puede pensar en que quienes eligen son seres aislados que deciden sobre su propia fecundidad, sin coerciones procedentes del entrono social en que viven. La última opción, la “libre elección” como derecho del individuo aislado, es muchas veces la que predomina en un modelo asistencial de corte neoliberal donde el agente de salud es agente de información del paciente/consumidor que toma sus propias decisiones.

La frase “*sos vos la que tiene que elegir*”, que se reitera a lo largo de una de las entrevistas, es replicada por la mayoría de las usuarias con esta otra, “*bueno, pero usted qué me sugiere*”. Si las prácticas de salud se presentan como una técnica fundamentalmente científica y, la palabra autorizada para tomar la decisión sobre un tratamiento frente a una enfermedad es la del agente de salud, ¿qué es aquello que distingue la prescripción de cualquier medicamento de la utilización de un método anticonceptivo? ¿Por qué el/la usuario/a es impulsado/a a elegir a solas y se lo/la hace responsable de la elección que haga?

Aún cuando el/la usuario/a sea empujado a elegir, las decisiones reproductivas están subordinadas a la evaluación que, en nombre del saber científico, realice el/la toco-ginecólogo/a. En esta evaluación se consideran tanto factores biológicos (alta presión, número de gestas, etc.), como conductuales (relaciones de pareja, frecuencia de relaciones sexuales, etc.).

En la siguiente cita la descalificación del conocimiento “no científico” y la desconsideración que se hace de la elección de la usuaria, muestran cómo se mantienen las desigualdades en las relaciones de poder entre quien “elige” y el agente de salud que habla en nombre de un saber “neutralizado” por la consagración científica.

“yo quiero el DIU’, bueno, pero ¿alguien te ha explicado?, ‘sí, mas o menos’, no! Bueno, pero te han explicado esto, esto... que vas a tener mas sangrado, que no podés ponerte si no tienes chicos, y le empiezo ha explicar todo el DIU, que no es el método más seguro, que tiene tanto por ciento de efectividad... (...) te puede doler, te puede doler los días previos a la menstruación... este... ¿te vas a bancar?... ‘y no...’” (toco-ginecología, AGC2)

En cuanto a la oferta de información que hace el mercado, los agentes de salud impulsan a la/el usuaria/o a “*buscar lo que necesita y no conformarse con lo que le dan*” (toco-ginecología, AGB2). Se le informa que las opciones existentes son más de las que le brinda el Estado, pero no para que reclame por sus derechos, sino para que salga al mercado a satisfacer sus “necesidades”.

De acuerdo con Briggs (2005), bajo esquemas de privatización neoliberales, la asistencia médica es presentada, “...menos como un derecho garantizado por el Estado que como una mercancía, que es vendida por instituciones privadas a unos ‘consumidores’ que realizan elecciones racionales y basadas en sus propios intereses.” (Briggs, 2005:114). Esta afirmación se ilustra en los siguientes fragmentos de dos entrevistas,

“yo te doy esto pero aparte existe esto, esto y esto... y bueno vos tenés quiste en los ovarios y sí, esta pastilla te va a servir pero hay otra que es más indicada para lo que vos tenés’, ‘¿y cuanto sale doctora?’, ‘tomá el nombre y andá y preguntá en la farmacia’, ‘yo te doy esto pero vos necesitarías esto’ (toco-ginecología, AGB2)

“le estoy dando recetas, les estoy diciendo mas o menos cuáles son, les estoy dando una lista como de 5, 6 marcas en donde el más barato, me he tomado el trabajo de ir averiguar precios, a decirles y a darles, ya más no puedo hacer!... ‘verá usted que va a hacer!... si tiene como mínimamente... tener un servicio, un celular, un algo, debe tener como para, tener aunque sea 11 o 12 pesos que cuesta el anticonceptivo más barato que viene ir y comprárselo’...” (toco-ginecología, AGC2)

¿Hasta dónde llega la acción del agente de salud? ¿Qué rol ocupa? La incitación a “ser libres”, como sostiene Foucault (1990) respecto de la salud, se convierte en un imperativo ético, requiriendo de los individuos que regulen su comportamiento. En el año 2006, para el prologo de un libro, el entonces Ministro de Salud de la Argentina, Ginés González García, señalaba, “...tal como lo prevé la propia Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable: no se trata únicamente de proveer cosas o transmitir información, sino que además hay que formar comportamientos que permitan garantizar el ejercicio de derechos.” (Cappuccio y Schufer, 2006)

La siguiente cita es representativa de una concepción de “autonomía” ligada a la responsabilización del sujeto por sus acciones y elecciones que, desde una perspectiva conservadora de la promoción de la salud, “...refuerzan la tendencia de disminución de las responsabilidades del Estado, delegando, progresivamente, a los individuos, la tarea de tomar cuidado de sí mismos.” (Czeresnia, 2007:48)

“no, yo quiero el DIU porque yo las pastillas me olvido’ y lo que me interesa no es solo darles un método anticonceptivo sino que me interesa que se hagan responsable, cargo de sí mismas... (...) entonces yo les explico, lo que yo les digo a todas, quiero que te quede claro que la que vas a decidir, lo que eliges vas a ser vos! porque sos vos la que lo va a usar y sos vos la que se tiene que hacer cargo y vos verás cómo vas a hacer para acordarte la hora...” (toco-ginecología, AGC2)

Menéndez (2005) advierte que, aún cuando la biomedicina y el sector salud cuestionan la automedicación, los programas de salud reproductiva, entre otros, valoran positivamente y generan toda una serie de actividades que impulsan, aparte del autocuidado, la automedicación. El uso autónomo del preservativo o la toma de las pastillas anticonceptivas, junto a la rehidratación oral,

leer glucosa en orina y/o sangre a través de técnicas sencillas, palpar los senos, son algunas de las actividades de autocuidado promovidas desde el sector salud.

“en el barrio puede haber humildad, puede haber bajo nivel socio-económico, eh... socio-cultural, pero todos andan con celular, así que digamos que es una ventaja para las que quieren cuidarse con pastillas, yo les digo que ponga la alarmita en el celular para que se acuerden de tomarla todos los días, sí?” (toco-ginecología, AGD4)

Si el sujeto no autorregula su comportamiento, no responde a este “autocuidado”, se lo acusa de haber fracasado en la incorporación de información biomédica (Briggs, 2005). Para Menéndez, lo acontecido en torno a la prescripción médica y a su cumplimiento se constituye en uno de los principales campos de crítica de la biomedicina hacia el comportamiento de la población (Menéndez, 2005)

“vengo para que me recete una inyección para... un anticonceptivo para cuidarme... porque intenté con pastillas y me olvido de tomarlas’, que es lo mas común, ‘me olvido de tomarlas’, ‘las perdí’... eh... o, ‘las tomé y después tomé dos juntas, no me viene’... hizo un desastre” (toco-ginecología, AGB4)

La mayoría de los/as entrevistados/as afirmaron que, en numerosas oportunidades, las mujeres se embarazan por una falta de responsabilidad individual en las acciones de autocuidado. Entre estas faltas se mencionan, la rotura del preservativo por un uso descuidado, despreocupación en el paso de un método a otro, o bien, mientras se espera el turno para realizar la ligadura de trompas, la falta de controles del DIU, la colocación fuera de término del anticonceptivo inyectable y, el olvido en la toma de las pastillas anticonceptivas. Se ejemplifica con la próxima cita el modo en que se considera a la usuaria un sujeto aislado que debe asumir “conductas saludables y responsables”,

“hoy vino una chica también con todos esos síntomas [síntomas de embarazo], hace un rato, que tiene una chiquita, le sacaron el DIU, bueno, no tuvo nada en cuenta y ahora aparentemente está embarazada” (médica clínica, AGC1)

No solo se le reprocha a la/el usuaria/o no comprender la prescripción, no cumplirla o hacerlo mal, también se la/lo inculpa por “no planificar”, por no realizar elecciones racionales sobre su fecundidad. En la citas que se coloca a continuación lo que se observa es que cuando los sujetos no asisten a los servicios de salud o no planifican sus embarazos, los agentes de salud no

asumen que el sujeto pueda tener autonomía sobre su cuerpo, sobre su fecundidad y hacen referencia a la incapacidad de la/el usuaria/o para incorporar las pautas de autocuidado.

“hay muchas que se preocupan y van, pero hay otras que no, se siguen dejando... bueno mañana voy a ir, mañana y volvemos a la otra visita y no fueron... entonces también tiene culpa la mujer porque no está... tiene todo gratuito (...) lo que más problemas tenemos son las familias numerosas, porque son las que más deberían estar ahí pidiendo algún método o hacer la ligadura y no van!” (agente sanitario, AGD2)

En los extremos de las visiones que tienen los entrevistados sobre la “no planificación”, se encuentra, por un lado, una entrevistada, que luego de una exigente declamación: *“cúdate con algo hasta que estés en condiciones de tener otro chico... planifícal!”*, reflexiona, hace un breve silencio, y dice, “o no [planifiques]” y pone en consideración al “otro” como sujeto. En el otro extremo, un agente de salud relaciona la “no planificación” a conductas instintivas, señalando, *“es ver que cada vez están... será una exageración, pero, actuando más como animales!... por el instinto, te dan ganas de tener relaciones, tienes relaciones, punto, sin pensar siquiera que puede pasar después!”* (toco-ginecología, AGC2)

Las/os usuarias/os son pensados como seres aislados que deciden y son responsables sobre su propia fecundidad, sin considerar el entrono social en que viven y se relacionan.

Dentro de las creencias populares, una de las limitaciones a la “libre elección” que más se menciona es aquella vinculada a la posición “machista” de la pareja de la usuaria quien asocia la utilización de métodos anticonceptivos a la infidelidad. El reconocer que la situación de violencia doméstica y de desigualdad en las relaciones de género incide en la elección del método, no significa que los agentes de salud trabajen en estos aspectos. La mayoría describieron sus prácticas en respuesta a una actitud “machista” desde esquemas individualizados que se proponen modificar la conducta de la mujer transformando desigualdades de género en “elecciones individuales”. De estas prácticas, las más notables fueron, animar a la usuaria a que utilice métodos anticonceptivos a escondidas de su pareja, o bien, impulsar a la usuaria a que tome las decisiones reproductivas en consonancia con su pareja.

“y mucho es también descuido de la mujer, eh... mucho descuido de ella vemos, porque nosotros vemos y le decimos mirá ahora es tu decisión tuya, no es la de tu marido” (agente sanitario, AGD2)

Luego de “el machismo”, la otra limitante para elegir “libremente” que aparece con mayor frecuencia en las entrevistas es la referida al bajo nivel educativo de los/as usuarios/as, que, llevados al extremo, algunos entrevistados/as lo han transformado en “discapacidad”.

La oferta de los diferentes medios para regular la fecundidad está fuertemente vinculada a la visión que tengan de la/el usuaria/o. Aquellos sujetos que se los considera capacitados para “auto-regularse” se le ofrecen los anticonceptivos orales y a quienes se los califica como incapacitados para llevar adelante su “autocuidado” se los orienta hacia la esterilización quirúrgica y en menor medida hacia el DIU.

El objetivo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de promover la “autonomía en las decisiones reproductivas” es tomado por algunos de los agentes de salud entrevistados, quienes asumen la tarea pedagógica de reeducar a los/as usuarios para que sean subjetividades “libres y responsables”. Entre los agentes de salud que emprenden la tarea pedagógica en sus prácticas podemos diferenciar entre aquellos que se limitan a brindar “información científica médica”, principalmente sobre las características biológicas y funciones del cuerpo y, los agentes de salud, que se proponen promover “decisiones autónomas” y que su práctica *“no pase únicamente aquí con la sola asistencia de resolverles un flujo, de controlarle un embarazo o de darles una pastilla para que se cuiden”* (toco-ginecología, AGC2).

La promoción de “decisiones autónomas” se basa fundamentalmente en prácticas destinadas a “elevar la autoestima” y responsabilizarlos de sus actos desde un marcado tono imperativo,

“hay muchas que por ahí me tildan que yo soy medio idiota, medio mala, medio secota pero porque trato de que ella se valoricen un poco mas!! (...) de que presten atención o... no le terminan de dar un papel y el hijo ya le agarra el papel y ya lo ha arrugado y... ‘no te lo voy a volver hacer al papel, porque tienes que aprender a cuidar y hacer ciertas cosas’” (toco-ginecología, AGC2)

Cuando los agentes de salud fracasan en la reeducación y se topan con usuarias/os incapaces de comportarse apropiadamente como “sujetos de intervención pedagógica” (Briggs, 2005), consideran que esos cuerpos deben ser dirigidos a través de intervenciones tecnológicas y farmacológicas porque no son capaces de auto-regularse. A lo largo del trabajo de campo realizado han sido relatados numerosos “casos”, de los cuales se han seleccionado dos, en los que en la

relación de poder con el agente de salud, los márgenes de libertad de la usuaria se reducen al mínimo.

En un caso, ante el fracaso, debido a la “incapacidad” de la usuaria, para incorporar el punto de vista del equipo de salud, la respuesta es directamente la intervención sobre el cuerpo, *“lo enfrentamos nosotros (...) fui yo que la empuje, fue el ginecólogo que decidió”*, dice reflexionando sobre lo relatado el agente de salud. En el otro caso, la/el entrevistada/o piensa críticamente, ante la posibilidad de solicitar al hospital una ligadura de trompas para una mujer que tenía una discapacidad, a su entender, de tipo “social”, *“quién sos vos para decidir sobre el cuerpo de la señora...”*, no obstante, su propuesta es una intervención de tipo social, como modo de sujeción de ese cuerpo difícil de controlar. En ambos “casos” se intenta primero la reeducación del sujeto, la “normalización” de la conducta desviada que encuentra como obstáculo, en un caso, *“un déficit intelectual entre leve, leve - moderado, más el problema de alcoholismo”* y en el otro, *“una crianza y toda una historia de vida bastante densa”*.

Conclusiones

Las prácticas analizadas pueden leerse como verdaderas estrategias de poder mediante las cuales los agentes de salud tratan de determinar la conducta de la/el usuaria/o. Las prácticas orientadas a “empoderar” al otro se caracterizan por un modo moralista y normativo de abordaje que se inscribe en la idea de la “libre” individualidad de la modernidad donde el sujeto es responsable de sus acciones.

A partir de estas prácticas se crea la ilusión neoliberal de un sujeto aislado sin relaciones con los demás, mientras que su subjetividad es altamente regulada por las prácticas relacionales de poder. En tanto, aquellas prácticas que se cruzan con sujetos incapaces de comportarse como “sujetos de intervención pedagógica” (Briggs, 2005), se aproximan a relaciones de dominación porque el agente de salud asume la decisión respecto de la salud reproductiva por la/el usuaria/o.

El poder a nivel de las prácticas de los agentes de salud se hace capilar, circula, genera reacciones y acciones (Foucault, 1996). En el límite de las relaciones de poder desiguales, existe la posibilidad de no volver a la consulta médica, acción que por otra parte es “criticada” desde los servicios. En el otro extremo, existen prácticas que abren el abanico de posibilidades dentro de las que el sujeto puede moverse y modificar la relación de poder.

Bibliografía

- ARENDT H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós editorial; 1998)
- BRIGGS CH. "Perspectivas críticas en salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales". En *Revista de Antropología social*, México, 2005; Vol. 14:33-69.
- CAPPUCCIO M S, SCHUFER M L (Coord.) Conocimientos y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución. Estudio Colaborativo Multicéntrico - Año 2004 Sobre Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente – CONAPRIS; 2006.
- CZERESNIA D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción en Czeresnia D, Machado de Freitas C. (comp.) *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
- FOUCAULT M. *Genealogía del Racismo*. Buenos Aires: Editorial Altamira; 1996.
- _____ *Historia de la Sexualidad I – La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 1990.
- MENÉNDEZ E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. México. 2005; N° 14: 33 – 69.
- RIVERO GARCÍA I. (2005) *Ciencias "psi", subjetividad y gobierno. Una aproximación genealógica a la producción de subjetividades "psi" en la modernidad*. Tesis doctoral por la Universidad Autónoma de Barcelona. URL disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0524106-231921//irg1de1.pdf