

**LA SALUD COMO  
DERECHO CIUDADANO  
PERSPECTIVAS Y PROPUESTAS  
DESDE AMÉRICA LATINA**

---

**A SAÚDE COMO DIREITO CIDADÃO:  
PERSPECTIVAS E PROPOSTAS DESDE A AMÉRICA LATINA**

Carlos Cáceres • Marcos Cueto • Miguel Ramos • Sandra Vallenás  
*Coordinadores*



International Forum for  
SOCIAL SCIENCES IN HEALTH



Universidad Peruana  
Cayetano Heredia

*Fondo Editorial*



Primera Edición: Junio del 2003

**La salud como derecho ciudadano - Perspectivas y propuestas desde América Latina.**

---

Cáceres, Carlos F.; Cueto, Marcos; Ramos, Miguel; Vallenas, Sandra (Coordinadores)

La salud como derecho ciudadano - Perspectivas y propuestas desde América Latina. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. 572 páginas.

**SALUD/EQUIDAD/CIUDADANÍA/DERECHOS/REFORMA/VIOLENCIA/  
IDENTIDAD/DERECHOS SEXUALES/GÉNERO/MASCULINIDAD/JÓVENES/  
CIENCIAS SOCIALES/BIOÉTICA/MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN/SALUD  
PÚBLICA/SALUD MENTAL/AMÉRICA LATINA/SALUD COLECTIVA**

---

2003 Universidad Peruana Cayetano Heredia. Todos los derechos reservados

2003 Los autores. Todos los derechos reservados

<b>Coordinadores</b>	Carlos Cáceres ccaceres@upch.edu.pe
	Marcos Cueto mcueto@upch.edu.pe
	Miguel Ramos mramos@upch.edu.pe
	Sandra Vallenas svallenas@manuela.org.pe

---

<b>Comité Editorial</b>	Juan Arroyo	José Ricardo Ayres
	Paolo Bartola	Susana Belmartino
	Graciela Biagini	Philippe Bourgois
	Mario Bronfman	Roberto Castro
	Susana Checa	Félix Díaz
	María José Duarte	Dafna Feinholz
	Juan Guillermo Figueroa	Norma Fuller
	Ana Güzmes	Alfredo Guzmán
	Paul Hersch – Martínez	Ruth Iguíñez
	Ana Kornblit	Ana María Mendes
	Walter Mendoza	Cecília Minayo
	Jairnilson Paim	José Pajuelo
	Edith Pantelides	Mario Pecheny
	Ana Ponce	Emma Rubin de Celis
	Silvia Salinas	Rocío Valverde

**Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia**

Av. Armendáriz 445, Miraflores

Lima 18. Perú

Teléfono: +51 1 241 6929

Tele-Fax: + 51 1 241 8334

www.upch.edu.pe

**Corrección de estilo y producción general:** Rosana Vargas V.

**Revisión de estilo en portugués:** José Ricardo Ayres

**Diseño de carátula:** Fernando Olivos • Antonio Zegarra

**Diagramación:** Antonio Zegarra

**Impresión:** Moredise E.I.R.L. Telefax: 477-7953

**Depósito Legal:** 1501402003-3188

**ISBN:** 9972-9696-1-4

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, salvo autorización expresa de los autores

Impreso en el Perú – Printed in Perú

## AGRADECIMIENTOS

El *Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud*, una red de investigadores en salud desde las ciencias sociales surgida en Europa hace varias décadas, bajo los auspicios de la Revista *Social Science and Medicine*, dio pie a la creación de foros o redes regionales que permitieron la participación de un mayor número de personas, a la vez que una mayor profundización del intercambio en el contexto específico de regiones que, como en el caso de América Latina, comparten vastos elementos de lengua, cultura e historia. Hasta la fecha, el Foro Latinoamericano ha logrado patrocinar exitosamente seis reuniones regionales bianuales entre 1991 y 2001 (en Chile, Argentina, Brasil, México, Venezuela y Perú, respectivamente), y tiene planeada la ejecución de la séptima de éstas nuevamente en Brasil, en octubre de 2003. Las reuniones del foro han adquirido una importancia central en el espacio de la investigación social en salud en la región, por su particular formato y mecanismo de organización.

Nos complace enormemente la salida a la luz de esta publicación, la cual reúne los mejores trabajos presentados en el VI Congreso Latinoamericano, realizado en Santa Clara, Perú, entre el 10 y el 13 de junio de 2001, entre otras razones porque representa la culminación exitosa del esfuerzo colaborativo de un amplio número de personas, facilitado por el soporte de la cooperación para el desarrollo.

Bajo el riesgo de omitir, por error, a alguna persona o institución, quisiéramos mencionar a quienes aportaron en la culminación de este esfuerzo. En primer lugar, queremos agradecer una vez más a las instituciones que hicieron posible la ejecución del congreso. La responsabilidad central estuvo en la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, de Lima (a través de Carlos F. Cáceres, Presidente del Congreso), juntamente con la Red Peruana de Educación, Salud Sexual y Desarrollo de los Jóvenes (la cual administró las principales donaciones de apoyo). Otros activos miembros del Comité Organizador Local incluyeron a Sandra Vallenás (PUCP, Vice-Presidenta del Congreso), Marcos Cueto y Miguel Ramos (UPCH), Walter Mendoza (UNMSM) y María Raguz (REDESS Jóvenes). La organización y ejecución de las tareas estuvo a cargo de un nutrido equipo de voluntarias y voluntarios, bajo la coordinación ejecutiva de Soledad Samamé y César Granda. El Comité Científico Internacional, de crucial participación en el diseño del programa, incluyó a Mario Bronfman (entonces presidente del Foro Latinoamericano), Roberto Castro, Mabel Grimberg, Carlos Coimbra y Thais Maingón. La financiación fue posible a través de donaciones específicas de la Fundación Ford, el Wellcome Trust y la Agencia Humanista Holandesa para el Desarrollo Internacional (HIVOS); además de apoyos complementarios del AIDS International Research Training Program (NIH, EE.UU.), el Estudio Comunitario de Salud Sexual (UPCH y Universidad de California), el Proyecto Vigía (USAID/MINSA), Population Concern, el Programa de Salud Reproductiva de la OMS, la Universidad de McGill, e IPAS.

La presente publicación, coordinada por Carlos Cáceres, Marcos Cueto, Miguel Ramos y Sandra Vallenás (los tres primeros, profesores de la UPCH, y la última, profesora de la PUCP), resulta de un proceso editorial que incluyó varios pasos. En primer lugar, los autores fueron invitados a revisar y resumir sus trabajos en los meses posteriores al congreso, si estaban interesados en su publicación. A continuación, los trabajos recibidos fueron sometidos a revisión de pares por parte de miembros del Comité Editorial (listados en la página de créditos), cuya generosa colaboración queremos agradecer de manera muy especial. Luego, los trabajos aceptados condicionalmente por éste fueron reenviados a sus autores para la observación de las recomendaciones de los revisores. Finalmente, los trabajos corregidos por sus autores fueron revisados por la editora y correctora de estilo, Rosana Vargas, con el gentil apoyo de José Ricardo Ayres para los trabajos en portugués, pues decidimos conservar la lengua original en

éstos últimos en un afán de promover paulatinamente, esperamos, una mayor habilidad entre los autores de todos los países de la región para comprender trabajos en ambas lenguas.

El financiamiento de la corrección de estilo, la diagramación, la impresión y, parcialmente, la distribución de este libro, han sido posibles gracias al siempre generoso y visionario apoyo de la Fundación Ford. Agradecemos a Gaby Oré por la gestión de la donación que lo canalizó. También queremos agradecer a Rosana Vargas, quien además de su exigente tarea de corrección editorial de todos los trabajos en español gestionó las etapas finales de producción del libro, antecedida en etapas previas por Carmela Abregú, Carolina Cáceres y Griselda Pérez-Luna. Finalmente, queremos agradecer a todas y todos los autores de los trabajos publicados, sin cuya perseverancia, paciencia y entusiasmo esta publicación no habría sido posible.

*Los Coordinadores*

## INDICE

AGRADECIMIENTOS 3

INTRODUCCIÓN 11

### I. SALUD, CIUDADANÍA Y DERECHOS: REMONTANDO LA EXCLUSIÓN

---

OS MÚLTIPLOS TENTÁCULOS DA DESIGUALDADE NA AMÉRICA LATINA 19  
*Maria Cecília de Souza Minayo*

POBREZA, EXCLUSÃO SOCIAL E SAÚDE: CONCEITOS E ESTRATÉGIAS 33  
*Sarah Escorel*

USO RECREATIVO DE DROGAS ILÍCITAS. UNA VISIÓN POLÍTICA 45  
*Guillermo R. Aureano*

PARADOJAS CORPORALES: GÉNERO, SUFRIMIENTO  
E INYECCIÓN ENTRE MUJERES USUARIAS DE DROGAS 59  
*María E. Epele*

INVESTIGACIÓN RECIENTE SOBRE SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA DE  
LAS/LOS ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA: QUÉ HEMOS ALCANZADO,  
QUÉ FALTA HACER, CUÁLES SON NUESTRAS FALENCIAS 73  
*Edith Alejandra Pantelides & Hernán Manzelli*

### II. MOVIMIENTOS SOCIALES Y SALUD

---

MOVIMIENTOS SOCIALES Y SALUD: TRANSFORMACIONES  
DEL ESTADO Y PARTICIPACIÓN POPULAR 91  
*Roberto Briceno-León*

RONDAS CAMPESINAS Y SALUD EN CAJAMARCA 99  
*José Pérez Mundaca*

REDES DE ONGS REIVINDICATIVAS EN AMÉRICA LATINA: LECCIONES  
DE LA EXPERIENCIA DE PROMOVER LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y DE LA MUJER 111  
*Bonnie Shepard*

### III. MASCULINIDADES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

---

- HASTA DONDE EL CUERPO AGUANTE: GÉNERO, CUERPO Y SALUD MASCULINA 137  
*Benno de Keijzer*
- CAMBIOS Y CONTINUIDADES EN LA IDENTIDAD MASCULINA.  
VARONES DE LIMA, CUZCO E IQUITOS 153  
*Norma Fuller*
- REFLEXIONES AUTOCRÍTICAS ACERCA DE UNA INVESTIGACIÓN SOBRE LA BÚSQUDA DE  
ATENCIÓN Y DEMANDAS EN SALUD DE HOMBRES EN SANTA CRUZ DE LA SIERRA-BOLIVIA 165  
*Jaime Miguel Tellería*

### IV. IDENTIDAD, DIFERENCIA Y CIUDADANÍA SEXUAL

---

- GÉNERO E SEXUALIDADE: DIFERENÇA, DIREITOS E TOLERANCIA. SIGNIFICADOS,  
VERTENTES TEÓRICAS E IMPLICAÇÕES NÃO ANTECIPADAS DE NOSSOS PERCURSOS 175  
*Sônia Corrêa*
- SUJETOS E IDENTIDADES: UNA INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LO MINORITARIO SEXUAL 185  
*Gabriel Guajardo Soto*

### V. SIDA: SALUD-ENFERMEDAD, VULNERABILIDAD Y AGENCIA

---

- LA PANDEMIA DEL SIDA EN UN MUNDO GLOBALIZADO:  
VULNERABILIDAD, SUBJETIVIDAD Y LOS DIÁLOGOS ENTRE  
LA SALUD PÚBLICA Y LOS NUEVOS MOVIMIENTOS SOCIALES 195  
*Carlos F. Cáceres*
- VIH-SIDA Y EXPERIENCIA. NOTAS PARA EL ESTUDIO  
DE LAS DIMENSIONES DE VIVIR CON VIH 207  
*Mabel Grímberg*
- ESTIMULANDO EL CONOCIMIENTO Y LA DISCUSIÓN ENTRE ACTORES CLAVE  
PARA MEJORAR LA RESPUESTA AL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA 223  
*Mario Bronfman & Cristina Herrera*

## VI. VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD

---

- LA VIOLENCIA, EL EMBARAZO Y EL ABORTO.  
CUESTIONES DE DERECHOS DE LA MUJER Y DE SALUD PÚBLICA 237  
*María de Bruyn*
- LA INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN AMÉRICA LATINA:  
ENTRE EL EMPIRISMO CIEGO Y LA TEORÍA SIN DATOS 255  
*Roberto Castro & Florinda Riquer*
- RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER  
COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA 273  
*Ana Gítezmes García*

## VII. SALUD MENTAL Y VIOLENCIA ESTRUCTURAL

---

- VIOLENCIA POLÍTICA Y SALUD EN LAS COMUNIDADES  
ALTO-ANDINAS DE AYACUCHO, PERÚ 289  
*Duncan Pedersen, Jeffrey Gamarra, María Elena Planas & Consuelo Errázuriz*
- SALUD MENTAL Y VIOLENCIA ESTRUCTURAL EN VARONES DE SECTORES URBANOS POBRES 309  
*Miguel Ángel Ramos Padilla*

## VIII. MODELOS ETNOMÉDICOS, MEDICINA TRADICIONAL Y PRÁCTICAS ALTERNATIVAS

---

- SISTEMAS EXPLICATIVOS SOBRE EL CUERPO Y LA SALUD  
E INTERVENCIONES EN SALUD REPRODUCTIVA 321  
*Carmen Yon L.*
- MEDICINA TRADICIONAL. UMA REFLEXÃO A PARTIR  
DOS CONCEITOS DE EXPERIÊNCIA E CORPO 335  
*Paulo César Alves & Miriam Cristina Rabelo*
- «MEDICINAS ALTERNATIVAS»: ¿HASTA DÓNDE, PARA QUIÉN? 349  
*Paul Hersch-Martínez*

## IX. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN: APORTES NOVEDOSOS

---

VOCES CAMBIANTES: EL ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS  
MÉDICOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN POSTABORTO 371  
*Susanna Rance*

COMUNICANDO EL RIESGO, LA AMENAZA Y LA SEGURIDAD:  
NUEVOS (Y ANTIGUOS) MÉTODOS GRÁFICOS Y GEOGRÁFICOS 385  
*James Trostle*

## X. BIOÉTICA

---

CUESTIONES DE BIOÉTICA RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN: DESAFÍOS PARA  
AMÉRICA LATINA EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES  
Y LAS REGULACIONES ÉTICAS INTERNACIONALES 403  
*Andre Maiorana & Carlos Cáceres*

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA INVESTIGACIÓN GENÉTICA  
A LA LUZ DE LA BIOÉTICA Y EL FEMINISMO 421  
*Juan Guillermo Figueroa Perca*

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: PREOCUPACIONES Y  
RESPONSABILIDADES BAJO EL MARCO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS 433  
*Giulia Tamayo*

## XI. REFORMA, ECONOMÍA Y GLOBALIZACIÓN

---

ESQUEMAS CONCEPTUALES Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO  
EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE REFORMA DEL SECTOR SALUD 457  
*Susana Belmartino*

EQUIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR SEXO. EL CASO DEL PERÚ 481  
*Rafael Cortez*

LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: SITUACIÓN Y POSIBILIDADES 509  
*Juan Carlos Carbajal & Pedro Francke*

REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E NOVAS FORMAS DE SOCIABILIDADE 527  
*Carlos Minayo-Gomez & Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa*



## XII. LA RELACIÓN ENTRE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD PÚBLICA A LA LUZ DE LOS RETOS DE LA EXCLUSIÓN

---

REPENSANDO CONCEITOS E PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA 543  
*José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres*

NOTAS SOBRE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD:  
EL REGRESO DEL CUERPO EN TIEMPOS DE LIBERALISMO 555  
*Mario Pecheny & Hernán Manzelli*



# INTRODUCCIÓN

## CONSOLIDANDO LA VISIÓN DE LA SALUD COMO UN DERECHO

*Carlos F. Cáceres y Rosana Vargas\**

El final del siglo XX ha sido escenario de un singular proceso en relación con la salud como área de reflexión intelectual, de generación de conocimiento empírico, y de formulación de políticas públicas en América Latina. Nos referimos a la consolidación de una aproximación empírica más rica y profunda a la salud desde las ciencias sociales, paralela a una legitimación más clara de sus perspectivas y metodologías. Si bien es cierto que el análisis social ha estado presente en el trabajo en salud pública desde mucho antes (particularmente en el ámbito de la *salud colectiva* y la *epidemiología social latinoamericana*, pero también en el marco del trabajo en planificación, sistemas y servicios de salud), los elementos más innovadores corresponden a las nuevas perspectivas teóricas (que generan nuevas preguntas), así como a un decidido enfoque empírico (paralelo a una legitimación de metodologías sobre todo cualitativas).

Es posible que la década de los años noventa haya provisto además un marco de referencia particular, en tanto fue testigo de la consolidación de una agenda internacional de derechos humanos y, progresivamente, de una especificación de la noción de ciudadanía (como el derecho a tener derechos) en diferentes ámbitos, incluyendo claramente el de la salud. En otras palabras, uno de los grandes logros del final del siglo ha sido la legitimación de una perspectiva de la salud como derecho, y de una ciudadanía en salud (o del derecho a exigir el respeto de los derechos en salud). Probablemente resulta exacto describir este proceso como uno de convergencia de la salud pública con la agenda más amplia y ambiciosa del desarrollo humano sostenible.

Este volumen recoge trabajos presentados y discutidos en el marco del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud, realizado en Santa Clara, Perú, entre el 10 y el 13 de junio de 2001. Como el de este libro, el nombre del congreso aludió a «La Salud como Derecho Ciudadano», lo que reflejó el eje articulador de las dieciocho mesas de discusión en las que más de doscientos cincuenta participantes de la región intercambiaron opiniones. Hemos tenido la suerte de reunir 35 de ellos, lo que representa casi el 90% de los trabajos discutidos.

Para su presentación en este volumen, hemos organizado los trabajos en doce secciones, y presentamos a continuación una reseña de éstas:

**SALUD, CIUDADANÍA Y DERECHOS: REMONTANDO LA EXCLUSIÓN**, reúne cinco trabajos que reflejan preocupaciones por procesos de muy diversa índole. En el primero de ellos, *Maria Cecilia Minayo* se propone analizar el modo como el sector académico y las organizaciones internacionales abordan el tema de las desigualdades sociales en América latina, y cuáles son las nuevas cuestiones que surgen para la teoría y la práctica social. Analiza de manera crítica el caso específico de Brasil, como ejemplo de una situación de desigualdad estructural crónica. A continuación, *Sarah Escorel* desarrolla el concepto de exclusión social incidiendo en el campo de la pobreza y las desigualdades sociales, analizando sus relaciones con el proceso salud-enfermedad, con el fin de aportar a la formulación de estrategias orientadas a la transformación de las condiciones actuales. Abordando un tema mucho más específico y aún polémico

---

\*Carlos Cáceres es médico y doctor en salud pública, profesor principal de la Universidad Cayetano Heredia y Director de Investigación de REDESS JÓVENES. Rosana Vargas es psicóloga, consultora en investigación y programas de salud, y miembro de REDESS JÓVENES.

en salud pública, *Guillermo Aureano* analiza el discurso prohibicionista frente al uso de drogas recreativas que se sustenta en argumentos cuya validez científica cuestiona, los mismos que resultan en discriminación y control social de dicho uso. Este discurso niega a los sujetos su condición de ciudadanos racionales y autónomos. Introduce el enfoque de reducción de riesgos, que supone la minimización de los efectos negativos del uso de drogas sin apuntar necesariamente a la abstinencia. A continuación, enfocando un aspecto específico de este tema *María Epele* analiza la práctica de «ser inyectada por otro» en el marco de relaciones de desigualdad entre los géneros en un contexto de extrema marginalidad. Esta práctica, que revela una «anatomía moral», permite minimizar el daño corporal que afecta las posibilidades de obtener recursos a través de precarias estrategias de subsistencia. Finalmente, en un análisis sobre la investigación en salud sexual y reproductiva entre jóvenes y adolescentes en América Latina, *Editb Pantelides* y *Hernán Manzelli* realizan una revisión y balance de las investigaciones realizadas en la última década, identificando temas, sujetos de estudio y metodologías utilizadas, así como los principales hallazgos y vacíos, con el fin de orientar futuras investigaciones.

**MOVIMIENTOS SOCIALES Y SALUD** reúne tres valiosas reflexiones sobre un área clave en el trabajo de la última década: En la primera, *Roberto Briceño-León* analiza los movimientos sociales en salud en el contexto de la reforma del sector, identificando sus formas de organización, el tipo de luchas que desartollan y su relación con los postulados del cambio social y las formas de participación popular. Señala que la identidad de los movimientos se forja ya sea en confrontación a las carencias del sistema como en términos más propositivos, dinamizando las respuestas y participación popular en el área de salud; y que tienen un carácter reformista más que transformador. A continuación, *José Pérez Mundaca* aborda las características del trabajo comunitario en salud y el rol del promotor de salud en el área rural de Cajamarca, Perú, a partir de la intervención de instituciones privadas, contrastándolo con el accionar de las rondas campesinas en el campo de la salud, en particular, de la Federación de Rondas Campesinas Femeninas del Norte del país. Se discute el potencial de la ronda como eje articulador en la construcción de un movimiento social que incluya la temática de salud como parte central de su quehacer, dada su legitimidad, eficiencia e influencia en el campesinado cajamarquino. Finalmente, *Bonnie Shepard* analiza redes nacionales y continentales de ONGs de mujeres latinoamericanas dentro del ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, abordando los temas de gobernabilidad interna –aspectos vinculados a la institucionalización, normativa, base social y representatividad-, y de sostenibilidad económica. La autora señala algunos factores que pueden potenciar el accionar de las redes y los obstáculos que enfrentan para lograr sus reivindicaciones.

La tercera sección, **MASCULINIDADES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD**, incluye trabajos de De Keijzer, Fuller y Tellería. *Benno de Keijzer* presenta un amplio panorama de investigaciones e intervenciones que articulan el género con la salud masculina, vinculándolo a la experiencia de trabajo en la ONG *Salud y Género* en México. Aborda el tema de la identidad masculina en diversos campos –trabajo, emotividad, sexualidad, reproducción, paternidad- y su impacto sobre la salud, identificando algunas lecciones aprendidas derivadas del trabajo con varones, lo mismo que desafíos y dilemas para el futuro. En Cambios y continuidades en la identidad masculina: varones de lima, cuzco e iquitos, *Norma Fuller* aborda la construcción social de la identidad de género masculina y el modelo hegemónico de masculinidad, a través del análisis de la forma como varones de sectores medio y popular en tres ciudades del Perú configuran dicha identidad, según el momento del ciclo vital, los ámbitos de interacción y las expectativas y exigencias al interior de las relaciones sociales que establecen. Finalmente, *Jaime Tellería* presenta los hallazgos de una investigación sobre la vivencia y percepciones de usuarios y proveedores de servicios acerca de la salud integral, sexual y reproductiva y la búsqueda de atención en servicios de salud. Describe el uso de métodos cualitativos como espacios de discusión a partir de temas generadores que permiten acceder a los discursos y representaciones que construyen los participantes mismos, analizando de manera crítica la influencia de las cargas subjetivas y supuestos de los investigadores en el proceso.

A continuación, **IDENTIDAD, DIFERENCIA Y CIUDADANÍA SEXUAL** reúne trabajos de Sonia Corrêa y Gabriel Guajardo. *Sonia Corrêa* aborda los desafíos que plantea la búsqueda teórica sobre las causas y

efectos de la discriminación relacionada con el género y la sexualidad, a medida que surgen nuevas tensiones derivadas de la mayor legitimidad que ganan conceptos como los de derechos humanos de las mujeres, igualdad de género y derechos reproductivos. Plantea la necesidad de revisar lo logrado hasta ahora y examinar las implicancias de lo recorrido. Su trabajo es complementado por el de *Gabriel Guajardo*, quien aborda de manera crítica la categoría de minorías sexuales dentro del marco de relaciones de poder que no permite dar cuenta de la pluralidad de experiencias e identidades de los sujetos, hipercorporalizándolos y prescindiendo de sus dimensiones éticas, políticas, sociales y espirituales.

La sección siguiente, **SIDA: SALUD-ENFERMEDAD, VULNERABILIDAD Y AGENCIA**, incluye trabajos a cargo de Carlos Cáceres, Mabel Grimberg y Mario Bronfman/Cristina Herrera. En primer término, *Carlos F. Cáceres* propone que el sida representa una dimensión central en el cambio cultural en el contexto de la globalización. Sitúa las respuestas sociales en el marco de la interacción entre las tradiciones de salud pública y movimientos sociales emergentes de grupos «minoritarios» o en exclusión en la lucha por la equidad y los derechos individuales, relevando el tránsito desde un enfoque de control social hacia un reconocimiento de la vulnerabilidad estructural. Seguidamente, *Mabel Grimberg* describe al VIH/sida como un complejo variable de padecimientos que adquiere sentidos diversos según las particularidad de vida e historia de los sujetos. Discute la producción bibliográfica sobre el tema, con el fin de evidenciar, entre otros, los procesos activos de gestión y agencia, las modificaciones en la vida e identidad de los sujetos y el desarrollo de relaciones de soporte, así como la creciente dimensión colectiva a partir de la asociación y la movilización de recursos culturales y políticos. En tercer término, *Mario Bronfman y Cristina Herrera* discuten la necesidad de fortalecer las redes de información e intercambio y de ampliar la base política para generar respuestas más eficaces frente al VIH/sida, que tomen en cuenta el contexto social y estructural. Analizan la experiencia del Centro Colaborador de ONUSIDA y su rol en la generación de conocimientos basados en la evidencia y la ampliación de espacios de diálogo e intercambio entre los principales actores involucrados a nivel local y regional (tomadores de decisiones, sociedad civil organizada, investigadores y comunidad científica).

Iniciando la sexta sección, **VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD**, *María de Bruyn* aborda el problema de la violencia contra la mujer, explorando su relación con el embarazo y el aborto a partir del modelo ecológico desarrollado por Heise para identificar factores que contribuyen a este fenómeno -individuales, relacionales, socio-institucionales y culturales-. Señala la necesidad de profundizar el estudio sobre aspectos epidemiológicos y sobre el impacto de la violencia en la vida de las mujeres y en las posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Enseguida, *Roberto Castro y Florinda Riquer* presentan una revisión bibliográfica sobre el tema de la violencia contra las mujeres en América Latina, señalando un vacío en las teorizaciones sobre las causas del fenómeno y las estrategias para abordarlo, así como una escasa articulación entre desarrollo teórico, investigación empírica e intervenciones desarrolladas, en contraste con la mayor visibilidad que el tema ha adquirido en la agenda internacional. *Ana Gúezmes* concluye la sección abordando el problema de la violencia conyugal y sexual contra la mujer desde una perspectiva de salud pública, analizando la magnitud del problema, su impacto en la salud y vida de las mujeres, los factores individuales, familiares y sociales que intervienen, y las posibilidades de atención y prevención, ubicando entre éstas últimas el desarrollo de redes comunitarias. Por último, la autora plantea algunos puntos de discusión para la comunidad académica, los tomadores de decisiones y la sociedad civil.

A continuación, la sección **SALUD MENTAL Y VIOLENCIA ESTRUCTURAL** reúne trabajos de Pedersen/Gamarra/Planas/Errázuriz y de Miguel Ramos. En el primero de ellos, *Duncan Pedersen, Jeffrey Gamarra, María Elena Planas y Consuelo Errázuriz* señalan los vacíos existentes respecto a la evaluación del impacto de la violencia política y su relación con determinantes sociales, económicos y políticos, así como el conocimiento de las respuestas individuales y colectivas. El artículo presenta los resultados de una investigación realizada en comunidades altoandinas de Ayacucho, Perú, que exploró la interacción entre dimensiones contextuales y los planos microsocial e individual, el impacto psicosocial resultante y las secuelas de la exposición a la violencia, incluyendo los idiomas locales de aflicción y sufrimiento. En un enfoque en varones en sectores urbanos pobres, *Miguel Ramos Padilla* explora la relación entre violencia

estructural -expresada en las condiciones de pobreza y problemas de empleo- y la salud mental en varones adultos de diversos sectores urbano-populares del Perú. Analiza las implicancias de la imposibilidad de cumplir con el rol de proveedor que les es socialmente asignado en su salud sexual, física y mental, lo mismo que en su vivencia de la masculinidad.

La sección siguiente, **MODELOS ETNOMÉDICOS, MEDICINA TRADICIONAL Y PRÁCTICAS ALTERNATIVAS**, reúne tres trabajos. En su ensayo sobre sistemas explicativos sobre el cuerpo y la salud e intervenciones en salud reproductiva, *Carmen Yón Lean* cuestiona algunos de los supuestos en la base de los modelos de intervención y los discursos dirigidos a mejorar la salud reproductiva de las mujeres de zonas rurales, que enfatizan la falta de conocimientos biomédicos y las brechas culturales como factores explicativos de la limitada demanda de servicios por parte de la población. A la luz de los debates sobre ciudadanía, señala otros factores fundamentales vinculados a la calidad técnica de los servicios y las relaciones de poder entre prestadores y poblaciones culturalmente diversas y en condiciones de exclusión. A continuación, *Paulo César Alves* y *Miriam Cristina Rabelo* analizan las transformaciones en la investigación sobre medicina tradicional en las últimas décadas, identificando como una tendencia significativa un abordaje que busca comprender los procesos terapéuticos a partir del análisis de la dimensión de la experiencia de los diferentes actores involucrados en el proceso. Finalmente, *Paul Hersch-Martínez* problematiza los términos 'medicina tradicional', 'medicina complementaria' y 'medicina alternativa' desde la perspectiva de la salud pública, y explora algunas pistas en su desarrollo a partir de algunos ejes de análisis: si constituyen un aporte a la diversificación de la terapéutica, un reto epistemológico para la biomedicina, una modalidad de comercialización de las necesidades de salud-curación, si son expresión de una insuficiente cobertura asistencial, y si encubren procesos estructurales patógenos.

Seguidamente, **MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN: APORTES NOVEDOSOS** incluye trabajos de Rance y Trostle. En «voces cambiantes: el análisis de los discursos médicos sobre la anticoncepción postaborto», *Susanna Rance* presenta aspectos metodológicos de una investigación sobre los discursos médicos realizada en dos hospitales de Bolivia, relacionados con el registro y análisis de los datos, utilizando el método analítico de los repertorios interpretativos. Este método permitió abordar las variaciones discursivas de un mismo sujeto en el curso de la investigación, identificando voces cambiantes que expresan diferentes tipos de subjetividad: técnica, normativa y pragmática. Luego, en «comunicando el riesgo, la amenaza y la seguridad: nuevos (y antiguos) métodos gráficos y geográficos», *James Trostle* aborda la importancia de una comunicación apropiada de los hallazgos de investigaciones interdisciplinarias en salud, a partir del uso de técnicas de reducción y presentación de datos innovadoras, las mismas que pueden mejorar las habilidades de los investigadores para comprender sus propios datos y para transmitir los resultados a diversas audiencias.

La sección sobre **BIOÉTICA** incluye tres trabajos. En el primero de ellos, *Andre Maiorana* y *Carlos F. Cáceres* abordan cuestiones éticas vinculadas a la investigación en salud con seres humanos, proponiendo un enfoque que permita dar cuenta de las responsabilidades y alimente el proceso de toma de decisiones en la investigación científica, aportando al debate sobre el diseño, implementación y evaluación de investigaciones que consideren las necesidades y derechos de los diferentes actores involucrados en el proceso. A continuación, *Juan Guillermo Figueroa* desarrolla una reflexión sobre las dimensiones éticas vinculadas al proceso de generación de conocimientos en el campo de la genética y a las modalidades de aplicación de los mismos, a partir de dos esquemas éticos: uno primero, privilegiado en la reflexión bioética, que retoma principios como el respeto a la libertad, a la beneficencia y a la justicia; y uno segundo, que incorpora aspectos de la ética feminista y la discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, *Ginlia Tamayo* aborda el tema de la interrupción voluntaria del embarazo dentro del marco internacional de los derechos humanos, buscando incorporar en el debate la dimensión ética y política del tema, relevando las obligaciones contraídas por los Estados a través de los tratados internacionales y el rol de los ciudadanos en la vigilancia del cumplimiento de dichos compromisos, a partir de la defensa y ampliación de sus derechos y libertades.

La sección siguiente, **REFORMA, ECONOMÍA Y GLOBALIZACIÓN**, reúne cuatro trabajos. En el primero de ellos, *Susana Belmartino* analiza el camino metodológico seguido en un conjunto de investigaciones sobre aspectos políticos en los procesos de reforma del sector salud en Latinoamérica, con énfasis en la articulación entre la perspectiva analítica de los investigadores y algunos componentes del diseño de investigación: la situación problemática, la construcción del objeto de estudio y los interrogantes planteados. *Rafael Cortez* pasa a continuación a explorar la presencia de inequidades en las decisiones familiares respecto a la demanda de servicios y gastos en salud, a partir del desarrollo de un modelo econométrico. Se señala variables relacionadas con la edad, educación, necesidad, y costo de oportunidad del tiempo, evidenciándose una mayor atención de las mujeres a pesar de la existencia de una discriminación efectiva hacia la mujer y de la brecha educativa. En el siguiente, *Juan Carlos Carbajal* y *Pedro Francke* presentan una síntesis del marco institucional desarrollado en el contexto del proceso de reforma de seguridad social en salud en el Perú, bajo un esquema mixto donde las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) de propiedad privada participan de manera complementaria a ESSALUD, analizando la situación actual y los retos y posibilidades de la seguridad social. Se señala problemas para cumplir con los objetivos iniciales de la reforma: mejorar la eficiencia y la equidad de las prestaciones, ampliar la cobertura de la seguridad social, y garantizar la libertad de elección al interior del sistema ESSALUD – EPS. Terminan la sección *Carlos Minayo-Gomez* y *Sonia Maria Thedim-Costa*, desarrollando una reflexión sobre la reestructuración productiva, abordando sus orígenes, naturaleza y consecuencias que afectan a amplios sectores sociales. Identifican un conjunto de ambivalencias que revelan la coexistencia de modelos con características propias de la sociedad preindustrial e industrial en transformación, configurando lo que denominan «sociedad de la inseguridad».

La sección que cierra esta publicación, **LA RELACIÓN ENTRE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD PÚBLICA A LA LUZ DE LOS RETOS DE LA EXCLUSIÓN**, presenta dos trabajos. En el primero, «Repensando conceptos y prácticas en salud pública» *José Ricardo Ayres* plantea algunos conceptos utilizados en el proceso de producción de conocimiento e intervención en el campo de la salud pública, que requieren ser problematizados y reformulados con el fin de aportar a la discusión teórica, a saber, las cuestiones de subjetividad/ intersubjetividad, identidad/alteridad, control técnico/ éxito práctico y tratamiento/cuidado. Finalmente, en «Notas sobre ciencias sociales y salud: el regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo», *Mario Pecheny* y *Hernán Manzelli* abordan las relaciones entre ciencias sociales y salud, señalando algunos de los desafíos particulares en el abordaje de la salud en tanto objeto de investigación, a partir de la hipótesis de una reintroducción del cuerpo como preocupación central de las ciencias sociales -reconociendo tanto su materialidad biológica como su realidad social-, la misma que se da conforme a los valores del liberalismo clásico, con el individuo autónomo como eje de su visión del mundo.

Estamos convencidos de que la enorme variedad y riqueza de los trabajos aquí recogidos son motivo de justificado entusiasmo por la producción regional en ciencias sociales y salud, además de plantear, de alguna manera, un «estado del arte» sobre este campo de investigación en América Latina, el cual resulta claramente estimulante para una producción continuada y cada vez más vinculada a los problemas y más participe de sus posibles soluciones.





# **SALUD, CIUDADANÍA Y DERECHOS: REMONTANDO LA EXCLUSIÓN**



## INTRODUÇÃO

*«A história moderna da economia mundial atesta uma diversidade de trajetórias e de resultados (nos processos de igualização dos países), incluindo fortes tendências polarizantes»*  
(Therborn: 2000: 77)

*«A única evidência declarada é a de que a globalização do mercado não revela nenhuma tendência de igualização econômica para a humanidade como um todo»*  
(Therborn: 2000: 79)

## OS MÚLTIPLOS TENTÁCULOS DA DESIGUALDADE NA AMÉRICA LATINA

---

*Maria Cecília de Souza Minayo\**

---

Por ocasião do último Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Medicina, apresentei um trabalho buscando evidenciar as diferenciações e simultaneidades entre pobreza e desigualdade social no contexto brasileiro (Minayo, 2000). Mostrava então, concordando com vários autores dentre eles, Conh (1999) e Barros (1999) que o grande problema estrutural do país, do ponto de vista social, não é apenas a pobreza, mas especialmente a desigualdade. No momento presente acaba de ser divulgado o Censo Brasileiro-2000, que mapeou a situação da população do ponto de vista demográfico e social e mais uma vez, as manchetes de jornais alardeiam a já desgastada frase «Brasil campeão mundial das desigualdades sociais» (Jornal do Brasil, 5/4/2001). Cada censo reafirma esta verdade. Por exemplo, os dados mostram que nada mudou em relação a concentração de renda captada pelo último em 1991, relativa a década de 80; e ao de 2000, agora referente aos anos 90. Pelo contrário, aí se evidencia que 1% dos brasileiros mais ricos detinha e detém 14% dos rendimentos nacionais; e os 50% mais pobres, permanecem com a fatia de 13,1%. Os mesmos jornais também fazem comparações com outros países do mundo, sobre os largos intervalos que separam os que ganham mais e os que ganham menos, sendo o caso brasileiro, uma demonstração crônica de que todos os instrumentos até agora usados, a não ser quando há um «crescimento do bolo», tem sido ineficientes e ineficazes.

---

\* Antropóloga. Professora titular da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. E-mail: [cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Neste artigo, tenho um objetivo mais direcionado. Proponho-me a ver como os vários estudiosos e as organizações internacionais estão pensando esse problema para a América Latina e quais são as novas questões colocadas para a teoria e para a prática transformadora. Por outro lado, proponho-me também a sair da análise crítica específica do Brasil, embora o caso brasileiro seja insüigante para qualquer analista, exatamente pela cronicidade secular de sua situação de desigualdade estrutural. Se forem aprofundadas análises e assumidas medidas que produzam mudanças significativas, com certeza as intervenções no país podem ser consideradas de efeito demonstrativo para a América Latina.

Também a abordagem da saúde será menos descritiva e mais analítica de seu peso setorial no conjunto de componentes que compõem o círculo vicioso de reprodução da desigualdade e nas políticas sociais efetivas e estratégicas para a transformação da situação.

## A DINÂMICA DA DESIGUALDADE EM TEMPO DE GLOBALIZAÇÃO

Ultimamente as desigualdades tem assumido relevância nas pautas dos debates internacionais e nacionais, e curiosamente, quem os tem capitaneado são principalmente os economistas. Não que os sociólogos estejam desatentos ao tema, mas sua abordagem geralmente, nos últimos tempos, ou são mais denunciativas (Corrh, 2000) ou estão atreladas a marcos teóricos bastante generalistas, insuficientes para demonstrar a dinâmica específica desse problema e os caminhos de possibilidades transformadoras (Lomeiro-Cardoso, 2000). Por que são os economistas, as novas estrelas dessa discussão? Minha hipótese é de que foi desse campo que surgiu uma correção teórica de perspectiva, demonstrando-se que a desigualdade atrapalha mais, do que ajuda o progresso econômico.

Goran Therborn (2000) aborda o tema, partindo de dois diagnósticos clássicos do século XIX: um realizado por Tocqueville e outro por Marx. Tocqueville, em sua obra *«Democracia na América»* visualizou que o mundo do futuro

viveria uma era extensa de igualdade e de igualização, promovida pelo avanço da democracia, sucedendo aos vários séculos de domínio da aristocracia. Marx foi mais pessimista. Descrevendo a transição ao do feudalismo para o capitalismo, previu novas e polarizantes formas de desigualdade econômica e novas apresentações da luta de classes. De acordo com Marx, a igualdade legal, *«promulgada»* pela Revolução Francesa deixou a nu e com maior clareza a idéia de que o acúmulo de riquezas para uns e de miséria para outros faz da lógica capitalista. Na verdade, o exemplo dos clássicos do século XIX, um mais pessimista e outro mais otimista, apenas reafirma a idéia de que, no presente, no passado, e certamente, no futuro, a igualdade para todos os seres humanos é uma utopia. Therborn (2000) lembra que as campanhas anti-escravistas do século XVIII e XIX foram provavelmente a primeira manifestação de igualitarismo universalista no mundo. E que o movimento ativista de direitos humanos é herdeiro contemporâneo desse igualitarismo.

Ora, se é verdade que não se tem notícia de sociedades históricas totalmente igualitárias, é também verdade que não só existem sociedades mais ou menos igualitárias, como sua existência comprova a ação política interna as nações para que isso ocorra. Atkinson (1999) apresentando exemplos do desempenho concreto dessa questão em vários países mostra que, além de existirem os mais ou menos desiguais, também se pode comprovar movimentos atuais de igualização em alguns deles através de mecanismos internos redistributivos. A partir de decisões de direcionar, nesse sentido, diferentes políticas sociais.

Em síntese, neste início do século XXI, o tema das desigualdades já passou por vários debates e testes de comprovação permitindo a autores como Kliksberg, falarem em *«novos rumos na análise da desigualdade»* (2000: 17). Algumas delas serão analisadas a seguir:

(1) Uma das questões mais enfatizadas dos estudos atuais é de que desigualdade de renda não pode ser vista como benéfica ao desenvolvimento econômico (Sen, 2000; Kliksberg, 2000; Therborn, 2000; Atkinson, 1999). Esse ponto aparentemente óbvio deve ser comentado. É que, como o

mostram os referidos autores, até muito pouco tempo, o uso indevido de uma teoria econômica desenvolvida por Kuznets (1970) levou a que os economistas não só naturalizassem as desigualdades, mas passassem a considerá-la como um fator do desenvolvimento inicial dos processos de modernização e crescimento econômico dos países. Segundo essa teoria, a desigualdade impulsiona e favorece a acumulação de poupança que se transforma em investimento. Numa segunda fase, o crescimento continuaria seu ritmo e as desigualdades diminuiriam. O próprio Kuznets sempre advertiu sobre as sérias restrições de seus achados. Tinha clareza de que havia trabalhado em bases de dados muito específicas; analisado apenas três países: Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha; e havia observado momentos históricos particulares, ou seja, a primeira metade do século XIX e os períodos de antes e após a Primeira Guerra Mundial. Apesar das ressalvas do autor *«ao concluir este estudo somos perfeitamente conscientes da pouca informação fidedigna nele contida. Talvez apenas 5% do seu conteúdo se fundem na experiência, sendo o restante mera especulação»* (in Kliksberg, 2000: 18), as idéias sobre o papel positivo das desigualdades se transformaram num mito econômico, orientador de decisões políticas.

(2) Outra tese já bastante desenvolvida é a idéia de que a desigualdade não pode ser vista apenas sob a ótica da renda. Essa visão precisa ser dialetizada. Apesar de não se poder confundir desigualdade apenas com desigualdade econômica, Therborn comenta que todo processo de igualização ou de desigualização passa por dois mecanismos econômicos fundamentais: *«um desses é o esforço produtivo ou a produtividade, seus padrões e seus desenvolvimentos, sendo de se esperar que os indivíduos mais produtivos, classes e áreas de atuação obtenham mais elevada recompensa do que as menos produtivas»* (2000: 74). Outro mecanismo *«é o das estruturas de oportunidade, em particular, extensões do mercado»* (2000: 74).

Por outro lado, esse mesmo autor mostra que há dois outros mecanismos que são político-sociais: o poder estatal, que tem um papel muito importante nos movimentos de inclusão/exclusão; e as dinâmicas sócio-culturais de criação de comunicação de valores e de identidade, responsáveis pela coesão da própria comunidade

nacional. O autor comenta que esses quatro mecanismos de igualização tem relações muito diferentes com a globalização. Essa envolve estruturas de oportunidade e capacidade de comunicações extensas como sendo intrínsecas a sua própria definição. Enquanto, ao contrário, pode ter efeitos sobre a produtividade e sobre o poder estatal.

Para a complexificação desse tipo de raciocínio expresso na tese acima, muito contribuiu o enfoque econômico e a capacidade de persuasão política de Amartya Sen, que na verdade foi e é o agente catalisador do tema nos anos 90. Seu trabalho seminal, *«Desenvolvimento como Liberdade»* (2000), surgido no seio da discussão econômica, imiscuiu-se no debate político, foi apropriado pelas ciências sociais e transformou-se em referencia para a aplicação de políticas públicas. O conjunto de sua obra e de sua ação pelas quais recebeu o Premio Nobel de Economia de 1997, é um verdadeiro tratado de valorização das capacidades do ser humano no nível dos grupos e dos indivíduos, e de rediscussão do papel da renda no processo de desenvolvimento humano. Sua contribuição na criação IDH que se contrapôs a classificação do desenvolvimento dos países, apenas pelo seu grau de progresso econômico, passou a ser uma referencia países, apenas pelo seu grau de progresso econômico, passou a ser uma referencia para todos os estudos comparativos que se seguiram desde então. Igualmente, dentro das nacionalidades, o IDH foi considerado matriz tanto para a crítica como para a elaboração de indicadores culturalmente mais sensíveis de medidas das desigualdades internas.

(3) Uma tese mais recente vem de comprovações empíricas quanto ao fato de que não necessariamente a globalização produz crescimento das desigualdades de renda. É verdade que as desigualdades cresceram em alguns países como os Estados Unidos e a Inglaterra, em todos os países da América latina e muitos outros, nas duas últimas décadas. Mas, Atkinson (1999) prova com dados, em suas análises, que não se trata de um fenômeno uniforme e nem inevitável, contradizendo assim a abordagem que ficou conhecida como Consenso Transatlântico. Esse consenso se fez em torno da crença de que

as céleres mudanças tecnológicas e a globalização econômico-financeira levariam inexoravelmente ao aumento global das desigualdades. Seu estudo, tomando como base vários países da Europa, conclui que mudanças tecnológicas e produzidas pela globalização modificam diferentemente as sociedades, as rendas dos trabalhadores especializados, dos meio-especializados e dos não-qualificados. Igualmente Therborn (2000) ressalta a importância dos códigos, convenções e leis de proteção social e do trabalho nessa dinâmica, contrariando a visão mecanicista de um mero funcionamento da lei de oferta e procura. O autor evidencia que há lugares como a França, por exemplo, em que a renda dos mais qualificados nos últimos anos não cresceu; nos Estados Unidos, nos recentes 10 anos, o grupo que teve aumento da renda foram os que estavam na escala mais baixa. Por outro lado, na maioria das sociedades, as maiores quedas nos salários se deram nos empregos de baixa tecnologia. Atkinson diz por fim, a partir de variadas análises, que o mercado de rendas é significativamente influenciado pela política governamental, mesmo num quadro em que existe limitada autonomia dos países, frente ao processo de globalização. Therborn, em seu trabalho sobre *«dimensões da globalização e dinâmica das desigualdades»*, comenta que a idéia *«(d) a competição global intensificada inclui uma dose substancial de retórica»* (2000: 70).

O autor demonstra com dados a respeito da interdependência estrutural, que o comércio mundial não está se desenvolvendo mais do que as economias nacionais e que a migração transnacional, que afeta as estruturas de oportunidades de um mercado mundial de trabalho, ainda são marginais, embora existam. Portanto há elementos exógenos (produtividade) e endógenos (políticas estratégicas e normas sociais) que combinam entre si para explicar a estrutura das desigualdades.

(4) Há uma quarta tese derivada da terceira, enunciada por todos os que hoje analisam as desigualdades do ponto de vista da mudança: os governos nacionais não são vítimas inescapáveis de constrangimentos externos nem quanto ao processo de globalização nem no tratamento das desigualdades de renda. De forma muito didática, terminando seu artigo *«Is rising income inequality*

*inevitable? A critique of the Transatlantic Consensus»*, Atkinson (1999) rememora uma novela de Carol Shield, cujo enredo é tecido através de uma mulher cheia de convenções e seu marido, cujo comportamento é totalmente dominado e desestabilizado pelos acontecimentos externos. Atkinson usa essas duas figuras, para dizer que o Consenso Transatlântico é o marido da história, que vê crescimento das desigualdades como um produto exógeno, fruto de inevitáveis acontecimentos, frente ao qual nada se pode fazer. Por outro lado, a mulher da história simboliza os que vêem as desigualdades apenas geradas socialmente, deixando de considerar as relações entre salário e produtividade.

Conclui que ambos os fatores de mercado e os sociais contribuem para as desigualdades: *«a experiência de diversos países mostra que, a política fiscal e de transferência de renda tem tido notável sucesso no enfrentamento das desigualdades devidas ao desemprego»* (1999: 23). Portanto, os dados a respeito das desigualdades permitem uma reflexão sobre as diferenças nas políticas redistributivas dos vários países. E, para Atkinson, a força motriz da desigualdade ou das desigualdades é muito mais social em sua origem do que fruto da tecnologia ou do mercado. Portanto, sua dinâmica é influenciável por decisões políticas. De forma alguma o crescimento das desigualdades é inevitável (Atkinson, 1999) por isso, sobre esse tema, não se podem aceitar noções genéricas (Klikberg, 2000). Therborn, além dos mecanismos econômicos de produtividade e de estruturas de oportunidades, refere-se também ao domínio da política, sobretudo ao poder estatal como tendo a possibilidade de afetar *«todas as dimensões da igualdade e em direções opostas»* (2000: 74).

Amartya Sen, na obra já citada, buscou enfatizar o que pode ser feito dentro dos países, apesar de todos os constrangimentos externos, para se produzir um grau mais elevado de igualdade e de qualidade de vida. Seu primeiro pressuposto é de que a pobreza, medida no componente de renda per capita, não pode ser o único parâmetro para se avaliar o desenvolvimento humano: a ela devem ser acrescentados outros indicadores como a ação da sociedade e do estado em ampliar a educação básica, os serviços de saúde, a distribuição de terras, a ampliação do crédito popular e o uso de meios para

redução do desemprego. O autor explica também que, quando fala em pobreza, privação de capacidades e desigualdade, há muitos outros fatores da vida real como idade, sexo, condições de saúde, local de moradia favorável ou desfavorável que influenciam e devem ser levados em conta. Mas o núcleo central do desenvolvimento humano individual é dado pelo estado nutricional, pelas conquistas educacionais e pelos bons padrões de saúde. Pois, para esse autor, as diferentes formas de liberdade, a começar pela condição de agente dos indivíduos é central para se lidar com as privações. «*Existe uma acentuada complementaridade entre a condição de agente individual e as disposições sociais*» (Sen, 2000: 10). Por isso, a desigualdade no acesso aos ativos básicos como terra, bens de capital, tecnologias e qualificações educativas incidem fortemente nas disparidades de renda. E Sen mostra com alguns exemplos como esses dois componentes que refletem dinâmicas sociais distintas de expressam nas realidades nacionais: (1) o baixo nível de renda pode ser uma razão fundamental de analfabetismo e más condições de saúde, além de fome e subnutrição; (2) inversamente, melhor educação e saúde ajudam a auferir rendas mais elevadas; (3) o papel da renda e da riqueza tem que ser integrado a uma quadro mais amplo e completo de êxito ou privação (2000: 36). O pensador cita o caso dos afro-americanos que tem renda per capita muito mais elevada que as pessoas nascidas em economias imensamente mais pobres da China ou do Estado Indiano de Kerala, Sri Lanka, Jamaica e Costa Rica, sendo que a expectativa média de vida nessas sociedades é muito mais alta que a dos negros americanos. Tal discrepância a favor dessas populações mais pobres se deve a dispositivos sociais e comunitários, como cobertura médica, serviços de saúde pública e educação formal acessíveis em condições de coesão interna que se expressam em políticas sociais favoráveis aos mais pobres.

## A DINÂMICA DA DESIGUALDADE NA AMÉRICA LATINA

O desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercerem ponderadamente sua condição de agente. A

eliminação de privações de liberdades substanciais é constitutiva do desenvolvimento (2000: 10-11).

Os últimos relatórios sobre a América Latina continuam a revelar algumas verdades cruéis: vista a partir das comparações internacionais, essa é a região do mundo com os mais altos níveis de desigualdade do planeta, muito maiores inclusive que as existentes na África. Deininger & Squire (1996) apresentam os números dessas diferenciações mundiais em que a América Latina está em desvantagem. E Londoño & Szekely (1997) mostram em suas análises que na década de 70 do século que acaba de terminar, houve uma melhora nas disparidades, mas nos anos seguintes até o final do século, só se acentuaram as discrepâncias em todos os indicadores de desigualdade, como pode ser visto nos quadros a seguir, reproduzidos de Kliksberg (2000). Os países mais populosos da região são os que registraram, entre a década de setenta e noventa, um maior grau de deterioração na distribuição de renda. Esse é o caso do Brasil, do México e da Argentina.

Kliksberg especifica as teses de Sen, detalhadas acima, aplicando-as a situação da América Latina. Ele também pontua a desigualdade social, como o maior empecilho para o desenvolvimento regional. Quando se toma como parâmetro, a idéia do desenvolvimento como liberdade assim como os elementos para sua realização, constata-se que, na América Latina, nos últimos 30 anos, a distancia entre pessoas, famílias e grupos sociais, referente as capacidades de funcionamento básico, aumentou muito. É preciso exercitar um raciocínio complexo na análise, pois, a primeira vista os indicadores sociais estão hoje muito melhores do que na década de 70: as taxas de desnutrição crônica e de mortalidade infantil diminuíram sensivelmente e as taxas de acesso a escola fundamental aumentaram. Porém, o acesso a terra continua restrito (como é testemunho a luta do Movimento dos Trabalhadores sem Terra no Brasil, freqüentemente considerado pelo governo como transgressor do *status quo*; ou o movimento indígena do México, que só recentemente está sendo chamado ao diálogo pelo poder constituído), tendo forte influencia na menor produtividade agrícola e no aumento

QUADRO 1

DISTRIBUIÇÃO DA RENDA POR QUINTIS  
EM DIVERSAS REGIÕES DO MUNDO

REGIÃO	AFRICA DO NORTE E ORIENTE MÉDIO	AMÉRICA LATINA	SUL DA ÁSIA	SUDESTE ASIÁTICO	EUROPA OCIDENTAL	OECD E PAÍSES COM RENDAS ELEVADAS
Quintil 1	6,90	4,52	8,76	6,84	8,83	6,26
Quintil 2	10,91	8,70	12,91	11,30	13,36	12,15
Quintil 3 y 4	36,84	33,84	38,42	37,53	40,01	41,80
Quintil 5	45,35	52,94	39,91	44,33	37,80	3979

Fonte: Deininger & Squire, 1996b.

QUADRO 2

POLARIZAÇÃO DA RENDA NA AMÉRICA LATINA 1970-1995  
(Período de compra anual - PPP – ajustada pelo Produto Nacional Bruto per capita)

SUBGRUPO	1970	1975	1980	1985	1990	1995
1% mais pobre	\$ 112	\$170	\$ 184	\$ 193	\$180	\$159
1% mais rico	\$ 40.711	\$ 46.556	\$ 43.685	\$ 54.929	\$ 64.948	\$ 66.363
Brecha	363	274	237	\$ 285	361	417

Fonte: Londoño & Szekely, 1997



do desemprego, sobretudo para a população de baixa renda, com reflexo na situação social fortemente conflituosa nas grandes metrópoles. Continuam enormes as dificuldades de obtenção ao de crédito pela maioria da população. Sobre esses pontos, Kliksberg (2000) oferece alguns dados da última década:

- (1) As pequenas e médias constituem 90% do total das empresas, na América Latina. No entanto elas conseguem apenas 5% dos créditos destinados a região, vendo-se, portanto, muito cercadas em seu potencial de criação de empregos.
- (2) Os índices de desigualdade de acesso a terra, embora tenham melhorado um pouco na região (eram de 82,00, medido pelo coeficiente de Gini em 1950; e 50 anos depois, no final da década de 90, era de 77,42) continuam muito elevados sendo os mais discrepantes de todo o mundo. Para se ter uma idéia, no final dos anos 90, esses índices eram em média 41' 12 na Ásia Oriental e no Pacífico e de 59,03 nos países europeus. As grandes diferenças no acesso a propriedade e no tamanho médio das terras, segundo Leininger & Squire (1996) implicam em menor produtividade, menos demanda de mão-de-obra para o campo e maior probabilidade de altas taxas de desemprego nas grandes metrópoles.
- (3) As desigualdades de acesso a formação do capital humano são muito severas na região, em dois sentidos: quanto ao número de anos e a qualidade da educação formal; e quanto a cultura recebida no seio da família, pois seu influxo é fundamental para o desempenho educativo geral. As duas fontes de formação do capital humano apresentam-se muito deficitárias nos estratos de renda mais baixa, colocando-os em total desvantagem no mercado de trabalho.
- (4) Embora tenha havido consideráveis avanços em matéria de indicadores de saúde na América Latina, existem e persistem sérios problemas que demonstram o padrão estrutural da desigualdade. Embora as médias nacionais mostrem avanços, quando se cruzam os dados por níveis socioeconômicos, regiões, gênero e idades, as discrepâncias são gritantes tanto dentro

dos países e entre e/es. O caso do Brasil é exemplar, pois enquanto no Sul as taxas de mortalidade infantil variam de 10 a 15 por 1000, no nordeste elas continuam entre 70 a 80/1000. As assimetrias de expectativa de vida também se dividem por gênero, com vantagem para as mulheres, assim como entre os estratos sociais e as regiões. No Sul a idade média se assemelha a dos países da Europa e a do nordeste, aos países mais pobres do Terceiro Mundo. Também as taxas de mortalidade materna são muito altas no país, podendo ser medidas as profundas diferenças por renda, escolaridade e entre as várias regiões. É já sobrejamente reconhecido que a saúde de uma população corresponde a razão direta de condições econômicas básicas, de acesso a serviços de saúde, de disponibilidade e de qualidade da água; de instalações elétricas e sanitárias; de meio ambiente saudável e de acesso a educação e a alimentação.

- (5) Os déficits de acesso a terra, de crédito, de educação e de condições sanitárias influem fortemente no perfil ocupacional na região, sendo mais penalizados os estratos sociais inferiores. Assim, a configuração do desemprego está estreitamente relacionado ao conjunto das desigualdades já citadas, reforçando-as. A possibilidade de ser desempregado, pertencendo aos 30% mais pobres, na região se multiplica, em relação aos 30% mais ricos. Sobretudo no caso dos jovens, dependendo dos países, a taxa de desemprego entre eles é duas a três vezes maior do que da população em geral. Os setores de baixa renda, portanto, estão crescentemente restritos a ocupações de baixa qualificação, ao desemprego, ao subemprego, em situações precárias quanto a segurança e estabilidade no trabalho. Acrescentando a tudo isso, como assinalam Sen (2000) e Kliksberg (2000), o fato dos problemas resultantes do desemprego não serem só carenciais de renda. *«Mas tem efeitos abrangentes como danos psicológicos, perda de motivação para o trabalho, perda de habilidade e autoconfiança, aumento de doenças e morbidade, perturbação das relações familiares e da vida social, intensificação da exclusão social e acentuação de*

*tensões raciais e das assimetrias entre os sexos»* (Sen, 2000: 117). Ao contrário do que pensam muitos economistas, as freqüentes recusas recebidas na busca de trabalho acabam por provocar desânimo e desistência em muitos trabalhadores que assim se retiram, reclusam-se socialmente, abandonando-se a uma situação de inferioridade. Em síntese, as dificuldades de se situar na comunidade pelo trabalho constitui ao mesmo tempo uma resultante da privação das capacidades básicas e causa de exclusão, dinâmicas que se interpenetram.

- (6) Por outro lado, as diferenças salariais entre os profissionais, os técnicos e os trabalhadores de baixa qualificação cresceram entre 40 a 60% na década de 90. (Klikberg, 2000). O mesmo autor comenta que as distâncias salariais na região aumentaram com tal intensidade que atualmente podem ser consideradas as maiores do mundo. No caso de Brasil, por exemplo, o Censo-2000 veio ressaltar que os 10% mais ricos ganham, em média, 28 vezes mais do que os 40% mais pobres, enquanto no Japão essa diferença é de 4 vezes; do Reino Unido, de 5; em Portugal, de 8; na Argentina, de 10; no México, de 16; no Peru, de 24. Vários estudos sobre esse tema dão conta de que essas diferenças começaram a se acentuar mais no final dos anos 80 até o final da década de 90.

## **DOIS MITOS DESVENDÁVEIS: EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA VENCER; SAÚDE COMO RESULTANTE DO AUMENTO DE RENDA**

Na maioria dos estudos das situações de desenvolvimento social hoje, a educação é vista como um dos mais eficientes canais de mobilidade. No entanto, as relações entre educação e desigualdade são muito mais complexas do que se pode perceber a primeira vista. É importante ver essa questão nos seus aspectos quantitativos e qualitativos. Embora na América Latina a cobertura do ensino

fundamental seja nesse início de século, superior a 90% e as taxas de analfabetismo tenham decrescido de 34% em 1960, para 13% na década de 90 (Klikberg, 2000); embora ainda, tenham aumentando consideravelmente as matrículas no ensino médio e superior, grandes problemas de evasão, repetência e qualidade de ensino se acumulam, sobretudo nas escolas públicas freqüentadas pelos mais pobres. Vítimas de uma educação formal de baixa qualidade, portando dificuldades importantes de se inserirem no mercado de trabalho, há uma massa enorme de pessoas que, contraditoriamente, através do sistema escolar, reproduz as condições de suas desigualdades. Eis alguns exemplos.

O ensino fundamental obrigatório, sob pena de responsabilização das famílias, fez que em toda a região, a freqüência escolar passasse a ser um dever e um direito respeitados. Por isso, as crianças das famílias pobres estão tendo chance de ingressar no sistema escolar. Mas sua probabilidade de concluir os estudos fica condicionada a outros fatores como as condições sócio-econômicas e o ambiente familiar desfavorável e desestimulante para os estudos, a superlotação das moradias, além da falta de qualidade e adequação das escolas as situações adversas dos que as freqüentam. Por isso, a média de tempo de conclusão da 6ª série do ensino fundamental na região é de 8 a 9 anos (indicando as altas taxas de repetência); e as taxas de evasão, nos estratos sócio-econômicos inferiores, chega a mais de 50% em alguns países. Portanto, a dinâmica de inserção social pela educação não vem se concretizando, apesar do considerável aumento nas proporções de quem tem acesso e entram no sistema.

Numa análise da situação em 15 países da região, o BID (1998) verificou que os chefes de família dos 10% mais ricos da população tem, em média, 11,3 anos de educação, sete anos a mais do que os 30% mais pobres. O BID revela que essas distâncias são ainda maiores no México (nove anos); e no Brasil, Panamá e El Salvador.

Do ponto de vista qualitativo, é muito importante perceber que, em lugar de diminuir, o fosso entre a educação formal oferecida aos jovens e as crianças mais ricas dos diferentes países da América Latina tem aumentado. Por força das extremas desigualdades e pela acumulação de

riqueza, as famílias de alta renda na região tem acesso a um sistema educacional semelhante ao dos países mais avançados, o que os introduz e garante seu lugar no mundo globalizado, sofisticado e competitivo. Somado a isso, está o peso do seu ambiente familiar favorável a formação e a cultura erudita. Portanto, não se deve levar em conta apenas os anos de escolaridade recebidos pelas crianças e pelos jovens, mas também a pertinência e a atualidade do ensino, dos métodos e das propostas escolares. Os estudantes da América Latina estão em lugares bastante modestos, por exemplo, nos testes mundiais de conhecimento de matemática e ciências, aplicado a mais de meio milhão de jovens de 13 anos do mundo inteiro pelo Third International Math & Science Study (TIMSS). Porém, esse lugar modesto reflete as diferenças de classe e de acesso a educação de qualidade. Os alunos das escalas particulares de elite da região atingem média de desempenho compatível com a dos países mais desenvolvidos: Argentina, 50 pontos; Colômbia, 66; Costa Rica, 72; Estados Unidos, 52, em matemática. Em Ciências, enquanto a média nacional dos estudantes americanos é de 55, os argentinos chegaram a 45; os da Colômbia, a 47; e os de Costa Rica a 66 (Schiefelbein, 1995). Os jovens das escalas públicas, ao invés, tem desempenho baixíssimo, com exceção dos adolescentes de Costa Rica onde as diferenças não são tão gritantes.

Kliksberg (2000) menciona ainda que, de acordo com várias pesquisas, os estudantes das classes privilegiadas tem cerca de 1.200 horas de aula/ano; os das escalas públicas urbanas, cerca de 800; e os das escalas rurais, mais ou menos 400, na América Latina. Por fim, os professores dos colégios particulares de elite ganham de cinco a dez vezes mais que seus colegas funcionários públicos e dispõem de infra-estrutura e materiais de trabalho de qualidade muito superior. A tudo isso vem se somar, como já foi dito, a influência dos ambientes familiares a favor dos estudantes mais ricos, aquinhoados com espaços e facilidades específicos para seus estudos, orientação, estímulo a carreira e uma visão de mundo que os leva a desenhar expectativas para o futuro.

Sob o impacto desses problemas, o papel de motor do desenvolvimento dado a educação

por boa parte dos que propõem, através dela, a superação das desigualdades, acaba sendo uma ideologia e não se cumpre para os mais pobres. Contraditoriamente, a dinâmica real do sistema educacional reproduz e conforma níveis de preparação altamente estratificados que contribuem para a perpetuação e aprofundamento das desigualdades. Mas essa dinâmica não prejudica apenas os pobres, ela tem repercussões ampliadas. Em comparação com outras regiões do mundo, as dificuldades para resolver os impasses de reprodução das defasagens e déficits educacionais vão também afastando a América Latina dos padrões dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde a universalização da escolaridade fundamental significa a garantia de avanço econômico e participação no desenvolvimento tecnológico global. Estabelece-se, então, um ciclo perverso, em que a desigualdade original das pessoas permeia todo o seu processo educacional e exerce influência no desempenho social, cultural e econômico da região como um todo.

A saúde é o bem mais precioso do ser humano, frente ao qual não há controvérsias em nenhuma sociedade. Portanto é um bem em si. Mas é também uma expressão e uma resultante do desenvolvimento social. Ter saúde é pré-condição de aproveitamento escolar e de motivação para o trabalho. Portanto, existe um reconhecimento geral de que o investimento em saúde é, por suas características, um espaço privilegiado para diminuição das desigualdades. Nesse sentido, os organismos internacionais fazem coro em dizer que uma das intervenções mais importantes a serem feitas pelos governos da América Latina deve ser a da busca de equidade (a) no acesso ao sistema de saúde; (b) no uso dos serviços; (c) e na qualidade da atenção específica.

No entanto, assim como na educação, a realidade da região revela as imensas diferenças não só nos três itens acima que se referem aos serviços específicos do setor, mas em todas as condições que propiciam as pronunciadas diferenças em relação a esperança de vida, a mortalidade infantil, a mortalidade materna e a outros indicadores de saúde. Exemplo disso são os dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998, cujo resumo apresento no quadro a seguir:

## INDICADORES MUNDIAIS DE SAÚDE 1997

26 Países mais ricos	Probabilidade de consulta	49 países mais pobres
78	Esperança de vida ao nascer (em anos)	53
8	Mortes antes dos 50 anos (percentuais do total de mortos)	73
8	Mortes antes dos 5 anos (em cada 1.000 nascimentos)	144
6	Mortalidade infantil (mortes no primeiro ano de vida em cada 1.000 nascimentos)	100

Fonte: OMS, 1998

Como entender as discrepâncias dos indicadores? Os estudos de Amartya Sen (2000) vieram derrubar o mito de que existe uma relação direta entre renda e saúde. Se é verdade que os pobres são as maiores vítimas da mortalidade infantil, materna e das mortes precoces, estatísticas de longevidade relativizam o papel exclusivo desse fator. O exemplo clássico apresentado pelo autor é o caso de Kerala na Índia, onde a renda per capita é de pouco mais de 300 dólares e a expectativa de vida é de 71 anos, em comparação com o Brasil em que a renda é de cerca de 4.350 dólares, per capita, porém a esperança de vida não ultrapassava 69 anos. A discussão das causas profundas dos problemas de saúde descarta qualquer raciocínio mecanicista que defenda apenas acelerar o crescimento econômico, como forma de melhorar os seus indicadores. Diz Kliksberg: *«os níveis gerais de desigualdade da sociedade, suas políticas de luta contra a pobreza e os arranjos organizacionais em matéria de serviços básicos de saúde e educação tem forte influência nos resultados de saúde»* (2000: 70). E Musgrave acrescenta: *«embora as razões para intervenção do Estado não se limitem ao setor saúde, certas falhas do mercado são piores aqui que em qualquer outra área da economia»* (1996: 7).

Na América Latina, muitos progressos foram conseguidos nos indicadores sanitários gerais. Mas continuam as discrepâncias entre os países e no interior dos países onde pesam fatores sócio-econômicos, regionais, de gênero e de acesso a assistência, ao conhecimento, as formas de prevenção e de promoção. No caso da mortalidade infantil, por exemplo, a desigualdade na escolaridade é desastrosa. Em recente estudo o BIRD (2001) cita o caso da Bolívia, onde a mortalidade de bebês cujas mães não tem nenhuma

escolaridade é de 150 por cem mil, enquanto no estrato de mulheres com nível médio de aprendizagem, a mortalidade não chega a 50 por 1000. No caso da mortalidade materna, nos estratos mais baixos da população as taxas chegam a 440 por 100.000, enquanto nos países desenvolvidos a proporção é de 21 por 100.000 mulheres. Em 1992 a OPAS estimava que 160 milhões de latino-americanos não tinham acesso aos serviços de saúde. Embora esse contingente deva ser menor atualmente, por causa dos vários processos induzidos de universalização dos serviços públicos na região, em vários países a situação continua extremamente grave, tanto pela escassez da oferta pública, pelo fato de que a possibilidade de gastar com saúde é totalmente desigual e por causa dos altos preços dos serviços e de medicamentos, itens que tem aumentado consideravelmente seus preços, num mercado desregulado e competitivo.

Quanto as pré-condições de saúde, estima-se que 130 milhões de latino-americanos não tenham água potável, instalações sanitárias e eletricidade (Kliksberg, 2000). Isso é particularmente grave em países como Guatemala onde 59% dos lares pobres não tem eletricidade; 80% não tem serviços sanitários adequados e 56,3% não tem água em casa. (Kliksberg, 2000) Ora, a deficiência de água potável, instalações sanitárias e esgoto está diretamente ligada as infecções intestinais, sendo a diarreia uma das principais causas de morte em crianças com menos de um ano e a principal em crianças de 1 a 4 anos, em pelo menos 11 países da região. São também os mais pobres que moram nas áreas mais insalubres, poluídas, de difícil acesso e sem infra-estrutura básica das cidades.

## CONCLUSÕES

Hoje já é consenso que educação e saúde caminham juntas. Ter nascido numa família com grau educacional mais elevado implicará. Geralmente, numa «cultura de saúde» mais apropriada, em atitudes preventivas e em maior probabilidade de desenvolvimento de hábitos saudáveis. Assim, desigualdades na educação contribuem para a geração de desigualdades na saúde. Por exemplo, hoje no Brasil, até mesmo frente as chamadas doenças do desenvolvimento como as «cárdio-vasculares» a população pobre é a maior vítima, por causa de hábitos alimentares nocivos, sedentarismo e particularmente, pela ausência de informação e orientação para mudanças preventivas. Ao contrário, os melhores serviços de saúde se encontram fortemente direcionados para os setores de renda mais alta, onde são ofertados segundo as leis do mercado.

Embora se compreendam como imprescindíveis a presença e a intervenção do Estado no campo da saúde, estudos da OMS/OPAS (1994) assinalam que continua baixo o investimento público no setor, numa média de gasto per capita anual de 133 dólares, frente a uma inversão média de 1660 dólares nos países desenvolvidos. Algumas expressões da ineficiência do estado nesse campo, na América Latina, são as longas filas de atendimento, as dificuldades de marcação de consultas e exames, a situação de desamparo em que se encontram os doentes freqüentemente sem saber a quem recorrer. Esses problemas que constituem a experiência cotidiana das pessoas que precisam usar o sistema público, redundam em perdas de horas de trabalho e freqüente agravamento de situações de enfermidade ou mortes sem assistência.

Em resumo, a desigualdade na saúde tem agravado as desigualdades gerais na América Latina. Os pobres que, pela própria condição sócio-econômica estão sob maior risco de adoecimento, são os que menos encontram respostas efetivas no sistema. «Os resultados», diz Kliksberg, «são os circuitos de saúde muito diferenciados, de acordo com o estrato social, a região onde vivem, o gênero e as idades» (2000: 82). Essas desigualdades afetam o desempenho educacional, restringem as possibilidades de integração no mercado de trabalho e comprometem a qualidade de vida da maioria da população.

Dizem os atuais estudiosos da situação social da América Latina que se a região tivesse os mesmos níveis de distribuição de renda que as outras, inclusive que a África, a pobreza que penaliza grande parte da sua população seria muito menor (Kliksberg, 2000). Trata-se de conclusão muito interessante, pois geralmente se pensa que seria a diminuição da pobreza que atenuaria a desigualdade. Os autores mais atuais demonstram, ao invés, o círculo vicioso provocado pelas desigualdades que, ao mesmo tempo, não se atenuam com o crescimento econômico apenas, e tem também um efeito na lentidão de seu próprio ritmo. Assim, já constituem constatações aceitas por inúmeros autores (Athkinson, 1999; Sen, 2000; Kliksberg, 2000) que a redução das desigualdades (a) cria condições propícias para o aumento significativo na formação do capital humano; (b) pode beneficiar as taxas de poupança nacional; (c) tem efeitos positivos no desenvolvimento tecnológico; (d) melhora a saúde da população; (e) facilita a governabilidade, a participação política e a estabilidade social; (f) tem impacto na ampliação do mercado interno; e aumenta a produtividade no trabalho.

Ao contrário, a manutenção das desigualdades sociais, características da América Latina gera tensões e tendências desestabilizadoras. Na medida em que elas significam concentração de poder, estão relacionadas também com o ambiente propício a corrupção e as expressões de autoritarismo. Mas tem consequências muito nefastas também em planos múltiplos da vida cotidiana. Uma das suas expressões mais perversas é o crescimento da violência social. A região registra um aumento muito considerável de indicadores de criminalidade nos últimos anos, a tal ponto que a OMS colocou a atenção as morbidades e mortalidade por causas externas como uma das prioridades de sua atuação, nos cinco primeiros anos do novo milênio, na América Latina.

Os órgãos internacionais como a OMS e o BID calculam como aceitável a taxa de 5 homicídios por 100.000 habitantes, levando em consideração o desempenho apresentado pela maioria dos países da Europa. Para que se tenha a dimensão do problema Na América Latina,

dados da Organização Panamericana estimam que essas taxas são quatro vezes mais altas, configurando-se um quadro de «criminalidade endêmica». A conclusão é de que todas as grandes cidades da região são hoje muito mais inseguras do que há vinte anos atrás. Por mais que se possa buscar outras causas, pode-se observar que o deterioro das relações sociais se encontra fortemente vinculado ao quadro de persistência da pobreza, do desemprego e da desigualdade. Vários autores tem sugerido que se crie, para medir a situação da região, um novo indicador, o de criminalidade, pois também aqui, são as populações mais pobres, que vivem em condições precárias de moradia, as mais afetadas pelo ataque violento dos grupos que aí estabelecem a logística de negócios ilegais defendidos por armas de fogo.

Por isso surge uma nova forma de viver na pobreza na maioria das grandes cidades da região, marcada pela violência e pelo medo, levando a Weinstein, referindo-se ao caso do Chile, dizer: *«provavelmente uma das taxas mais desiguais e regressivas imagináveis seria obtida a partir da relação entre a magnitude dos danos e violências que sofrem os diferentes grupos sociais e os recursos que tem para se proteger ou se recuperar de seus efeitos negativos»* (1997: 28).

Essa situação de persistência e acirramento das desigualdades infelizmente pode ser correlacionada, nos últimos anos, as reformas macro-econômicas pró-mercado, pois há uma coincidência sistemática entre elas. Kliksberg (2000) estima, com base em estudos de vários autores, que as referidas reformas foram responsáveis por 5 a 10 pontos de aumento no Coeficiente de Gini, dependendo dos países, levando a que, as políticas públicas derivadas da nova economia possam implicar ainda em mais desigualdades. O autor cita uma comissão de personalidades da América Latina que, liderada por Aylwin concluiu: *«ainda que a pobreza seja problema de longa data na região, os processos de ajuste e reestruturação dos anos 80 acentuaram a concentração de renda e elevaram os níveis absolutos e relativos da pobreza»* (2000: 47).

Uma conclusão necessária e ética sobre a situação regional é de que a equidade pode ser enfrentada, uma vez que não responde a determinismos históricos e constitui ideal de qualquer regime democrático. A Cúpula Social de Copenhagen propôs um novo modelo de

desenvolvimento compartilhado baseado na participação de toda a sociedade, do estado e dos organismos internacionais, sugerindo a fórmula do investimento interno de 20% do PIB em políticas sociais básicas, ao que os organismos internacionais aportariam a contrapartida do mesmo valor. É a conhecida proposta 20/20, que não deveria se tomar mais uma idéia vazia. Quais seriam os pontos estratégicos para que ocorram mudanças reais induzidas pelo Estado e com a contribuição de todos:

- (1) Em primeiro lugar, a abordagem inadiável da universalização e da equidade em saúde, como questão de Estado, diz Kliksberg (2000: 88). É verdade que não se trata de uma questão a ser resolvida apenas no âmbito do setor saúde, pois as políticas econômicas e sociais são as que mais influem nos padrões sanitários, como já mostraram vários trabalhos clássicos dentre os quais o de McKeon (1978). Sobretudo é preciso ter em conta as políticas nutricionais de longo prazo, articuladas as outras políticas sociais. Mas também do sistema saúde há muito que se pode fazer em relação acesso, ao uso dos serviços e a forma como a assistência é prestada. Nessa área específica é preciso se exercer uma discriminação positiva, favorecendo, no orçamento, ações que beneficiem a população mais pobre. Néti (2000) num trabalho sobre gastos sociais no Brasil, estima que seria importante investir mais 87% do que é feito no presente em programas básicos de saúde; e 43,85% em projetos de nutrição para que a defasagem da assistência as populações mais pobres diminuísse a níveis aceitáveis. Esse autor comenta que, o Brasil gasta bastante com a área social, pois, dentre os países da América Latina é o que apresenta maior percentual do PIB nesse item. Porém os gastos estão mal alocados e mal distribuídos, acabando por beneficiar os grupos sociais já privilegiados.
- (2) Em segundo lugar, a promoção do capital humano, principalmente pela educação, aparece como ponto central de um modelo de melhoria de equidade. É muito importante continuar persistentemente a

política de universalização do acesso escolar. Mas não basta. É preciso fortalecer ativamente a escola pública, na sua qualidade e melhor qualificação: dos docentes (disposição que inclui remuneração apropriada), dos recursos pedagógicos e da infra-estrutura, o que exige reforço orçamentário e investimento em formação atualizada e dinâmica dos educadores. Hoje na América Latina a atividade docente pública, sobretudo no ensino fundamental, está sendo relegada a pessoas mal preparadas, sem formação suficiente e específica, por causa do estado crítico das remunerações e desestímulo ao ingresso na carreira. Países que conseguiram reverter sua situação de déficit educacional, como a Costa Rica, o fizeram, considerando o investimento no capital humano um projeto nacional. No Brasil, por exemplo, apesar de todo o investimento político, os estudos atuais (1999) mostram que as taxas de reprovação são de 17%; a defasagem série-idade atinge 64% das crianças; e apenas 20% das crianças alcançam 8 anos de escolaridade. Néri estima que o país, para apresentar resultados satisfatórios, necessitaria investir 432% mais em ensino básico do que o faz atualmente. (Néri, 2000).

- (3) Mas, Kliksberg (2000) adverte que privilegiar saúde, nutrição e o capital social da educação requer um amplo pacto social das sociedades latino-americanas, num entendimento de que o desenvolvimento humano e social será cada vez mais, a alavanca do progresso econômico, tecnológico e da competitividade interna e externa dos países. O Estado tem um papel central de promotor dos pactos necessários e possíveis no interior da sociedade e em projetos de indução e de subsídios para a melhor distribuição de oportunidades. Mas tem urna

responsabilidade indelegável de gerenciamento social, estabelecimento de formas institucionais condizentes e ágeis de ação (hoje cada vez mais se buscam parcerias com as empresas e a sociedade civil) e processos de monitoramento e avaliação em tempo real que assegurem os benefícios a seus reais destinatários.

- (4) Um problema crucial de intervenção em benefício da equidade é o acesso a empregos. Como já foi dito, são os trabalhadores mais pobres as maiores vítimas dessa situação. Kliksberg (2000) menciona que no Japão, a Coreia, a Itália e Israel, o impulso a pequenas e médias empresas através de concessões de crédito, assistência tecnológica e isenções fiscais desempenhou um papel fundamental. Mas há outros tipos de criativos programas como o esforço do governo e dos empresários para propiciar aos jovens a entrada no mercado de trabalho; iniciativas para favorecer as mulheres que chefiam famílias com creches, políticas que propiciem avanços na distribuição das terras e do poder no campo, por exemplo.

Todos esses programas devem ter como fundamento a crença no potencial de transformação e auto-estima das pessoas e no significado do desenvolvimento das capacidades individuais e sociais para o crescimento dos países. Kliksberg cita Birdsall quando diz que: «é provável que as taxas de crescimento na América latina não possam ser superiores a 3 ou a 4%, muito distantes das necessárias, enquanto não se puder contar com a contribuição da metade da população que está compreendida nos percentuais mais baixos de renda» (2000: 99). É nossa compreensão de que se contar com «a outra metade» é muito difícil quando, implicitamente, vigora um pacto de sua exclusão, uma vez que os países caminham e conseguem ser dinâmicos contando apenas com os grupos mais privilegiados. Pode-se concluir, portanto, que a transformação na qual temos que nos engajar hoje, não é apenas econômica, nem apenas política. É também moral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atkinson, A. B. (1999). *Is rising income inequality inevitable? A critique of the Transatlantic Consensus*. Helsinki: World Institute for Development Economic Research (UNU/WIDER). (Internet publication).
- Aylwin, P. et al. (1995). *Informe de la Comisión Latinoamericana y del Caribe sobre el desarrollo social*. CEPAL/PNUD/BID.
- Banco Mundial (2001). *Relatório sobre Indicadores Mundiais de Desenvolvimento*. Washington: Banco Mundial.
- Barros, R. P. (1999). Análise do Programa Social do Governo. *Observatório Social*, 1 (O): 111-124.
- Banco Interamericano de Desenvolvimento. (1998). Documentos Preliminares de Trabalho. Washington. (Mimeo).
- Conh, A. (2000). Gastos sociais e políticas sociais nos anos 90: a persistência do padrão histórico de proteção social brasileiro. São Paulo: USP. (Mimeo).
- Deininger, K. & Squire, L. (1996). New ways of looking at old issues: inequality and growth. Washington: Banco Mundial. (Mimeo).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2001). Dados preliminares do Censo-2000. Rio de Janeiro: IBGE.
- Kliksberg, B. (2000). *O desigualdade na América Latina*. São Paulo: Cortez.
- Krugman, P. (1995). Growing world trade: causes and consequences. *Papers*, 1: 327-362. (Mimeo).
- Kuznet, S. (1955). Economic growth and income inequality. *American Economic Review*, 45: 1-28.
- Limoeiro-Cardoso, M. (2000). Ideologia da globalização e (des)caminhos das ciências sociais. In: Gentili, Pablo (Org). Rio de Janeiro: Vozes & CLACSO.
- Lodoño, J. L. & Szekely, M. (1997). *Persistent poverty and access inequality: Latin America, 1970-1995*. Banco Mundial, Working Paper Series, 357.
- Mckkeon, T. (1979). *The role of medicine: dream, miracle and nemesis*. Oxford: Brasil Blackwell Editions.
- Minayo, M. C. S. (2000). Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileiro. In: Briceño, R., Minayo, M.C.S. & Coimbra, C. (Orgs). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Musgrave, P. (1996). *Public and private roles in health*. Banco Mundial, Discussion papers, 339.
- Néri, M. C., Carvalho, A. P. & Nascimento, M. C. (2000). Reformas Estruturais, Gastos Sociais Básicos e Iniciativa 20/20. FGV/IBRE/CPS. Rio de Janeiro. (Mimeo).
- Schiefelbein, E. (1995). Programa de acción para la reforma educativa em América Latina y el Caribe. Conferencia Anual del Banco Mundial para el Desarrollo.
- Weistein, J. (1997). Desintegración y violencia urbana: una dimensión olvidada en el combate a la pobreza. In: Kliksberg, B. (Org.). *Nuevas respuestas a nivel mundial*. México: Fondo de Cultura Económica.



## INTRODUÇÃO

Exclusão social é uma palavra, um termo ou uma noção que tem sido freqüentemente utilizada com diversos significados, de forma tal que, antes de firmar-se como um conceito ou uma importante categoria para análise dos fenômenos sociais contemporâneos, é criticada por não ter sentido algum ou ser apenas um recurso retórico.

O campo da pobreza e suas expressões sociais são muito conhecidos nos países da América Latina e, em particular, no Brasil e há muitos estudos com abordagens de vários ângulos. No entanto, talvez porque a pobreza seja um fenômeno histórico e estrutural, acabou por ser banalizada e naturalizada, no sentido de situar no terreno da natureza a explicação de sua emergência e prevalência. Daí que exclusão social surge como uma palavra que tem a força de fazer pensar de novo sobre o assunto e de situar as explicações e abordagens do fenômeno no campo histórico das relações sociais.

Embora a caracterização do conceito e a tentativa de conferir um estatuto científico à abordagem da exclusão social no interior do campo de estudos da pobreza e das desigualdades seja uma tarefa árida, ela é necessária pois apenas quando esse terreno está bem iluminado é possível identificar as interfaces dos fenômenos exclusão social e condições de saúde assim como traçar caminhos e pensar estratégias para transformar a situação.

Meu objetivo é portanto trabalhar o conceito de exclusão social inserindo-o no campo da pobreza e das desigualdades sociais e, a partir dessa precisão conceitual, entender em que medida e de que forma está relacionado com o processo saúde/doença, para então poder apontar algumas estratégias.

## POBREZA, EXCLUSÃO SOCIAL E SAÚDE: CONCEITOS E ESTRATÉGIAS

---

*Sarah Escorel\**

---

---

\* Médica sanitária, Mestre em Saúde Pública, Doutora em Sociologia. Coordenadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES), Pesquisadora Titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: sescorel@ensp.fiocruz.br

## POBREZA E EXCLUSÃO SOCIAL

A desigualdade parece ser inerente a todas as sociedades em todos os períodos históricos, variando, no entanto, o elemento que origina a estratificação e que atribui aos indivíduos posições sociais diferenciadas. Esse elemento pode ser de caráter religioso, militar, de poder ou, como é o caso das sociedades capitalistas, a propriedade dos meios de produção e a divisão social do trabalho, que conformam um sistema de classes sociais. Portanto, a desigualdade é um produto de relações sociais, é conceito relativo que revela as situações diferenciadas de uns indivíduos em relação aos outros.

No entanto, não é porque as sociedades estabelecem posições estratificadas e hierarquizadas que devem necessariamente situar determinados grupos de pessoas na pobreza ou na miséria. A pobreza é produto de modelos nacionais de desenvolvimento dos países e das relações internacionais em determinados contextos históricos. Daí só ser possível compreender os fenômenos contemporâneos por meio de estudos históricos que revelam em diferentes conjunturas como foi o processo de produção de riquezas e quais os critérios e valores sociais que orientaram a sua distribuição.

A desigualdade social ou a pobreza relativa significa a falta de recursos ou de consumo em relação a padrões usuais ou aprovados do que é considerado essencial, pela sociedade, para a realização de uma vida digna. A pobreza absoluta significa não ter acesso aos bens e serviços essenciais, é a impossibilidade de usufruir de um mínimo necessário à manutenção da sobrevivência digna de um indivíduo. E a miséria ou indigência é caracterizada como a carência do mínimo que garanta a sobrevivência física dos indivíduos.

Tradicionalmente têm sido utilizados dois métodos para a mensuração da pobreza: o método direto, que estabelece um padrão de consumo ou de necessidades básicas, e o método indireto, no qual o parâmetro adotado é relativo aos rendimentos. Ambos podem ser criticados, seja porque as necessidades básicas de consumo diferem entre regiões do país e mesmo entre famílias ou indivíduos, seja porque os rendimentos

não constituem o conjunto dos meios de sobrevivência de que a família ou o indivíduo podem dispor. Além do arbítrio do pesquisador, que define o patamar limítrofe da carência, os dois métodos não incorporam a complexidade e a heterogeneidade da pobreza.

No interior de um conjunto populacional/territorial, são demarcadas linhas de pobreza e de indigência (miséria) através de unidades de medida que podem variar, porém giram em torno dos suprimentos alimentares. Amartya Sen, cujos estudos orientaram a elaboração das linhas de pobreza, trabalha com a idéia mais ampla da pobreza como privação de capacidades: «Se o nosso interesse primordial é nas vidas que as pessoas podem levar – a liberdade delas em levar vidas minimamente decentes – então não pode ser senão um erro concentrar-se exclusivamente em um ou outro dos meios para tal liberdade. Devemos olhar vidas pauperizadas, e não apenas carteiras vazias» (Sen, 2000: 3).

Os indicadores mais utilizados para medir a desigualdade social em relação à distribuição de renda são os índices de Gini e de Theil, a proporção de renda apropriada por grupos sociais e a relação entre os rendimentos médios dos estratos mais pobres e dos mais ricos. Na década de 90 passou a ser amplamente utilizado o Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), também desenvolvido por Sen e colaboradores, que visa mensurar as condições de se desfrutar uma vida longa e saudável, de se adquirir conhecimentos e de se ter acesso aos recursos necessários para um padrão de vida decente (rendimentos, poder aquisitivo real).

O IDH é um indicador particularmente importante para analisar as modalidades de distribuição das riquezas nacionais, já que não são os países de maior desenvolvimento econômico que apresentam os valores mais elevados de desenvolvimento humano. No Brasil, caracterizado como o país de maior desigualdade social no mundo, ficou evidente que esse fenômeno ocorre mesmo em períodos com altas taxas de crescimento econômico, elevação do PIB e aumento da renda nacional, indicando a prevalência de um padrão de desenvolvimento

social e de mecanismos econômicos que estruturam uma desigualdade ligada à própria dinâmica do crescimento. Dados mais recentes (1998 e 1999) indicam a melhoria dos indicadores sociais – diminuição da mortalidade infantil, aumento da esperança de vida, escolaridade crescente – com a persistência das intensas desigualdades de renda.

Todos os indicadores e dados mencionados permitem a mensuração de um conjunto heterogêneo de famílias e indivíduos que se encontram em situações diferenciadas de vulnerabilidade. A pobreza analisada apenas pelo critério econômico inclui pobres, grupos em processos de pauperização e miseráveis. Mas não é só com números que se fala da pobreza. Para além da dimensão dos rendimentos, que conferem objetividade à situação de pobreza, a condição de ser pobre e as desigualdades sociais podem ser estudadas nas suas representações sociais, nas identidades e estereótipos imputados, nos atributos associados, no acesso à cidadania, nos modos de vida e culturas, etc. Assim, as noções que designam a pobreza podem ser analisadas através de cronologias e topografias que evidenciam emergências e mudanças nos conceitos e seus significados, como parte do universo simbólico de cada sociedade em determinados contextos históricos.

No percurso histórico que revela as condições objetivas e as representações sociais sobre a pobreza, entre 1960 e 1980, o conceito de marginalidade foi amplamente utilizado na análise do fenômeno na América Latina<sup>1</sup>. Marginalidade é um termo relacional, isto é, define uma situação configurada em contraposição a outra, que é considerada «normal» ou «central» em uma dada sociedade. Não pode haver

conceito de marginalidade sem uma noção básica de igualdade: em um sistema de castas totalmente fechado e determinista é realmente irrelevante o conceito de marginalidade (Perlman, 1977). A contraposição não é numérica pois marginalidade é o termo empregado para denominar grupos que constituem por vezes a maioria da população de determinado país<sup>2</sup>.

A palavra marginal sempre foi utilizada, no vocabulário comum, para designar de maneira pejorativa os que não estão inseridos e integrados na ordem moral e social dominante. Vagabundo, indolente e perigoso são, nesta acepção, sinônimos de marginal e vinculados ao submundo do crime, da violência, das drogas e da prostituição; são formas de caracterizar os pobres como suspeitos ou como «classes perigosas». Mas o conceito de «marginal» surgiu nos anos 20-30, nos trabalhos de cunho psicossocial de Robert Park, um dos sociólogos que daria origem ao que seria conhecida como Escola de Chicago, e, ao longo dos anos, foi sofrendo intensas transformações<sup>3</sup>, até vir a constituir, na década de 60, o elemento central de uma teoria que define marginalidade como uma inserção específica no processo de acumulação capitalista dependente.

O conceito de marginalidade que prevaleceu nos estudos latino-americanos estava ancorado em uma análise estrutural que identificou a marginalização dos grupos sociais como resultante da fase monopolista de um capitalismo dependente, cuja característica principal foi a de ser desigual e combinado. Nessa abordagem, são recuperados os conceitos marxianos de superpopulação relativa e de exército industrial de reserva. Porém, a partir desse ponto, a abordagem marxista teve dois enfoques principais. No final da década de 60, Aníbal Quijano e José

<sup>1</sup> Embora uma análise mais detida fuja ao escopo do presente trabalho, é importante ressaltar que, no mesmo período, a noção de *underclass*, concentrada nos aspectos raciais, teve proeminência na forma de abordar a pobreza no contexto norte-americano.

<sup>2</sup> Caso o critério fosse numérico, como ironiza Janice Perlman, o jogo do bicho no Brasil seria considerado normal, enquanto ir à ópera seria marginal.

<sup>3</sup> Entre a caracterização original (psicológica e cultural) e a abordagem da marginalidade como uma forma de articulação estrutural, intrínseca de um modo específico de acumulação capitalista que se dá no quadro de uma economia dependente e monopolista, Janice Perlman identifica escolas de pensamento sobre o tema: escola arquitetônica-ecológica, escola etnográfica, escola da modernização, e a «cultura da pobreza», com suas expressões através da Desal – Centro para el Desarrollo Económico y Social de América Latina.

Nun advogavam que a «massa marginal» ou o «pólo marginal» – que se diferenciavam do exército industrial de reserva porque estes seriam trabalhadores com possibilidades de inserir-se na produção, enquanto os primeiros constituiriam aqueles que não teriam mais possibilidade de encontrar um lugar no mercado de trabalho – atingiria uma tal magnitude numérica que tornaria esse excedente populacional disfuncional à acumulação capitalista, cindindo as sociedades. Lúcio Kowarick (1985) e Francisco de Oliveira (1981) refutavam a idéia de disfuncionalidade e sua conseqüente dualidade social: «os contingentes configurados como grupos ‘marginais’ não constituem ‘pesos mortos’ no processo de acumulação (...) aparecem como um dos pontos de apoio para fazer girar a engrenagem da economia» (Kowarick, 1985). Do ponto de vista da acumulação, os setores marginais estão integrados, ainda que seja às custas da existência de uma mão-de-obra superexplorada que vai prestar serviços às classes médias e dominantes a custos baixíssimos» (Oliveira, 1981).

A partir da década de 80, com a crise econômica mundial e os processos nacionais de ajuste fiscal, a marginalidade não somente não pode ser caracterizada como transitória, como passa a ser a modalidade de incorporação de parcelas populacionais até então formal e regularmente inseridas. Esses grupos de trabalhadores até então incorporados nas margens do *continuum* de posições sociais, têm um crescimento numérico e se desbordam na constituição de uma outra franja, que se caracteriza pela ausência permanente de vínculos com a esfera do trabalho, mas que tampouco se confunde com o «quarto-mundo», pois este bloco está configurado, segundo Robert Castel (1995), por «populações que jamais entraram na dinâmica da sociedade industrial, grupos associativos limitados que não colocam em questão as regras gerais da sociedade».

O fenômeno que surge ultrapassa as categorias de marginalidade e informalidade pois caracteriza grupos que estavam inseridos formalmente ou que tinham maiores possibilidades de inserção protegida; não podem ser definidos como associativos na medida em que o trabalho persiste enquanto parâmetro moral e

seu crescimento coloca em questão as modalidades de integração social. A marginalidade e a informalidade passam a constituir trajetórias possíveis (e prováveis) de desvinculação ocupacional mas diferem da exclusão do mercado de trabalho, da condição de ser supérfluo e desnecessário ao processo de acumulação capitalista. Entretanto, retoma-se a idéia de Nun e Quijano da existência de uma «massa marginal».

É na análise daquilo que no contexto francês, a partir da década de 80, foi identificado como uma «nova questão social» – uma situação objetiva de aumento das desigualdades e de mudança do perfil da pobreza – que passou a ser utilizada a noção de exclusão social. O núcleo duro da problemática foi identificado (Castel, 1991, 1995; Rosanvallon, 1995; Paugam, 1994, 1996a, 1996b) na crise do assalariamento como mecanismo de inserção social, ou seja, em mudanças no processo produtivo e na dinâmica de acumulação capitalista gerando a diminuição de empregos, inviabilizando essa via de constituição de solidariedades e de inserção social, constituindo os «inválidos pela conjuntura» e provocando fraturas na coesão social. A exclusão foi então percebida como uma marca profunda de disfunção societal que assume uma multiplicidade de formas e que se caracteriza por um processo simultaneamente temporal («o excluído de hoje será excluído amanhã») espacial e social («o excluído é rodeado de excluídos») (Bouget & Nogues, 1993).

No padrão de desenvolvimento tecnológico contemporâneo, que interfere na estrutura de empregos, prescindindo de e excluindo a contingentes cada vez maiores de trabalhadores, uma tendência é que o desemprego seja crescente e estrutural. Isso aponta para a inexistência, sequer como potencialidade, de postos de trabalho e para a impossibilidade de reabsorção pelo mercado dos progressivos contingentes de excluídos. Dessa forma os excluídos tampouco constituem um «exército de reserva» que interfere barateando a força de trabalho. Simplesmente não há lugar na vida econômica para esses indivíduos e a sua própria existência é disfuncional às mudanças tecnológicas da produção. Considerar contingentes

populacionais como «supérfluos» significa dizer que eles não têm qualquer papel no processo produtivo, menos ainda na acumulação capitalista, e, portanto, constituem pobres dependentes, elementos de despesas, inúteis e incômodos.

No entanto, a exclusão social não identifica exclusivamente a desvinculação do mundo do trabalho. A noção foi trabalhada de maneira a constituir um conceito amplo que sustenta modelos (Didier, 1996) e teorias (Xiberras, 1993)<sup>4</sup>. Embora vários autores critiquem o uso dessa noção, refutem o estatuto científico de conceito e adotem outras categorias de análise, a discussão acadêmica ganhou um novo impulso com as considerações de Sen, que identifica a importância da idéia de exclusão social na «ênfase do papel das características relacionais na privação da capacidade e, portanto, na experiência da pobreza» (2000: 6). Neste texto, o autor escrutina diversas situações de pobreza e de privação da capacidade para depurar o conceito e identificar a sua correta aplicação. Ele afirma: «a verdadeira relevância da perspectiva da exclusão social é, portanto, condicionada à natureza do processo que conduz à privação» (2000: 12).

Para exemplificar, Amartya Sen ilustra a contribuição da idéia e da bibliografia sobre exclusão social analisando o conjunto de efeitos do desemprego de longa duração que ultrapassam a perda de rendimentos: desperdício do poder produtivo e não realização de parte do produto interno, danos de perda de habilidades e conhecimentos por sua não utilização, com a conseqüente perda de autoconfiança, perda da liberdade de decidir, dano psicológico e sofrimento mental<sup>5</sup>, morbidade e mortalidade<sup>6</sup>, perda das relações humanas, perda

da motivação e do futuro, desigualdades de gênero e raciais, enfraquecimento dos valores sociais. Além dessa lista, ainda existem outros efeitos que podem ser considerados mas estes são destacados porque enfatizam o aspecto relacional da privação e que podem ser pesquisados com sensibilidade como parte do processo de exclusão social associado com o desemprego (Sen, 2000: 18-23).

Em trabalhos anteriores (Escorel, 1993a, 1993b, 1994, 2000: 75-81), apresentei uma proposta conceitual e metodológica de análise do fenômeno da exclusão social elaborada a partir dos trabalhos de Hannah Arendt (1989, 1990, 1991) e Robert Castel (1991, 1995, 1996). Considero a exclusão social como um processo no qual – no limite – os indivíduos são reduzidos à condição de *animal laborans*, cuja única atividade é a sua preservação biológica, e na qual estão impossibilitados do exercício pleno das potencialidades da condição humana<sup>7</sup>. Análise a exclusão social, sob influência dos eixos de vinculação/desvinculação propostos por Robert Castel (1991), considerando-a como um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até ruptura dos vínculos em cinco dimensões da existência humana em sociedade. Cada eixo é um processo no qual ocorrem múltiplas e variadas possibilidades entre duas situações polares (positiva – inserção, inscrição, integração - e negativa – exclusão, desvinculação, ruptura). Este processo tem ‘traduções’ específicas segundo o âmbito da vida social em que se desenvolve.

Robert Castel analisa os eixos sócio-familiar e econômico-ocupacional. No primeiro a inserção corresponde a vínculos familiares

<sup>4</sup> Para a análise da origem do termo e configuração do conceito, modelos e teorias da exclusão social, significados e oposições, ver Escorel (2000), capítulo I – Exclusão social: em busca de uma categoria.

<sup>5</sup> «Estudos empíricos sobre desemprego revelam quão sérios estes efeitos podem ser. Em verdade, altas taxas de desemprego são freqüentemente associadas com elevadas taxas de suicídio, que é um indicador da percepção de insuportável que a vítima experimenta» (Sen, 2000:20).

<sup>6</sup> «O desemprego pode também conduzir a doenças clinicamente identificáveis e à elevação das taxas de mortalidade (não somente pelo aumento de suicídios)» (Sen, 2000:20).

<sup>7</sup> Hannah Arendt (1991), estudando as atividades da vida activa da condição humana, distingue entre o labor do *animal laborans*, atividade em que mais nos parecemos com os animais, cujo produto é a própria vida, o trabalho do *homo faber*, que interage com a natureza, fabricando objetos e o próprio mundo em que vivemos, e a ação, o agir e falar que, em sua análise, são o que mais distinguem os seres humanos das demais espécies, constituindo uma espécie de segunda vida, o *bios politikos*.

sólidos e estáveis, relações de amizade, coleguismo, companheirismo, vizinhança, que se deixam perceber na família, no time de futebol, no grupo religioso, nas festas da comunidade, no lazer. A fragilização e precariedade das relações familiares, de vizinhança e de comunidade, conduzem o indivíduo ao isolamento e à solidão. São percursos de distanciamento dos valores e das relações que estruturam o cotidiano e trajetórias de dificuldades em conseguir mobilizar apoios frente a situações de labilidade dos vínculos econômicos ou políticos.

No mundo do trabalho, o processo se desenvolve entre uma inserção estável e regular que conjuga o binômio assalariamento (rendimentos) e proteção social, típica das sociedades de trabalho dos países centrais, e uma condição de ruptura dos vínculos (desemprego crônico ou jovens que nunca conseguiram estabelecer sequer um vínculo precário). Exclusão, neste âmbito, é mais que ocupar uma posição marginalizada no processo de produção e acumulação capitalista, é a condição contemporânea de ser supérfluo e desnecessário. Entre uma situação e outra há inúmeras possibilidades de vulnerabilidade, precarização, instabilidade, irregularidade, desemprego recorrente, ocasional, cíclico, rendimentos decrescentes e informalidade.

A centralidade dos vínculos com a esfera econômico-ocupacional determina que o trabalho seja o critério que confere a legitimidade e a dignidade da existência do cidadão. Os processos nesse âmbito estão fortemente relacionados à identidade e autoestima do indivíduo-trabalhador-cidadão, de modo que a análise de trajetórias de vulnerabilidade e desvinculação na dimensão ocupacional deve estar permanentemente orientada em duas direções: as condições de vida do trabalhador, incluindo possibilidades de poupança e perspectivas de futuro (mobilidade social) e, em paralelo, porém com características próprias, a constituição do trabalho como «sistema identitário», referencial de comportamentos e valores do trabalhador. Dessa forma devem ser analisadas a posição que o trabalhador ocupa, tanto na estratificação

sócio-econômica, quanto na estratificação simbólica (valorização social da função).

Ao esquema de análise proposto por Castel incorporei os eixos da política (cidadania), cultural (valores simbólicos) e o âmbito da vida. No âmbito político, ou esfera da cidadania, são analisadas a formalização e a experiência dos direitos, identificando a amplitude de situações que são apreendidas e a igualdade no acesso e usufruto. As possibilidades que os diversos grupos têm de se fazer representar na esfera pública em defesa de seus interesses e direitos legítimos também integram este eixo, cuja situação polar positiva está representada pela cidadania plena universal, que envolve também a ação política, ou seja, a participação na construção de um mundo comum, de uma esfera pública de igualdade. No outro lado do processo observa-se o território da infracidadania ocupado por certos grupos, em geral pobres, revelando uma impossibilidade de instituir uma regra igualitária de reciprocidade (Telles, 1992; Escorel, 1993b). Estes mesmos grupos são excluídos da atividade política (ou nela têm apenas um papel figurativo) porque estão privados de recursos de poder e pelo desencanto (senão aversão) que sentem em relação à política e aos políticos. Ao longo do processo, observam-se várias situações que revelam o 'estilhaçamento da cidadania' (Lautier, 1992), a existência de uma cidadania fragmentada. Dentre estas situações está o clientelismo, ou seja, o usufruto dos direitos e a participação mediados por políticos ou personagens dotados de poder.

No eixo cultural em que se desenvolve a troca de valores simbólicos, podem ser observados os processos do mundo da subjetivação, da construção de identidades, a relação com o outro e as representações sociais. Trajetórias de desvinculação podem conduzir à experiência de não encontrar nenhum estatuto e nenhum reconhecimento nas representações sociais ou só encontrá-los em negativo. São caminhos que podem envolver discriminação, estigmatização, criminalização, não-reconhecimento, indiferença, negação da identidade ou identidade negativa, conformismo, naturalização e banalização. As reações à radical

diferença do outro percorrem caminhos de acentuação das similitudes (relações de proximidade e igualdade) ou de acentuação das diferenças (relações de distância e estranheza), atingindo estas a distância máxima quando se recusa qualquer similitude – até a mais geral (humanidade). Procede-se assim à uma desumanização do outro ou à uma «diferenciação tal que chega a criar ‘espécies’ diferentes de homens» (Buarque, 1993).

Como ‘pano de fundo’ de todos esses processos está a dimensão da própria vida, âmbito no qual podem ser analisadas trajetórias de inserção/desvinculação por meio dos fenômenos relacionados à saúde/doença e à violência. Entre o pólo positivo de uma vida saudável e longa e o pólo negativo da morte encontramos diversos episódios de morbidade, mortalidade, diferenças de esperança de vida, gravidade de patologias, incidência ‘preferencial’ de causas de doenças e mortes em determinados grupos sociais (como homicídios e causas externas, de modo geral em homens, jovens, pretos ou pardos e pobres, moradores das periferias urbanas) além das iniquidades existentes em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde de qualidade. Todos esses fenômenos revelam tanto a distinção que há entre viver e sobreviver quanto o grau de dificuldades encontradas por uns e por outros para permanecerem vivos. Eis que surgem então pessoas que sobrevivem de teimosas. As péssimas condições de vida e a proteção social ausente ou extremamente precária revelam que a sobrevivência quase impossível é fruto de determinação pessoal.

## SAÚDE

Considerando o arcabouço conceitual exposto acima, pode-se identificar a importância do processo saúde/doença na análise do fenômeno da exclusão social e suas múltiplas interfaces. Boas condições de saúde são fundamentais para o exercício de todas as potencialidades da condição humana, da vida ativa (labor, trabalho e política) e da vida contemplativa (sentir, querer e julgar).

É ainda Hannah Arendt quem nos mostra que o exercício da liberdade é precedido pelo ato de libertação das necessidades materiais da vida. Na análise da polis grega, identifica que o indivíduo podia ingressar na vida pública quando dispunha de sua privacidade, não estando à disposição de um amo (ao contrário do escravo) e não sendo forçado pela pobreza: «a liberdade só é possível depois de atendidas as necessidades muito mais urgentes da própria existência cujo meio de atendimento é o labor». Após dominar as próprias necessidades vitais, o indivíduo está potencialmente livre para transcender sua própria existência e ingressar no mundo comum a todos. Mas, o estado de liberdade não se seguia automaticamente ao ato de libertação. A liberdade necessitava da companhia de outros homens e de um espaço público comum para encontrá-los – um mundo politicamente organizado (Arendt, 1991).

Há uma farta bibliografia que relaciona e correlaciona condições de vida e estado de saúde, evidenciando que esta depende não só da condição econômica, do acesso e usufruto das riquezas e bens disponíveis na sociedade, mas do conjunto de dimensões relacionais que integram o processo de exclusão social. Vulnerabilidades habitacionais e ausência de saneamento adequado implicam em aumento das possibilidades de contrair e adoecer de inúmeras doenças contagiosas – gastroenterites virais, bacterianas e parasitárias, doença de Chagas, cólera. A desnutrição está frequentemente associada com sarampo, tuberculose e infecções respiratórias. A própria epidemia da aids, que no seu início incidiu mais acentuadamente nas classes médias e ricas, hoje em dia segue a trilha clássica da maior incidência nas classes populares.

Quando são analisados os diferenciais da esperança de vida segundo extratos de rendimentos, observa-se que, numa mesma cidade, certos grupos tem uma expectativa de vida de 10 e até 12 anos mais elevada. Ou, dito de outra forma, ao analisarmos o flagelo contemporâneo da violência urbana composta por homicídios e acidentes de trânsito, verifica-se que, embora distribua-se por todas as classes sociais, as taxas de mortalidade mais elevadas são verificadas nos bairros das periferias, nas favelas

ou nas comunidades compostas por famílias de trabalhadores pobres. É nesses grupos sociais que há uma elevada mortalidade de homens pelas ditas «causas externas».

Tampouco há equidade no acesso aos serviços de saúde, isto é, possibilidades iguais de utilização dos serviços para necessidades iguais. Há diferenças que são desnecessárias, evitáveis e injustas (Whitehead, 1992). Pesquisas revelam a diferença de qualidade entre as «cestas» de serviços de saúde para grupos sociais segundo quintis de renda – enquanto a classe média e alta frequenta os consultórios privados, fazendo uso portanto de serviços ambulatoriais, as classes mais pobres frequentam os serviços de emergência dos hospitais (Travassos *et al.*, 2000).

Há também diferenças importantes de resolutividade. A consulta nas emergências dos grandes hospitais é rápida e a prescrição é feita com base nos sintomas, enquanto nos consultórios geralmente é solicitado um conjunto grande de exames laboratoriais para investigar a causa dos sintomas. Os gastos com medicamentos representam altos percentuais da renda familiar dos pobres (acima de 15%). Muitas vezes os medicamentos não são comprados, ou são comprados em quantidade insuficiente, devido ao seu alto custo, como ocorre no caso dos antibióticos que, por uso inadequado acabam, por perder sua eficácia.

Trabalhos como o de David Williams (1999) evidenciam que certos procedimentos, como amputação de membros e outras intervenções invasivas e mutilantes, são mais frequentemente realizadas em negros e, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil, os pobres são em sua maioria não-brancos.

As classes médias e altas podem comprar – por conta própria ou através da empresa empregadora – planos de saúde que lhes garantem acesso e utilização de serviços de saúde, embora nem sempre de boa qualidade. Os pobres dependem da oferta pública e, para usufruí-la, entram de madrugada em longas filas para receber uma senha no início da manhã para uma consulta que só será realizada no começo da tarde. Portanto, devem dispor de tempo e da concordância do empregador para faltar ao

trabalho. Diante disso preferem, geralmente, esperar que os sintomas se acentuem ou que a doença manifeste-se de forma mais grave antes de buscar ajuda.

A exclusão se manifesta também no atendimento rápido, por vezes sem que o médico sequer realize um exame físico, recebendo ao final de 15 minutos uma receita escrita com uma letra incompreensível e sem conseguir entender as orientações dadas, pelo uso de um vocabulário médico inteligível apenas para os iniciados.

As conseqüências observadas por Sen nas condições de saúde e no processo de eclosão das doenças causadas pelo desemprego podem ser identificadas também em desvinculações de outras dimensões. A baixa auto-estima, a falta de motivação, o desânimo são verificadas em discriminações sofridas por residir em uma localidade considerada como «antro de bandidos», diante dos inúmeros obstáculos cotidianos para realizar as atividades mais prosaicas, as dificuldades para conseguir elevar a escolaridade, por não encontrar um ambiente escolar acolhedor, a falta de perspectivas de conseguir «melhorar» de vida. Paugam (1994), ao analisar o processo de desqualificação, em que os indivíduos passam pelas fases de fragilidade, dependência da assistência social e finalmente a ruptura que é promotora de uma forte marginalização, também destaca a doença como evento que, na vida de um desempregado crônico, pode fazê-lo passar de uma fase de fragilidade para a de dependente da assistência pública.

O stress constante a que são submetidos os pobres manifesta-se na queixa freqüente de um mal estar mal definido, classificado como «doença dos nervos», manifestação que, quando presente nas camadas médias e altas, é enfrentada por meio de medicamentos, da terapia psicanalítica e de terapias alternativas (acupuntura, florais, massagens), inacessíveis aos mais pobres.

O tempo do lazer das camadas populares é extremamente escasso, geralmente consumido nas tarefas domésticas e familiares que o trabalho externo não lhes permite realizar durante a semana. Ainda mais, quando são promovidos mutirões ou trabalhos na comunidade, os pobres



devem consumir seu tempo de descanso na realização de tarefas para as quais as camadas mais abastadas são supridas pelo poder público ou por seu próprio poder aquisitivo. O lazer, por motivos culturais e/ou econômicos, acaba ficando restrito ao convívio com a vizinhança e ao uso abusivo de bebidas alcoólicas.

A saúde está envolvida também na dimensão política, da cidadania. O direito social à saúde envolve o conceito adotado de saúde, os elementos constituintes desse direito e as possibilidades de participação e controle social, neste caso da sociedade sobre o Estado.

A saúde, quando considerada em seu conceito ampliado, é o melhor indicador - mais sensível, vital - para perceber, analisar e assim conseguir interferir nas condições de vida, no cotidiano concreto de existência dos seres humanos e dos grupos sociais.

«A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida» (BRASIL, Ministério da Saúde, 1986).

Analisando os direitos sociais no Brasil podemos observar que há uma estratificação da cidadania que se desdobra, se fragmenta em relação a grupos populacionais específicos e, assim como há diferentes tipos de cidadãos (incluindo os não-cidadãos), existem diferentes modalidades de políticas sociais, que correspondem a cada estrato da cidadania (Escorel, 1993b, 1993c).

As modalidades de políticas sociais que correspondem à fragmentação da cidadania obedecem à segmentação e hierarquia econômicas. Os miseráveis são tratados pelas políticas sociais como massas supérfluas e, como

tal, podem desaparecer ou ser eliminadas sem que venham a fazer falta, nem no processo produtivo, nem na organização política. A modalidade de «proteção social» é a discriminação e a violência, a ação da polícia. É a exclusão social com violência que pode conduzir ao extermínio. Esse extermínio pode ser realizado através da violência aguda, mas também há formas cotidianas (menos visíveis, menos audíveis e que não despertam grandes reações da sociedade) pela fome e pela sede. Constituem um contingente que não atinge sequer as «franjas» do espaço público, não adquirem a igualdade de direitos que o regime democrático potencialmente lhes ofereceria. Pertencem ao território da infra-cidadania.

Um segundo grupo é constituído pelos pobres que são trabalhadores em potencial e, mesmo quando não estão inseridos no processo de fabricação de mercadorias, constituem o exército industrial de reserva. A modalidade de proteção social para esses grupos marginalizados é assistência social, onde, a critério de governantes e administradores, identificam-se grupos de «necessitados» e distribuem-se «caridades». Não são supérfluos, mas tampouco são portadores de direitos. Pelo contrário, são portadores do estigma da pobreza («ter nascido culpado do crime de ter nascido pobre») e a proteção social reveste-se de uma natureza extremamente discriminatória e aleatória. A política social de caráter assistencialista tem por base a concepção de «cidadania invertida» - só deve ocorrer como consequência da falha individual em suprimir suas necessidades através do mercado - e as ações são vistas como «favores».

As classes trabalhadora e médias constituem um terceiro grupo em que os indivíduos constituem de fato (e não apenas potencialmente) produtores e impulsionam o processo de acumulação e produção. A proteção social destinada a esse grupo é tipicamente corporativista-segmentar. A concepção de «cidadania regulada» que norteia as ações dirigidas a esses grupos baseia-se na condição de inserção no processo produtivo e na condição de pressão no campo político. Esse modelo de seguro social foi historicamente hegemônico no Brasil, imprimindo sua marca no conjunto das políticas sociais.

Um quarto e último grupo ao qual as políticas sociais são destinadas é o da elite, definida como o grupo social com maior poder aquisitivo, com maior interferência no processo econômico e político e como dominante na organização social. Esse grupo é o único considerado como composto por «cidadãos plenos», integrantes de um sistema de direitos e deveres que abrange os campos civil, político e social. Os grupos dominantes, quando tratam de si próprios como objetos das ações sociais, consideram-se cidadãos, com direitos iguais, submetidos ao princípio de ação da justiça. A cidadania é universal, desde que restrita a esse grupo. Porém, quando apenas alguns têm acesso integral aos direitos de cidadania, «ninguém é cidadão», pois aqueles que os usufruem plenamente, gozam de privilégios.

No entanto, no processo de Reforma Sanitária em curso no país desde final da década de 80 e na contra mão das reformas neoliberais implementadas no restante dos países latino-americanos, pode-se observar um grande avanço no exercício dos direitos, no aprendizado da cidadania. Destaca-se, nesse sentido, o controle social, que envolve a representação do segmento dos usuários dos serviços de saúde de forma paritária (50% dos integrantes) nas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, periodicamente realizadas para examinar as políticas de saúde e estabelecer suas diretrizes, assim como a composição dos Conselhos – Nacional, Estaduais e Municipais – de Saúde, que são responsáveis pelas deliberações das estratégias e pelo acompanhamento da implementação das decisões políticas e financeiras.

## ESTRATÉGIAS

Considerando o acima exposto, e conseqüente com o conceitual adotado, as estratégias que permitem transformar as condições de vida e saúde podem ser agrupadas da seguinte forma:

- A luta contra a exclusão social e, no seu interior, por uma globalização solidária.
- A luta contra o fundamentalismo monetário, que prioriza todos os argumentos de ordem econômica em detrimento dos critérios humanos.
- A luta pela universalização dos direitos sociais, em particular, do direito à saúde – a saúde considerada no seu sentido amplo e o direito pensado não somente na cidadania passiva, que usufrui de benefícios, mas a participação ativa no controle social, deliberando políticas e acompanhando sua concretização.
- A luta contra a focalização empobrecedora, que estabelece cestas básicas minúsculas, conformando programas pobres dirigidos aos pobres e que visa a manutenção das desigualdades vigentes e do *status quo*.
- A luta por melhores condições de saúde, que envolve orientar-se pelos princípios de que todos devem usufruir de liberdade para o desenvolvimento de suas potencialidades e capacidades, de que a liberdade é um valor fundamental da democracia e de que saúde é democracia e democracia é saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arendt, H. (1989). *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- ——— (1990). *Da revolução*. São Paulo/Brasília: Ática/UnB.
- ——— (1991). *Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Bouget, D., Nogues, H. (1993). La notion de l'exclusion sociale. *DPH Passereles*, (3):1.
- Brasil, Ministério da Saúde (1986). Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Geral.
- Buarque, C. (1993). *O que é apartheid: o apartheid social no Brasil*. São Paulo: Brasiliense.

- Castel, R. (1991). De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation: précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. Em: Donzelot, J. (Org.) *Face à l'exclusion - le modèle français*. Paris: Esprit.
- \_\_\_\_\_ (1995) *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- \_\_\_\_\_ (1996) Les marginaux dans l'histoire. Em: Paugam, S. (Org.) *L'exclusion: l'état des savoirs*. Paris: La Découverte.
- Didier, E. (1996). De «l'exclusion» à l'exclusion. *Politix*, 34: 5-27.
- Escorel, S. (1993a). Exclusão social – fenômeno totalitário na democracia brasileira. *Saúde e Sociedade*, 2 (1): 41-57.
- \_\_\_\_\_ (1993b). Elementos para análise da configuração do padrão brasileiro de proteção social - o Brasil tem um Welfare State? *Série Sociológica* Nº 108, Brasília, Dep. de Sociologia, UnB.
- \_\_\_\_\_ (1993c). Morte e vida da classe trabalhadora na Inglaterra no século XIX: Marx, Engels e as políticas sociais. Em: Freitag, B. & Pinheiro, M. F. *Marx morren: viva Marx!* Campinas: Papirus.
- \_\_\_\_\_ (1994). Exclusão social e saúde. *Saúde em debate*, (43): 38-43.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Kowarick, L. (1985). *Capitalismo e Marginalidade na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lautier, B. (1992). L'État-providence en Amérique latine: utopie légimatrice ou moteur du développement? Em: «L'Amérique latine: 500 après, une réele démocratie est-elle encore possible?», Colóquio do CELA-IS (Université Libre de Bruxelles), Bruxelas. (Mimeo).
- Oliveira, F. (1981). *A Economia Brasileira: Crítica à Razão Dualista*. Rio de Janeiro: Cebrap.
- Paugam, S. (1994). *La disqualification sociale - essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: Presses Universitaires de France.
- \_\_\_\_\_ (1996a). Introduction. La constitution d'un paradigme. Em: Paugam, S. (Org.) *L'exclusion: l'état des savoirs*. Paris: La Découverte.
- \_\_\_\_\_ (1996b). Pauvreté et exclusion. La force des contrastes nationaux. Em: Paugam, S. (Org.) *L'exclusion: l'état des savoirs*. Paris: La Découverte.
- Perlman, J. E. (1977). *O Mito da Marginalidade: favelas e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Rosanvallon, P. (1995). *La nueva cuestión social: repensar el Estado providencia*. Buenos Aires: Manantial.
- Sen, A. (2000) Social Exclusion: concept, application, and scrutinity. *Social Development Papers* Nº 1, Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank.
- Telles, V.S. (1992). «A cidadania inexistente: incivilidade e pobreza; um estudo sobre trabalho e família na Grande São Paulo». São Paulo. (Tese de doutorado FFLCH/USP).
- Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C. & Almeida, C. (2000). Desigualdades Geográficas e Sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 133-149.
- Whitehead, M. (1992) The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3): 429-445.
- Williams, D. R. (1999). Race, socioeconomic status and health: the added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 173-188.
- Xiberras, M. (1993). *Les théories de l'exclusion: pour une construction de l'imaginaire de la deviance*. Paris: Méridiens Klincksieck.



## USO RECREATIVO DE DROGAS ILÍCITAS. UNA VISIÓN POLÍTICA

*Guillermo R. Aureano \**

*Bárbaro es quien piensa que las costumbres de su tribu  
y su isla son leyes de la naturaleza  
George Bernard Shaw, César y Cleopatra.*

La posibilidad de escribir este texto en forma de ensayo es funcional al tema tratado. La masa de prejuicios e intereses que domina el debate contemporáneo sobre las drogas hace necesaria la tarea de proponer nuevas ideas, que tal vez permitan luego, al exigir mayor rigor y profundidad, un avance significativo del conocimiento. Si la ciencia está llamada a cuestionar las verdades reveladas, así como sus propios saberes mistificadores o erróneos, la libertad que otorga redactar un ensayo puede contribuir a sembrar dudas, a condición de respetar similares criterios de fundamentación y sistematicidad.

Y éste es aquí precisamente el objetivo: analizar, de un modo general, las razones por las cuales hemos llegado a creer que el uso recreativo de drogas ilícitas es una mera puerta al desenfreno, a la decadencia personal y a un extenso rosario de peligros sociales. Se trata así, ante todo, de entender la compleja trama de fuerzas que se oponen a la simple posibilidad de pensar que los individuos pueden establecer «otras» relaciones con las drogas. Este constituye un paso esencial para examinar con cierta solvencia los obstáculos que impiden diseñar e implementar políticas públicas y, en especial, políticas de salud, más justas y eficaces. Todo lo cual puede resultar menos sencillo de lo que parece a primera vista.

Henri Michaux sostenía que las drogas nos aburren con sus paraísos y que ya es hora de sacarles algún saber. El escritor francés se refería entonces a la exploración del inconsciente y a las drogas como salvoconducto. Lo llamativo es que, hoy por hoy, las drogas, sin tener la más mínima necesidad de tomar alguna, puedan enseñarnos tanto sobre la sociedad que nos rodea. Puede uno así preguntarse, por ejemplo, por qué les producen, a los más ardientes prohibicionistas, los efectos que ellos mismos invocan para justificar la persecución de los usuarios (ideas obsesivas, falta de discernimiento, desprecio por la

\* Doctor en ciencias políticas. Investigador Asociado Groupe d'étude et de recherche sur la sécurité internationale. Université de Montréal. E-mail: guillermo.aureano@umontreal.ca

ley, total indiferencia por las consecuencias de sus actos, intolerancia manifiesta y, el dato no es menor, un marcado tribalismo). Son precisamente algunos de los elementos que explican esta paradoja los que abordaremos en las páginas siguientes.

## II.

Para empezar, ciertas definiciones resultan indispensables. Surge así la eterna pregunta: ¿qué es una droga? Si la pregunta es recurrente, ello se debe a que no ha habido respuestas satisfactorias, que permitan establecer distinciones claras y precisas, amén de generar un mínimo consenso entre quienes utilizan el término desde posiciones de poder (funcionarios, jueces, terapeutas, catedráticos, periodistas, etc.). Puede invocarse aquí múltiples tentativas, que abarcan ya más de un siglo. El principal problema deriva de un hecho simple. La clasificación internacional de las drogas, que rige de modo casi universal, respeta un solo criterio, el político, cuya arbitrariedad es manifiesta. Y es en torno a esta clasificación que, de un modo u otro, se dan las polémicas actuales. Ignorarla es pues imposible.

Los acuerdos internacionales no incluyen ninguna definición de las drogas, por más

sorprendente que esto pueda resultar, pues es precisamente lo que prohíben<sup>1</sup>. Se limitan a afirmar que son «estupefacientes» o «sustancias psicotrópicas» (distinción que, por otra parte, no tiene asidero alguno, salvo los apuros, deshonestidad o incompetencia de quienes negociaron los tratados internacionales) aquellos fármacos que aparecen en las no menos famosas listas anexas. Esto quiere decir que será una droga, sujeta a un régimen de regulación estricta, toda molécula que las autoridades competentes decidan calificar como tal<sup>2</sup>. Al adoptarse los acuerdos, la toxicidad, la tolerancia, el síndrome de abstinencia y el riesgo social que la propia Organización Mundial de la Salud había propuesto como indicadores para definir qué es una droga no fueron tomados en cuenta. Y se entiende: resultaba sencillamente imposible. Tomemos por caso ejemplos claros. Hubiese sido muy difícil, apoyándose en dichos indicadores, prohibir de modo radical la marihuana y el LSD, dejando simultáneamente sin fiscalizar el uso del alcohol, la nicotina y la cafeína. Esto por no hablar de otros olvidos oportunos, corregidos sólo cuando las evidencias en contra eran ya excesivas, como ocurrió con las anfetaminas y las benzodiazepinas, presentadas durante algún tiempo por los laboratorios farmacéuticos como modernas panaceas (y en realidad lo fueron, sólo que para sus propias arcas).

---

<sup>1</sup> Los tratados aludidos son la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972), el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Desde la ONU, controlan su aplicación efectiva la Comisión de Estupefacientes (CE), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Otras instituciones multilaterales colaboran en sus áreas específicas de competencia (la Organización Mundial de la Salud [OMS], el Consejo de Cooperación Aduanera [CAA] y la Organización Internacional de Policía Criminal [OIPC o Interpol]). Los gobiernos latinoamericanos, como si no bastasen las convenciones internacionales, se dotaron de sus propios instrumentos de fiscalización y cooperación antidrogas. En 1973, firmaron el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos (ASEP), que recomendaba a los Estados signatarios adoptar leyes draconianas para eliminar la producción, tráfico y consumo de drogas. Luego de la declaración de la guerra contra las drogas pergeñada por el presidente Ronald Reagan a inicios de los años ochenta, la OEA se ocupó de poner en marcha un mecanismo de supervisión que cubriese todo el continente, y así creó la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Nacida para promover la cooperación intergubernamental, su principal tarea ha consistido en elaborar modelos estandarizados de leyes penales y recolección de datos, amén de multiplicar los tratados y planes de acción de alcance continental. En pocas palabras, el régimen internacional de control de drogas se asienta en una multiplicidad de tratados y organismos que le dan un contenido preciso. No se trata sólo de un conjunto de normas, sino de un aparato institucional bien establecido, con ramificaciones en cada región y estado. En su seno, un solo principio –la prohibición– y una sola estrategia –la represión– son considerados legítimos. El debate sobre la manera más eficaz y equitativa de controlar la producción, venta y consumo de drogas está así limitado por dos mandatos imperativos: prohibir y combatir.

<sup>2</sup> Este sistema tiene su réplica exacta en la mayoría de los países, donde la inclusión de un producto en las listas de drogas prohibidas o controladas termina dependiendo de una autoridad administrativa luego de la sanción de una ley general. Este dato no es menor pues, dado que están previstas sanciones penales para los infractores, es una dependencia del poder ejecutivo, y no la asamblea legislativa, quien define, en última instancia, a los consumidores de qué productos debe castigarse. Los criterios mínimos de la separación de poderes son así cotidianamente violados.

Aparece aquí un círculo vicioso, de los varios que proliferan en la materia, como veremos luego. Así, algunas drogas han sido prohibidas porque se las considera adictivas y son adictivas porque así lo ha establecido la autoridad que las prohíbe. No se trata de una clasificación científica sino de un simple acto de poder. Algo similar ocurre con el «uso» y el «abuso», ya que el criterio que permite distinguirlos es la «autorización legal». Esta extraña racionalidad implica que uno puede embotarse con fármacos, siempre y cuando estén recetados: sólo los estará usando. Pero no puede probar ocasionalmente sustancias mucho menos tóxicas, pues lo suyo será abuso y, como tal, sujeto a castigos, curas forzadas y discriminaciones varias. A pesar de su dudosa científicidad, tal racionalidad ha demostrado tener una innegable utilidad. Ha servido y sirve para consolidar la hegemonía del estamento médico, chantajear a los países del Tercer Mundo, reemplazar las drogas tradicionales por medicamentos patentados y justificar intervenciones disciplinarias sobre grupos sociales enteros, que no son elegidos al azar.

En síntesis, lo que define a una droga y a las diversas categorías de usuarios es un juego de poder en el que predominan motivos geoestratégicos, económicos y corporativos, bajo los cuales persisten prejuicios raciales y morales de notable longevidad, cuyo entramado es imposible resumir en estas páginas y que, por otra parte, han sido objeto de numerosos y bien documentados estudios<sup>3</sup>. Baste subrayar que las razones sanitarias, constantemente evocadas por diplomáticos, expertos y estadistas, no parecen ser siempre prioritarias. De hecho, siguen vendiéndose libremente drogas que crean innegables problemas sociales e, inversamente, los efectos específicos de la prohibición sobre la salud de los usuarios fueron relegados a un muy modesto segundo plano hasta fecha muy reciente. Los países que, preocupados por la

situación socio-sanitaria de los consumidores, modificaron la clasificación legal de algunas drogas, se muestran particularmente cautelosos en los foros internacionales y no han denunciado formalmente los acuerdos que los fuerzan a hacer malabares para continuar respetándolos. Todo esto prueba la rigidez y vigencia del sistema internacional de control de drogas, que funciona bajo la mirada vigilante de los Estados Unidos, la única potencia que ha mantenido la cuestión del comercio y uso de drogas inscrita en su agenda de política exterior durante los últimos cien años. Apartarse del discurso dominante implica exponerse a represalias y presiones que pocos países, incluso desarrollados, están dispuestos a asumir. Los ejemplos tampoco son escasos en este terreno.

### III.

Además de tomar en consideración el carácter político de la prohibición y los conceptos en los que se apoya, toda reflexión sobre el uso recreativo de drogas y las políticas de salud debe anticipar (y conjurar, lo que es más complejo) otro fantasma: la toxicomanía. Sin detenernos a indagar los orígenes de este término<sup>4</sup> y otros semejantes (como adicción, dependencia y el ya mencionado «abuso»), bueno es recordar que alrededor de ellos se ha tejido una trama de prácticas discursivas e institucionales de muy diverso tipo (preventivas, epidemiológicas, forenses, terapéuticas), que prometen a cada usuario un mismo destino, signado por el descontrol y la marginalidad. Los mecanismos que permiten operar este desplazamiento varían según el ámbito en el que fueron creados y los objetivos específicos que se busquen, también cambiantes. Todos repercuten en el diseño de las políticas sanitarias al confirmar la gravedad de la situación y la pertinencia de las ideas sobre la «animalidad»<sup>5</sup> de los usuarios.

<sup>3</sup> Entre otros, Caballero (1989), Cockburn & St. Clair (1998), Chepesiuk (1999), Del Olmo (1998, 1992), Escobedo (1992), McAllister (2000), Musto (1994, 1987), Sauloy & Le Bonniec (1992).

<sup>4</sup> Para ello, puede consultarse los trabajos de Akers (1991), Berridge (1990), Fischler (1992) y Szasz (1994, 1972).

<sup>5</sup> Cf. Ogien (1996).

Los epidemiólogos, en vez de formular hipótesis y buscar datos que pudiesen demostrar su falsedad -como aconseja Popper (1985)-, parecen estar más bien interesados en elaborar estadísticas que prueben el peligro inminente del «flagelo». Así, les parece legítimo establecer generalizaciones a partir de grupos que ya están sometidos a algún tipo de tutela institucional y que arrastran, por encima de todo, historias personales marcadas por numerosas miserias sociales<sup>6</sup>. Tampoco dudan en hacer cálculos y proezas metodológicas de escasa o nula científicidad. Esto ocurre, por ejemplo, cuando llegan a conclusiones alarmistas sobre el aumento del consumo basándose en estudios sincrónicos (circunscriptos a un momento determinado), los cuales, en realidad, no permiten definir tendencias, y mucho menos a mediano o largo plazo. Ciertas fantasías ejercen también una poderosa influencia. Una de ellas es la «teoría de la escalada», que atribuye a determinadas moléculas -en general, al THC- la capacidad de inducir a consumir otras supuestamente más «duras» o «pesadas» -cocaína, opiáceos, psicofármacos. Para ello, los epidemiólogos, sin ruborizarse, invierten la lógica. En vez de investigar la trayectoria de una cantidad significativa de individuos que toman la droga considerada «de iniciación» y verificar si ésta los ha llevado a consumir otras, se contentan con preguntar a los usuarios institucionalizados con qué sustancia ilegal debutaron su loca carrera. Partiendo de un grupo ya problemático, y siendo la marihuana la droga ilegal de más fácil acceso, los resultados no pueden ser sino alarmantes. Es la posibilidad de descubrir una masa de usuarios irregulares, con hábitos y patrones de conducta heterogéneos, lo que parece espantar a los epistemólogos: son todos fenómenos que echarían por tierra sus postulados e hipótesis de trabajo.

Por su parte, los profesionales que realizan pericias forenses establecen diagnósticos basados en criterios con los que pueden, en el mejor de los casos, considerar al usuario un adicto en potencia. Conviene aquí subrayar el hecho que,

en regla general, el saber forense se construye (y se confirma constantemente) a partir de individuos que han sido detenidos por la policía, la cual actúa guiada por ideas e intereses que limitan el tipo de usuarios detenidos. De este modo se da, dentro del dispositivo penal, un proceso de retroalimentación entre la acción policial y las prácticas forenses que sólo puede revalidar los peores prejuicios sobre el uso de drogas. Aquellos consumidores que no encajan en este esquema, en caso de ser arrestados y llevados ante un perito, tampoco pueden desestabilizarlo: sobran los índices, signos y conjeturas que lo convierten en un probable toxicómano, eventualmente peligroso, cuyo primer desliz es sólo una cuestión de tiempo.

A la práctica forense, el psicoanálisis, mediante sesudos razonamientos, pudo aportarle dos postulados más, uno que refuerza el dramatismo y otro que justifica, *in fine*, las medidas represivas. Si bien es cierto que al consumo de drogas se lo asocia con «inclinaciones mórbidas» desde fines del siglo XIX, el psicoanálisis, poco a poco, transformó esta idea en la más moderna «búsqueda voluntaria de la muerte», que le otorga a los usuarios, sin demasiados miramientos, un halo trágico adicional. A esto se agrega la confusión entre la ley simbólica, noción cara a los psicoanalistas, y la ley positiva<sup>7</sup>. El rol del padre (que encarna la ley simbólica y permite romper el vínculo edípico) pasa a atribuírsele al juez, el cual se convierte así en responsable de imponerle al usuario una sanción penal, tutelar o terapéutica, cuyo efecto, se dice, es sacarlo del mundo enfermizo en el que se ha encerrado y hacerlo entrar en la realidad.

El siguiente eslabón de este sistema autorreferente está compuesto por la tribu de terapeutas, por demás variopinta: predicadores, psicólogos, psiquiatras y ex-adictos luchan por establecer la legitimidad de sus respectivos métodos de cura, entre los que no deja de darse un cierto sincretismo. Prevalece una visión

<sup>6</sup> Sobre las generalizaciones epidemiológicas y su impacto en el diseño de políticas públicas, ver el trabajo reciente de Beck (2000).

<sup>7</sup> Cf. Stengers & Ralet (1991).



desesperada del consumo de drogas, basada en supuestos que niegan a los pacientes las dos principales características de los ciudadanos en un régimen democrático: la racionalidad y la autonomía<sup>8</sup>. A distintas sustancias, inertes, se les atribuye la capacidad de despojar, a quien las consume por libre decisión, estas dos facultades esenciales de la personalidad de todo adulto. Este supuesto se apoya en otros dos que lo hacen irrecusable. Por un lado, la cura total es considerada improbable: el toxicómano lo es para toda la vida y la abstinencia resulta siempre temporaria, amenazada por una eventual recaída. Por otro lado, aquel usuario que afirma controlar el consumo es quien más ayuda necesita, pues se encuentra en una etapa «de negación», considerada infinitamente peligrosa. El peligro, en realidad, reside en el hecho que el paciente «negacionista» desmitifica las verdades sobre la adicción sostenidas por los terapeutas y otros expertos que viven de ellas.

Pero no sólo cuentan los intereses corporativos de los cruzados antidrogas y el apego al pensamiento convencional de los medios, los políticos y buena parte de la sociedad. La vigencia del discurso y las prácticas prohibicionistas depende también de los usuarios que adoptan sus preceptos invalidantes y los utilizan para no asumir responsabilidades. Se crea así un círculo vicioso extremadamente denso, gracias al cual las conductas escabrosas y degradantes de unos pocos justifican la persecución (y a menudo el maltrato físico y vejaciones psíquicas) de muchísimos otros, cuyos problemas con los fármacos prohibidos empiezan exactamente cuando se topan con alguna autoridad (familiar, escolar, policial, laboral, etc.).

Es justamente para revertir esta situación, para empujar a tomar las riendas de su vida a quienes han sido tratados durante años como personas incapaces, que surgieron los programas de «reducción de daños», los cuales brindan a los usuarios los medios para vivir «normalmente», lejos de los circuitos ilegales a los que son

irremediablemente condenados por la prohibición. Para sorpresa y desasosiego de la «vieja guardia», los usuarios adoptan conductas responsables cuando disponen de los medios necesarios y se los deja de perseguir e infantilizar. Volveremos sobre este punto más tarde, pues la incorporación del uso recreativo de drogas dentro de las políticas de salud está íntimamente ligado al éxito que tengan los programas de reducción de daños en acabar con las ideas preconcebidas sobre la adicción y los adictos, en especial las que permiten infundir miedos irracionales sobre todos los tipos de consumo.

#### IV.

Habiendo repasado brevemente esta cadena de mecanismos discriminatorios, nos encontramos aquí, lógicamente, con otra pregunta. ¿Cómo era considerado el uso de drogas antes del establecimiento de la prohibición como eje del sistema internacional del control de drogas y la invención de la toxicomanía como categoría médico-penal? Es imposible contestar esta pregunta en forma sintética, pero pueden destacarse algunos hechos históricos que, además, sirven para darnos una idea bastante precisa de los obstáculos que existen hoy para pensar el uso recreativo de drogas y el diseño de políticas públicas que lo tomen como referente. No se trata, pues, de volver al pasado con ánimo de describir una pretendida edad de oro, libertaria y desprejuiciada, sino de buscar en él instrumentos para reflexionar sobre el presente.

En el ocaso de la Edad Media, Paracelso, uno de los padres de la medicina moderna, resumió el saber sobre las drogas que se había acumulado durante los siglos anteriores en una sentencia de claridad meridiana: *sola dosis facit venenum* (el veneno está en la dosis). Están aquí implícitos los dos significados que el término «fármaco» tuvo para los griegos. Designaba a las

<sup>8</sup> Ver, entre otros, Peele (1989), Ralet (1992), Stengers (1992), Stockes, Chalk & Gillen (2000). Bergeron (1999) explica en detalle las dificultades para revertir esta situación discriminatoria. Sobre este tema, consultar asimismo Topping (1996) y Touzé (2001).

sustancias que podían ser a la vez un remedio y un veneno. Hoy este doble significado se ha perdido pero, por sobre todo, se ha olvidado que lo principal es el dosaje y no tanto la sustancia en sí. Este oportuno olvido ha llevado a condenar algunas drogas y, con ellas, a quienes las consumen. Al mismo tiempo, los propios usuarios, ocasionales o no, ignoran a menudo todo sobre las propiedades farmacológicas, la importancia de las dosis y su relación con los efectos buscados. Y esto en ambos sentidos del verbo ignorar: o lo desconocen o bien no le dan importancia. Es el mero hecho de consumir lo que cuenta, fenómeno íntimamente ligado a las dificultades para abastecerse y a los mitos creados por la prohibición (inimputabilidad, descontrol, perversión), que afectan de manera negativa las posibilidades de consumir con moderación<sup>9</sup>.

Pero no sólo se ha perdido de vista la importancia del dosaje. Lo mismo ocurre con lo que significa el hábito de consumir y sus consecuencias. Si la toxicomanía es una noción de dudosa cientificidad, la tolerancia generada por *algunas* sustancias es un hecho, aunque también permite evaluaciones y percepciones subjetivas, incluso por parte de los usuarios, como lo ha demostrado lapidariamente Alfred Lindesmith (1968, 1965). La tolerancia, desde un punto de vista estrictamente empírico, supone el acostumbramiento gradual del cuerpo a la ingesta de un fármaco. Hoy este fenómeno es considerado de modo negativo, pues sólo se ve en la tolerancia la necesidad de consumir mayores cantidades para alcanzar el efecto buscado (y a mayor necesidad de droga, mayores posibilidades que el usuario intente conseguirla «por cualquier medio», como rezan, sin ningún empecho por sus connotaciones morales, desde los documentos de la OMS de los años '50 hasta los manuales que

siguen hoy usando maestros, jueces, expertos y policías). El contraste es intenso con la visión de la tolerancia que prevaleció desde por lo menos el Imperio Romano hasta principios del siglo XX, período que cubre casi dos milenios, durante el cual galenos y boticarios consideraban que «la familiaridad le quita al veneno su aguijón», dando por entendido que lo más aconsejable, para obtener efectos benéficos de un producto que también puede ser tóxico, es aprender a consumirlo, a dosificarlo y, sobre todo, a estar preparado para usar cantidades importantes en el momento necesario. Esto se aplicaba especialmente al opio natural<sup>10</sup>, consumido en muy diversas formas, en el cual se había encontrado un poderoso lenitivo para los achaques de la vida cotidiana y, con mayor frecuencia aún, de la vejez. Salvo por razones de índole religioso, nadie puso en duda seriamente, en todos estos años —que, repitémoslo, son muchos— la razonabilidad de aprender a usar las drogas que producen tolerancia, tanto para sacarles provecho como para controlar sus efectos no deseados y evitar intoxicaciones.

El hecho que estos saberes permanezcan soterrados, que sea tan difícil reapropiárselos con los ajustes y modificaciones que impone la situación contemporánea, se debe en gran medida a la constante negación a evaluar de manera objetiva las políticas prohibicionistas. Esto es así desde que se creó el sistema internacional de fiscalización de drogas. En las negociaciones previas a la adopción del primer tratado que aún continúa vigente<sup>11</sup>, las consecuencias de la prohibición eran sobradamente conocidas. Ya se habían llevado a cabo algunas experiencias radicales, entre las que se destaca la promulgación y aplicación de la Ley Seca en los Estados Unidos. El balance no podía ser más desastroso, y no es

<sup>9</sup> Este hecho ha sido particularmente notorio allí donde el uso tradicional es repentinamente prohibido, lo que lleva a la masa de consumidores a tener comportamientos insensatos. El caso más espectacular es tal vez el de la prohibición de los opiáceos naturales en la India, producto de la ratificación del Convenio sobre Estupefacientes de 1961, cuyo efecto sobre los consumidores fue devastador. Se pasó de una práctica socialmente integrada y métodos de consumo poco riesgosos a una marginalización creciente de los usuarios, que no sólo se multiplicaron, sino que asumen peligros muchísimo mayores. Cf. Escobotado (1992) y Jay (2002).

<sup>10</sup> Sobre el consumo de opio y las sucesivas transformaciones de su percepción, ver Butel (1995) e Yvorel (1992). Las reflexiones de Cocteau (1983) también merecen aquí ser tenidas en cuenta. Escobotado (1992), Szasz (1994) y Vigarello (1991) han hecho aportes más generales sobre los distintos modos históricos de concebir el consumo de las drogas hoy prohibidas.

<sup>11</sup> Cf. supra nota 1.

ocioso recordarlo, pues constituía un anticipo inapelable de la situación que vivimos hoy. Derogada en 1933, luego de casi 13 años de estar en vigor, la legislación que prohibía el alcohol no consiguió convertir al pueblo americano en virtuoso y abstínente. Sus efectos concretos fueron muy distintos. Un número elevadísimo de personas resultaron procesadas y condenadas por traficar bebidas alcohólicas (más de medio millón). Se generalizó la corrupción en todos los niveles del aparato de estado (incluyendo dos ministros federales juzgados por contrabando y colusión con contrabandistas). Se multiplicaron las intoxicaciones involuntarias (30.000 muertos y 100.000 lisiados graves por consumo de brebajes alcohólicos mal destilados). Y, por último, se fortalecieron las «familias» mafiosas, que una vez perdido el negocio del alcohol al finalizar la prohibición se dedicarían prósperamente al tráfico de heroína<sup>12</sup>.

Si hoy estos hechos se repiten a una escala mucho mayor, concomitantemente con el aumento de la cantidad de sustancias prohibidas y el rigor impuesto por la tolerancia cero, también permanece casi incólume la negación a realizar evaluaciones objetivas de lo que acontece<sup>13</sup>. Y es

precisamente allí donde este edificio empieza a resquebrajarse, con soberana lentitud, que aparece la posibilidad de pensar en los aspectos recreativos del uso de drogas. La brecha ha sido abierta, como ya lo mencionáramos, por un nuevo enfoque: la reducción de riesgos.

## V.

¿Qué es la reducción de riesgos? No hay respuestas simples ni inmediatas a esta pregunta. En términos muy generales, puede definirse la reducción de riesgos por su objetivo: la *minimización* de los efectos negativos del uso de drogas *sin apuntar necesariamente a la abstinencia*<sup>14</sup>. Los términos en *itálica* sirven para marcar la diferencia con los programas antidrogas tradicionales. No se trata ya de erradicar el consumo, sino de limitar sus consecuencias no deseadas, aceptando además, explícitamente —por razones pragmáticas y, con menos frecuencia, éticas—, que siempre habrá consumidores y que las políticas prohibicionistas generan parte de los problemas que se busca resolver<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> De los muchos análisis disponibles de la Ley Seca, conviene señalar el de Thornton (1991). También puede ser instructivo consultar el estudio comparado de Jay (2002).

<sup>13</sup> Pocos días antes que se iniciase el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicado al Problema Mundial de las Drogas (Nueva York, 8-9 de junio de 1998), el Lindesmith Center, una ONG estadounidense, publicó a doble página en el *New York Times* una carta abierta a Kofi Annan, secretario general de la ONU, que firmaron 600 personalidades de 43 países. Redactada en un tono formal que no deja de ser directo, esta carta insta a que se realice una evaluación honesta y franca de las políticas de control de drogas, partiendo del hecho «que la guerra mundial contra las drogas causa hoy más daños que el abuso de drogas en sí». Son ejemplos de ello, se indica, el fortalecimiento de las organizaciones criminales, el crecimiento de la corrupción gubernamental, la inseguridad y la violencia, la confusión de los valores morales, la violación de los derechos humanos, la saturación de las cárceles, la distorsión de los mercados y la contaminación del medio ambiente. Se subraya asimismo que la retórica centrada en lograr una sociedad sin drogas y la concentración de los escasos recursos disponibles en actividades represivas bloquean la posibilidad de tomar medidas efectivas en los campos de la salud, la educación y el desarrollo.

<sup>14</sup> El Grupo IGIA, fundado en Barcelona en 1983 dentro del aparato estatal, que reúne profesionales de distintos ámbitos, propuso, en 1998, la siguiente definición: «Entendemos que reducir riesgos es una filosofía de la acción educativa y sanitaria sin valoración moral previa sobre una conducta determinada. Es una política asistencial que organiza y engloba la práctica del conjunto de acciones sanitarias sociales y comunitarias, en relación a los efectos perjudiciales del consumo de drogas. Se engloban en esta estrategia todos aquellos programas y servicios, médicos o sociales, de base individual o colectiva, encaminados a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas. En consecuencia, el objetivo de dichas políticas no es la abstinencia. Esta, si se produce, será la consecuencia de un proceso de relación con el consumidor de drogas, que habrá podido introducir cambios lo suficientemente significativos en su dependencia como para hacer que decida abandonar la misma. Y, probablemente, en esta decisión no sólo habrán jugado un papel significativo los cuidados que haya recibido en sus modelos de consumo o en el cuidado de su salud física y psíquica. Habrá otros aspectos, como puede ser su propia evolución personal, la imagen de sí mismo, su relación y participación en su contexto social y laboral, que jugarán papeles igual de determinantes» (Baulenas, Borrás & Magrí, 1998: 4). Ver también Erickson (1995), Fromberg (1995) y Heather *et al.* (1993).

<sup>15</sup> Una historia general de las políticas de reducción de daños ha sido esbozada por Brisson (1997). Datos específicos sobre experiencias locales, nacionales y regionales pueden encontrarse en los textos de Boekhout van Solinge (2002), Boggio (1997), Cesoni (1999, 1996), Derks & van Kalmthout (1998), Dorn (1998), Eisner (1996), Ferret (2000), Henman (1995), Joubert (1999), Martineau & Gomart (2000) y Van Wormer (1999).

Para no perdernos en elucubraciones meramente teóricas, consideremos el caso de Holanda, país que puede ser legítimamente considerado un pionero en el tema. Producto de la presión de las asociaciones de usuarios de drogas por vía endovenosa (los *Junkiebonden*), que a principios de los años '80 lucharon por conseguir un espacio de autogestión desde el cual promover medidas para controlar el contagio de las hepatitis, la reducción de riesgos orienta hoy, en los Países Bajos, el diseño e implementación del conjunto de políticas públicas en materia de drogas. Si la primera meta sigue siendo prevenir el uso, el gobierno holandés acepta la complejidad de tener un «doble discurso» y alentar a aquellos que, pese a todo, consumen drogas, a que lo hagan del modo menos riesgoso posible. Para ello ha instrumentado una serie de medidas legales o *de facto* que apuntan a alejar a los usuarios del mercado negro, en especial a aquellos que consumen la droga ilegal más difundida, la marihuana, y a evitar en todos los casos el funcionamiento de los mecanismos de estigmatización. Esto último es particularmente importante en el caso de los heroinómanos, a quienes no sólo se ayuda a preservar la salud sino a reintegrarse en la sociedad. Como la reinsersión no va sin el reconocimiento del resto de los ciudadanos, el término clave es «normalisatie», que puede traducirse por normalización, pero recordando que no tiene connotaciones disciplinarias, puesto que también supone la aceptación social de las diferencias, el hecho que el estado y la población en general consideren «normal» la existencia de personas y grupos con costumbres particulares<sup>16</sup>. La apuesta es altísima, pues está en juego el nivel de tolerancia con el que una sociedad decide vivir y la discusión sobre los límites de la libertad individual.

Este proceso innovador está enmarcado por reglas claras, lo que refuerza la decidida

intención de tratar a los consumidores como personas responsables de sus actos. Las principales disposiciones son bien conocidas: distinción entre drogas duras y blandas, claro límite entre la tenencia para uso personal y para tráfico, despenalización *de facto* de la tenencia para uso personal, eliminación del uso como «condición atenuante» para los delincuentes. A esto se suman medidas netamente pragmáticas, que le dan sustancia a las anteriores: aprovisionamiento legal de drogas blandas (coffee shops), análisis gratuito de las drogas compradas en la calle (como el éxtasis) y una red asistencial integrada de prevención secundaria y terciaria (campañas de información; agentes de calle; monitoreo de áreas conflictivas; refugios de día y de noche; zonas de tolerancia del uso de drogas; intercambio o distribución de jeringas; provisión de equipos de desinfección; distribución de drogas de sustitución o acceso legal a las prohibidas; salas de inyección segura; asistencia médica no persecutoria; programas de «estabilización» y «motivación» para usuarios problemáticos, que les facilitan el acceso a la educación, el trabajo y la vivienda; curas de desintoxicación; programas de rehabilitación y reeducación para usuarios condenados por la justicia). Las evaluaciones de impacto son un componente esencial de estos programas, así como las negociaciones permanentes entre los diferentes participantes del sector público y la sociedad civil. La Confederación Helvética es otro ejemplo, exitoso<sup>17</sup>, de este enfoque basado en la detección temprana de posibles efectos perversos y la creación de mesas multilaterales de negociación.

No es casual que el uso recreativo de drogas se haya convertido en un hecho común justamente en estas sociedades donde la reducción de riesgos consiguió romper con los postulados básicos de la prohibición. Ni pretexto para alienarse ni excusa para estigmatizar, las

<sup>16</sup> Sobre el caso holandés, el libro de Stengers & Ralet (1991) sigue siendo una referencia indiscutible. Martineau & Gomart (2000) reseñan cambios más recientes, así como los numerosos informes disponibles en el sitio del Centro Cedro, de la Universidad de Amsterdam ([www.cedro.uva.org](http://www.cedro.uva.org)).

<sup>17</sup> Los orígenes y cambios en los programas helvéticos de reducción del daño han sido estudiados por Mino & Arsever (1996), Eisner (1996) y Boggio *et al.* (1997). El Ministerio de Salud Pública tiene un sitio sobre el tema que es actualizado permanentemente: [www.bag.admin.ch/sucht/f/index.htm](http://www.bag.admin.ch/sucht/f/index.htm)

drogas están convirtiéndose en productos «desencantados» que, como muchos otros cuya utilización puede tener consecuencias eventualmente perjudiciales, hay que aprender a «gerenciar» racionalmente, tanto en el plano personal como social. Como decía Cocteau (1983) con respecto al opio, aquellos consumidores que evitan sucumbir a la tragedia y saben cuidarse, no sufren. Diferencia que ilustra con extrema claridad la película *El Amante*, basada en la novela homónima de Marguerite Duras, donde aparecen simultáneamente dos opiómanos muy distintos. Un anciano chino, sin abandonar jamás su pipa y su litera, dirige exitosamente un emporio comercial, mientras que un joven francés, cuyo consumo es esporádico por falta de dinero, ha abandonado el control de su vida. En esa diferencia, en el tipo de consumidor que tomen como referencia los poderes públicos, está la clave del tema que nos ocupa.

## VI.

Paul Éluard decía que los juegos eróticos de la especie humana, tan complejos, tan marcados por la cultura, ocultan la naturaleza reproduciéndola. *Mutatis mutandis*, esta noción podría aplicarse al proceso que convirtió al uso de drogas en blanco de las políticas públicas, salvo que, en este caso, los orígenes no se encuentran en un impulso primitivo e intemporal, sino en una operación política compleja, que permite asimilar el uso de ciertas sustancias a la incapacidad de adaptarse al funcionamiento «normal» de la sociedad. En efecto, el toxicómano, blanco privilegiado de las investigaciones epidemiológicas, de la acción policial y del aparato judicial, no surge de la nada. Aparece allí donde hay un dispositivo institucional que identifica primero, condena luego y por último reprime ciertas conductas. La toxicomanía es pues definida y difundida, en tanto preocupación y justificación de medidas punitivas o terapéuticas, por una serie

de instancias de control que la proyectan sobre los individuos<sup>18</sup>. Pero no se la presenta así. Se la hace pasar como una verdad independiente de las instituciones que la producen, lo que le da a la estigmatización de los usuarios la apariencia de una simple constatación. Es tomando consciencia de este proceso de institucionalización y conociendo los intereses que lo animan y reproducen, que puede discutirse con cierta serenidad sobre el uso de drogas. Sólo así se le quita a la toxicomanía su grandeza y patetismo. Sólo así puede devolverse a los usuarios la posibilidad de romper con los prejuicios que los hacen aparecer como humildes extras de una película que no dirigen, y a quienes hay tanto que curar como castigar, para proteger a la sociedad.

No es tal vez exagerado decir que si los procedimientos de identificación y reeducación no existiesen, los toxicómanos no existirían. Los usuarios serían entonces otra cosa que los temibles personajes a los que hoy puede atribuírseles los rasgos más disímiles: anomia e irracionalidad cuando se trata de su integración social, sagacidad y «espíritu emprendedor» al hablar de su tendencia al proselitismo y la delincuencia. Además, se olvida, muy convenientemente, que el marco político-legal en el que están obligados a moverse determina muchas de sus actitudes, empezando por la violación de la ley cada vez que compran o se encuentran en posesión de una droga. Del mismo modo, el abandono sanitario en que se los deja los empuja a correr riesgos innecesarios, como el compartir jeringas, que los expertos (haciendo caso omiso del contexto) no dudan en considerar un signo de tendencias autodestructivas. ¿Cómo serían estos toxicómanos supuestamente inválidos, peligrosos y suicidas si tuviesen libre acceso a los productos que quieren consumir, a los implementos afines y a las informaciones necesarias para saber cómo cuidarse? ¿Qué ocurriría si los epidemiólogos, jueces y terapeutas no asociasen de modo casi automático el uso de drogas a la peligrosidad, el delito y la muerte? Estas preguntas, en los países latinoamericanos, siguen siendo casi impensables.

<sup>18</sup> Cf. Ogien (1996, 1995) y Szasz (1994, 1972).

La ausencia de responsabilidad política agrava esta situación. No se conoce casos de políticos y funcionarios a los que se les haya exigido rendir cuentas por los efectos contraproducentes de los programas antidrogas que diseñan o implementan, cuya única finalidad, muy a menudo, es conservar un puesto, granjearse el reconocimiento de sus pares extranjeros o explotar las demandas sociales de mayor seguridad proponiendo soluciones represivas. Las consecuencias de sus acciones y omisiones no son nada despreciables. Van desde la congestión de los tribunales por causas menores hasta la diseminación del HIV y las hepatitis, pasando por otros fenómenos de importancia, como la corrupción policial, la promulgación de leyes de dudosa constitucionalidad, la incitación a la intolerancia colectiva y la difusión de datos falsos e informaciones capciosas.

Y cuando éstos son los parámetros que determinan la vida cotidiana de los consumidores, el uso de drogas sigue siendo lo que actualmente es: una decisión personal, que justifica una intromisión exhaustiva en la vida privada. No hay alternativas cuando prima el castigo y esa mezcla fatal (producto de la prohibición) de pavora y atractivo, deshonor y orgullo, moralina e irresponsabilidad. Son demasiados los contrarios que aquí se conjugan para alcanzar, en el debate público, un nivel mínimo de objetividad y lucidez.

## VII.

La despenalización del uso de drogas está emparentada con las luchas que, en nuestro tiempo, apuntan a recuperar el dominio del cuerpo, como el derecho al aborto y la eliminación de las distintas

formas de discriminación basadas en la apariencia física o la orientación sexual. Las feministas, los gays y lesbianas han recorrido un largo camino y pueden contar hoy con el apoyo de numerosas instituciones nacionales e internacionales. En lo que respecta a la apariencia física, los movimientos antirracistas han avanzado mucho más que quienes se oponen a la imposición de la delgadez, la juventud y el *body building* como estándares absolutos de la belleza y la felicidad. Pero todos han conseguido que sus reivindicaciones sean escuchadas por los políticos y los medios de comunicación. Buena parte de sus reivindicaciones han sido incorporadas por la retórica de lo que hoy suele llamarse «la rectitud política», lo cual demuestra que uno de los discursos más convencionales de nuestro tiempo también contribuye a combatir los prejuicios que los afectan. Queda por verse si la criminalización de los usuarios de drogas puede originar protestas similares que, de manera articulada, defiendan el derecho a la diferencia y a disponer libremente de su propio cuerpo. Y las dudas son tanto mayores cuando se recuerda que la mayoría de los organismos y grupos que luchan contra la discriminación no tienen una posición clara con respecto al uso de drogas. Peor aún, muchos participan en las campañas prohibicionistas más intransigentes.

Todo esto quiere decir que es poco probable que la presión de instituciones extranjeras contribuya a producir cambios significativos en los países latinoamericanos, como ha ocurrido en el caso de otras minorías. El trabajo de ONUSIDA y las ONGs locales y regionales que, contra viento y marea, han conseguido llevar a cabo proyectos experimentales de reducción de daños, si no permanece en las sombras, sigue siendo casi secreto y confidencial. Los gobiernos reaccionan con extrema lentitud frente a sus demandas, preocupados ante todo por la censura de Washington y de los organismos antidrogas de la ONU<sup>19</sup>. Brasil es tal vez el país que más ha avanzado en el plano sanitario. Las autoridades argentinas lo

<sup>19</sup> La Resolución NÚ 43/3 de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, adoptada en el año 2000, que hace vagamente alusión a la reducción del daño al solicitar a los estados que implementen programas especiales para los toxicómanos que no están «integrados» o «atendidos» por los servicios existentes, no ha modificado en nada el enfoque prohibicionista de la ONU. Significa, apenas, que la epidemia del sida no puede seguir siendo ignorada. No hay nada aún, en el ámbito internacional, que se asemeje a una evaluación global de los efectos negativos de las políticas antidrogas tradicionales. La reducción del daño debe limitarse a la prevención de enfermedades infecciosas. Discutir sobre la autonomía y derechos de los usuarios es imposible. Esta tendencia esquizofrénica de las instituciones internacionales tiende a pasar desapercibida. Y quienes la aceptan, defendiendo la factibilidad de la reducción del daño en un contexto donde el uso de drogas está penalizado, sucumben a lo que Marie-Andrée Bertrand (2000) llama muy justamente «la hipocresía del Príncipe», que permite a expertos y funcionarios mostrar su mejor cara sin efectuar cambios de fondo.

hacen con suma cautela. En México y Uruguay, los comentarios recientes de sus respectivos presidentes, que pusieron en duda la legitimidad y eficacia de la penalización del uso personal de drogas, no son por ahora más que declaraciones, sujetas a los vaivenes de la política interior y las presiones externas. Si ninguno de estos esfuerzos debe ser pasado por alto y su valor es innegable, también es cierto que las reformas emprendidas tienen, en general, un enfoque «top-down», centrado en la lógica del «mal menor» y raramente en la ética. Tampoco apuntan a facilitar la creación de asociaciones y movimientos capaces de hacer valer las opiniones de los usuarios, que demuestren que el consumo de drogas no implica ineluctablemente una pérdida de autonomía. Así, parece poco probable que se generen discusiones amplias en términos de derechos y obligaciones o reconocimiento social de las diferencias. Por lo demás, las ONGs carecen de los recursos asistenciales que posibilitan, de manera realista, la «responsabilización» de los usuarios, en especial la de quienes, durante años, recibieron de la sociedad y las autoridades públicas una imagen degradante de sí mismos.

Es difícil pensar que, en ausencia de estas condiciones, los consumidores —crónicos o no— puedan inventar nociones que los liberen del registro en el que se intenta constantemente encerrarlos, pautado por deseos imperiosos, tendencias suicidas y una amoralidad irrenunciable. Inventar nuevas nociones significa quitarle al uso de drogas todos los sentidos que se le han atribuido, incluso el de ser un signo de glamour o rebeldía. Implica también pensar en los fármacos de un modo totalmente diferente, como un medio para procurarse ciertas sensaciones y nada más. Su uso no permitiría entonces redefinir de manera radical la identidad de los individuos. Incitaría más bien a adquirir y transmitir conocimientos sobre las drogas, la exactitud de las dosis, las modalidades de consumo menos riesgosas y, por sobre todo, a determinar las situaciones y momentos en las que resulta propicio utilizarlas. Pero no hay que engañarse. Este saber, su lenta

elaboración, son por ahora una utopía. Mientras las políticas antidrogas provoquen las conductas criticadas (violencia, propagación del VIH y las hepatitis, intoxicaciones), mientras los usuarios no tengan acceso legal a los productos, no dispongan de medios sanitarios eficaces y sigan siendo amenazados por la represión, los prejuicios sobre la toxicomanía y los toxicómanos seguirán firmes, erigiéndose como un telón de fondo insidioso, listo para envolver a cualquier consumidor, poco importa el modo en que utilice las drogas prohibidas. Todo esto permite afirmar que, de no mediar un proceso amplio y sincero de «desdramatización», el uso recreativo de drogas no tiene futuro social: está condenado a ser una exquisitez para pocos, para aquellos que por su situación social tienen acceso a informaciones objetivas y están al abrigo de las persecuciones policiales y las incertidumbres y riesgos de comprar drogas en la calle.

El proceso de «desdramatización» conlleva no sólo cambios en la percepción de los usuarios, sino medidas de indudable carácter práctico, que abarcan, como lo demuestran los casos nacionales mencionados, una modificación profunda de *todas* las políticas públicas de prevención. Esto explica que, en lo referido específicamente a la salud, el desafío mayor para los países latinoamericanos, junto a la obtención de recursos, es la coordinación de las agencias estatales y las asociaciones civiles que operan cotidianamente más cerca de los consumidores, para que las acciones de acercamiento de unas no sean desbaratadas por las intervenciones disciplinarias o represivas de otras. Los organismos de estado responsables de la lucha antidrogas pueden, en efecto, tanto apoyar como obstruir estos intentos de colaboración. Lo mismo ocurre con los legisladores y el personal judicial (pues considerando las leyes vigentes, la legalidad de muchas actividades de reducción de daños es, cuanto menos, dudosa), sin olvidar a los «formadores de opinión» y su apego al sensacionalismo<sup>20</sup>. Si no hay una tradición de

---

<sup>20</sup> Cabe mencionar que los expertos de toda laya que adoptan, para conformarse a una tendencia hoy a la moda, algunos principios de los programas de reducción de daños, no abandonan necesariamente las actitudes disciplinarias e incapacitantes que tuvieron en el pasado: les dan un nuevo matiz y consiguen así seguir vigentes. Este problema es particularmente importante en el caso de las asociaciones civiles latinoamericanas. Las pocas que hacen hincapié en los derechos del usuario, han de lidiar con el descrédito de las políticas de reducción del daño provocado por aquellas que las invocan con fines netamente oportunistas y continúan operando como ya lo hacían.

concertación entre actores tan disímiles —y mucho menos en un tema tan controvertido—, tampoco existe la costumbre de someterse a evaluaciones independientes, que además de detectar errores y hacer recomendaciones, establezcan claramente responsabilidades.

Saber que la coordinación y la evaluación son dos condiciones esenciales del éxito de los programas de reducción de daños permite justamente señalar una ventaja que tienen los países latinoamericanos —aunque el hecho que la tengan no quiere decir que quieran o puedan explotarla: cuentan con la experiencia de los países donde se cambió el rumbo de las políticas preventivas desde hace años. Aprovechar esta experiencia puede servir eventualmente para evitar desaciertos «técnicos», pero también para informar a la opinión pública y contrarrestar a quienes ven en la reducción de riesgos

un modo subrepticio de instar al consumo de drogas.

Sin embargo, la puesta en práctica de todos estos mecanismos de «desdramatización» parece hoy más que incierta. Supone la desestabilización (o directamente la desaparición) de saberes y estructuras institucionales, implantadas con indudable solidez en el seno del estado y la sociedad civil, cuyo funcionamiento depende estrechamente de la identificación y tratamiento de individuos a los que pueda considerarse como toxicómanos, manifiestos o latentes. Supone también, para los políticos, una lucha sin concesiones contra los prejuicios que ellos mismos han contribuido a difundir, a lo que se suma la eventual maledicencia de sus pares e incluso las presiones internacionales. Y no parecen ser legión los que están dispuestos a asumir los costos de semejante desafío.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akers, R. (1991). Addiction: the troublesome concept. *The Journal of Drug Issues*, 21 (4): 777-793.
- Aureano, G. R. (1999). *La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté à basse intensité*. Publicación electrónica, Les Presses de l'Université de Montréal. Disponible en línea: <http://www.pum.umontreal.ca/theses/pilote/aureano/these.html> (enlace activo el 9 de agosto del 2002).
- Baulenas, G., Borrás, T. & Magrí, N. (1998). *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona: Grup Igia.
- Beck, F. (2000). La tentation de la représentativité dans les enquêtes en population générale sur les usages de substances psychoactives. *Psychotropes*, 6 (3): 7-25.
- Beck, F. & Peretti-Watel, P. (2001). L'héroïne entre répression et réduction des risques: comment sont perçues les politiques publiques? *Sociétés contemporaines*, 41-42:133-158
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Paris: Éditions A.-M. Métailié.
- Bergeron, H. (1999). *L'Etat et la toxicomanie: histoire d'une singularité française*. Paris: Presses universitaires de France.
- Berridge, V. (1990). Dependence: historical concepts and constructs. En: Edwards, Griffith & Lader, M. H. (Eds.). *The Nature of drug dependence*. New York: Oxford University Press.
- Bertrand, M. A. (2000). La politique des drogues et ses effets aujourd'hui. *Psychotropes*, 6 (4): 9-25.
- Boekhout van Solinge, T. (2002). *Drugs and Decision Making in the European Union*. Amsterdam: CEDRO/Mets en Schilt. Disponible en línea: <http://www.cedro-uva.org/lib/boekhout.eu.pdf> (enlace válido el 9 de agosto del 2002).
- Boggio, Y. et al. (1997). *Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue*. Genève: Georg Editeur.
- Bourgois, P. (2001). *En quête de respect: le crack à New York*. Paris: Seuil.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Butel, P. (1995). *L'opium: histoire d'une fascination*. Paris: Perrin.
- Caballero, F. (1992). Drogues et droits de l'homme en France. En: Caballero, F. (Ed.). *Drogues et droits de l'homme*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- ——— (1989). *Droit de la drogue*. Paris: Dalloz.



- Canadá, Senado, Comité especial sobre las drogas ilícitas (2002). *Rapports*. Disponibles en línea: [http://www.parl.gc.ca/common/Committee\\_SenHome.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm\\_id=85](http://www.parl.gc.ca/common/Committee_SenHome.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=85) (enlace válido el 9 de agosto del 2002).
- Cesoni, M. L. (1999). Usage de stupéfiants: les variations de la politique criminelle italienne. *Déviante et société*, 23 (2):221-234.  
\_\_\_\_\_ (Ed.). (1996). *Usage de stupéfiants: politiques européennes*. Genève: Georg Éditeur.
- Chepesiuk, R. (1999). *Hard Target: The United States War against International Drug Trafficking, 1982-1997*. Jefferson, NC: McFarland.
- Chouvy, P-A & Aureano, G. R. (Eds). (2001). Drogues et politiques. Número especial de la revista *Cahiers d'études sur la Méditerranée orientale et le monde turco-iranien* (CEMOTI), 32:1-256.
- Cockburn, A. & St. Clair, J. (1998). *Whiteout: the CIA, drugs and the press*. Londres: Verso.
- Cocteau, J. (1983). *Opium: journal d'une désintoxication*. Paris: Stock.
- Del Olmo, R. (1998). *Drogas: Inquietudes e Interrogantes*. Caracas: Fundación José Félix Ribas.  
\_\_\_\_\_ (1992). *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en América Latina*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Derks, J. T. M. & van Kalmthout, A. M. (1998). Facteurs déterminants de la politique néerlandaise en matière de drogue. *Déviante et société*, 22 (1): 89-100.
- Dorn, N. (Ed.). (1998). *Regulating European Drug Problems: Administrative Measures and Civil Law in the Control of Drug Trafficking, Nuisance and Use*. La Haya: Kluwer Law International.
- Eisner, M. (1996). Déterminants de la politique suisse en matière de drogue: l'exemple du programme de prescription d'héroïne. *Déviante et société*, 23 (2):189-204
- Erickson, P. (1995). Harm reduction: What it is and is not. *Drug and Alcohol Review*, 14 (3): 283-285.
- Escobotado, A. (1992). *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial, 3 volúmenes, 3ème édition.  
\_\_\_\_\_ (1995). *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama.
- Ferret, J. (2000). *L'autre Europe des drogues: politiques des drogues dans cinq pays d'Europe: Espagne, Portugal, Hongrie, Pologne et Bulgarie*. Paris: La Documentation française.
- Fischler, C. (1992). L'addiction: un concept à utiliser avec mesure?. En : Chambat, P. (Ed.). *Modes de consommation: mesure et démesure*. Paris: Descartes.
- Fromberg, E. (1995). The Ideologies Behind Harm Reduction. *International Journal of Drug Policy*, 6 (3):189-192.
- Heather, N. et al. (Eds.). (1993). *Psychoactive drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*. London: Whurr Publishers.
- Henman, A. (1995). *Drogues illégales: l'expérience de Liverpool*. Paris: Éditions du Léopard.
- Jay, M. (2002). *Legalisation: The First Hundred Years. What happened when drugs were legal and why they were prohibited*. Disponible en línea: <http://www.cedro-uva.org/lib/jay.legalisation.html> (enlace válido el 9 de agosto del 2002).
- Joubert, M. (1999). Politiques locales et nouveaux dispositifs dans le domaine des toxicomanies. *Déviante et Société*, 23 (2): 165-187.
- Kopp, P. (1998). *Drogues: réduire le coût social*. Paris: Fondation Saint-Simon.
- Lindesmith, A. R. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago: Aldine Publishing Company.  
\_\_\_\_\_ (1965). *The Addict and The Law*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lynch, T. (Ed.). (2000). *After Prohibition: An Adult Approach to Drug Policies in the 21st Century*. Washington, D.C.: Cato Institute.
- Martineau, H. & Gomart, E. (2000). *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*. Paris: OFDT. Disponible en línea: [www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/pro/etudes/rapport20.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/pro/etudes/rapport20.pdf) (enlace válido el 9 de agosto del 2002).
- McAllister, W. B. (2000). *Drug Diplomacy in the Twentieth Century: An International History*. London: Routledge.
- McConville, M. (2000). Global War on Drugs: Why the United States Should Support the Prosecution of Drug Traffickers in the International Criminal Court. *American Criminal Law Review*, 37 (1): 75-102.
- Médecins du monde (2000). *Usages de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, dance pills, amphétamines...)*. Paris: Médecins du monde.

- Mino, A. & Arsever, S. (1996). *J'accuse: les mensonges qui tue les drogués*. Paris: Calman-Lévy.
- Musto, D. F. (1987). *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. New York: Oxford University Press.
- Ogien, A. (1996). Évaluation et sens commun. L'objectivation du phénomène de l'usage de drogues. En : Cesoni, M. L. (Ed.). *Usage de stupéfiants: politiques européennes*. Genève: Georg Éditeur.
- \_\_\_\_\_ (1995). *Sociologie de la déviance*. Paris: Armand Colin.
- Peele, S. (1989). *Diseasing of America: Addiction Treatment Out of Control*. Lexington: Lexington Books.
- Popper, K. (1985). *Conjectures et réfutations: la croissance du savoir scientifique*. Paris: Payot.
- Ralet, O. (1992). Pays-Bas: le toxicomane citoyen. En : Caballero, F. *Drogues et Droits de l'Homme*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Rasmussen, D. W. & Benson, B. L. (1993). *The Economic Anatomy of a Drug War: Criminal Justice in the Commons*. New York: Rowman and Littlefield Publishers, Inc.
- Roques, B-P (1999). *La dangerosité des drogues*. Paris: Odile Jacob.
- Sauloy, M. & Le Bonniec, Y. (1992). *À qui profite la cocaïne?*. Paris: Calman-Lévy.
- Stengers, I. (1992). L'expert et le politique. En : Caballero, F. *Drogues et Droits de l'Homme*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- \_\_\_\_\_ & Ralet, O. (1991). *Drogues. Le défi hollandais*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Stokes, G., Chalk, P. & Gillen, K. (Eds.). (2000). *Drugs and Democracy: In Search of New Directions*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Szasz, T. S. (1994) *La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps: le contrôle d'État de la pharmacopée*. Paris: Les Éditions du Léopard.
- \_\_\_\_\_ (1992). *Our Rights to Drugs: The Case for a Free Market*. New York: Praeger.
- \_\_\_\_\_ (1982). The War Against Drugs. *Journal of Drug Issues*, 12 (1): 115-121.
- \_\_\_\_\_ (1977) *La loi, la liberté, la psychiatrie*. Paris: Payot.
- \_\_\_\_\_ (1972). The Ethics of Addiction. *Journal of Drug Issues*, 2 (1): 75-82.
- Thornton, M. (1991). *The Economics of Prohibition*. Salt Lake City: University of Utah Press.
- Tonry, M. (1995). *Malign Neglect: Race, Crime, and Punishment in America*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Topping, D. (1996). Introducing Harm Reduction Concepts in Drug Policy Reform. *International Journal of Drug Policy*, 7 (3):193-196.
- Touzé, G. (2001). Uso de drogas y VIH/sida. De la medicalización a la ciudadanía. *Enercujadas*, 1 (8).
- \_\_\_\_\_ & Rossi, D. (1993). *Sida y drogas: ¿abstención o reducción del daño?* Buenos Aires: FAT.
- Van Wormer, K. (1999). Harm Induction vs. Harm Reduction: Comparing American and British Approaches to Drug Use. *Journal of Offender Rehabilitation*, 29 (1/2): 35-48.
- Vigarello, G. (1991). La drogue a-t-elle un passé? En: Ehrenberg, A. (Ed.). *Individus sous influence: Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris, Éditions Esprit.
- Yvorel, J-J. (1992). *Les poisons de l'esprit: drogues et drogués au XIXe siècle*. Paris: Quai Voltaire.

PARADOJAS  
CORPORALES: GÉNERO,  
SUFRIMIENTO E  
INYECCIÓN ENTRE  
MUJERES USUARIAS  
DE DROGAS

---

---

*María E. Epele\**

El estudio de las prácticas de la inyección entre mujeres usuarias de drogas nos introduce a un dominio de análisis acerca de cómo la desigualdad de géneros, el deterioro de los cuerpos y la violencia cotidiana condiciona no sólo el riesgo de infección del VIH/sida sino también la posibilidad misma de supervivencia bajo condiciones de extrema exclusión social. Diversas investigaciones han logrado documentar de qué forma la desigualdad de géneros se transforma en vulnerabilidad respecto del VIH. Entre ellas se destacan: la menor accesibilidad de jeringas estériles para las mujeres (Goldstein & Marlowe, 1998), la predominancia de intercambios de sexo por drogas y dinero (Tortu, Mc Coy *et al.*, 1998), la sujeción de las mujeres a situaciones de violencia física y sexual (Weeks, Grier, Romero-Daza *et al.*, 1998), la limitada accesibilidad a tratamientos médicos y de rehabilitación (Rockweell, Friedman, Sotheman *et al.*, 1998) y las mayores tendencias registradas entre mujeres de consumir sustancias con otros y de ser inyectadas por otras personas (Connors, 1996).

La mayoría de las mujeres que usan drogas por vía inyectable, expresan la necesidad de ser inyectadas por otra persona, debido a que —como ellas refieren— tienen «venas más débiles» o carecen de «la habilidad» para lograr la inyección intravenosa. Lejos de ser solamente un problema anatómico o técnico, el análisis de esta práctica local que consiste en «ser inyectada por otro» hace posible reconocer una política-economía y una moral del cuidado que domina el tratamiento del cuerpo femenino en aquellas redes sociales en las que se consume drogas.

Centralizando el análisis en el cuerpo femenino y en las lesiones, marcas y cicatrices que la inyección produce, es posible revisar y ampliar la noción tradicional de daño asociada al uso de drogas hasta incluir las dimensiones morales, económicas y políticas que afectan la supervivencia de aquellas mujeres que pasan la

---

\* Antropóloga médica. Investigadora del CONYCEC-Argentina. Programa Antropología y Salud de la UBA. E-mail: epele@netverk.com.ar

mayor parte de su vida en las calles del Barrio Latino de San Francisco. Para aquellas mujeres que son usuarias de drogas, ser inyectada por otro es una práctica que les permite continuar con la inyección intravenosa, evitando entre otros daños, las marcas e infecciones producidas por la inyección intramuscular.

La identificación del sufrimiento que para estas mujeres implica el daño corporal resultante del uso intensivo inyectable de drogas y el conjunto de estrategias para reducirlo hacen posible el reconocimiento de una «anatomía moral», definida por las valoraciones adjudicadas a las diferentes formas que asume el proceso de inyección, las partes del cuerpo involucradas y los daños corporales concomitantes. Esta anatomía moral, sin embargo, no puede ser considerada como una particularidad cultural de este conjunto social, sino que las valoraciones que la componen reproducen las coordenadas del (auto)cuidado del cuerpo que prevalecen en las políticas de salud dominantes en los Estados Unidos (Crawford, 1994). En este sentido, el examen de la anatomía moral clarifica las limitaciones e inconsistencias que la tecnología del (auto)cuidado tiene en aquellos espacios sociales caracterizados por la exclusión y la ilegalidad.

Finalmente, «el ser inyectado por otro» como práctica relacional, incluye en su complejidad el análisis de las conflictivas relaciones de género que caracterizan las redes de usuarios de drogas. Por un lado, la demanda de ser inyectada expresa en su desarrollo la estructura patriarcal dominante en la ideología de la calle, las desigualdades y sujeciones a las que las mujeres se encuentran sometidas. Por otro lado, el rechazo a cualquier intervención de otro sobre el cuerpo propio, señala entre las usuarias las dimensiones de resistencia y disenso frente a las condiciones de sumisión de las mujeres en la economía de la calle, particularmente en lo relativo a estrategias de obtención y distribución de dinero y drogas (Rosenbaum, 1981; Maher, 2000). De este modo, el estudio de la práctica de inyección por otra persona permite reconstruir una de las paradojas que atraviesa la vida cotidiana de estas mujeres latinas cercadas por la marginalidad y la escasez de recursos. La demanda

y la práctica de ser inyectada, si bien está inscrita dentro de una estructura de la desigualdad de géneros, promueve una minimización del daño corporal (como abscesos, lesiones y cicatrices), el que directa o indirectamente afecta la posibilidad de obtener recursos a través de las precarias estrategias de subsistencia. Al contrario, el rechazo de esta intervención sobre el cuerpo propio como estrategia de resistencia, no sólo supone la aceleración del daño corporal por la extendida práctica de la inyección intramuscular, sino que somete a las mujeres a una vulnerabilidad global que influencia directa e indirectamente en el riesgo de adquirir VIH/sida y otras infecciones, en la posibilidad de lograr la subsistencia y en su progresiva exclusión de la red de intercambios.

En síntesis, el daño corporal asociado al uso de drogas por vía inyectable y las estrategias desarrolladas por las mujeres para prevenirlo o repararlo, no sólo tiene implicaciones para el sufrimiento físico y emocional de estas mujeres, sino también en la posibilidad misma de supervivencia diaria en las calles.

## LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es el resultado de una investigación llevada a cabo durante un período de dos años con una población constituida por activos consumidores de droga por vía inyectable en el distrito «La Misión» en San Francisco, California. El objetivo del estudio era determinar, a través de una metodología cualitativa, las condiciones de riesgo y las prácticas de cuidado respecto del VIH/sida en la vida cotidiana de consumidores de drogas, específicamente mujeres, que pertenecen a la Minoría Latina de los Estados Unidos. El distrito «La Misión» ha sido el tradicional Barrio Latino de San Francisco, cuya población solía pertenecer a la clase trabajadora. En este caso, como en otros, la calificación «Latino» encubre una diversidad étnica que incluye las siguientes categorías: Mexicanos, Mexicanos-Americanos, grupos minoritarios procedentes de América Central (Guatemala, El Salvador y Nicaragua) y de otros países Latinoamericanos.

La muestra considerada en este trabajo estuvo compuesta por 35 personas, 25 mujeres y 10 hombres; con la mitad de ellas, la relación continuó durante todo el desarrollo de la investigación. Todos los participantes usaban heroína por vía inyectable (ya sea de forma intramuscular o intravenosa) y cerca de la mitad consumía una combinación de heroína y cocaína (llamada *speedball*). Con respecto a las características étnicas de la red social establecida en esta área, la mayoría de las mujeres tienen sus raíces en México (68%), otras proceden de otros países de Latinoamérica (como Colombia y Ecuador) y de Puerto Rico. Mientras algunas de ellas han sufrido la migración internacional, otras pertenecen a la segunda generación, la que frecuentemente ha realizado migraciones internas dentro de los Estados Unidos.

El estudio estuvo focalizado en aquellas personas que viven prácticamente en la calle, aunque no se consideren a sí mismas como «sin techo». La mayoría de ellas obtiene sus recursos a través de actividades ilegales que tienen lugar en esta zona del vecindario. Entre las mujeres, el 52% era trabajadora sexual, el 16% vendedora de drogas y el 20% sobrevivía a partir de hurtos menores. El resto combinaba diversas estrategias para obtener la subsistencia diaria.

## DEMANDA, NECESIDAD Y CUIDADO: SER INYECTADA POR OTRO

Las prácticas de inyección de drogas, sus características y variaciones se han convertido en uno de los temas centrales en la investigación y prevención de la epidemia de VIH/sida. Estudios realizados desde una perspectiva crítica han promovido una mirada de la inyección de drogas como un complejo de prácticas co-determinado por procesos sociales, económicos y político-legales (Singer, 1998). Entre estos procesos encontramos: la escasez de recursos y la extrema marginalización social; las estrategias de subsistencia y las jerarquías que las mismas poseen en la cultura de la calle; las leyes que regulan tanto la venta como la posesión de sustancias ilegales y elementos

vinculados a la inyección; las sustancias que dominan el mercado ilegal de drogas y sus modificaciones; el nivel de institucionalización de los espacios de consumo; los patrones de consumo de sustancias que prevalecen en determinadas áreas geográficas y en ciertas minorías étnicas (Page, 1990; Page *et al.*, 1990; Wardorf *et al.*, 1990; Singer, Irizarry & Schenzul, 1991; Carlson, Siegal & Falck, 1994, 1996; Singer, Jia, Schenzul *et al.*, 1992; Singer, 1992; Koester, 1994, 1996; Bourgois, 1997, 1998). De modo general, estos estudios demuestran que las prácticas de inyección están sujetas, directa o indirectamente, a las tendencias que muestran los procesos sociales y políticos en la sociedad dominante.

Partiendo de esta perspectiva, el análisis de la práctica que consiste en «ser inyectado por otro» se inscribe dentro de la problemática de géneros, ya que si bien se lleva cabo tanto en hombres como en mujeres, entre éstas se ha registrado una tendencia más acentuada a desarrollar esta práctica (Connors, 1996; Bourgois, Lettiere & Quesada, 1997; Freidman, Curtis & Neaigus *et al.*, 1999). Esta participación de otros durante el proceso de consumo de drogas, es uno de los elementos que promueve una mayor probabilidad de que las mujeres adquieran el VIH, dado que, bajo estas condiciones, es más frecuente la transferencia o el uso compartido de jeringas. Sin embargo, mientras que la ayuda de otro durante el proceso de inyección está sin duda relacionada a la infección por VIH, esta relación no supone una causalidad lineal. Ser inyectada por otro promueve el uso compartido de jeringas. Pero, la situación inversa no es siempre el caso. El consumo de drogas con otra gente no supone disponer de ayuda alguna durante la inyección. Es decir, la posibilidad de adquisición del VIH existe aun cuando nadie ayude a inyectar al otro.

Durante el desarrollo del trabajo de campo, la complejidad implicada en esta simple práctica se transformó en un problema a resolver. En la red social de referencia, como en otras en las que se consume drogas, «ser inyectado por otra persona» es una práctica registrada tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, lo que se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres, es la expresión de la necesidad de ayuda durante la inyección.

La expresión de esta necesidad debe ser relacionada con las dificultades que las mujeres reportan en localizar las venas para realizar la inyección, el rechazo de la inyección en el músculo -debido a consecuencias como abscesos, lesiones y cicatrices- y la desvalorización que la ideología de la calle impone a aquellas mujeres que experimentan un progresivo deterioro corporal. A su vez, la necesidad de desarrollar esta práctica puede relacionarse con la posición subordinada que las mujeres ocupan en las jerarquías de la economía de la calle y con la importancia que un cuerpo o, al menos, una apariencia saludable, tiene para lograr su subsistencia diaria.

En síntesis, el problema puede presentarse de la siguiente forma: Mientras que la mayoría de las mujeres que consumen drogas por inyección expresan la necesidad de ayuda de otro durante el proceso de inyección, de hecho esta práctica no llega a ser tan extendida como la misma expresión de la necesidad, a menos que sea realizada como parte de un intercambio. Aun considerando que las estrategias precarias de subsistencia fuerzan a estas mujeres a asociarse con otros para la compra y el consumo de sustancias, sólo algunas pocas reportaron la disponibilidad de ayuda durante la inyección.

El punto de partida para analizar esta problemática consiste en considerar la ayuda durante el proceso de inyección de drogas como una estrategia que forma parte de un tratamiento particular del cuerpo femenino que domina en las redes sociales de consumo de drogas, específicamente aquellas caracterizadas por la escasez de recursos y extrema marginalización. Esta práctica local sobre el cuerpo puede ser considerada como parte de una micro-política en la cual las estrategias de poder de la sociedad dominante encuentran su expresión (Foucault, 1980; Dreyfus & Rabinow, 1982). La lógica que soporta esta ayuda durante la inyección, como práctica llevada a cabo sobre el cuerpo femenino, está vinculada con las relaciones de poder y las estrategias de subsistencia predominantes en las calles. Desde la ideología de la calle, la inyección en los brazos tiene una valoración diferente que en el cuello. Del mismo modo, no sólo la inyección intravenosa tiene una connotación moral diferente a la intramuscular, sino que no se

considera igual inyectarse a sí mismo que ser inyectado por otros. Sin embargo, es necesario destacar que estas valoraciones morales adjudicadas a las diversas prácticas de inyección y al daño corporal asociado no conforman un sistema uniforme y generalizado.

Lo que es claro, sin embargo, es que la inyección en el músculo deja marcas en el cuerpo. Aun cuando estas marcas no discriminan los géneros, el deterioro corporal que portan tiene consecuencias diferentes para las mujeres. Las lesiones, marcas y cicatrices se transforman en parte importante de procesos como la estigmatización, subordinación e incluso explotación a las que la mayoría de estas mujeres está expuesta diariamente.

Considerando el proceso de objetivación sufrido por las mujeres en la economía de la calle, el cuerpo femenino es transformado en un recurso mercantilizado, en un medio de obtención de otros recursos, es decir, un «objeto» que forma parte de diversas transacciones. Más aún, este cuerpo femenino se transforma en un lugar en el que el poder, el control y la violencia masculina son ejercidas (Irigaray, 1997).

En otras palabras, la demanda de ayuda durante el proceso de inyección puede ser relacionada con esta lógica de objetivación y de alienación del cuerpo femenino que domina en la cultura de la calle, la evaluación moral de la salud del cuerpo y la construcción del cuerpo femenino como un «capital» para obtener la subsistencia diaria (Epele, 2001). Aunque estos procesos no son exclusivos de este espacio social, su desarrollo bajo condiciones de marginalización afecta en forma directa a las estrategias de supervivencia (Carlson, 1996; Friedman, Jose, Stepherson *et al.*, 1998).

En las calles donde la subordinación de las mujeres es omnipresente, la mercantilización del cuerpo femenino no está restringida a aquellas mujeres que son trabajadoras sexuales. Las mujeres que subsisten a través del comercio de drogas, hurtos menores en tiendas o por medio de estrategias combinadas, también están sujetas a esta lógica. Consecuentemente, el cuerpo se transforma en un espacio en el que ellas sufren, denuncian y expresan las inconsistencias de ser

una mujer latina, dependiente de sustancias y cuya vida transcurre mayormente en las calles.

## LA ANATOMÍA MORAL

La parte del cuerpo en la que se realiza la inyección (ya sea el brazo, la pierna, el cuello o el pecho), la forma en que se administra (intravenosa o intramuscular), y sus consecuencias (infecciones, lesiones y cicatrices) figuran entre los principales problemas de salud cotidianos que narran las mujeres usuarias de drogas. Ellas explican la necesidad de ser ayudadas por otros durante la inyección con expresiones como: «para nosotras es más difícil encontrar la vena», o «nosotras tenemos venas más difíciles de ser localizadas» o «yo no tengo más venas». En otras palabras, ellas dan cuenta de su demanda de ayuda a través de algún tipo de particularidad anatómica femenina y/o por la carencia de habilidad para la administración de la inyección.

El conflicto entre la dificultad de lograr una inyección intravenosa y la necesidad de obtenerla, está amarrado a los valores adjudicados al cuerpo dentro de la ideología de la calle. A través de líneas imaginarias y reales, estas valoraciones segmentan y fragmentan el cuerpo en partes, configurando una suerte de anatomía. Estas diferenciaciones de prácticas de inyección y de las áreas del cuerpo implicadas no son neutrales, sino que portan connotaciones morales.

De este modo, la anatomía moral resultante hace del cuerpo un espacio en el que «el cuidado», la (auto) destrucción y la «buena» o «mala» inyección son expresadas. Aun cuando la violencia simbólica contenida en estas valoraciones afecta mujeres y hombres, las consecuencias más amplias y profundas son sufridas por las mujeres.

De acuerdo con esta anatomía moral, la inyección en las venas es mejor que aquella practicada en el músculo. Las mujeres entrevistadas explican esta preferencia a través de diversas razones: el efecto más intenso logrado a través de la inyección intravenosa, la mayor velocidad en que se logra y la menor posibilidad de desarrollar abscesos. Al contrario,

la inyección intramuscular es estigmatizada debido a su íntima conexión con infecciones y marcas en el cuerpo, especialmente aquellas inyecciones que toman lugar bajo condiciones no higiénicas (ver Herb, Watters, Case *et al.*, 1989; Spikerman *et al.*, 1996). Por lo tanto, la inyección en el músculo es evitada por su asociación con la falta de cuidado corporal, la escasez de recursos económicos y la «suciedad».

*-Dónde te inyectas?*

*-En mis brazos. No me gusta en el músculo. Solía hacerlo... pero tuve muchos abscesos. Otra vez puedo inyectarme en las venas, porque estoy usando sólo una vez al día. A algunas mujeres no les importa, ellas están enfermas, no limpian nada. Sus cuerpos no son para nada agradables. No tienen respeto por sí mismas. No les importa.*  
(Laura)

Aquellas mujeres que se inyectan sólo en las venas (20%) generalmente son jóvenes (entre 20 y 30 años) y con un promedio de seis años de consumo. Dentro de este grupo he podido registrar dos estrategias centrales de consumo. Algunas se inyectan en un lugar específico del cuerpo (por ejemplo en sus brazos) y luego de un período de tiempo, cuando comienzan a experimentar dificultades en llevarla a cabo, cambian por otra área (por ejemplo, en sus piernas, en el cuello, etc.). Otras, en cambio, varían constantemente las áreas de inyección, de modo tal que ninguna sea dañada completamente. Para éstas últimas, los lugares de inyección más frecuentes son los brazos, piernas, pies, cuello, mamas e incluso genitales.

*Yo me inyecto en diferentes lugares. Todo el tiempo estoy cambiando. A veces lo hago en mis piernas, en mis brazos o en el cuello. Uno debe cambiar de lugar, no puedes hacerlo siempre en el mismo, porque las venas explotan. Yo prefiero el cuello, porque me queda una marca parecida a una picadura.*  
(María)

Aun para aquellas mujeres que sólo practican la inyección en venas, las diferentes áreas del cuerpo asumen valores diferenciales. Ellas prefieren inyectarse en los brazos o en las piernas más que en los pies o mamas, aunque sólo dos de las mujeres entrevistadas tenían los brazos como áreas exclusivas de inyección.

Sin embargo, la mayoría de las mujeres se inyecta tanto en el músculo como en las venas de acuerdo a las circunstancias. Las que pertenecen a este grupo son mayores de treinta años y tienen un promedio de quince años de historia de consumo. Es en este grupo en el que tanto las dificultades en torno a la administración, como la necesidad de recibir ayuda durante la inyección y las consecuencias estigmatizantes de las valoraciones que he denominado como «anatomía moral», son problemas cotidianos.

Las explicaciones por las que ellas dan cuenta de las dificultades e inconvenientes respecto de la inyección son diversas y a veces contradictorias. Entre las más importantes encontramos: venas débiles, obesidad, extrema delgadez, propensión de las venas a hincharse y romperse, así como diferentes referencias a aspectos particulares de su historia de consumo. En las narrativas elaboradas por estas mujeres, la mayoría asume que estas dificultades son «naturales» para su género.

Sin embargo, es necesario destacar el espacio social en el que emergen estas preferencias, dificultades y explicaciones. Las condiciones de extrema marginalidad en las que viven determinan las características de las prácticas de inyección. Las condiciones precarias e inestables de vivienda las fuerzan a consumir en lugares como baños públicos, baños de cafeterías e incluso en callejones o sitios resguardados de las calles del vecindario. Debido a la escasez de recursos, no sólo a veces comparten jeringas u otros elementos necesarios en el proceso de consumo, sino que sufren la falta de provisión de agua potable y alcohol para desinfectar la piel.

*Ahora no estoy consumiendo mucho y por eso tengo venas. Pero también me inyecto en el músculo. Cuando estoy en la calle trabajando y no tengo ningún lugar donde ir, no lo puedo hacer bien. Odio los abscesos. El año pasado fui al hospital y ellos me abrieron el brazo (mostrando la cicatriz). Mira lo que me hicieron. No voy más al hospital. Cuando tengo un absceso me pongo algo caliente y nada más. (Mónica)*

Muchas mujeres pasan días en las calles antes de que puedan descansar e higienizarse en una habitación de los semi-destruidos hoteles

del Barrio Latino. Estas condiciones incrementan la posibilidad de adquisición de infecciones, aunque los problemas de salud causados por el consumo de drogas de forma intravenosa o intramuscular no se limitan a la superficie del cuerpo. Algunas de las mujeres han sufrido o sufren de endocarditis, infecciones internas y otros problemas cardíacos. Las pocas mujeres que pueden pagar una habitación de hotel o que comparten un departamento en el vecindario, pueden dedicar más tiempo a la inyección y llevarla a cabo bajo condiciones más higiénicas. Sólo dos de las mujeres concurrían a determinados sitios en el barrio frecuentados por usuarios de drogas donde se consume y obtiene elementos necesarios para la inyección (*shooting galleries*). Como Bourgois ha determinado, en San Francisco estos sitios tienen un menor nivel de institucionalización que en otras ciudades de los Estados Unidos (Bourgois, 1998).

La combinación entre la falta de disponibilidad de un lugar seguro donde inyectarse y la permanente amenaza de la policía restringe el tiempo que las mujeres tienen para localizar las venas. Sin embargo, la mayoría de ellas reconocieron los síntomas de abstinencia como otro factor que las fuerza a inyectarse en el músculo. Bajo los síntomas de abstinencia, no sólo se hace imposible postergar el consumo sino que se carece del «pulso» adecuado para llevar a cabo la inyección intravenosa.

*Es difícil para los que consumen desde hace mucho tiempo, como yo. A veces tarda una hora o más en encontrar la vena. Cuando tengo la malía (abstinencia) me inyecto en cualquier lugar. Yo sé que no es bueno, pero no puedo evitarlo. (Rosario)*

Una de las estrategias que hace posible proseguir con la inyección intravenosa consiste en la búsqueda de ayuda de otra persona en el proceso de administración. Esta ayuda puede ser brindada por parejas o compañeros, amigos, conocidos e incluso por personas que ofrecen este servicio como algo a intercambiar.

Finalmente, en un tercer grupo encontramos a aquellas mujeres que se inyectan exclusivamente en el músculo (28%) porque, como ellas explican, «no tienen más venas».



*No tengo más venas. Es duro. Ahora me estoy inyectando atrás (en las nalgas). Pero en cada lugar en el que me inyecto, me sale un nuevo absceso. Es difícil para mí mirarme en qué estado estoy, las cicatrices y mi cuerpo... destruido.* (Rosa)

La mayoría de las mujeres que se inyectan intramuscularmente son trabajadoras sexuales y acostumbran a inyectarse por sí mismas. Sin embargo, esta situación no implica que el consumo se realice de forma individual. Ocasionalmente ellas consumen con otros hombres y mujeres como resultado de los frecuentes intercambios de sexo por droga y debido a las circunstanciales asociaciones efectuadas para la compra de sustancias.

Si bien en las jerarquías de la economía ilegal de la calle las mujeres están posicionadas en un lugar subordinado, aquéllas que se inyectan intramuscularmente y no tienen «un hombre» que las proteja, sufren una mayor marginación y rechazo incluso por parte de los miembros de la misma red social. Este particular posicionamiento las ubica fuera del círculo de transacciones, específicamente fuera del circuito en el que es posible obtener la ayuda o el servicio de ser inyectada.

Considerando la complejidad implicada en las prácticas de inyección y consumo de sustancias ilegales, el conjunto de las valoraciones que hemos denominado anatomía moral no puede ser considerado como un fenómeno perteneciente a una suerte de «mundo de la droga». Al contrario, la mirada sobre el cuerpo femenino deteriorado por la inyección de sustancias respeta las coordenadas centradas de la moral relativa al cuidado del cuerpo de la sociedad dominante.

Es necesario considerar que en el contexto en el que fue desarrollada la investigación, las valuaciones morales no son absolutas sino que varían gradualmente entre dos extremos: el cuidado, expresado paradigmáticamente en la inyección intravenosa en el brazo, y la (auto) destrucción, representada por la inyección intramuscular en diferentes partes del cuerpo. En un sentido práctico, la necesidad expresada por las mujeres de que otra persona ayude en la administración de las sustancias, expresa la

intención de evitar la inyección intramuscular y, de este modo, eludir las consecuencias no sólo físicas sino también político-económicas que tiene esta práctica.

## DESIGUALDAD, AYUDA E INTERCAMBIO

La desigualdad de géneros representa de modo sintético las condiciones que las mujeres usuarias de droga deben enfrentar en su vida cotidiana. Aun cuando la subordinación, e incluso la explotación, es omnipresente, estas mujeres no asumen un posicionamiento pasivo. Ellas desarrollan diversas estrategias para reducir o evitar las situaciones violentas y para obtener la subsistencia diaria. Si la pasividad fuera el caso, «ser inyectada por otro» sería una expresión más de la subordinación en el ámbito del consumo de drogas. Aún más, debería ser una práctica desarrollada exclusivamente entre mujeres y por lo tanto tan dominante y extendida como lo es la desigualdad de géneros.

En las narrativas de estas mujeres, la ayuda en la inyección se presenta, en cambio, como un ideal buscado. En otras palabras, para lograr esta asistencia, se hace necesario desarrollar una estrategia.

Los contextos en los que es posible obtener ayuda son los siguientes: 1) entre parejas o matrimonios; 2) entre amigos o conocidos que compran y consumen drogas en conjunto; 3) con aquella gente reconocida dentro de la red social por su habilidad en administrar inyecciones.

En primer lugar, las parejas han sido definidas como personas de diferente sexo que comparten el tiempo, recursos y frecuentemente se inyectan juntos (Connors, 1996; Friedman, Curtis, Neaigus *et al.*, 1999). Estas relaciones son afectadas por el lugar subordinado que se adjudica a las mujeres en la ideología de la calle, las desigualdades en el acceso de los recursos (los que en su mayoría son provistos por las mujeres) y diferentes clases de violencia cotidiana. Dentro de las parejas, las transacciones son básicamente sobre recursos de subsistencia (dinero y droga),

un lugar donde vivir, incluso acerca de protección y respeto. Mientras las mujeres proveen la mayoría de los recursos, la protección y el respeto son bienes masculinos, que se convierten en indispensables para la supervivencia en las calles.

*-Yo tengo mi novio. Me inyecto sólo con él. No me gusta hacerlo con extraños o con gente que no conozco muy bien. (...) Las mujeres tenemos más problemas, porque no tenemos venas o, como me pasa a mí, las venas son muy débiles.*

*-¿Cómo te inyectas?*

*-Yo me inyecto sólo en las venas de este brazo. Mi novio me ayuda, cuando yo lo bago, se me hincha.*  
(Rita)

Sin embargo, aun en estas parejas, la ayuda no es una práctica regular. Sólo pocas mujeres afirmaron que contaban ocasionalmente con ayuda de su compañero. Cuando las mujeres explicaban la falta de ayuda por parte de ellos, decían que se debía al tiempo que lleva inyectar a otro y a las consecuencias del consumo de sustancias.

*-¿En dónde te estás inyectando?*

*-Donde puedo, porque no tengo más venas... en los pies, en el cuello. Ahora también lo bago en las mamas. Pero casi siempre me inyecto en el músculo. Las venas de mis brazos no funcionan más. Cuando no me puedo inyectar, me pongo a llorar, pero él [su novio] me deja sola. Le pido ayuda, pero cuando se inyecta se convierte en un pendejo. Lloro porque no lo puedo hacer sola.*

*A veces los hombres ayudan a las mujeres, pero cuando piensan que les va a llevar mucho tiempo, no quieren hacerlo. También algún amigo puede ayudarte. Pero generalmente hay que pagar por eso. Cuando empezamos a estar juntos, él me inyectaba primero. Ahora, él quiere ser el primero y me deja llorando. Por eso, terminé haciéndolo en el músculo.* (Verónica)

Por fuera de estas relaciones, la posibilidad de encontrar ayuda durante la inyección es aún más ocasional. En algunos casos, alguien ayuda a otro dentro de grupos de amigos o conocidos que compran y consumen juntos. Sin embargo, esta clase de ayuda es generalmente parte de una transacción. Por ejemplo, ser inyectado se intercambia por un lugar donde dormir o por compartir sustancias.

Otra estrategia de obtención de ayuda durante la inyección consiste en pagar a gente (hombres y mujeres) reconocida en la calles por su habilidad en encontrar e inyectar en las venas (ver Page, Chitwood, Smith *et al.*, 1990; Friedman, Curtis, Neaigus *et al.*, 1999). En este contexto, sólo aquellas mujeres que lograban obtener más recursos (12%), específicamente aquéllas que eran vendedoras de drogas en la calle o practicaban el hurto menor en tiendas, podían ocasionalmente pagar por este servicio.

Del mismo modo que las jeringas son un producto vendido en el mercado ilegal del vecindario, la ayuda durante la administración de la inyección se ha transformado en un producto sujeto a un sistema de transacciones. Mientras que las jeringas costaban alrededor de dos dólares, la ayuda en la inyección podía ser pagada de diferentes modos: drogas, dinero, e incluso en otra clase de bienes (por ejemplo, ropa). Sin embargo, la situación más frecuente implica dar o compartir drogas a cambio de ser inyectado.

## OBJETIVACIÓN, SUFRIMIENTO E IMAGEN CORPORAL

El dominio definido por cicatrices, lesiones, deterioro y cuidado ocupa un lugar central en las narraciones y referencias que estas mujeres realizan acerca de sus cuerpos. La encarnación como un proceso que integra las dualidades entre sujeto/objeto y yo/cuerpo (Csordas, 1990, 1994; Jackson 1994) son remplazadas en este contexto por una clara objetivación del cuerpo femenino. En una primera instancia, la objetivación es expresada en la manera en que ellas hablaban de su cuerpo, particularmente en la distancia desde la cual ellas describen sus experiencias corporales, incluso las que implican sufrimiento.

Sin embargo, una de las fundamentales causas en este proceso de objetivación es la mercantilización que el cuerpo femenino sufre en la economía de la calle. En este sentido, el cuerpo se transforma en una suerte de «capital» que define

el nivel de marginalidad experimentado por estas mujeres y la posibilidad de producción de recursos.

*Yo vivo vendiendo mi cuerpo. Es la única cosa que puedo hacer para pagar mi hábito. Pero yo necesito cubrir mi cuerpo, para evitar que mis clientes puedan darse cuenta que tengo marcas de inyectarme. Trato de inyectarme en lugares escondidos, pero tengo muchos abscesos y las cicatrices son grandes. Mis brazos están completamente dañados. (Carmen)*

La experiencia disociativa que estas mujeres sufren en su cotidianidad es sintetizada en la expresión «tener un cuerpo» y que es el resultado de diversas clases de violencia que plagan sus historias de vida. En primer lugar, se destaca la violencia estructural expresada en la imposibilidad de mantener una dieta saludable, un lugar donde vivir y adecuada vestimenta e higiene. En segundo lugar, la violencia física y sexual vinculada no sólo a la prostitución y al ámbito doméstico sino a la impredecible violencia callejera. En tercer lugar, la mayoría de las mujeres entrevistadas ha experimentado abusos físicos y/o sexuales durante la infancia, negligencia y abandono por parte de la familia de origen. Finalmente, en sus narrativas se incluyen las dos mayores consecuencias del proceso de migración en los Estados Unidos: la pobreza y discriminación.

Cada una de estas experiencias ha sido reconocida individualmente como situaciones traumáticas que promueven disociación y distancia de los sujetos para con su experiencia de corporeidad (Frazier, 1990; Thompson, Fullilove, Smith *et al.*, 1993; Winkler, 1994, Weissman & Brown, 1995). Consideradas todas al mismo tiempo, ellas dan cuenta de ciertos aspectos fundamentales que el proceso de objetivación del cuerpo femenino asume en las calles.

En su análisis acerca del vínculo entre la abstinencia a las drogas y las prácticas de riesgo, Connors (1994) ha mostrado cómo los síntomas de abstinencia pueden ser considerados como una expresión legitimizada del dolor emocional a través del cuerpo (Kleinman & Kleinman 1991; Kleinman, 1992; Clatts, Davis, Deren *et al.*, 1994). En el caso de las lesiones y cicatrices, que son el producto de infecciones y abscesos, es posible

reconocer una similaridad. Sin embargo, en este caso, al dolor emocional y físico unificado en la experiencia física del deterioro corporal, es necesario agregar una carga moral que afecta directamente la posibilidad de obtener la subsistencia diaria.

Aun cuando la objetivación y la distancia para con las propias experiencias corporales se convierten en una estrategia por la que las usuarias logran minimizar no sólo el sufrimiento sino el dolor que experimentan en su vida cotidiana, ésta no es eficaz respecto de una de las formas en las que el deterioro físico produce sufrimiento emocional. Estoy haciendo referencia a la imagen corporal (Scheper-Hughes & Lock 1987; Fisher, 1986). En las narrativas de estas mujeres es frecuente encontrar alusiones a sentimientos de suciedad y (auto)destrucción amarradas con la descripción del estado de sus cuerpos.

*Yo no visito más a mis hijas. Mi hermana no quiere, pero yo tampoco. No quiero que ellas me vean así, como estoy ahora. Le di a mi hermana fotos mías, fotos del pasado, cuando yo no tenía esta vida tan viciosa que tengo ahora. Yo no quiero que sientan tristeza por mi culpa. Yo estoy así, muy flaca, con esta cara y este cabello. Esta apariencia me mantiene alejada de ellas. (Carmen)*

Si bien el peso, el cabello y las lesiones faciales son también indicadores del deterioro, estos aspectos vinculados a la apariencia son considerados como rasgos reversibles, reparables con suficiente tiempo. En cambio, las lesiones producidas por la inyección se convierten en signos físicos y metafóricos del nivel de deterioro irreversible que han alcanzado. Esta irreversibilidad del daño corporal se transforma en una de las barreras que restringe la posibilidad de que estas mujeres puedan esperar o desarrollar un cambio en sus vidas.

La producción de imágenes corporales está sujeta a la anatomía moral definida anteriormente. Específicamente bajo la forma de violencia simbólica contenida en calificativos como «deterioro» y «suciedad», y la culpa resultante de la falla e incompetencia en el cuidado de sus cuerpos. En este contexto, deterioro significa (auto) destrucción y suciedad. Una suciedad imposible de limpiar, que mantiene a

estas mujeres alejadas de todo contacto con parientes, médicos y otros representantes de la sociedad dominante.

*- Mi madre me dijo que le dé las nenas, antes que la policía me agarre con drogas u otra cosa (...) Mi hija me escribe cartas y yo también. Ella me dice: Mamá, quiero estar con usted y me pregunta: ¿Cuándo va a venir a visitarnos?. Pero yo no quiero estar allá.*

*-¿Por qué?*

*-Porque, aun cuando tomo un baño diariamente, me siento sucia. Me siento demasiada basura para estar con ellas. Acá en la calle, tocando drogas y dinero sucio, y después estando con tus hijas, me siento como una pinche basura. No quiero ni siquiera tocarlas. (Nancy)*

De este modo, en este espacio social donde aparentemente el descontrol prevalece y donde el cuidado de la salud pareciera ausente, a través de la anatomía moral, el (auto) control y (auto) cuidado toman la forma de sufrimiento corporal y se transforman en el motor principal de la culpa y la vergüenza, que funcionan como una suerte de sujeción interna, las que complementando la subordinación, ubican a las usuarias en una situación de difícil resolución.

## DETERIORO, DESTRUCCIÓN Y SUPERVIVENCIA

Como hemos dicho anteriormente, mientras que el deterioro corporal resultante del consumo de drogas no discrimina géneros, su presencia tiene consecuencias más profundas entre las mujeres. Por ello, la lectura moral del daño tiene múltiples ramificaciones en las precarias e inciertas estrategias de supervivencia de estas mujeres.

Entre aquéllas que son trabajadoras sexuales, el deterioro corporal afecta directa y negativamente los valores de las transacciones (específicamente en los intercambios de sexo por dinero y/o droga). La reducción de los valores de las transacciones transforma la cotidiana desigualdad de géneros en explotación, en situaciones de abuso físico o sexual e incluso en

muerte. Este es el caso de las mujeres que son calificadas por otros miembros de la red social como «muy usadas» o «perdidas». Excluidas de las transacciones que conforman la economía de la calle, ellas sólo pueden obtener drogas pidiendo. Por otro lado, aquéllas que son más jóvenes, con una corta historia de consumo, tienen la posibilidad de obtener más cantidades de droga y dinero. Ese es el caso de Patricia.

*Todo el tiempo los vendedores de drogas (de crack) me ofrecen dinero o drogas si yo paso algún tiempo con ellos. Otros quieren ser mis novios, y me dicen que quieren cuidarme. Cuando tengo la malía, a veces lo hago, pero yo no quiero ser una prostituta. Prefiero ayudar a mi novio vendiendo drogas.*

Además, el deterioro corporal reduce la posibilidad de encontrar compañeros y de participar en el sistema de transacciones de respeto, crédito, alianzas de compra y venta, como también de conseguir ayuda durante la inyección. Aunque las mujeres consumidoras de drogas estén posicionadas en un lugar subordinado, estas transacciones –las que alegóricamente reproducen las del sistema capitalista– son los medios por los cuales ellas pueden continuar con su subsistencia precaria en las calles.

Debido al impacto que el deterioro corporal tiene en las estrategias de supervivencia, la necesidad de ser inyectada señala la existencia, en la cotidianidad de las usuarias, de otro nivel de sufrimiento: el de estar atrapadas en un círculo vicioso que instala un progresivo e irremediable deterioro de los valores de sus transacciones. Aun cuando la inyección de drogas no es la única causa productora del deterioro y ser inyectada por otro no puede detener este proceso indefinidamente, para estas mujeres esta práctica es vista como una estrategia preventiva para con el deterioro corporal.

En síntesis, el daño corporal promueve una vulnerabilidad global que involucra lo siguiente: la producción de recursos, el nivel de marginalización, el modo de valorarse a sí mismas a través de la imagen corporal e incluso la posibilidad de adquirir el VIH y otras infecciones. Resistiendo a ser posicionadas en el estereotipo de tener un compañero, sólo unas pocas mujeres no quieren ser inyectadas por otros. En estos

casos, ellas están solas y acostumbran inyectarse a sí mismas en los músculos. A través de la defensa de la «propiedad» de su cuerpo y de los recursos que obtienen, muestran un nivel de autonomía desconocido por otras. Sin embargo, se convierten en el objeto de críticas y segregación aun por los mismos miembros de la red social. Ellas no sólo se inyectan bajo condiciones más riesgosas, sino que están más expuestas a las situaciones de violencia cotidiana que domina en esta parte del vecindario.

## PALABRAS FINALES

Entre la subordinación y la resistencia emergen las voces de las mujeres usuarias de drogas que, perteneciendo a la minoría latina, ven transcurrir su vida en las calles del Barrio Latino de San Francisco. Sus demandas, necesidades y frustraciones respecto a la ayuda durante la inyección, abren la discusión acerca del alcance y las consecuencias de los múltiples daños que tiene el uso de drogas por vía inyectable bajo condiciones de marginalidad extrema. Materializado en el progresivo deterioro corporal y particularmente en las lesiones, abscesos y

cicatrices resultantes de la inyección intensiva, la noción de daño se ve ampliada al incluir dimensiones morales, económicas y políticas de la vida cotidiana. Simultáneamente, las inconsistencias, contradicciones y consecuencias del (auto) cuidado, son expresadas en las dificultades de lograr ayuda durante la inyección para proseguir con la inyección intravenosa y prevenir el deterioro corporal, aun cuando dicha ayuda aumenta la probabilidad del uso compartido de jeringas y por lo tanto de infección por VIH. Sin embargo, es en estas dificultades que implica la práctica de ser inyectada por otro, donde se despliegan tanto los conflictos de género, la desigualdad en la obtención y distribución de recursos, como la subordinación y la resistencia a la sumisión de las mujeres en la economía de la calle. El sufrimiento asociado al deterioro corporal y la progresiva objetivación como estrategia defensiva frente al dolor experimentado, se ubica en el centro mismo de la paradoja que la práctica de ser inyectada expresa. Mostrando la compleja interacción entre deterioro corporal, prácticas de inyección, estrategias de supervivencia, relaciones de poder y desigualdad de géneros en la economía de la calle, esta paradoja que compromete al cuerpo femenino señala cómo las usuarias de drogas se encuentran sujetas a una vulnerabilidad global que compromete directa o indirectamente su supervivencia diaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bourgois, P., Lettiere, M., & Quesada, J. (1997). Social Misery and the Sanctions of Substance Abuse: Confronting HIV Risk Among Homeless Heroin Addicts in San Francisco. *Social Problems*, 44 (2): 155-172.
- Bourgois, P. (1998). The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts: Confronting Ethnography, HIV Risk, and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments. *Substance Use & Misuse*, 33(11): 2323-2351.
- Carlson, R., Siegal, H., Wang, J. & Falck, R. (1996). Attitudes toward Needle 'Sharing' among Injection Drug Users: Combining Qualitative and Quantitative Research Methods. *Human Organization*, 55(3): 361-369.
- Carlson, R., Siegal, H. & Falck, R. (1994). Ethnography, Epidemiology, and Public Policy: Needle-Use Practices and HIV-1 Risk Reduction among Injecting Drug Users in the Midwest. En: Feldman, D. (Ed.). *Global Aids Policy*. Westport: Bergin & Garvey.
- Carlson, R. (1996). Political Economy of Aids among Drug Users in the United States. Beyond Blaming the Victim or Powerful Others. *American Anthropologist*, 98(2): 266-278.

- Clatts, M., Davis, W., Deren, S., Goldsmith, D. & Tortu, S. (1994). Aids Risk Behavior among Drug Injectors in New York City: Critical Gaps in Prevention Policy. En: Feldman, D. (Ed.). *Global Aids Policy*. Westport: Bergin & Garvey.
- Connors, M. (1994). Stories of Pain and the Problem of Aids Prevention: injection Drug Withdrawal and Its Effect on Risk Behavior. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1): 47-68.
- \_\_\_\_\_ (1996). Sex, Drugs and Structural Violence. Unraveling the Epidemic Among Poor Women in the United States. En Farmer, P., Connors, M. & Simmons, J. (Eds.). *Women, Poverty and Aids. Sex, Drugs and Structural Violence*. Monroe: Common Courage Press.
- Crawford, R. (1994). The Boundaries of the Self and the Unhealthy Other: Reflections on Health, Culture and Aids. *Social Science and Medicine*, 38(10): 1347-1365.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18: 5-47.
- \_\_\_\_\_ (1994). Introduction: the body as representation and being-in-the world. En: Csordas, T. (Ed.). *Embodiment and Experience*. Cambridge: University Press.
- Dreyfus, H. & Rabinow, P. (1982). *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago: University of California Press.
- Epele, M. (2001). Excess, Scarcity and Desire among Drug-Using Sex Workers. *Body & Society*, (2-3): 161-179.
- Fee, E. & Krieger, N. (1993). Understanding AIDS: Historical Interpretations and the Limits of Biomedical Individualism. *American Journal of Public Health*, 83(10): 1477- 1485.
- Fisher, S. (1986). *Development and Structure of the Body Image*. New York: Erlbaum Associates.
- Foucault, M. (1980) *History of the Sexuality*, Vol. 1. An Introduction. New York: Vintage.
- Frank, A. (1991). For a Sociology of the Body: and Analytical Review. En: Featherstone, M., Hepworth, M., & Turner, B. *The Body. Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications.
- Frazier, P. (1990). Victim Attributions and Post-Rape Trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 156-79.
- Friedman, S., Jose, B., Stepherson, B., Neaigws, A., Goldstein, M., Mota, P., Curtis, R. & Idelfonso, G. (1997). Multiple Racial/Ethnic Subordination and HIV among Drug Injectors. En: Singer, D. (Ed.). *The Political Economy of AIDS*. New York: Baywood Publishing, pp. 105-127.
- Singer, D., Curtis, R., Neaigus, A., Jose, B. & Des Jarlais, D. (1999). The Drug Scene and Risk Behaviors in Bushwic. En: *Social Networks, Drug Injectors' Lives, and HIV/AIDS*. New York: Kluwer Academic.
- Goldstein, N & Marlowe, J. (Eds.) (1998). *The Gender Politics of HIV/AIDS in Women. Perspectives on the Pandemic in United States*. New York: University Press.
- Herb, F., Watters, J., Case, P. & Pettiti, D. (1989). «Endocarditis, subcutaneous abscesses, and other bacterial infections in intravenous drugs users and their association with skin-cleaning at drug injection sites». Abstract Th. D.O.4. 5 the International Conference of AIDS, Montreal, Canada.
- Irigaray, L. (1997) Women on the Market. En: Schrift, A. (Ed.) *The Logic of the Gift*. New York: Routledge.
- Jackson, J. (1994). Chronic Pain and the Tension between the body as subject and object. En: Csordas, T. (Ed.). *Embodiment and experience*. Cambridge: University Press.
- Kleinman, A. & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture Medicine and Psychiatry*, 15: 275-301.
- Kleinman, A. (1992). Pain and Resistance: The Delegitimization and Relegitimization of Local Worlds. En: Del Vecchio-Good, M., Browdin, Good, B., Kleinman, A. (Eds). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. California: University of California Press.
- Koester, S. (1994). Copping, Running, and Paraphernalia Laws: Contextual Variables and Needle Risk Behavior among Injection Drug Users in Denver. *Human Organization*, 53(3): 287-295.
- \_\_\_\_\_ (1996). The process of drug injection: Applying ethnography to the study of HIV risk among IDUs. In Rhodes, T. & Hartnoll, R. (Eds.) *Aids, Drugs and Prevention: Perspectives on Individual and Community Action*. London: Routledge.

- Maher, L. (2000). *Sexed Work. Gender, Race and Resistance in A Brooklyn Drug Market*. New York: Oxford University Press.
- Page, J. (1990). Shooting Scenarios and Risk of HIV-1 infection. *Am. Behav. Scient.*, 33: 478-490.
- Page, J., Chitwood, D., Smith, P., Kane, N. & Mc Bride, D. (1990). Intravenous Drug Use and HIV infection in Miami. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(4): 56-71.
- Rockwell, R., Friedman, S., Sotheman, J. & Des Jarlais, D. (1998). Medical Access for Injecting Drug Users. En: Singer, M. (Ed.). *The Political Economy of AIDS*. New York: Baywood Publishing.
- Rosenbaum, M. (1981). *Women on Heroin*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Scheper-Hughes N. and M. Lock (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 6-41.
- Singer, M., Irizarry, R. & Schensul, J. (1991). Needle Access as an Aids Prevention Strategy for IV Drug Users: A research Perspective. *Human Organization*, 50(2): 142-153.
- Singer, M., Jia, Z., Schensul, J., Weeks, M. & Page, B. (1992). AIDS and the IV Drug Users: The Local Context in Prevention Efforts. *Medical Anthropology*, 14: 285-306.
- Singer, M. (1992). Confronting the Aids epidemic among IV drug users: Does Ethnic culture matter. *Aids Education and Prevention*, 3: 258-283.
- \_\_\_\_\_ (1994). Aids and the Health Crisis of the U.S. Urban Poor. The Perspective of Critical Medical Anthropology. *Social Science & Medicine*, 39(7): 931-948.
- \_\_\_\_\_ (1998). Forging a Political Economy of AIDS. En: Singer, M. (Ed.) *The Political Economy of AIDS*. New York: Baywood Publishing.
- Spikerman, I., van Ameijden, E., Mientejes, G., Coutinho, R. & van den Hoek, A. (1996). Human Immunodeficiency Virus Infection and Other Risk Factors for Skin Abscesses and Endocarditis among Injection Drug Users. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(10): 1149-1154.
- Thompson, M., Fullilove, R., Smith, M., Winkler, K., Michael, C., Panzer, P. & Wallace, R. (1993). Violence, Trauma, and Post-Traumatic Stress Disorder Among Women Drug User. *Journal of Traumatic Stress*, 6 (4): 533-542.
- Tortu, S., Mc Coy, H., Beardsley, M., Deren, S. & Mc Coy, C. (1998). Predictors of HIV Infection Among Women Drug Users in New York and Miami. *Women & Health*, 27(1/2): 191-204.
- Warldorf, D., Reinerman C., & S. Murphy (1990). Needle Sharing, Shooting Galleries, and AIDS risk among intravenous drug users in San Francisco: Criminal Justice and Public Health Policy. *Crim. Justice Policy Rev.*, 3(4): 391-406.
- Weeks, M., Grier, M., Romero-Daza, M., Puglisi Vasquez R., & Singer, M. (1998). Streets, Drugs and the Economy of Sex in the Age of AIDS. *Women & Health*, 27 (1/2): 205-229.
- Weissman, G. & Brown V. (1995). Drug Using Women and HIV. En: O'Leary, A. & Jemnoth, L. (Eds.). *Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS*. New York: Plenum Press.
- Weminger, K. & Heiman, J. (1998). Relating Body Image and to Psychological and Sexual Functioning in Child Abuse Survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3): 543-562.
- Winkler, C. (1994). Rape trauma: contexts of meaning. En: Csordas, T. (Ed.). *Embodiment and Experience*. Cambridge: University Press.





# INVESTIGACIÓN RECIENTE SOBRE SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA DE LAS/ LOS ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA: QUÉ HEMOS ALCANZADO, QUÉ FALTA HACER, CUÁLES SON NUESTRAS FALENCIAS

*Edith Alejandra Pantéldes \* • Hernán Manzelli \*\**

Hace ya más de dos décadas, en los países centrales -especialmente en Estados Unidos- cunde la alarma sobre el aumento<sup>1</sup> de la fecundidad adolescente, y las ciencias sociales de esos países responden con un incremento masivo de la investigación sobre el tema. La preocupación llega a los investigadores de nuestra región casi una década más tarde, y es el motor inicial que estimula la investigación sobre la fecundidad o el embarazo en la adolescencia, la misma que luego se extenderá a otros aspectos de la salud reproductiva y la sexualidad de nuestros jóvenes<sup>2</sup>.

Este trabajo tiene como propósito hacer una revisión de aquello que ha sido y no ha sido investigado sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva de los<sup>3</sup> adolescentes en América Latina. Nos interesa registrar la cobertura temática, los grupos o estratos sociales y las metodologías más frecuentes, para a partir de allí señalar los déficit y lagunas en el conocimiento.

Para ello hemos hecho una revisión de la literatura desde 1990 al presente, poniendo el acento en aquella que refleja investigación hecha por los autores de las publicaciones o que relata investigación realizada por otros no localizada en su forma original (ver anexo). Sería presuntuoso -y hasta tonto- suponer que la revisión emprendida ha sido exhaustiva y, por tanto, que nuestros señalamientos son completamente adecuados. En realidad, esperamos que esta revisión provea las bases para una discusión e invite a otras personas a agregar, quitar y corregir nuestras (necesariamente tentativas) conclusiones.

\* Socióloga. Investigadora del CONYCET y del Centro de Estudios de Población - CENEP, Buenos Aires, Argentina. E-mail: [cap@cenep.org.ar](mailto:cap@cenep.org.ar)

\*\* Sociólogo, becario de postgrado del CONYCET en el CENEP, Buenos Aires, Argentina. E-mail: [hernan@cenep.org.ar](mailto:hernan@cenep.org.ar)

<sup>1</sup> El aumento de la fecundidad adolescente no ha sido tal en la mayoría de los casos; el aumento de la preocupación por la fecundidad adolescente puede atribuirse a otros factores que no es del caso tratar aquí (respecto a Estados Unidos, ver por ejemplo Luker, 1997: 8-9).

<sup>2</sup> En este artículo utilizamos como sinónimos adolescentes y jóvenes. Las edades implicadas en la definición de estas categorías son las que cada autor utilizó en su investigación.

<sup>3</sup> De aquí en adelante utilizaremos el masculino como genérico para indicar ambos sexos.

## COBERTURA TEMÁTICA

De la lectura del material revisado surgen reiteradamente algunos temas: la iniciación sexual; el embarazo en la adolescencia; el conocimiento y uso de anticonceptivos; y las conductas sexuales.

La iniciación sexual es un tema que aparece en la mayoría de investigaciones. Respecto a ella, se recaba siempre información sobre edad a la que ocurrió, y con frecuencia también edad de la pareja, relación que la une a ella y toma de cuidados anticonceptivos. En algunas investigaciones se inquiriere sobre otras circunstancias que rodean la iniciación, tales como lugar en que sucedió y motivo (amor, deseo, presión de la pareja o de los pares, etc.) y si la relación fue planeada o no. En algunos trabajos se incorpora el tema del sexo de la pareja con quien se tuvo la primera relación, una clara señal de que se comienza a visibilizar la posibilidad de que la iniciación sexual no sea con personas del sexo opuesto. Desde otra perspectiva, la iniciación sexual aparece en muchas investigaciones que estudian los factores culturales y psicosociales del comportamiento sexual como un espacio privilegiado para explorar las representaciones que tienen los adolescentes sobre el género y la manera en que éstas influyen en la constitución de su identidad.

Un segundo tema investigado con frecuencia es el embarazo adolescente, generalmente preguntándolo a las adolescentes mismas. En algunas investigaciones, se pide información retrospectiva a mujeres que ya han pasado esta etapa. La pregunta sobre embarazos durante la adolescencia —propia o de la pareja— ha sido hecha, aunque infrecuentemente, también a varones.

El tercer tema que está presente en la amplia mayoría de investigaciones con adolescentes es el conocimiento y uso de anticonceptivos. Ya mencionamos que este último asunto aparece con mucha frecuencia con relación a la iniciación sexual, pero también ha sido investigado «en abstracto», es decir, sin referencia a un acontecimiento en particular. Respecto al conocimiento de anticonceptivos, se suele diseñar el instrumento de manera que permita obtener una respuesta espontánea (métodos que menciona

sin que sean enumerados por el entrevistador) y un reconocimiento (métodos que dice conocer luego que el entrevistador se los menciona). El uso de anticonceptivos suele tener alguna referencia temporal a una relación sexual determinada, generalmente la inicial o la última. Un aspecto al que se le ha prestado bastante atención es el referido a las fuentes de información de los adolescentes sobre la utilización de anticonceptivos.

Un cuarto tema que aparece en gran parte del material analizado es el de las conductas sexuales de los adolescentes. Se suele analizar características como frecuencia de las relaciones sexuales, sexo del compañero sexual, reconocimiento (o negación) de los derechos sexuales del compañero y otras relacionadas con el encuentro sexual. También en este punto se estudian las fuentes de conocimiento y de transmisión de valores con respecto a la sexualidad.

## CATEGORÍAS SOCIALES ESTUDIADAS

La amplia mayoría de las investigaciones ha tenido como sujetos a las mujeres adolescentes. Aunque la literatura sobre los varones de esas edades ha crecido en los últimos años, está lejos de alcanzar el volumen de la investigación con mujeres. Estas mujeres pertenecen, en su mayoría, a los estratos más pobres de la población. Aunque en menor medida, existe investigación sobre adolescentes escolarizados, sin una definición explícita de clase social en los objetivos del estudio.

Por motivos de proximidad con las principales instituciones de investigación, por costos y por el hecho de concentrar una proporción importante de la población, prácticamente toda la investigación sobre salud reproductiva adolescente se ha realizado en áreas urbanas, especialmente las de mayor tamaño y/o la ciudad capital del país.

De la revisión, quedan al descubierto lagunas en el conocimiento sobre otras categorías sociales. En primer lugar, es poco lo que se sabe

## MÉTODOS Y TÉCNICAS

sobre los conocimientos, actitudes, percepciones y conductas de los adolescentes de clase media, aunque éstos están incluidos –o constituyen la mayoría- en los estudios con jóvenes escolarizados.

Otro de los grupos sobre los que falta información es el de adolescentes no escolarizados, a los que es difícil acceder porque no se concentran generalmente en lugares fijos. Nos parece particularmente promisoría la comparación entre escolarizados y no escolarizados, en vista de los hallazgos sobre la relación entre educación y diversos aspectos de la salud reproductiva, que resumimos más adelante.

La investigación con adolescentes residentes en áreas rurales es casi inexistente. Si bien la población rural tiene ya poco peso en la mayoría de los países de la región, en otros sigue siendo importante. Además, el aporte de los adolescentes rurales a la fecundidad adolescente es mayor que su peso en la población adolescente, debido a que tienen hijos a tasas mayores y a que suelen iniciarse sexualmente más temprano y con menor cuidado anticonceptivo. Son contados los estudios que tienen como sujetos a los adolescentes indígenas. La salud reproductiva de los adolescentes de áreas urbanas menores tampoco ha sido estudiada.

Párrafo aparte merecen los adolescentes varones. En los últimos años aparecen con mayor frecuencia como sujeto de estudios junto a las mujeres o solos, y ya comienza a acumularse un cuerpo de conocimientos importante. Sin embargo, el volumen y calidad de lo que sabemos sobre ellos están todavía muy lejos del conocimiento que poseemos sobre las jóvenes mujeres.

Aunque la información disponible parece indicar que se trata de un grupo minoritario, las investigaciones sobre adolescentes han ignorado hasta hace muy poco a la población con conductas sexuales alternativas a la heterosexualidad. Esta población es el sujeto de muchos estudios sobre la masculinidad y sus formas, en general estudios que no enfocan en la salud sexual y cuya población es adulta. Las mujeres homosexuales prácticamente no han sido sujeto de investigación.

Las metodologías cualitativas -grupos focales, entrevistas en profundidad o semiestructuradas- son las más utilizadas. Los motivos que llevan a preferir este tipo de técnicas –más allá de su adecuación al diseño exploratorio de los estudios- tienen que ver en parte con los costos que implicaría un trabajo de campo de gran tamaño, raramente cubiertos por la financiación disponible. También influye la incorporación, en el campo de investigación en salud reproductiva, de profesionales de disciplinas que utilizan casi exclusivamente métodos cualitativos, tales como los antropólogos. Por otra parte, ha influido la difusión de una postura ideológica que sostiene que la aproximación cualitativa es la única posible y la –equivocada- sensación de que este tipo de metodología es más accesible («más fácil») y al alcance incluso de personas no entrenadas. Los resultados han sido dispares.

Dentro del campo de las metodologías cualitativas, aparece en varios de los trabajos analizados la llamada investigación-acción como técnica de investigación y de intervención social al mismo tiempo. Generalmente aparece ligada a técnicas más tradicionales como las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión, pero incluye un componente de intervención que suele tener como campo de acción a pequeñas comunidades.

También son frecuentes las encuestas a muestras intencionales –de pequeño o mediano tamaño- de adolescentes, a menudo realizadas con poblaciones «cautivas» de jóvenes que concurren a determinado tipo de servicios médicos, escuelas u otros lugares de concentración o que viven en asentamientos precarios, a los que el investigador logra acceso muchas veces a través de contactos personales. Otras veces se utiliza la técnica de «bola de nieve» para ubicar a los sujetos del estudio. Las encuestas a muestras intencionales no son siempre las más adecuadas a los objetivos de la investigación, pero se aceptan como el mal menor ante la imposibilidad –generalmente de índole económica- de encarar trabajos de campo de mayor envergadura.

Otras técnicas, tanto cualitativas como cuantitativas, han sido escasamente utilizadas.

Podemos mencionar aquí la observación, las historias de vida, el análisis de textos y las técnicas proyectivas. Tampoco se registran estudios longitudinales (de seguimiento o panel), que pueden proveer información de gran riqueza, pero requieren de estabilidad institucional y financiación a largo plazo, elementos escasos en nuestro medio en que las instituciones aparecen y desaparecen, en que los investigadores deben cambiar con frecuencia de filiación y en que los fondos disponibles son casi siempre de corto plazo.

La técnica de encuestas por muestreo al azar ha sido también poco utilizada en la región, si se exceptúan las encuestas con cuestionarios estandarizados elaboradas en los países centrales, como la Encuesta Mundial de Fecundidad y las Encuestas de Demografía y Salud. Sin embargo, proveen información de base de gran utilidad para programas y políticas, además de ofrecer información de más fácil comprensión para los responsables de dichos programas y políticas.

Los datos secundarios han sido poco analizados, pese al bajo costo que implica su utilización. Así, hay información sin explotar en los censos, las estadísticas vitales, las grandes encuestas antes mencionadas y otras como las de salud reproductiva en adultos jóvenes<sup>4</sup>, y quizás también en bases de datos recogidos para otros fines pero que incluyen alguna información sobre salud reproductiva.

La triangulación metodológica (la relación entre resultados de análisis obtenidos mediante diversas técnicas dentro de una misma metodología o de técnicas cuantitativas y cualitativas para un mismo problema de investigación) es bastante poco empleada. Posiblemente influye el que haya sido hasta ahora un método poco convencional para el análisis de datos y que suele requerir un trabajo colaborativo entre investigadores de distintas formaciones profesionales.

Por último, queremos señalar algunas falencias metodológicas halladas en nuestra

revisión. En primer lugar, el análisis de la información cualitativa es a menudo entendido como una simple colección de citas textuales de lo dicho por los entrevistados o participantes de los grupos focales, con alguna sistematización y/o algún comentario agregado. En el otro extremo se encuentran estudios que calculan medidas estadísticas en base a información cualitativa que no se presta para ello.

También respecto a la información cualitativa, pocas veces se encuentra la justificación de los tamaños y características de las muestras, y de la cantidad y características de los grupos focales. Este bien puede ser un problema en la forma de redactar los informes y no en los procedimientos metodológicos, pero la falta de explicitación no permite desentrañarlo.

La información cuantitativa es a veces presentada para «los adolescentes», mujeres y varones sumados. No se nos ocurre ningún tipo de actitud, percepción o conducta, en el área de salud reproductiva, en que la suma de varones más mujeres pueda tener significado. Tampoco parece que puedan diseñarse políticas de salud reproductiva para «los adolescentes».

Del mismo modo, a veces la información relativa a eventos que tienen muy distinta significación/importancia/impacto según la edad a la que ocurren, se presentan para la suma de todas las edades de la adolescencia. Ello es más grave en contextos en los que ha habido un cambio rápido en las conductas sexuales, por lo que los adolescentes más jóvenes están siguiendo pautas diferentes de las que siguen y siguieron los de mayor edad. Un ejemplo clásico es, por supuesto, el embarazo. Este ejemplo nos sirve para señalar otro problema, quizás menos frecuente: la falta de distinción según el estado conyugal del adolescente, que puede otorgarle significados diferentes.

El análisis de los datos cuantitativos a veces consiste en una enumeración estilo «encuesta de votantes», del tipo «las respuestas xxx se

<sup>4</sup> Coordinadas por Leo Morris, del Center for Disease Control de los Estados Unidos.

encontraron con mayor frecuencia en las mujeres, en los de 15 a 16 años y en los residentes de áreas urbanas de tamaño medio». Esta forma de exposición le quita al usuario o lector de la investigación la posibilidad de acceder a la totalidad de los resultados y juzgar si otras categorías son importantes o, simplemente, de su interés. También denota que no se ha ido más allá de un análisis de frecuencias simples, univariado.

Hemos encontrado comparaciones que no tienen en cuenta diferencias en la forma de medir ciertos fenómenos. Así, por ejemplo, se compara edades medias a la iniciación sexual o porcentajes de iniciados registrados en distintas investigaciones y que han sido calculados para grupos de edades diferentes o para contextos con estructuras por edad diferentes.

Si bien la triangulación metodológica es un herramienta útil porque puede estimular la creación de métodos inventivos y nuevas maneras de aproximarse a un problema de investigación, es necesario tener en cuenta lo complejo de su utilización. Algunas investigaciones que utilizan este tipo de abordaje no prestan la suficiente atención a las diferentes lógicas de análisis que hay detrás de cada método (por ejemplo, contemplar los distintos criterios de validez de cada uno de los métodos).

## ACUMULACIÓN DE CONOCIMIENTO

Una de las características de la producción científica es su carácter acumulativo. Cada investigación debería construir -confirmando, rechazando o agregando- sobre lo hecho anteriormente por uno mismo o por otros. Tomar en consideración lo ya hecho por otros, no es tan frecuente como sería de desear en la investigación sobre salud reproductiva adolescente en Latinoamérica. Ello se refleja claramente en la bibliografía citada en una buena parte de los trabajos. No aparece la producción de otros investigadores, incluso del mismo país, y mucho menos la de colegas de otros países. El desconocimiento de la literatura es a veces mayor respecto de la producción de la región que

respecto a lo producido fuera de ella. En la era de las búsquedas computarizadas, es difícil justificar la carencia citada, la misma que, además, lleva a «descubrir la pólvora» reiteradamente.

Este desconocimiento o, en algunos casos, falta de reconocimiento de la literatura existente, implica que muchos proyectos de investigación plantean en sus objetivos de estudio problemas que ya han sido ampliamente trabajados por investigaciones anteriores sin considerar los resultados a los que se ha llegado. Esto genera que se plantee las mismas preguntas de investigación una y otra vez, sin tomar en cuenta las respuestas provisionales a las que se han aproximado otros investigadores, llegando a los mismos «sorprendentes» resultados.

## QUÉ ES LO QUE PARECE QUE YA SABEMOS, QUÉ SERIA IMPORTANTE SEGUIR INVESTIGANDO

En nuestra revisión del material creemos haber encontrado algunos resultados que se reiteran, lo que parece indicar que se está pisando tierra firme en ese tema. Sin embargo, a veces los resultados no se explican por sí mismos y es todavía necesario seguir investigando. Vale aclarar que varios de los conocimientos y desconocimientos que enumeramos podrían aplicarse también a la población no adolescente.

## RESPECTO AL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Sabemos que la fecundidad adolescente tiende a descender, pero que en varios países de América Latina dicha fecundidad descendió menos que la de las demás edades, adquiriendo así una importancia relativa mayor. Es decir, que el aporte de la fecundidad adolescente al total de los nacimientos tiende a aumentar. También sabemos que la mayor parte de la fecundidad adolescente es contribuida por jóvenes de las edades mayores dentro del período, especialmente aquéllas entre los 18 y 19 años.

Sabemos que existe una relación inversa entre nivel de educación alcanzado y el embarazo en la adolescencia. Aunque hay literatura -especialmente la estadounidense- que interpreta esta relación en el sentido de que la maternidad en la adolescencia es la causante del abandono escolar, hay indicaciones de que en nuestras sociedades la relación causal podría ser inversa: son las jóvenes que han abandonado el sistema escolar -debido a situaciones de pobreza, fracaso y/o desorganización familiar- las más «vulnerables» a un embarazo temprano. Si ése fuera el caso, la educación estaría actuando, al menos parcialmente, como un indicador de otras condiciones de vida que explicaría dicha mayor vulnerabilidad. Como un corolario de lo anterior, parece que la permanencia en el sistema educativo tiene un efecto «protector» contra el embarazo en la adolescencia.

Hemos encontrado que el tener proyectos de vida distintos de -o además de- la maternidad tiene un efecto «protector» contra el embarazo en la adolescencia. Este hallazgo puede también explicar en parte el efecto de la educación sobre el embarazo adolescente, ya que la permanencia en el sistema escolar es indispensable para la concreción de proyectos educativos o laborales. Es decir que -a igualdad de otros factores- permanecerían en la escuela aquellas jóvenes que esperan seguir estudiando o trabajando en empleos de cierta calificación. Estas jóvenes tienden a tomar precauciones para evitar un embarazo.

Sabemos que las madres adolescentes tienden a ser hijas de mujeres que a su vez fueron madres en la adolescencia. Pero no sabemos cuál es la naturaleza de esta «herencia». ¿Se trata de un «círculo vicioso» debido a la pobreza y/o la desorganización familiar? ¿Se debe a la inmersión, tanto de madres como de hijas, en una cultura en que el embarazo temprano es «natural» o incluso deseable?

Las estadísticas muestran que la ecuación madre adolescente = madre soltera no es adecuada. En varios países las adolescentes son en su mayoría casadas o unidas al momento de tener (o inscribir legalmente a) su hijo. Sin embargo, no sabemos qué parte de esas uniones se realizan a raíz de embarazos y, en general, casi

no sabemos nada sobre la nupcialidad en la adolescencia: qué tipo de uniones se realizan, a qué edades, cuál es su estabilidad. Si bien éstos no son estrictamente aspectos de la salud reproductiva, pueden ayudar a explicar ciertas conductas reproductivas.

#### RESPECTO AL CONOCIMIENTO, LAS ACTITUDES Y LA CONDUCTA PREVENTIVA DEL EMBARAZO Y DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL VIH

Sabemos que los adolescentes de ambos sexos conocen la existencia de (son capaces de mencionar) una variedad de métodos anticonceptivos modernos. Que en el caso del condón y las píldoras dicho conocimiento -en áreas urbanas- es casi universal. Igualmente, estos adolescentes tienen un conocimiento bastante adecuado de las formas de contagio y de prevención del VIH. Otras enfermedades de transmisión sexual son poco conocidas. Pero también hemos hallado repetidamente que el conocer la existencia de métodos (poder mencionarlos), no necesariamente significa usarlos. Y que saber cómo prevenir el VIH no significa que se adopten las medidas adecuadas.

Se ha encontrado que «conocer» a la pareja es la forma de prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual más frecuente, sobre todo en poblaciones de clase baja.

Sabemos que existe una relación inversa entre nivel de educación alcanzado y el conocimiento de métodos. Y también entre el nivel de educación y la adopción de conductas preventivas. Aparentemente, las diferencias encontradas en las conductas no parecen explicarse por diferencias en el conocimiento de los métodos disponibles, ya que éstas últimas no son muy notables según nivel de educación.

Las investigaciones muestran que el uso de métodos anticonceptivos o preventivos del contagio y la elección del método a usar tiene relación, entre otras cosas, con el tipo de vínculo establecido con la persona con la que se tiene intercambio sexual (novia/o, amiga/o, relación ocasional, prostituta) y con la duración de la

relación (estable, ocasional, inicio, después de un tiempo). Por ejemplo, del lado del varón, la prevención del contagio se ejerce sobre todo en relaciones casuales o con prostitutas; la prevención del embarazo, con las amigas y novias. El método preferido en la primera relación sexual dentro de una pareja es el condón. Si la pareja es estable, se prefieren métodos femeninos, especialmente las pastillas o el DIU.

Los adolescentes nos han dicho reiteradamente que la falta de cuidado preventivo se justifica porque el coito no ha sido planeado o por ignorancia (ambas sobre todo en la iniciación sexual) o porque se desea mantener la espontaneidad y la «naturalidad» del acto. En el caso específico del condón, otros factores que aparecen mencionados como motivo para no utilizarlo son: las incomodidades relacionados con su uso (queja principalmente masculina); la utilización del condón como indicativo de compromiso o, por el contrario, de una falta de compromiso; la dificultad de las adolescentes para pedirles a sus compañeros sexuales que utilicen este método (temor de ser considerada una chica «fácil»); inseguridad en el ejercicio de la sexualidad (por ejemplo, pérdida de erección).

#### **RESPECTO AL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD**

Sabemos que la primera relación sexual suele no ser planeada. Y que se da con el novio/ enamorado para la gran mayoría de las mujeres y con una amiga en primer lugar y con la novia/ enamorada en segundo para los varones. También sabemos que la edad media a la iniciación sexual es menor entre los varones, aunque se ha encontrado a veces que la proporción de sexualmente iniciados al final de la adolescencia no difiere significativamente entre mujeres y varones.

Cuanto más joven es la adolescente, mayor es la diferencia de edad entre ella y su compañero sexual. Ello se ha encontrado en investigaciones respecto a la iniciación sexual, pero también lo indican estadísticas de nacimientos de madres adolescentes para los que se registró la edad del padre.

Sabemos que las mujeres tienen menor número promedio de parejas sexuales que los varones. Aparentemente, esta regularidad se mantiene aun si se controla por edad a la iniciación o por años transcurridos desde la iniciación o si se pregunta respecto a un periodo de tiempo determinado, pero hace falta más investigación para confirmarlo.

Las adolescentes nos dicen reiteradamente que entran en relaciones sexuales sobre todo por amor y los varones por razones diversas, entre las que sobresalen el deseo, el amor y la presión de los pares.

La diferencia de edades antes señalada seguramente tiene relación con el hecho de que cuanto menor la adolescente, mayor la probabilidad de que sea víctima de abuso sexual. No sabemos prácticamente nada del abuso sexual cuando los varones son las víctimas ni de la visión de dicho abuso desde el punto de vista de los varones. Sí sabemos que los perpetradores de abuso sexual son con frecuencia conocidos o familiares de la víctima.

Es importante la proporción de adolescentes que tienen concepciones tradicionales con respecto a los roles que hombres y mujeres deben desempeñar tanto en el mundo público como en el privado, y que tienen directa relación con la adopción de conductas sexuales sin cuidado preventivo. Estas concepciones varían significativamente según género, clase social, edad, área de residencia, etc. Al mismo tiempo, se encuentra consenso en las investigaciones analizadas sobre la coexistencia de modelos alternativos y estrategias de resistencia a estas pautas tradicionales de construcción cultural de la sexualidad. Sin embargo, son contradictorios los hallazgos en lo que respecta a si estos modelos han cambiado en los últimos años.

Diversas investigaciones nos advierten sobre la importancia del papel de los medios de comunicación como fuente de información para los adolescentes con respecto a sexualidad y salud reproductiva.

## HACIA DÓNDE SEGUIR

El tema de la salud reproductiva adolescente no se ha agotado. Aquí enumeramos algunas posibles líneas de investigación futura que profundizan en temas poco tocados.

Hay muy poca investigación generada en la región sobre las consecuencias (sociales, económicas, psicosociales) de la maternidad adolescente para la madre. Tampoco se han investigado lo suficiente las consecuencias de esa maternidad tal y como son percibidas por las mismas jóvenes. Menos aún se ha tratado el tema de las consecuencias de la paternidad adolescente y la forma en que este acontecimiento es vivido por los varones adolescentes. Todo lo que sucede después del embarazo adolescente ha sido poco investigado.

Si bien hay hallazgos sobre la influencia de la constitución del hogar (presencia/ausencia de figuras parentales) en la adopción de conductas de riesgo de embarazo no planeado (iniciación temprana, no uso de anticonceptivos), éstos son contradictorios. Por otro lado, nada sabemos sobre los mecanismos a través de los cuales se ejerce dicha influencia.

Poco se sabe sobre la percepción que los varones tienen sobre su rol en la anticoncepción, la paternidad y la prevención del contagio de ITS/VIH. Investigaciones sobre paternidad adolescente (Barker, 2000) indican que los varones adolescentes que tienen hijos han tenido relaciones insatisfactorias con sus padres y tienden a ser hijos de mujeres que fueron madres adolescentes. Se torna necesario una mayor investigación sobre estos aspectos.

Un tema en el que aún se puede profundizar mucho es el del acceso que tienen los adolescentes a los servicios de salud en general y de salud reproductiva en particular y cuál es su percepción sobre la calidad de los servicios, la disponibilidad de recursos (tanto humanos como técnicos) necesarios para satisfacer sus demandas, si son «amigables» a los diferentes grupos entre los adolescentes y cuáles son los obstáculos que hacen que no recurran a éstos.

La investigación sobre aborto en la adolescencia es casi inexistente. ¿Cuál es su

incidencia? ¿cuáles los motivos en pro y en contra aducidos por los y las jóvenes? ¿cuál es la incidencia de los otros significativos en la toma de decisiones respecto al aborto?

Ha sido muy poco investigado todo el tema de coerción y abuso sexual: las características de las víctimas y de los perpetradores. ¿Se diferencian en algo (su hogar, su clase social, su concepción sobre el lugar de la mujer en la sociedad, etc.) las adolescentes víctimas de abuso de las que no lo son?

Seguramente hay que avanzar en la investigación del ejercicio de la sexualidad por los adolescentes más allá de (después de) la iniciación sexual. ¿Hay cambios? ¿En qué dirección?

Temas como la utilización de drogas o alcohol y la prostitución han sido poco estudiados en relación con sus implicancias en la sexualidad y la salud reproductiva de los adolescentes.

También deben dilucidarse algunas contradicciones entre los hallazgos de diversas investigaciones y determinar si éstas se deben a diferencias reales entre poblaciones o a deficiencias metodológicas que nos impiden ver regularidades existentes. Así, por ejemplo, se ha encontrado que los jóvenes se comunican sobre todo con los pares en lo relativo a sus dudas y problemas en el área de la sexualidad. Pero también se ha encontrado que la comunicación más frecuente es con los padres. Otros hallazgos contradictorios o poco claros se refieren a la influencia de la práctica religiosa en la conducta reproductiva adolescente.

Es necesario reconocer la heterogeneidad de la población adolescente y prestar mayor atención a aquellos grupos que han venido sufriendo situaciones de inequidad. Por ejemplo, se ha dedicado escasa atención a los problemas y necesidades en salud sexual y reproductiva de los adolescentes no escolarizados, a los que residen en áreas rurales o pequeñas ciudades, a las víctimas de violencia sexual y a los que se identifican a sí mismos como homosexuales o lesbianas.

También es importante integrar al estudio de la sexualidad y salud reproductiva adolescente los demás factores que atraviesan la vida cotidiana de estos jóvenes y que muchas veces son dejados



de lado por arbitrarias divisiones disciplinares. Debemos trabajar junto a aquellos investigadores que analizan el tema del trabajo adolescente, su salud mental, su exposición a las drogas y al alcohol, etc.

Debemos recordar, como nos lo señala Barker (2000), que el género no es la única variable

que afecta la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y que debemos analizarlo junto a la clase social, la etnia, el área de residencia y otras variables clave de la inequidad social.

Hasta aquí llegamos nosotros, esperamos haber incitado a la discusión y la crítica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barker, G. (2000). *¿Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
- Luker, K. (1997). *Dubious conceptions*. Cambridge y Massachusetts: Harvard University Press.

### LISTA (INCOMPLETA) DE PUBLICACIONES SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA PUBLICADAS A PARTIR DE 1990

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Esta es una bibliografía seguramente incompleta, pues la hicimos en base a los trabajos que están en la biblioteca de CENEP o en nuestras bibliotecas personales más una búsqueda en la base de datos POPLINE en el caso de Brasil.

Se incluyó sólo trabajos publicados desde 1990 en adelante, aunque hay valiosos antecedentes previos. Tratamos de que fueran trabajos que reflejaran investigaciones. Incluimos algunos trabajos inéditos con la esperanza de que sean accesibles recurriendo a los autores. La inclusión en la lista no implica un juicio sobre la calidad de la investigación.

- Alarcón, I. & Gonzáles, G. F. (1994). Adolescencia y reproducción: comportamiento sexual, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. En: Gonzáles, G. F. (Ed.). *La adolescencia en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Investigaciones de la Altura.
- Alarcón, I. & Gonzáles, G. F. (1994). Comportamiento sexual en varones de colegios estatales de Lima, Cusco e Iquitos. En: Gonzáles, G. F. (Ed.). *La adolescencia en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Investigaciones de la Altura.
- Amuchástegui Herrera, A. (1998). Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanas. En: Szasz, I. & Lerner, S. (Comp.). *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México, D.F.: El Colegio de México.
- Anhel Ferraz, E. et al. (1992). *Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem*. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. 1989-/90. Rio de Janeiro: BEMFAM.
- Añaños, C. (1993). Fecundidad y madres adolescentes de la ciudad de Rosario: tendencias 1980-1991. En: *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Buenos Aires: AEPa y Honorable Senado de la Nación.
- Añaños, C. (1993). Composición social y comportamiento de unión en madres adolescentes: Rosario 1980-1991. En: *Taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: CEDES-CENEP.

- Atkin, L.C., Ehrenfeld, N. & Pick, S. Sexualidad y fecundidad adolescente. En: Langer, A. & Tolbert, K. (Eds.). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México, D.F.: EDAMEX.
- Barker, G. (1998). Boys in the hood, boys in the barrio: exploratory research on masculinity, fatherhood and attitudes toward women among low income young men in Chicago, USA, and Rio de Janeiro, Brazil. En: *Seminar on men, family formation and reproduction*. Buenos Aires: IUSSP-CENEP.
- Benítez, N., Mereles, C. & Roa, A. (1996). *Ahora ya saben todo. Vivencias de la sexualidad de las adolescentes*. Asunción: BECA, FNUAP.
- BEMFAM. (1999). *Adolescentes, jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva*. Brasil: BEMFAM.
- Betia, J. (1998). *Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Bisig, E. (2000) La salud reproductiva adolescente en la provincia de Córdoba. En: Domínguez Mon, A., Federico, A., Findling, L. & Mendes Diz, A. (Comp.). *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Dunken.
- Borucovitch, E. (1992). Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Revista de Saude Publica*, 26 (6): 437-443.
- Buvinic, M. et al. (1992). *The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study on the transmission of poverty in Santiago, Chile*. Washington, C.C. y Nueva York: International Center for Research on Women y The Population Council.
- Buvinic, M. (1998). *The costs of adolescent childbearing. Evidence from Chile, Barbados, Guatemala, and Mexico*. Nueva York: Population Council.
- Cabezas, E., García, M. & Guzmán, E. (1994). Aborto en adolescentes con RU/486. En: *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe*. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia y OMS.
- Cáceres, C. F. (1998). Jóvenes varones en Lima: dilemas y estrategias en salud sexual. En: Conferencia regional sobre la equidad de género en América Latina y el Caribe: desafíos desde las identidades masculinas. Santiago de Chile. (Inédito).
- Cáceres, C. F. (2000) *La (re)configuración del universo sexual. Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los jóvenes de Lima a vuelta de milenio*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia/REDESS Jóvenes.
- Calandra, N. et al. (1996). Embarazo adolescente: investigación sobre los aspectos biopsicosociales. En: *Segundo taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA.
- Calazans, G. (1999). Cultura adolescente e saúde: perspectivas para investigação. En: Oliveira, M. (Ed.). *Cultura, adolescência, saúde: Argentina, Brasil, México*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/ COLMEX/ NEPO-UNICAMP).
- Caldiz, L. S., Malosetti, L. & Bayardo, R. (1994). Maternidade adolescente em Bariloche (Argentina). En: de Oliverira Costa & Amado (Org.). *Alternativas escasas. Saude, sexualidade e reprodução na América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas/ Editora 34.
- Cardoso Lyra da Fonseca, J. (1998). Paternidade adolescente: da investigação à intervenção. En: Arilha, M., Unbehaum, S. & Medrado, B. (Org). *Homens e masculinidades. Outras palavras*. San Pablo: Editora 34.
- Climent, G. I. & Arias, D. B. (1996). Estilo de vida, imágenes de género y proyecto de vida de adolescentes embarazadas. En: *Segundo taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA.
- Climent, G. I. & Arias, D. B. (1997). El embarazo adolescente: un emergente social. En: *Segundas jornadas nacionales interdisciplinarias sobre salud y población*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Climent, G. I. et al. (1997). Recursos y estrategias en el enfrentamiento de la maternidad adolescente. En: *Segundas jornadas nacionales interdisciplinarias sobre salud y población*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

- Climent, G. I. (1998). Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos. En: *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: AEPA, CDEDES, CENEP.
- Climent, G. I. (2000) Maternidad adolescente: desigualdades sociales y marginación. En: Domínguez Mon, A., Federico, A., Findling, L. & Mendes Diz, A. (Comp.). *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Dunken.
- Cutié Cancino, R. (1997). El embarazo en la adolescencia: ¿un problema? En: CEDEM e Instituto Nacional de Endocrinología. *Salud reproductiva en Cuba (investigaciones)*, vol. I. La Habana: CEDEM.
- Chirinos Cáceres, J. L. (1996). «Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas asociados al comportamiento sexual de riesgo en escolares adolescentes de dos colegios de la USE 06, Lima Norte, Perú». Tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Inédito).
- de Souza e Silva, R. (1996). Gravidez na adolescência: aonde more o problema? ABEP. *X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 3: 1545-1565.
- Díaz Muñoz, A. R., Dinardi, G. & Giusti, A. (1996). Comportamiento reproductivo de las adolescentes. En: *Infancia y condiciones de vida: encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires: INDEC.
- Di Silvestre Paradizo, M. C. (1997). «Procesos y estructura familiar asociados con el embarazo y con conductas sexuales de alto riesgo en adolescentes». Lima: Universidad del Pacífico. (Inédito).
- Fernández, S. (1997). *Abuso sexual en niñas y adolescentes. Una aproximación cualitativa*. Santiago de Chile: Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos.
- Franco, S., Klass, R. & Pittman, G. (1997). *Dimensión socio-emocional de la atención de salud reproductiva y sexual de adolescentes: el caso de sectores urbanos marginales de la provincia de Buenos Aires en Argentina: síntesis de resultados del estudio*. S.I.: OPS
- Fuller, N. (1998). La constitución social de la identidad de género entre varones urbanos del Perú. En: Conferencia Regional «La equidad de género en América Latina y el Caribe: desafíos desde las identidades masculinas». Santiago de Chile: ponencias presentadas al congreso (Inédito).
- Geldstein, R. N. e Infesta Domínguez, G. (1997). Las dos caras de la moneda: la salud reproductiva de las adolescentes en las miradas de las madres y de las hijas. En: Cuartas jornadas argentinas de estudios de población (Inédito).
- Geldstein, R. & Delpino, N. (1998). De madres a hijas. La transmisión de pautas de cuidado de la salud reproductiva. En: AEPA. *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Buenos Aires: Honorable Senado de la Nación, AEPA.
- Geldstein, R. & Pantelides, E. (2000). «Desigualdad social, asimetría de género y riesgo reproductivo en la adolescencia». Buenos Aires. (Inédito).
- Geldstein, R., Infesta, G. & Delpino, N. (2000). La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas. En: Pantelides, E. & Bott, S. (Eds.). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos, Organización Mundial de la Salud.
- Giusti, A. & Pantelides, E. A. (1991). *Fecundidad en la adolescencia. República Argentina*. Buenos Aires: Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
- Gonzáles, G. F. (1994). Salud reproductiva: aspectos generales. En: Gonzáles, G. F. (Ed.). *La adolescencia en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Investigaciones de la Altura.
- Gray, N. et al. (1995). *Abuso sexual en adolescentes. Estudio descriptivo sobre violación e incesto en mujeres estudiantes de enseñanza media de la región Metropolitana*. Santiago de Chile: Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social, COMUSAMS-ACHNU.
- Huerta-Franco, R., Díaz de León, J. & Malacara, J. M. (1996). Knowledge and attitudes towards sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. *Adolescence*, 31 (121): 179-191.

- Infesta Domínguez, G. (1993). Fecundidad adolescente: un análisis de los diferenciales socioeconómicos. En: *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Buenos Aires: AEPA y Honorable Senado de la Nación.
- Infesta Domínguez, G. (1993). Características demográficas de las adolescentes madres. En: *Taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: CEDES- CENEP.
- Infesta Domínguez, G. (1996). Las adolescentes frente a la maternidad. En: Findling, L. & Mendes Diz, A. M. (Comp.). *La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Infesta Domínguez, G. (1996). Maternidad, roles sexuales y conducta reproductiva de mujeres adolescentes. En: Welti, C. (Ed.). *Dinámica demográfica y cambio social*. México, D.F.: PROLAP.
- Infesta Domínguez, G. (1996). Salud reproductiva y sexualidad: una visión desde la perspectiva del varón adolescente. En: *Segundo taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA.
- Infesta Domínguez, G. & Manzelli, H. (1997). Notas para la discusión sobre el estudio de la participación del varón en la salud reproductiva. En: Mendes Diz, A., Findling, L., Petracci, M. & Federico, A. (Comp.), *Salud y Población. Cuestiones Sociales Pendientes*. Buenos Aires: Espacio Editor.
- Infesta Domínguez, G. (1998). Dificultades para la articulación de un comportamiento anticonceptivo eficaz en las mujeres adolescentes. En: AEPA. *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Buenos Aires: Honorable Senado de la Nación, AEPA.
- Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer, Ministerio de Educación y Cultura (1995). *Uruguay adolescente. Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza*. Montevideo: Trilce. Resultados de una investigación realizada por María Elena Laurinaga.
- IPAS. (1999). *Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado, VIH/sida y aborto en condiciones de riesgo*. México, D.F.: IPAS.
- Jiménez Ugarte, O. (1996). Entre «patas» y «paltas»: parejas sexuales, riesgos sexuales y redes personales entre jóvenes varones de Barrios Altos. En: Cordero Frisancho *et al.* *Más allá de la intimidad. Cinco estudios en sexualidad, salud sexual y reproductiva*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Kleincsek, M. M. & Unger V. (Eds.). (1992). *El dilema de la sexualidad. Estudio exploratorio sobre conocimientos de sexualidad, embarazo, parto y puerperio en adolescentes escolares y jóvenes universitarios*. Santiago de Chile: PAESMI.
- Kornblit, A. L. & Mendes Diz, A. M. (1994). *Modelos sexuales en jóvenes y adultos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Kornblit, A. L. & Mendes Diz, A. M. (1996). Información y conductas sexuales en jóvenes argentinos. En: Findling, L. & Mendes Diz, A. M. (Comp.). *La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Kornblit, A. L., Mendes Diz, A. M. & Petracci, M. (1998). Being a man, being a father. En: *Seminar on men, family formation and reproduction*. Buenos Aires: IUSSP-CENEP.
- Lins Guimarães, M. L. (1996). Na educação e saúde da população de adolescentes, a consciencia da (anti)concepção. *ABEP. X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 3: 1529-1544.
- Mendes Diz, A. M. & Kornblit, A. L. (1997). Actitudes hacia el SIDA en estudiantes secundarios. En: Kornblit, A. L. (Ed.). *SIDA y sociedad*. Buenos Aires: Espacio.
- Méndez-Domínguez, A. (2000) Fortalezas y debilidades en la cultura de tres poblaciones guatemaltecas ante el peligro del SIDA. En: Pantelides, E. & Bott, S. (Eds.). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos, Organización Mundial de la Salud.
- Méndez Ribas, J. M., Necchi, S. & Schufer, M. (1995). «Sexualidad en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires». Buenos Aires: informe de investigación (Inédito).
- Méndez Ribas, J.M., Necchi, S. & Schufer, M. (1998). Iniciación sexual en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires. En: AEPA. *III Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Buenos Aires: Honorable Senado de la Nación, AEPA.

- Mensch, B., Bruce, J. & Greene, M. (1998). *The uncharted passage. Girls' adolescence in the developing world*. Nueva York: Population Council.
- Molina Cartés, R. (1990). Salud reproductiva del adolescente. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, (1).
- Monteiro, S. (1999). Aids e proteção: a visao de jovens de um bairro popular. *Revista Estudos Feministas*, 7 (1 y 2).
- Morris, L. *et al.* (1996). Comportamiento sexual de jóvenes paraguayas. ABEP. *X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 3: 1519-1527.
- Necchi, S. & Schuffer, M. (1997). Adolescente varón: iniciación sexual y conducta reproductiva. En: *Segundas jornadas nacionales interdisciplinarias sobre salud y población*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Necchi, S., Schuffer, M. & Méndez Ribas, J. (2000) Adolescentes de la ciudad de Buenos Aires: su paso hacia la vida sexual adulta. En: Pantelides, E. & Bott, S. (Eds.). *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos, Organización Mundial de la Salud.
- Nóbrega, F. J. (1997). Infants of adolescents mothers: the Brazilian experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 817: 302-3.
- Paiva, V. (1994). Sexualidade e genero num trabalho con adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. En: Parker *et al.* (Org.). *A AIDS no Brasil 1982-1992*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará.
- Paiva, V. (1996). Sexualidades adolescentes: escolaridade, genero e o sujeito sexual. En: Parker & Barbosa (Org.), *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Palma Manríquez, I. & Quilodrán Le-Bert, C. (1994). Respostas a gravidez entre adolescentes chilenas de estratos populares. En: de Oliverira Costa & Amado (Org.). *Alternativas escasas. Saude, sexualidade e reprodução na América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas/ Editora 34.
- Pantelides, E. A. & Cerrutti, M. (1992). *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*. Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP 47.
- Pantelides, E. A. & Binstock, G. (1993). Factores de riesgo de embarazo adolescente en Paraguay. *Revista Paraguaya de Sociología*, 30 (87): 171-186.
- Pantelides, E. A. (1995). *La maternidad precoz: la fecundidad adolescente en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF.
- Pantelides, E. A. & Geldstein, R. N. (1998). Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. En: *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: AEPa, CEDES, CENEP.
- Pantelides, E. A., Geldstein, R. N. & Infesta Domínguez, G. (1995). *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*. Buenos Aires: CENEP, Cuadernos del CENEP 51.
- Pantelides, E. A., Geldstein, R., Calandra, N. & Vázquez, S. (1999). Iniciación sexual bajo coerción. *Revista de la Sociedad Infante Juvenil*, 6 (3): 109-116.
- Pawlowicz, M. P. (1997). Representaciones sociales de la maternidad adolescente en sectores populares. En: *Segundas jornadas nacionales interdisciplinarias sobre salud y población*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Pedrosa Islas, L. & Vallejo Allende, M. (2000) Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes estudiantes de escuelas públicas y privadas. En: Stern, C. & Echarri, J. (Comp.) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, D.F.: El Colegio de México.
- Pérez, R., Carrasco, M. E., Valdez, E. & Cubillas, M. J. (2000). Noviazgo y embarazo: una mirada a las trayectorias de amor y conflicto en mujeres adolescentes embarazadas. En: Stern, C. & Echarri, J. (Comp.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, D.F.: El Colegio de México.
- Pérez, L. M. (1994). *Embarazo de adolescentes rurales: provincia de Curicó*. Santiago de Chile: CORSAPS, Documento CORSAPS N° 11.

- Pick de Weiss, S. & Vargas, E. (1990). Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, Vol. 8.
- Piñero, L. & Di Liscia, H. (1997). Embarazarse antes de los 20: significaciones en torno al embarazo y a la maternidad en un grupo de adolescentes madres o pronto a serlo. En: *Segundas jornadas nacionales interdisciplinarias sobre salud y población*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Quintana Sánchez, A. & Vásquez del Aguila, E. (1997). *Construcción social de la sexualidad adolescente. Género y salud sexual*. Lima: IES.
- Rojo Q. C. (1991). *Conocimiento, actitudes y comportamiento sexual de jóvenes rurales - VII región*. Santiago de Chile: CORSAPS.
- Romero, M. (1994). Determinantes del aborto en adolescentes mexicanas: una evaluación cuantitativa. En: *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe*. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia y OMS.
- Salaverry, O. M. & Gonzáles, G. F. (1994). Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes de las ciudades de Lima, Arequipa, Cuzco y Pucallpa. En: Gonzáles, G. F. (Ed.). *La adolescencia en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Investigaciones de la Altura.
- Salazar, V. C. & Gonzáles, G. F. (1994). Las creencias, los estilos de afrontamiento al estrés y la autoestima en adolescentes mujeres con actividad sexual. En: Gonzáles, G. F. (Ed.). *La adolescencia en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Investigaciones de la Altura.
- Salazar Córdor, V. C. (1996). «Representaciones y prácticas sexuales en un grupo de escolares adolescentes». Tesis para optar el grado de Maestro en Salud Pública. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Inédita).
- Salcedo Rocha, A. L. (2000) La experiencia del embarazo y su atención en adolescentes de estratos medio, popular y marginal. En: Stern, C. & Echarri, J. (Comp.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, D.F.: El Colegio de México.
- Schor, N. (1993). Abortion and adolescence: relation between the menarche and sexual activity. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 6 (3-4): 225-240.
- Schor, N. & Lopez, F. (1990). Adolescência e anticoncepção. 1. Estudo de conhecimento e uso em puerperas internadas por parto ou aborto. *Revista de Saude Publica*, 24 (6): 506-511.
- Schufer, M. et al. (1996). Tipología de adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires según sus conductas en la iniciación sexual. En: *Segundo taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPa.
- Singh, S. & Wulf, D. (1990). *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*. Santafé de Bogotá: The Alan Guttmacher Institute.
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39 (2).
- Stern, C. & Medina, G. (1999). Adolescência y salud en México. En: Oliveira, M. (Ed.). *Cultura, adolescência, saúde: Argentina, Brasil, México*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/ COLMEX/ NEPO-UNICAMP).
- Stern, C. & García, E. (1999). Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. En: *Reflexiones*. México, D.F.: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Stern, C. & García, E. (2000). Acervo documental sobre sexualidad y salud reproductiva de adolescentes jóvenes. En: *Documentos de trabajo N° 2. Sexualidad, salud y reproducción*. México, D.F.: Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Stycos, J. M. & Fridman, S. (1990). *The impact of schooling on fertility attitudes among adolescents in four developing countries*. New York: Population and Development Program, Cornell University, Department of Sociology, Working Papers Series 2.25. Los países incluidos son Colombia, Costa Rica, Perú y China.
- Tejeda Holguín, R. (1995). Juventud: influencia de la religión en el uso de anticonceptivos. *Revista Población y Desarrollo*, 5: 30-34. República Dominicana.

- Tenorio, R., Jarrín, M. S. & Borilla, P. (1995). *La cultura sexual de los adolescentes*. Quito: Abya-Yala.
- Tórrez Pinto, H. (1992). Conducta reproductiva y práctica anticonceptiva en la adolescencia. En: Tórrez Pinto, H. *Dos casos de la planificación familiar en Bolivia, 1989*. La Paz: Unidad de Política de Población, Vol. 3.2
- UNICEF (2000). La violencia doméstica contra mujeres y niñas. *Innocent Digest*, N°6.
- Valverde, R. (1996). Percepciones y comportamientos frente a la usuaria adolescente. En: Cordero Frisancho *et al. Más allá de la intimidad. Cinco estudios en sexualidad, salud sexual y reproductiva*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vernon, R. & Palma, Y. (1998). *Resultados de investigación para mejorar los servicios de planificación familiar*. México, D.F.: Inopal III, Population Council.
- Vieira de Melo, A. (1996). Gravídes na adolescência: uma nova tendência na transição da fecundidade no Brasil. *ABEP, X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 3: 1439-1454.
- Vilarich, A. (1991). *Madres solteras adolescentes*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Wartenberg, L. (1994). Factores asociados al aborto adolescente. En: *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe*. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia y OMS.
- Wartenberg, L. (1999). *Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia*. Nueva York: UNFPA.
- Weller, S. (1999). Salud reproductiva de los/as adolescentes, Argentina, 1990-1998. En: Oliveira, M. (Ed.). *Cultura, adolescência, saúde: Argentina, Brasil, México*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/ COLMEX/ NEPO-UNICAMP).
- Whittle, L., Gómez, V.M. & Morris, L. (1992). *Comportamiento sexual de las costarricenses menores de 25 años*. San José: Programa de Salud Reproductiva, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Yinger, N. *et al.* (1992). *La actualidad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: riesgos y consecuencias*. Washington, D. C.: Population Reference Bureau.
- Yon, C., Jiménez, O. & Valverde, R. (1998). Representations of sexual and preventive practices in relation to STDs and HIV/AIDS among adolescents in two poor neighborhoods in Lima, Perú: relationship between sexual partners and gender representations. En: *Seminar on men, family formation and reproduction*. Buenos Aires: IUSSP-CENEP.

## BIBLIOGRAFÍAS

- Instituto Nicaragüense de la Mujer, INIM. (1997). *Un cuarto de siglo en la bibliografía nacional sobre embarazo en adolescentes*. Managua: INIM.
- Isis Internacional. (1996). *Base de datos mujer. Información bibliográfica. Salud de las mujeres*. Santiago de Chile: Isis Internacional.
- Task Force for Social Science Research on Reproductive Health, WHO. (1992). *Bibliography of sexual behavior*. Geneva: WHO.
- The Alan Guttmacher Institute, s.f. *Hacia un nuevo mundo: la vida sexual y reproductiva de los jóvenes*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- UNFPA, (1997). *Indicadores seleccionados sobre adolescentes en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: EAT, UNFPA, Serie indicadores de población 1.
- United Nations, Population Division. (1988). *Adolescent reproductive behavior. An annotated bibliography*. S.I.: United Nations.
- WHO. (1994). *An annotated bibliography on documents produced by the Division of Family Health*. Geneva: WHO.





# II

## MOVIMIENTOS SOCIALES Y SALUD



# MOVIMIENTOS SOCIALES Y SALUD: TRANSFORMACIONES DEL ESTADO Y PARTICIPACIÓN POPULAR

---

---

*Roberto Briceño-León\**

---

En la última década, el sector salud en América Latina ha presenciado un conjunto de protestas sociales y conflictos gremiales que se relacionan tanto con las condiciones de salud y prestación de servicios médicos, como con las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Estos conflictos, y las respuestas generadas desde la población, se encuentran íntimamente relacionados con las transformaciones del Estado que han tenido lugar desde los años ochenta y con los cambios en el sentido y vigencia de los derechos que se han dado en la población. Estas circunstancias de la sociedad y los cambios en la conciencia colectiva han generado un conjunto de movimientos sociales (Touraine, 1982) que, de manera desigual, han pretendido dar respuesta a las necesidades de salud y atención médica de la población; y, de forma también desigual, han procurado enfrentar tanto la incompetencia de los servicios tradicionales como las reformas que se han planteado.

A pesar de sus diferencias, podemos englobar todas estas manifestaciones bajo la denominación de *movimientos sociales en la salud* en América Latina, pues son una acción colectiva que agrupa a individuos con ciertos intereses y que se define frente a un actor singular como es el Estado, las más de las veces sin articulación con partidos políticos (Boudon & Bourricaud, 1990; Castells, 1976; Borja, 1975). Estos movimientos en América Latina tienen algunas singularidades que los hacen distintos a los movimientos sociales de otras partes del mundo (Touraine, 1976, 1988), pues reúnen formas de lucha variadas, relacionan lo reivindicativo y lo político de manera permanente y se definen frente al Estado de una manera singular.

Este trabajo procura estudiar los movimientos sociales en relación con las transformaciones ocurridas en el Estado, para caracterizarlos en su forma de organización, definirlos en relación a sus luchas y ver cómo se relacionan con los postulados del cambio social y con las formas de participación popular.

---

\* Sociólogo, Doctor en Ciencias Sociales. Profesor titular de la Universidad Central de Venezuela y Director del Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO). Apartado 47795, Caracas 1041-A, Venezuela. E-mail: bricenoleon@lacso.org

## EL CONTEXTO SOCIAL DE AMÉRICA LATINA

La situación económica de América Latina tuvo una importante mejoría durante los años noventa. Entre 1990 y 1999 el crecimiento económico fue del 3.2%, lo cual significa un cambio importante frente al estancamiento o decrecimiento de los años ochenta; sin embargo, es inferior al crecimiento que desde la segunda guerra mundial y hasta 1981 había tenido la región, el mismo que fue de 5.5%. A pesar de este importante cambio de tendencia y crecimiento, los resultados son aún magros, pues la región requeriría crecer al doble, es decir, a más del 6% para poder recuperar el terreno perdido durante los años ochenta. Para 1998, en 13 de 18 países estudiados de la región el salario mínimo era inferior al que se tenía en 1980 (Cepal, 2000); es decir, que luego de 18 años la población se encontraba en peores condiciones salariales. En este periodo la pobreza ha sido también mayor –se estimó en 220 millones el número de pobres en la región para fines de siglo- y se ha incrementado la desigualdad y la inequidad social (Minayo, 2000; Lustig, 1995).

Pero la situación más dramática de este proceso es el escaso crecimiento del empleo, pues a pesar del crecimiento económico moderado, éste no se refleja en un aumento de las plazas de trabajo en la región. Debido a la dinámica propia de las nuevas economías globalizadas, las empresas que más crecen y producen riqueza son aquellas que demandan menos mano de obra. Son empresas que producen riqueza, pero no empleo. Es por eso que a pesar del mencionado crecimiento económico, la tasa de desocupación no disminuyó sino, más bien, aumentó durante la década de los noventa, pasando del 5.7% en 1990 a 8.5% en 1999 (Cepal, 2000).

Los nuevos empleos que se crean en América Latina son mayoritariamente en el sector informal; es así que entre 1990 y 1997, de cada diez nuevos empleos que se crearon siete fueron en el sector informal, sector en el que se gana en promedio la mitad de lo que perciben los trabajadores del sector formal. Es decir que hemos estado frente a un proceso de precarización del trabajo donde, por una parte, los empleos no son permanentes y se trabaja menos horas en el sector formal o semi-formal;

y, por la otra, se trabaja más horas, se gana menos y sin seguridad social alguna en el sector informal.

De manera paralela, durante este periodo y por razones que pueden en algunos países resultar muy justificadas, se aplicó una política importante de reducción del Estado, lo cual significaba disminuir su tamaño en funciones y en personal. Este proceso ha generado por un lado un mayor desempleo y por otro una carencia en la prestación de los servicios públicos, entre otros en el sector salud (UNICEF, 1987). Esta situación económica y la disminución del rol del Estado sirven de contexto explicativo del origen y sentido de los movimientos sociales de la región en la última década.

## LOS CAMBIOS EN EL ESTADO DE BIENESTAR Y LA REFORMA DE SALUD

Hasta los años ochenta el modelo dominante en América Latina fue el del Estado de bienestar, por el cual los servicios públicos eran responsabilidad del Estado y según el cual la función redistributiva del Estado se expresaba de manera privilegiada en la educación y la salud. El siglo XX presenció entonces la construcción y destrucción de instituciones de salud pública y de atención a la salud colectiva controladas por las diversas instancias del Estado. Desde inicios del siglo XX se creó instituciones de Salud -Ministerios, Secretarías, servicios- que sustituían las tradicionales formas de cuidado de la salud, tanto en su forma institucional -pues no eran privadas sino estatales- como en su concepción -pues no eran caridad, sino que colocaban al servicio como una obligación del Estado hacia los individuos.

De igual modo, la intervención del Estado en la provisión de los servicios públicos era considerada como factor de progreso y una parte importante de la estrategia para el «desarrollo» del país (Maingón, 1990). Mejorar las condiciones sanitarias y de salud de la población era considerado una pre-condición del desarrollo (Gabaldon, 1965, 1969).

Esta concepción mudó a partir de los años ochenta debido a la incapacidad real que había demostrado el Estado de cumplir adecuadamente

con esas políticas y de satisfacer el sueño del bienestar (Maingón,1995; Bronfman,1999). El carácter clasista del Estado que favorecía a ciertos sectores y grupos sociales en detrimento de otros, las dificultades financieras de los gobiernos y de los sistemas por el creciente tamaño de la población y el abrumador crecimiento de la pobreza, hicieron inviable un modelo que no lograba ni cumplirse ni transformarse. El sentido asistencialista y curativista también contribuyó a su descalabro, pues se invertía inmensas sumas de dinero en la acción curativa y muy poco en la prevención y promoción de salud, y se tenía un sentido curativo dominado por la propuesta tecnológica que obligaba a gastar cada vez mayores sumas de dinero en máquinas y equipos hospitalarios, sin por ello reportar mejor salud ni mejor atención a la población.

A partir de allí se produce un doble movimiento en la región que nos parece importante destacar para ubicar a los movimientos sociales: por un lado, ocurre el proceso de reforma del sector salud, auspiciado por organismos multilaterales y que tuvo aceptaciones e impactos distintos en los países de América Latina (World Bank, 1998). Esta orientación a la reforma procura tanto focalizar como reducir el gasto social en salud, lo cual significó reducir la prestación de servicios por parte del Estado y en muchos casos supuso un proceso de privatización de los mismos de manera directa o indirecta (Grosh,1990; Frenk *et al.*, 1998). Pero, por otro lado, se da un proceso de aparición de respuestas populares ante la carencia de atención por parte del Estado, las mismas que van generando su propia reforma del sector salud, con mecanismos de participación popular, con apropiaciones de las instituciones existentes o creación de formas cooperativas novedosas.

## **IDENTIDAD Y CONFLICTO EN LOS MOVIMIENTOS SOCIALES EN SALUD**

Los movimientos sociales en salud en América Latina se ubican fundamentalmente como una respuesta tanto a la Reforma del sector como a la creación de alternativas populares. En la lucha política que se libra en el sector, los

nuevos actores sociales no son los partidos políticos, ni los sindicatos, sino los movimientos sociales que de manera desigual surgen para enfrentar las incapacidades del Estado y las modificaciones propuestas para el propio Estado. Es decir, es un movimiento doble que, por un lado, se opone a muchos de los cambios propuestos por los organismos multilaterales o los gobiernos, pero por el otro protesta también por el funcionamiento del sector salud, pues esa oposición a la reforma no significa una defensa del sistema anterior, ya que se sienten igualmente descontentos con lo previamente existente.

Los sindicatos de trabajadores del sector salud han jugado un rol preponderante, y si hay algo extendido y repetido en América Latina son las huelgas y protestas de los trabajadores del Estado que laboran en el sector salud. Estas huelgas han sido ocasionadas por la defensa gremial ante los cambios que se han introducido y que provocan la pérdida del trabajo o de los beneficios con los que contaban previamente. Pero, muy pocas veces, las protestas o huelgas sindicales han tenido un contenido programático que pueda significar una postura transformadora del sector salud. Sus luchas se han limitado principalmente a las reivindicaciones laborales, justificadas o no, pero su impacto político ha sido muy superior al de sus propias metas, pues ha creado desconcierto desde el Estado y muchas veces un desprestigio mayor del sector salud ante la población.

Los movimientos sociales de salud, entonces, han tenido como denominador un enfrentamiento con el Estado. Esto es comprensible por el papel determinante que ha tenido el Estado en la organización de la vida social en América Latina, y por su pretendido carácter plural. Pero los enfrentamientos tienen dos dimensiones muy distintas cuando se trata de los consumidores del servicio de salud, los pacientes, los pobladores desatendidos, y cuando se trata de los propios trabajadores del sector. Lo único común es la figura a la cual se enfrentan, el Estado; pero para muchos consumidores, para la población, parte de quienes hacen inadecuado el servicio de salud son los propios trabajadores del sector salud, o los sindicatos del sector salud, cuyos intereses no coinciden con -y en algunos casos son contrapuestos a- aquéllos de los consumidores.

La identidad de los movimientos sociales en salud tiende a construirse sobre un servicio y tiene todas las dificultades que representan los bienes de consumo colectivo para la acción colectiva (Olson, 1965). En una gran cantidad de oportunidades esta identidad no se construye sobre un postulado positivo, sobre la salud, sino que reactivamente y ante la carencia del servicio, se protesta, por ejemplo, por la falta de tratamiento para los pacientes de sida. En otros casos, sin embargo, su identidad se construye positivamente, y el movimiento deja de centrarse en el enfrentamiento o el reclamo para postularse en pro de la participación, dando origen a asociaciones importantes, como las de participación en Bolivia o el movimiento de hansenianos en Brasil. En el caso de los pacientes la identidad es proporcionada por la misma enfermedad, que los homogeniza y unifica. En el caso de muchas comunidades la identidad es territorial, pues se trata de un grupo de personas que, en un pueblo o una zona de la ciudad, se organiza para apoyar o tomar control de los servicios de salud. En Venezuela estos movimientos han conseguido que grupos comunitarios se apropien de la gestión de los servicios ambulatorios de atención primaria, y han sido los movimientos vecinales los que, bajo una identidad territorial, han dado la base al cambio de gestión. Si bien es posible decir que la mayor identidad de los movimientos sociales en salud ha sido proporcionada por el enfrentamiento, los aspectos más positivos y creativos han surgido de la identidad de los mismos, y de sus propuestas innovadoras.

## **LAS ÁREAS DE ACCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES**

Los movimientos sociales en salud se expresan por sus vínculos con la salud en tanto realidad social y la salud en tanto servicio público. Las carencias en las condiciones de salud y en la atención médica son notablemente altas en la región. Sin embargo, los niveles de conflicto son muy bajos si se compara con lo que pudiera ocurrir dada la magnitud de las carencias. Parte

de la explicación de esta situación se encuentra en el poco conocimiento de los derechos ciudadanos por parte de amplias capas de la población, o en el sentimiento de indefensión, de considerar que es muy poco lo que puede hacerse, y que hace que estas circunstancias sean consideradas normales.

Sin embargo, cuando los movimientos sociales en salud en América Latina se constituyen, tienen algunos rasgos que es importante destacar:

En primer lugar, tienden a ser movimientos con una visión holista de la salud; es decir, que a pesar de surgir muchas veces de una necesidad particular (una enfermedad, un servicio), al momento de constituirse el movimiento se abre al conjunto de necesidades de salud y de necesidades sociales en general. Esto los hace enfrentarse, a su vez, a la estructura de los Ministerios de Salud, los cuales están organizados para atender enfermedades y a los que no les resulta sencillo combinar, por ejemplo, los programas de control de enfermedades metaxénicas con los programas de desnutrición infantil; esto resulta aún menos sencillo para los propios gobiernos, quienes por la propia estructura del Estado, no pueden fácilmente conciliar las demandas de control de la enfermedad de Chagas con semillas para los cultivos, o de control de la leishmaniasis con dotaciones de tierras. Pero las necesidades de la población son globales, y así las expresan los movimientos sociales.

El segundo rasgo de los movimientos sociales en salud es que, por lo regular, procuran ofrecer una respuesta. No se quedan en la protesta o en la demanda, sino que buscan generar una solución. Puede que ésta sea de menor calidad o que no sea siquiera una solución, pero es la manera como se da respuesta a una demanda. Es interesante notar cómo algunos de los movimientos sociales se han tornado hacia el uso de la medicina tradicional, o de las medicinas alternativas, no tanto por ideología, sino como un mecanismo adaptativo frente a la incapacidad de encontrar respuesta en el sistema de salud oficial. En otros casos han asumido la participación como una contribución directa al

pago de los servicios o como dirección de los propios ambulatorios o dispensarios, no por ideología de apoyo al cobro de los servicios o filosofía de autogestión, sino como una respuesta a la inoperancia del sistema de salud. Los procesos sociales aquí involucrados pueden ser leídos de múltiples maneras, pero quisiéramos destacar como un hecho común y muy valioso el querer encontrar una solución a las carencias de salud y atención utilizando sus propias capacidades y recursos, y no quedarse sólo en la protesta.

Un tercer rasgo es que son movimientos que se definen como no-partidistas y no-políticos, pero que tienen una gran acción política. La definición de no-político se corresponde con el movimiento anti-político que se ha difundido en América Latina, relacionado con la crisis de la política tradicional y del socialismo real. Los movimientos sociales tienden a ser organizaciones de base, con una orientación religiosa, comunitaria o simplemente funcionales, cuya ideología tiene tanto un rechazo a las formas políticas que los han querido utilizar, como un componente individualista que es reactivo a cualquier forma de lucha colectiva que vaya más allá de las metas específicas (locales o sectoriales) de la organización. Sin embargo, estos movimientos han tenido un importante impacto político al mostrar una actuación independiente frente al Estado y al fortalecer las organizaciones populares; de algún modo, son la expresión de una tendencia existente en la región de hacer política sin llamarse ni considerarse políticos, ni involucrarse con las organizaciones partidistas (Briceño-León, 1998).

## **¿MOVIMIENTOS SOCIALES: REFORMISTAS O REVOLUCIONARIOS?**

Ante esa situación de negación de la política, ¿cómo entender uno de los rasgos importantes atribuidos por la teoría a los movimientos sociales, es decir, la de convertirse en factores revolucionarios? La respuesta a esta interrogante debemos buscarla en la forma de constitución de los movimientos y en la realidad social latinoamericana.

Los movimientos sociales en salud en América Latina son fundamentalmente reformistas; es decir, procuran la satisfacción de una necesidad o de una demanda social a través del mejoramiento del sistema, no su transformación. Se quiere que los hospitales y los servicios ambulatorios funcionen, no que se transformen. Se quiere participar en la gestión para hacerlo más eficiente, para que cumpla con su cometido establecido, no para cambiarle la función. Inclusive, en muchos casos, lo que se quiere es reforzar la atención médica tradicional, no pensar en un modelo más preventivo o integral.

Mucho de este componente reformista parece tener su origen en la singular situación de exclusión social que viven grandes sectores de la región, para quienes luego de una situación sostenida de desempleo o subempleo, las demandas tienden a ser mínimas y reforzadas por las urgencias de condiciones deterioradas de salud. Es difícil pensar que pueda surgir una demanda de tipo diferente cuando se tiene urgencias que, por el modelo cultural globalizado, deben ser satisfechas curativamente y con tecnología al día, a pesar que el buen juicio dictaría que las grandes medidas debieran ser preventivas, y pudieran alcanzarse con tecnología más bien tradicional (Briceño-León, 1993).

El otro componente del reformismo es el rechazo a la política antes citada, en el cual existe un repudio a las grandes medidas, a la idea de la necesidad de cambiar todo, de hacer la revolución o la gran reforma del sector salud. Este rechazo se debe sustancialmente a la notable incongruencia que existe entre la inmediatez y concreción de las urgencias de atención médica de la mayoría de la población, y la vaguedad y mediatez de muchas de las propuestas de cambio que han hecho los políticos de izquierda o de derecha.

Sin embargo, la acción reformista de los movimientos sociales ha conducido a cambios importantes en la sociedad, los cuales pueden tener una significación mucho mayor de la que puede atribuírsele en un primer momento. Los movimientos sociales han contribuido de una manera importante a fortalecer las organizaciones

populares, pues siendo la salud una necesidad tan relevante, ha obligado a las organizaciones a tener una acción en esta área y las ha forzado a dar respuestas más concretas a la población. De alguna manera, la participación ciudadana que es tan difícil de lograr en muchas áreas, ha podido expresarse en el área de salud, y de este modo ha echado las bases para una acción más permanente y, quizá, de orientaciones políticas más amplias (Palumbo, 1991; Stotz, 1993; Navarro, 1994).

Por otra parte, las intervenciones de participación en la gestión de los sistemas de salud que han ocurrido en algunos lugares, o las respuestas alternativas al sistema de salud que han podido surgir en forma cooperativa o semi-privada, fortalecen las respuestas populares en salud y dan pie a cambios mucho más profundos, sobre todo porque no son cambios que surgen desde arriba o desde el mismo sistema, sino que están apareciendo por iniciativa y creatividad de la propia población (Briceño-León, 1993b). En nuestra opinión, algunas de estas acciones son mucho más revolucionarias que algunos movimientos de salud que se hacen llamar tales y sólo se quedan en la solicitud de la transformación del Estado. En cambio, los movimientos sociales en salud han estado dando pasos —pequeños, hay que reconocer— de transformación real del Estado y sus políticas de salud.

### ¿APORTAN ALGO LOS MOVIMIENTOS SOCIALES A LA SALUD?

Si los movimientos sociales están contribuyendo a la transformación del Estado, podemos entonces considerar que sí se están dando aportes importantes a la salud. Quizá algunos de estos cambios todavía no tienen tanta magnitud ni difusión, como significación política, en cuanto modelo a seguir. Innovaciones como que la dirección de los ambulatorios esté en manos de personas de la comunidad, muchas veces de escasa educación formal, y no del personal médico, son poco difundidas pero pueden tener un impacto notable en la organización de los sistemas de salud en el futuro cercano.

No han sido fáciles las luchas para enfrentar al Estado y lograr que los dineros públicos lleguen a los más necesitados y que puedan ser fuente de equidad, y no de mayor desigualdad. Las experiencias varían de país en país y de ciudad en ciudad. En algunos casos se ha tenido éxito, en otros no; pero, en todos, el esfuerzo ha dado paso a una manera diferente de entender el uso de los fondos, desde la simple búsqueda de una mayor transparencia hasta la idea de los presupuestos participativos que cada vez adquiere mayor fuerza y apoyo.

Los resultados pueden ser siempre contradictorios, pero lo que consideramos fundamental en todo este proceso es el fortalecimiento de la organización popular y de la participación de las personas. Y es éste el elemento que debe subrayarse en este proceso y no necesariamente otro tipo de logro. En Venezuela, los movimientos populares habían introducido la fórmula de algún pago por servicios en los centros de salud controlados por las comunidades, unas veces como cuotas fijas y otras como contribución voluntaria. Ese dinero fortalecía el poder comunitario sobre el centro de salud y ayudaba a su funcionamiento, y la comunidad realizaba de manera gustosa esa contribución financiera por el buen servicio que recibían en estos centros (Rodríguez *et al.*, 1997). En una decisión bien intencionada el nuevo gobierno prohibió el cobro de los servicios de salud, pues consideraba que ésta era una responsabilidad del Estado; el principio no está mal, pero en la práctica lo que sucedió fue que ni llegaban los fondos del Estado ni se tenían los que antes aportaban las propias personas de la comunidad. Y, en la práctica, el resultado fue que se debilitó el poder comunitario y se fortaleció el poder del Estado y el poder médico.

Los movimientos sociales en salud pueden ser un elemento crucial en el aumento de la calidad de vida de las poblaciones (Sen, 1993), pues no sólo son vigilantes de la acción del Estado, sino que contribuyen con sus propias propuestas a su transformación y, de ese modo, es posible construir más libertad para las personas: libertad frente a la enfermedad y libertad ante la manera de cuidar la salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borja, J. (1975). *Movimientos Sociales Urbanos*. Buenos Aires: SIAP.
- Boudon, F. & Bourricaud, F. (1990). Mouvements Sociaux. En: *Dictionnaire Critique de la Sociologie*. París: PUF.
- Briceño-León, R. (1993a). Salud no-rentista y post moderna para el desarrollo humano. *Cuadernos Médico - Sociales*, (64): 73-80, julio.
- \_\_\_\_\_ (1993b). Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las Enfermedades Tropicales. *FERMENTUM*, 4(9): 165-176.
- \_\_\_\_\_ (1998). El Contexto Político de la participación Comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saude Pública*, 14 (supl. 2): 141-147
- Castells, M. (1976). *Movimientos Sociales Urbanos*. Madrid: Siglo XXI.
- CEPAL (2000). *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Frenk, J., Londoño, J.L., Knaul, F. & Lozano, R. (1998). Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. En: *Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Perspectivas para lograr Salud para Todos*. México: Fundación Mexicana de la Salud.
- Gabaldón, A (1965). Significado económico de la erradicación de la malaria. En: *Una Política Sanitaria*. Caracas: MSAS.
- \_\_\_\_\_ (1969). Health Services and Socioeconomic development in Latin America. *The Lancet*, 12, 1, 7598: 793-744, April.
- Grosh, M.E. (1990). *Social Spending in Latin America. The Story of the 1980s*. Washington: World Bank Discussion Papers, 106.
- Lusting, N. (1995). *Coping with Austerity: Poverty and Inequality in Latin America*. Washington: The Brookings Institution.
- Maingón, T. (1990). La intervención del Estado Venezolano en la organización del sector salud: 1900-1936. *Cuadernos CENDES*, 13-14: 35-43
- \_\_\_\_\_ (1995). Cambios ocurridos en las políticas y estrategias de salud: tendencias y perspectivas. *Espacio Abierto*, 4(2): 15-38, julio-diciembre.
- Minayo, C.M.S. (2000). Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso Brasileño. En: Briceño-León, R., Minayo, M.C.S. & Coimbra, C.E.A. Jr. (Coord.). *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Navarro, J.C. (1994). Organizaciones de participación comunitaria: una aproximación a su papel en la prestación de servicios sociales a los pobres en América Latina. En: Navarro, J. C. (Ed.). *Las Organizaciones de Participación Comunitaria y la Prestación de Servicios Sociales a los Pobres en América Latina*. Caracas: IESA-BID.
- Olson, M. (1965). *The Logic of Collective Action*. Harvard University Press.
- Palumbo, G. (1991). *Gerencia participativa: un caso exitoso en el sector salud*. Caracas: IESA-Fundación Antonio Cisneros Bermúdez.
- Rodríguez, V., Avila, O. & Briceño-León, R. (1997). Satisfacción de los usuarios y disposición a pagar por los servicios. *Espacio Abierto*, 6(2):321-338
- Storz, E.N. (1993). Luta pela saúde ambiental: a AMAP contra Curtome Carioca S.A., una experiencia vitoriosa. En: Valla, V.V. & Storz, E.N. (Org.) *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática*. Río de Janeiro: Relume-Dumará.
- Touraine, A. (1976). *Les Sociétés Dépendantes*, París: Editions Ducolot.
- \_\_\_\_\_ (1982). *Mouvements Sociaux: d'aujourd'hui: acteurs et analystes*. París: Editions Ouvrieres.
- \_\_\_\_\_ (1988). *La Parole et la Sang. Politique et Société en Amérique Latine*, París: Editions Odile Jacob.
- UNICEF (1987). Hacia un enfoque más amplio en la política de ajuste: ajuste con crecimiento y una dimensión humana. En: *Políticas de Ajuste y Grupos más Vulnerables en América Latina*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Valla, V.V. (2000). Revendo o debate em torno a Participação Popular: ampliando sua concepção en una nova conjuntura. En: Barata, R.B. & Briceño-León, R. (Org.). *Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- World Bank (1998). *Health System Reform*. Washington: World Bank.



## RONDAS CAMPESINAS Y SALUD EN CAJAMARCA

UN ESTUDIO A PARTIR  
DEL TRABAJO EN SALUD DE  
ALGUNAS INSTITUCIONES NO  
ESTATALES Y DEL PAPEL DEL  
PROMOTOR DE SALUD

---

*José Pérez Mundaca \**

---

Esta ponencia pretende dar una idea resumen de la intervención de algunas instituciones privadas (Obispado de Cajamarca, APRISABAC) en la implementación del trabajo comunitario en salud pública en el área rural de Cajamarca y del papel que en este trabajo cumplen los promotores de salud. Ello, con el fin de contrastarla con un trabajo de este estilo hecho por la Federación de Rondas Campesinas Femeninas del Norte del Perú (FEROCAFENOP), lo mismo que con otras actividades colaterales vinculadas a la salud desarrolladas por las rondas campesinas. Se discute cómo se articulan estas actividades a las realizadas por las referidas instituciones privadas y el propio Ministerio de Salud (MINSa), y cuál es la imagen del promotor de salud en esta articulación para, a partir de todo ello, proponer algunas ideas orientadas a la promoción de una mayor intervención del movimiento social de las rondas campesinas en el campo de la salud.

### EL TRABAJO COMUNITARIO COMO ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA. PAPEL DEL OBISPADO Y DE APRISABAC. ROL DEL PROMOTOR DE SALUD

El antecedente más antiguo de esta estrategia es el *sanitario*, un personaje generalmente de sexo masculino, poco articulado al Ministerio de Salud que, en nombre de la salud oficial, brinda servicios curativos elementales en las capitales de distritos.

Como parte de un proyecto más amplio de desarrollo rural y en el intento de superar el enfoque individualista y meramente curativo de la medicina para reemplazarlo por un enfoque preventivo que tome en cuenta al colectivo rural más atrasado, a partir de 1975, con fondos de UNICEF y una asociación belga, empieza a procesarse un acercamiento más sistemático y

---

\* Antropólogo Social. Docente de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Escuela de Post-Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca.  
Email: josepm22@hotmail.com

sostenido al área rural, básicamente seleccionando, capacitando y encomendando tareas de salud a promotores de salud originarios de las propias comunidades rurales.

El agente institucional que tuvo a cargo la capacitación de los promotores de salud fue el Obispado de Cajamarca, el mismo que entre 1975 y 1978 preparó nada menos que a 52 promotores de otras tantas comunidades esparcidas en cinco provincias del departamento.

El trabajo con promotores de salud a cargo del Obispado de Cajamarca fue hecho en coordinación con el Área Hospitalaria de Cajamarca. Se reforzó con la conformación en 1981 de un grupo multidisciplinario (GRUPO PIHUAN), conformado por tres médicos, un profesor y dos campesinos con el fin de brindar asesoría al trabajo de promotores de salud, actuando bajo el influjo de la doctrina de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata.

En 1981, bajo la influencia del Grupo PIHUAN y, por tanto, bajo la del Obispado, se creó la Asociación de Promotores de Salud como órgano independiente del sector salud, pero con el propósito de colaborar estrechamente con él en las acciones de salud comunitaria.

La participación del Obispado de Cajamarca en acciones de salud se mantiene hasta la actualidad, a través de un departamento eclesial expresamente constituido: el DEPAS (Departamento Pastoral de Salud), y básicamente a través de la Asociación de Promotores de Salud. Sin embargo, al parecer, a partir de 1992 en que Monseñor Dammert (de claro corte progresista inspirado en el Concilio Vaticano II y en la Teología de la Liberación) deja el cargo para ser reemplazado por Monseñor Piorno (con otro estilo de comprender la pastoral), el trabajo eclesial con promotores de salud habría perdido relevancia, hecho complementado por una progresiva incorporación de los promotores de salud a un quehacer más institucional ligado a los puestos y centros de salud oficiales y más independizado de la pastoral eclesial.

El papel jugado por la Iglesia Católica en los años setenta y ochenta, dentro de la estrategia de convertir a las comunidades rurales más

marginales en actores partícipes de responsabilidades concretas en torno a su salud y bienestar, fue asumido con nuevos bríos y con gran eficiencia por la ONG APRISABAC (Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca) que inicia sus actividades en 1991 y las culmina en el año 2000. Como su nombre sugiere, APRISABAC centra su intervención en la estrategia de atención primaria de salud, la misma que ejecuta en base a tres componentes: fortalecimiento de los servicios de salud, desarrollo comunal y saneamiento básico. Con tres equipos de personal (uno de salud, otro de saneamiento y uno tercero de promoción social), los principales sujetos con los que APRISABAC interactúa en su quehacer cotidiano son el personal del MINSA, ONGs y comunidades rurales. El trabajo se realiza en «comunidades de énfasis» (más marginales), empezando por realizar un diagnóstico vía el método de investigación-acción-participativa (IAP) por el que la comunidad misma analiza su situación de salud, considera cuáles son las posibilidades de solución de problemas a nivel comunal y busca apoyo (a través de APRISABAC u otras instituciones) para encarar situaciones que ella misma no puede resolver.

En el terreno concreto de la salud la IAP debía conducir a un análisis comunitario de la salud (ACOS) y a un equipo comunal de salud (ECOS), que finalmente era el que perfilaba el diagnóstico y hacía la promoción y motivación.

La estrategia de atención primaria de salud, eje básico del fondo y forma del trabajo de APRISABAC, considera sustancial el trabajo con «agentes comunales», es decir, la selección y formación de promotores de salud (y parteras); pero también considera vital la participación de otros sectores (estatales y privados), en tanto se concibe al problema de salud como intrínsecamente conectado a otros problemas sociales, demandando un abordaje múltiple e interdisciplinario.

Desde la perspectiva de los promotores de salud, APRISABAC se articula a la experiencia que ya había procesado en este tema el Obispado de Cajamarca. El Grupo PIHUAN es por tanto un sujeto con el cual interactúa y concierta. Sin embargo, desarrolla acciones adicionales para captar y capacitar nuevos promotores, hecho que

se deriva de la filosofía y magnitud del trabajo a ejecutar, pero también de las deficiencias y debilidades de la praxis con promotores que le antecedió.

## LOGROS Y DEBILIDADES

Un logro importante en la estrategia de trabajo comunitario dentro del proceso de salud y desarrollo es que éste fuera realizado en un número relativamente alto de comunidades: sólo para una provincia -la de San Marcos- el trabajo se desarrolló en 50 comunidades, constituyéndose en cada una de ellas un equipo comunal de salud (ECOS). Pero Martha Saucedo<sup>1</sup> subraya que esta labor ha sido complementada con actividades de tipo comunitario realizadas por el personal de todos los puestos de salud en calidad de actividad extramural, involucrando «al 80% de las comunidades». Para Zoila Cárdenas, un impacto positivo de la estrategia de trabajo comunitario de salud en las comunidades puede evidenciarse en logros cuantitativos asociados básicamente a la labor de promotores rurales de salud. Para la provincia de San Marcos, ella da cuenta de lo siguiente:

- Un importante incremento del personal de salud que realiza trabajo comunitario: de 17 en 1994 se pasa a 76 en 1999.
- Un incremento significativo del número de promotores: de 85 correspondientes a 1996 se pasa a 136 en 1999.
- En 1999, la cobertura de atención de los promotores de salud en San Marcos fue de 171 caseríos.
- Los promotores de salud de San Marcos atendieron:
  - a) Entre 1994 y 1996: 72 casos de EDAS (6 % de todos los casos atendidos); 202 casos de neumonía (3% de los casos atendidos)

- b) Entre 1997 y 1999: los promotores realizan 12,201 atenciones (3% del total de atenciones realizadas).

Saucedo señala como otro aspecto positivo en el trabajo comunitario la puesta en marcha de la estrategia de las ZONADIS (Zonas de Desarrollo Integral de Salud) que ha tenido el objeto de brindar atención integral de salud a poblaciones ubicadas dentro de un espacio geosocial definido (entre ellas comunidades rurales) con participación de instituciones públicas y privadas. Es dentro de esta estrategia que se ubica la conformación de comités interinstitucionales de coordinación y concertación de acciones de desarrollo y salud como el que, según Cárdenas, se conforma en la provincia de San Marcos en 1996.

Según la misma Cárdenas, la evaluación que realiza el grupo PIHUAN respecto del papel desempeñado por los promotores de salud comunitaria en los años ochenta y noventa arroja aspectos positivos y negativos. Dentro de los aspectos positivos se destaca que en su gran mayoría (90%) los promotores de salud se han convertido en líderes de sus comunidades, han facilitado el intercambio de experiencias y comunicación intercomunal, tienen en su mayoría una formación adecuada y han introducido la experiencia de los botiquines en las comunidades; se destaca también como aspecto positivo su organización en una asociación de promotores de salud.

La evaluación también constata algunos aspectos negativos: uso inadecuado (en algunos casos) de medicamentos; cierta tendencia de algunos promotores a asumir «actitudes de superioridad»; organización de promotores con fuerte dependencia del grupo PIHUAN, lo que genera dificultades en el proceso de transferencia de responsabilidades inherentes a la salud comunitaria. No siempre un promotor

---

<sup>1</sup> La parte sustantiva de la información de la sección 1 de esta ponencia ha sido recavada de los informes preliminares de las tesis de maestría en salud pública (UPCH) de las profesionales en salud Martha Saucedo, «Trabajo comunitario como estrategia para construir comunidades saludables. Provincia de San Marcos 1994-1999»; y Zoila Cárdenas, «Sistematización de la capacitación e intervención de promotores de salud en la provincia de San Marcos-Cajamarca 1994-1999». Dejo constancia de mi profundo agradecimiento tanto a Martha como a Zoila por su gentil colaboración.

capacitado es un agente activo: una evaluación para el año 1990 da cuenta que el 50% de los promotores capacitados por la Iglesia y el grupo PIHUAN estaba inactivo.

## LAS RONDAS CAMPESINAS

Las rondas campesinas son organizaciones sociales que surgen en la sierra norte del Perú en el último cuarto del siglo XX, desde el mismo campesinado, con el fin de enfrentar el abigeato. Tienen el objetivo de mantener el orden interno y de contribuir al desarrollo y paz social y, por lo menos en su fase inicial, tuvieron un carácter marcadamente antiestatal al percibir que los abigeos actuaban en complicidad con jueces y policías<sup>2</sup>.

Las rondas campesinas siempre han perfilado su carácter autónomo e independiente y tienen un cuarto de siglo de existencia; se han constituido ya en estructuras permanentes de organización campesina y gozan de gran prestigio, legitimidad, poder e influencia en el campesinado cajamarquino.

A pesar que las rondas comenzaron siendo un poderoso movimiento social contra el abigeato, pronto se convirtieron en organismos multifuncionales, desempeñando papeles adicionales a su rol inicial de defensa contra dicho abigeato, destacando la administración de justicia campesina, la participación en el desarrollo comunal (construcción de obras y presión ante el Estado para financiarlas) y la incursión en los últimos años en el otorgamiento de créditos campesinos y en la defensa del medio ambiente, hoy tan amenazado por compañías mineras recientemente constituidas en Cajamarca.

En función de las responsabilidades sociales que han ido asumiendo, las rondas campesinas han pasado por etapas características:

una primera, marcada por el peso de la organización y el enfrentamiento antiabigeo; una segunda, caracterizada por la construcción de obras materiales de desarrollo (escuelas, puentes, etc.); y una tercera, signada por la vigilancia e intervención de las rondas sobre conductas antisociales. Es en esta última etapa donde la administración de justicia campesina es un rasgo central.

Un estudio nuestro<sup>3</sup>, todavía inédito, referido a la Federación de Rondas Campesinas Femeninas del Norte del Perú (FEROCAFENOP), da cuenta que esta organización rondera con base en la parte sur de Cajamarca (Cajamarca y provincias limítrofes), estructurada con unos diez años de retraso con respecto al movimiento rondero chotano original (centro de Cajamarca) pero como parte del proceso de difusión de éste último, se ha destacado más bien como administradora de justicia campesina (tercera etapa del movimiento rondero), sin ser ajena al motivo central de defensa contra el abigeato. Pero el estudio señala que a diferencia del movimiento rondero ortodoxo de Chota que se ha «estancado en esta etapa, [la FEROCAFENOP] ha incursionado exitosamente en dos roles adicionales: brindar créditos agropecuarios a campesinos y, últimamente, constituirse en un poderoso eje troncal de movilización campesina en defensa del medio ambiente frente a su contaminación por parte de Minera Yanacocha».

Refiriéndose a la situación actual de las rondas campesinas chotanas, Gitlitz (1998) hace una interesante reflexión sobre la relación de la ronda campesina con su motivación central, el abigeato, y su relación con las funciones complementarias que ha ido adquiriendo a lo largo del tiempo. Indica que hoy las rondas campesinas acusan evidentes señales de debilidad pero que, al mismo tiempo, acusan también evidencias de fortaleza. Explica la debilidad por el efecto acumulado de una serie de presiones que han

<sup>2</sup> Para una idea más exhaustiva sobre este singular tipo de movimiento campesino se puede leer una serie diversa de investigaciones. Ver, por ejemplo Pérez Mundaca (1998).

<sup>3</sup> Véase Pérez Mundaca, 2001.

sufrido algunas desde sus inicios y otras desde años más recientes. Tales presiones (hostilidad del gobierno, divisiones partidarias, liderazgos deficientes, carácter conflictivo de la sociedad rural, crisis económica de partidos de izquierda y de Iglesia progresista) habrían desgastado de manera gradual la unidad y espíritu de la organización rondera. El lado fuerte de las rondas es explicado por su persistencia e institucionalización. Gitlitz sostiene que una organización (como la ronda) se institucionaliza cuando persiste en el tiempo, se vuelve compleja y desarrolla múltiples y nuevas funciones. Sin embargo, señala también que las instituciones son modelos de interacción que adoptan finalmente una vida propia, siendo estructuras que, debido a su vida pasada, llegan a ser valoradas por sí mismas, independientemente de las funciones que cumplen.

La función antiabigeo otorga a la ronda el carácter de un movimiento campesino y las funciones complementarias la asocian a una suerte de comunidad campesina (institución) o de gobierno local, un escenario propicio para la toma de múltiples decisiones. Para Gitlitz las rondas campesinas (chotanas) son actualmente débiles en tanto «movimiento» campesino y son fuertes en tanto cumplen funciones de «cuasi gobierno» y en tanto son democráticas; pero, paradójicamente, *«al convertirse en espacio privilegiado para tomar decisiones de nivel local, las rondas han tenido que asumir un sinnúmero de conflictos que surgen en la sociedad campesina, y hacerlo conlleva el riesgo de desunión y división. Si las rondas no tienen la unidad de hace una década, ello se debe en gran medida a que su nuevo papel (institucional) no lo hace posible; los movimientos se enriquecen de la unidad; los gobiernos manejan la división»*. (Gitlitz, 1998: 52).

A diferencia del caso chotano, que comienza siendo un movimiento campesino y luego, con el paso del tiempo, procesa caracteres institucionales, el caso nucleado en la FEROCAFENOP es el inverso: comienza con predominio de rasgos institucionales asociados a su papel sesgado por el peso de la administración de justicia campesina y proveedora de crédito campesino; pero, al asumir la defensa del medio ambiente, se convierte en movimiento antes que institución, asemejándose más al movimiento rondero inicial chotano que, a partir de la defensa colectiva frente al abigeato, se impregnó de la

mística, solidaridad y cierto romanticismo que suelen caracterizar a los movimientos sociales. Hoy en día, pues, la FEROCAFENOP cuenta con dos virtudes que son al mismo tiempo sus principales fortalezas: tiene ventajas asociadas a su institucionalidad (justicia, crédito) y, asimismo, ventajas asociadas a su carácter de movimiento social: Lucha contra la contaminación del medio ambiente.

A partir de esta imagen surge la pregunta: ¿Hasta qué punto estas fortalezas, su praxis combinada como institución y como movimiento, garantizan que la FEROCAFENOP en particular y el movimiento rondero en general puedan también convertirse en motores que, actuando desde la sociedad civil, promuevan, dinamicen y den nuevo significado al tema de la salud en su área de influencia? ¿Hasta qué punto la FEROCAFENOP y el movimiento rondero en general pueden convertirse en ejes articuladores de la construcción de un movimiento social en el cual la salud, vista como un derecho ciudadano, pueda ser tema central de su quehacer como lo son la de administración de justicia campesina, el crédito y la defensa del medio ambiente?

## RONDAS CAMPESINAS Y SALUD

### LA EXPERIENCIA DEL OBISPADO

La relación entre rondas campesinas y salud es un aspecto aún no estudiado. El material usado para estructurar el primer acápite de esta ponencia, basado en dos tesis de maestría que versan sobre el trabajo comunitario como estrategia de salud y el papel de los promotores de salud en dicha estrategia, caso provincia de San Marcos, ignora por completo esta relación. ¿Eso significa que el Obispado de Cajamarca y la ONG APRISABAC, instituciones que ejecutaron el trabajo comunitario con promotores de salud, no han tomado en cuenta a las rondas campesinas en ese trabajo? ¿O es que para las autoras de los trabajos señalados, este punto no era de interés?

Lo que sí sabemos es que tanto el Obispado como APRISABAC han tenido que trabajar necesariamente en terrenos anegados de organizaciones ronderas, aunque sospechamos que para el modelo a partir del cual implementaron sus respectivos trabajos, organizaciones campesinas como las rondas no fueron en lo sustancial tomadas en cuenta. La lógica del trabajo comunitario realizado con promotores era una lógica de la oferta, que implica que las decisiones más importantes sobre el tema de salud de los demandantes son tomadas por quienes ofrecen los servicios de salud, y todo lo que se haga en las comunidades de usuarios, incluso aquello que deriva en la participación «comunal» de las mismas, se hace a partir de los designios, concepciones y decisiones de la oferta.

Lo anterior se da a despecho del marco conceptual implicado, muy de avanzada y hasta revolucionario. En ambos casos (Obispado y APRISABAC) el espíritu de Alma Ata (salud integral para todos, participación comunal con promotores, atención primaria) es eje medular de la acción. Revisando el caso de Bambamarca, donde el trabajo del Obispado fue pionero y mejor implementado, y donde el movimiento rondero es más antiguo y consolidado, hemos notado que aquí se intentó ir más allá de lo sugerido en 1978 por la OMS en Alma Ata. Una evaluación de esta intervención hecha por los médicos belgas que tuvieron a su cargo el trabajo parroquial de salud en Bambamarca sostiene que, en la práctica, las sugerencias de Alma Ata han convertido al promotor de salud en «el último nivel de la pirámide de los servicios de salud: el menos calificado, el más descentralizado, el que tiene menor poder, menor iniciativa» (Estela *et al.*, 1992). Por esta razón, han preferido trabajar bajo la inspiración conceptual por la cual el promotor debe ser un «motor» de salud en su comunidad, con mucho conocimiento de medicina, con función curativa pero con énfasis en la prevención (educación e higiene) y, por sobre todo, constituirse en un líder organizativo de su comunidad. Más aún: el trabajo fue inspirado en la «opción preferencial por los pobres» (Teología de la Liberación) y en la necesidad de liberación del pueblo y de la sociedad toda; de allí el objetivo estratégico de «liberar a través del trabajo en salud».

Pero a pesar de esta concepción de avanzada, las organizaciones propias del campesinado, y dentro de ellas las rondas, no tenían cabida autónoma, de sujeto, en el modelo. No es que las rondas campesinas y las organizaciones de la comunidad en general no hayan sido valoradas por el trabajo parroquial de la Iglesia; lo que ocurre es que la intervención en salud, uno de los componentes de dicho trabajo, se desarrolla bajo una lógica atravesada por concepciones, decisiones y prácticas impregnadas por el aroma de la oferta. La evaluación referida hace hincapié en que «*Nada [ha sido] más gratificante (...) que el habernos mantenido al lado de las rondas campesinas. Ya desde el 81 participamos y apoyamos con local, alimentos y celebración religiosa en las convenciones, congresos, festividades y eventos campesinos*» (Estela *et al.*, 1992: 48). Sin embargo, como intentaremos demostrar a continuación, en el terreno de la salud, según la lógica que preside, la comunidad y las organizaciones comunales aparecen como entes pasivos y no como actoras centrales de su destino sanitario. He aquí algunas argumentaciones a favor de nuestra tesis:

- a) La elección del promotor de salud se deja como prerrogativa de la comunidad, pero dentro de un conjunto de requisitos establecidos por la acción pastoral, entre los cuales destaca el tener cierta edad y el «ser católico comprometido». Las rondas campesinas suelen tener dirigentes que bien podrían responsabilizarse del tema de salud, convertirse en promotores de salud, pero con este sistema de elección la probabilidad de materialización de esta posibilidad puede verse menguada. Una reflexión en torno al requisito de ser católico comprometido puede, en un escenario donde otras religiones cristianas no católicas y hasta una de inspiración judía tienen una presencia cada vez más creciente, sugerir la posibilidad de que éste se convierte en un factor de discriminación, conflicto y división campesina, y facilita también visualizar la imagen de una comunidad con restricciones en el abanico de posibilidades de elección de su promotor.
- b) Una tarea central del promotor de salud es hacerse cargo del Botiquín; pero para que una comunidad tenga acceso a un



botiquín se establece también una serie de requisitos, como la constitución de un Comité de Salud en la comunidad. De esta forma, las comunidades fueron poblándose de un gran número de comités de salud artificiales o fantasma<sup>4</sup>, produciendo una participación inauténtica, tal como lo reconocen los mismos médicos belgas encargados del trabajo parroquial en materia de salud comunal: *«No se ha buscado suficientemente la participación comunal (...) En la práctica el trabajo de salud fue más una tarea del promotor en la cual la comunidad no tenía por qué meterse ... Caímos en la trampa de imponer a la comunidad la constitución de un Comité de Salud como condición para que ella reciba el botiquín. Este comité fue nuestro único medio para implicar a la comunidad y fue algo artificial, no funcionaba; la comunidad lo consideraba como un «Comité pro-botiquín» cuando la intención era que por él la organización comunal asumiera la problemática integral de salud. No logramos avanzar mucho en relación con la Ronda Campesina para involucrarla en salud»* (Estela *et al.*, 1992: 102-103).

- c) Las organizaciones ronderas no fueron referentes importantes para viabilizar el trabajo en salud; hubo más bien la tendencia a procesar conflictos entre tales organizaciones y los promotores: *«fueron confrontados (...) a una Federación Provincial de Rondas* (ibídem: 102) *(...) [No se hizo] un trabajo (...) cercano con las rondas campesinas»* (ibídem: 106).
- d) En función de la lógica que presidía su actuación, los encargados del trabajo parroquial en materia de salud pretendían, como se ha indicado, convertir al promotor en líder de la comunidad. Pero también, en alguien que tendiera a convertirse en una suerte de médico de la comunidad, que tuviera conocimientos de medicina y buscara siempre mejorar esos conocimientos. En la misma lógica, se

aspiraba a que la comunidad tuviera promotores para las otras áreas sociales y productivas: un promotor en agricultura, otro en ganadería, veterinaria, etc. En concordancia con ello, cualquier requerimiento de los pobladores de la comunidad hacia los médicos encargados del proyecto que contradijera esta lógica era rechazado, como por ejemplo la demanda de que brindaran atención médica. *«Estaba muy presente en la población - dicen los médicos belgas- la idea del 'médico gringo' mejor que el peruano y queríamos romper con esta imagen (...) Llegamos con la firme intención de no hacer algo paralelo al Ministerio de Salud, queríamos colaborar con él en lo que se pudiera, más no hacer lo mismo que lo que hace el Ministerio, ni hacer lo que él debería y no tiene ganas o posibilidad de hacer. De ahí que nos negamos a hacer un consultorio médico 'de la parroquia' que se suponía iba a ser visto como 'mejor', por ser de la iglesia y con 'profesionales importados'»* (Estela *et al.*, 1992: 70). Se evidencia pues un desencuentro de lógicas, de lo que debe ser bueno para la comunidad visto desde el ángulo de la oferta, y de lo que es bueno para la comunidad visto desde el lado de ella misma. Para los miembros de la comunidad, el ideal es que en el terreno de la salud intervenga el personal que se percibe como de más alta calificación y preferirá siempre un médico a un promotor y un médico «gringo» a uno nacional. Una investigación mía (Pérez Mundaca, 1999) que trata de las percepciones del usuario rural cajamarquino sobre los servicios de salud encuentra un marcado rechazo a los «practicantes» de salud (universitarios de los últimos años de medicina, enfermería y obstetricia) y una preferencia a que lo trate un «verdadero profesional». Encuentra también la alta disposición de usar un médico particular, en la percepción de que en los puestos y hospitales públicos,

<sup>4</sup> El fracaso de los comités de salud fue al parecer una tendencia generalizada tanto en Perú como en América Latina, tal como se puede advertir a partir del análisis de diversos casos en Perú y en países hispanoamericanos.

aunque a precio bajo, la atención es deficiente. En casos extremos, se llega a asociar baratura con baja calidad y costos altos con buena calidad. Algunos de mis entrevistados manifestaron que no usaban condones o algunos medicamentos básicos «porque eso regalan», es decir, que pueden ser de baja o mala calidad.

- e) Los encargados del proyecto parroquial de salud también señalan que no se ha rescatado ni promocionado la medicina tradicional con curanderos y parteras.

### LA EXPERIENCIA DE FEROCAFENOP

Esta experiencia se refiere a la puesta en marcha, entre 1990 y 1993, de la parte operativa de un proyecto de salud de la Asociación Perú-Mujer, financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Población.

Consistió en la construcción, con apoyo de la comunidad e instituciones privadas o gubernamentales, de puestos de salud en áreas rurales de las provincias que constituían la hoy ex Sub Región de Salud IV-Cajamarca<sup>5</sup>.

Una estrecha colaboración con el MINSA, expresada en la construcción de los puestos siguiendo el modelo propuesto por esta institución, *«incluido una casita de residencia para el personal de salud, una farmacita, un lugar de recepción»*, según palabras del dirigente rondero Julio Marín<sup>6</sup>, fue una característica resaltante del trabajo. También lo fue la *«entusiasta»* participación de las organizaciones sociales de las comunidades beneficiarias, especialmente de las rondas, las cuales colaboraron *«muy de buena gana»* con mano de obra gratuita y en la elección del promotor de salud que *«los ronderos seleccionaron dentro del conjunto de hombres y mujeres de toda la comunidad»*.

Una alta eficiencia, ser un hombre bisagra que articula al MINSA con la comunidad, un rol que posibilita un acoplamiento armonioso entre medicina oficial y medicina tradicional, son características que diseñan la imagen del promotor seleccionado en el contexto de este proyecto ejecutado con ronderos. La eficiencia aparece claramente asociada al carácter democrático de su elección: como promotor de salud elegido por la asamblea comunal de rondas, es a la asamblea a quien da cuenta de sus actos cada vez que ella se reúne (una vez al mes); pero es también en esta asamblea donde, convirtiéndola en una suerte de escuela, realiza su labor básica de educación en salud (*«aquí muestra y reparte insumos de salud, como preservativos, por ejemplo, señala para qué sirven y cómo se usa»*, indica Marín). El acoplamiento armonioso entre cultura medicinal campesina y medicina oficial es un arte del promotor que, traduciendo al parecer un consenso generalizado en las comunidades rurales y en las organizaciones ronderas, posibilita una coexistencia pacífica y complementaria entre ambas culturas medicinales. Esta actitud tiene como resultado su promoción y la generación de un diálogo fluido entre ambas, con consecuencias positivas para el avance del trabajo del personal oficial de salud y la atención de la salud de la comunidad. La imagen de un promotor «repartiendo condones» en la asamblea de las rondas donde participan hombres y mujeres, y la imagen del mismo promotor «haciendo embolsados»<sup>7</sup> de medicina tradicional para venderlos en las ciudades, es decir, trayendo el mensaje y los beneficios de la medicina «moderna» a su comunidad y llevando la medicina «tradicional industrializada» a un espacio urbano, es la que redondea y grafica aquel acoplamiento armonioso, intercultural, que facilita el diálogo entre uno y otra, y grafica también su papel de hombre bisagra.

<sup>5</sup> Parte sur del departamento de Cajamarca: Cajamarca, Cajabamba, Celendín, Contumazá, San Marcos, San Miguel y San Pablo.

<sup>6</sup> Julio Marín fue el responsable de la referida parte operativa del proyecto. Una parte sustancial de los datos que alimentan este acápite han sido proporcionados por Julio Marín en una entrevista de fines de marzo del 2001.

<sup>7</sup> «Embolsados» son plantas medicinales secadas, trituradas y almacenadas en bolsitas plásticas destinadas a la comercialización. Los ingresos por la venta de estos productos fueron usados en el mantenimiento del puesto y del promotor de salud.

Para Juan Mendoza Vásquez<sup>8</sup>, en ausencia de una buena relación del promotor de salud con las rondas, o más exactamente, si el promotor no expresa el punto de vista de las rondas, este acoplamiento es más difícil. Lo que quiso subrayar este profesional fue que el papel del promotor de salud se vuelve exitoso cuando expresa el punto de vista y el espíritu de las rondas, cuando se constituye en una suerte de embajador de las mismas. Juan Mendoza sintetiza la imagen del área rural cajamarquina como un mosaico de organizaciones e instituciones que coexisten e interactúan con la ronda: las externas (sectores estatales como el Ministerio de Salud, ONGs, organizaciones creadas por agentes de fuera: Clubes de madres, Vaso de leche) y las internas (políticas: alcaldes vecinales, gobernaciones, tenientes). Dentro de este conjunto de organizaciones destaca la imagen de la ronda por su legitimidad y consenso social y por su carácter duradero, distinto al carácter efímero de muchas de las otras organizaciones que interactúan con ella. Señala dos ejes maestros de política de relación de las rondas: respeto, valoración y revaloración de la cultura campesina; y diálogo y respeto al otro, a lo externo. En el campo de la producción la ronda reactivó la *minga*, en tanto ella misma funciona bajo un sistema parecido, el de turnos para rondar. En el campo de la salud revalora y reactiva la medicina «tradicional» en base a plantas medicinales y a curanderos, hueseros y matronas. Y en su relación con el otro la llave maestra es el respeto: «respeto a las organizaciones de fuera y de dentro». En el terreno de la salud, esto se traduce en un irrestricto respeto a la tecnología médica de fuera (medicina «moderna»).

Las rondas y, en general, los campesinos, son muy conscientes que tanto la medicina «tradicional» como la «moderna» son recursos valiosos para la salud; asimismo, las rondas y los campesinos saben qué tipo de medicina usar para qué tipo de enfermedad y en qué circunstancias<sup>9</sup>.

Si el tipo de enfermedad y su gravedad así lo ameritan, el campesino busca ser tratado con medicina «moderna» en puestos y/o establecimientos oficiales de salud. Para ello usualmente requiere el apoyo de la ronda, en diversos sentidos (apoyo para trasladar al enfermo, para gestionar el servicio de salud, etc.); es decir, nos encontramos con otra forma concreta de involucramiento de la ronda con la salud rural. Además de brindar ella misma determinados servicios, también hace gestión, generalmente ante los actores externos (Ministerio de Agricultura, Ministerio de Salud); la gestión hecha por un campesino a través de la ronda le da una sensación de seguridad, de que será tratado con mayor prontitud y mejor. No olvidemos que el campesinado es uno de los sectores sociales más vigilantes respecto al tema de la calidad del servicio. Prefiere ser tratado por un buen médico, no importa si tiene que desembolsar más.

El papel de la ronda en este tipo de gestión en salud a favor de los campesinos cajamarquinos se asocia usualmente a servicios ortodoxos brindados por ella. En no pocas oportunidades, el servicio de justicia campesina se complementa con la gestión en salud ante instancias pertinentes del MINSA. Esto sucede cuando resuelve conflictos entre campesinos y se producen heridos en una o ambas partes, o en casos de maltrato a mujeres. Se asocia también a su papel de defensora del medio ambiente: muchos campesinos que han aparecido con «enfermedades raras» como producto de la contaminación ambiental producida por Minera Yanacocha han sido beneficiados con «la gestión» de las rondas en las esferas de salud oficial. Esto sucedió de una manera más contundente en las comunidades afectadas por la catástrofe del mercurio (derrame de mercurio por Yanacocha a mediados del año 2000). La relación de la ronda campesina con el tema salud está también ligada a su rol constructor de obras de desarrollo (lucha por obras de desarrollo): puentes, caminos,

<sup>8</sup> Juan Mendoza Vásquez es un profesional que trabaja hace 15 años en las cuencas cajamarquinas de Jequetepeque, Masheón, Llaucán, Cajamarquino, todas ellas pobladas por un mosaico de rondas campesinas. La entrevista que tuvo a bien concedernos se realizó en marzo del 2001.

<sup>9</sup> En «Mamita dame mi chucho» (Pérez Mundaca, 1999) se hace un análisis relativamente amplio de este asunto.

escuelas, pero también puestos de salud. Gran parte de los puestos con los que cuentan actualmente los campesinos cajamarquinos se han hecho por presión de las rondas ante las instancias pertinentes de salud, con participación de los ronderos con mano de obra.

La «gestión» de las rondas en salud, ese papel que las constituye en una suerte de puente entre usuarios y proveedores de servicios de salud funciona, pues, hay que remarcarlo, en base a una política de brazos abiertos respecto a sus interlocutores externos; pero las rondas esperan un trato recíproco de estos interlocutores. Este trato recíproco no siempre se ha dado, creando una base en la que se asientan ciertas dificultades y conflictos. Juan Mendoza recalca que PRONAMACHS es una de las instituciones que ha generado dificultades de este tipo; también, aunque en menor grado, lo han hecho algunos trabajadores del Ministerio de Salud. La mayoría de desencuentros se refiere a lo que genéricamente puede denominarse como «falta de respeto a la cultura campesina»; en el campo de la salud, esa falta de respeto se traduce en un menosprecio al curandero y a las matronas, a la medicina «tradicional». Están relacionados también con el hecho de «no tomar en cuenta a la ronda», aunque se admite que esto suele suceder en la mayoría de los casos «por celos políticos».

Las rondas esperan un trabajo eficiente y responsable de parte de las organizaciones e instituciones que actúan en su área de influencia. Para contribuir con ello realizan una sistemática y permanente labor de fiscalización. Se fiscaliza a todas las instituciones públicas y privadas: ministerios y ONGs. En el campo de la salud se fiscaliza el uso de ambulancias (*«a veces las usan para uso personal»*), la puntualidad y calidad del trabajo. El papel del promotor de salud también se incluye en el ámbito de fiscalización de las rondas, aunque cuando éstas lo eligen, buscan garantizar un alto espíritu de servicio. La fiscalización da oportunidad para rectificar y mejorar: *«si se porta mal le dan una oportunidad para justificarse, de lo contrario lo cambian»* (Estela, 1992). La fiscalización suele generar resistencias y conflictos, como ocurrió con la misma FEROCAFENOP en el trabajo realizado en el

marco del Proyecto Perú-Mujer con Naciones Unidas (UNFPA). Este trabajo fue cancelado en 1993 porque, en palabras de Marín, *«comenzamos a fiscalizar el uso que Perú-Mujer daba al dinero proporcionado por Naciones Unidas. Lo hicimos cumpliendo con nuestro papel de ronderos; Perú-Mujer se molestó y rompió con nosotros»*.

La fiscalización se enmarca dentro de una política general de apertura a todas las organizaciones, pero considera a la ronda como columna vertebral de la actividad sociopolítica y cultural. Se basa en una dinámica de respeto y relación armónica con el otro. La ronda no distingue si alguien es católico o protestante, si es gobiernista o antigobiernista, si es aprista o comunista; lo que interesa es que ese alguien (institución o persona) actúe en armonía con esta macroinstitución que es la ronda y lo haga con corrección. Todo lo que puedan hacer las organizaciones e instituciones en beneficio del campesinado es apoyado por la ronda, *«pero la ronda no se mete dentro del costal de esas organizaciones o instituciones, guarda su independencia e identidad. La ronda te apoya, te dice cuenta con todo mi apoyo y si trabajas mal te va a decir, estás mal, rectificate, y si reiteras, te dice basta aquí nomás amigo; esta es una norma general que se aplica a todos los campos, entre ellos al campo de salud, si viene un médico y trabaja bien, la ronda colabora, apoya, si no, fiscaliza, pero con buenas maneras, sin agarrarlo a bichazos»* (Juan Mendoza Vásquez).

La fiscalización al trabajo de organizaciones externas, sobre todo las estatales que brindan servicios, supone que el campesinado y especialmente la ronda, perciben estos servicios como derecho del poblador. A su vez, la fiscalización refuerza esa percepción, por lo que se podría afirmar que promueve determinados derechos en el campo. El hecho que las rondas fiscalicen al personal de salud para que cumplan su rol de manera eficiente y que luchen contra la contaminación del medio ambiente expresa la conciencia del derecho a una buena atención en salud, pero también una clara conciencia del derecho a la vida. *«La ronda ha servido para que no nos engañen. Ella es como una segunda escuela para todos los actos de la vida. Con la ronda la gente ha aprendido a reclamar sus derechos, reclamar un buen servicio, reclamar por las faltas, tardanzas y maltratos del personal de salud»* (Julio Marín, dirigente rondero).

La defensa del medio ambiente realizada por los campesinos afectados por Minera Yanacocha a través de sus rondas ilustra el peso y valor que tiene una buena salud en la visión campesina. La expectativa que Minera Yanacocha creó como generadora de fuentes de trabajo y de desarrollo, pasa completamente a un segundo plano ante el temor de que la salud y la vida puedan ser afectadas por la contaminación. Ante la aparición de enfermedades y muertes «raras», la población rural del entorno del yacimiento minero comienza a angustiarse y luego a entrar en verdadero pánico. Frente a esto, la salida más inmediata fue presionar a sus rondas y a su matriz central, la FEROCAFENOP, para realizar una acción mancomunada contra la contaminación: Según relata Julio Marín, «en el I Encuentro Regional de Rondas Campesinas celebrado en Cajamarca en 1997, nosotros queríamos tratar sobre todo el tema del crédito, pero las bases del entorno de la mina impulsieron como tema de discusión el del medio ambiente». Este interés inicial se torna paulatinamente en un verdadero movimiento social dirigido por la FEROCAFENOP, que ha dado una serie de pasos para defender el medio ambiente y por tanto la salud y la vida. Entre los acontecimientos más importantes realizados en este sentido, pueden considerarse la asamblea del 20 de setiembre de 1999 dirigida por la FEROCAFENOP, que acordó por unanimidad oponerse a las nuevas explotaciones programadas por Minera Yanacocha (Cerro Quilish y Cerro Negro, fuentes primarias esenciales del agua que consume el campesino del valle y ciudad de Cajamarca); la gigantesca manifestación, con varios miles de campesinos, que la FEROCAFENOP organizó en las cercanías del yacimiento minero para protestar contra Minera Yanacocha por su alta capacidad para dañar y su incapacidad para constituirse en un factor de desarrollo respetando la salud y la vida; el «Congreso de Caseríos Afectados por Yanacocha» realizado el 27 de enero del 2001, que evidenció claramente que las expectativas del campesinado respecto de la minera como fuente de trabajo y apoyo al desarrollo comunal y familiar, se habían desvanecido casi por completo: «¿Para qué trabajo, para qué ayuda, si nos vamos a morir?». Finalmente, las masivas movilizaciones dirigidas por ronderos: la del 5 de marzo del 2001, con 7,000 ronderos

bambamarquinos movilizados contra Yanacocha con consignas como «¡la vida no se vende, la vida se defiende!», «¡defendamos la vida, rechazemos la contaminación!»; y la del 19 de marzo del 2001 con participación conjunta de las rondas de Bambamarca y de aquellas nucleadas en la FEROCAFENOP, que aglutinó a más de 10,000 pobladores movilizados contra el deterioro del medio ambiente utilizando consignas tales como: «¡vida sí, oro no!», «¡la vida es un tesoro que vale más que el oro!». Lo interesante de estas movilizaciones sociales en defensa de la vida y de la salud es que, teniendo como eje generador al poblador campesino afectado por la mina, éstas se extienden hasta la ciudad comprometiendo a un conjunto de ciudadanos, instituciones y organizaciones que, así, también aparecen movilizadas en defensa de la salud y la vida.

## UNA REFLEXIÓN EN POS DE ALGUNAS CONCLUSIONES

El trabajo oficial de salud realizado en las últimas décadas (particularmente en las dos últimas) en el área rural del departamento de Cajamarca ha producido avances significativos en beneficio de este sector, tradicionalmente marginado de la salud oficial. Un número creciente de puestos de salud van apareciendo en el campo y con ellos algunas enfermeras, obstetrices e incluso algunos médicos. La atención primaria de salud y la salud comunitaria, con una nutrida participación de promotores de salud originarios de sus propias comunidades, constituyen una estrategia de salud pública implementada con fuerte inspiración en las políticas sugeridas para este tipo de ámbitos en la reunión de Alma Ata, en 1978.

La participación de organismos e instituciones del ámbito civil y eclesiástico ha facilitado enormemente este trabajo. Sin embargo, en toda esta experiencia, con excepción del rol de las rondas campesinas, ha predominado la lógica de la oferta de servicios de salud (MINSA, APRISABAC, Obispado) y el poco énfasis dado a la lógica de la demanda como elemento central para la implementación de las

políticas de salud. La tendencia ha sido acercarse a la lógica de la demanda con el fin (probablemente inadvertido) de hacerla coincidir con la lógica del proveedor, pese a las buenas intenciones y al espíritu revolucionario que solía ser el soporte inspirador. De esta forma, la visión del beneficiario de salud sobre el proveedor y lo que se espera de él, respecto a las formas prioritarias de atención, a los saberes y conocimientos campesinos que deben ser respetados y usados como complemento y/o alternativa a los saberes «modernos», no ha sido tomada en cuenta en la magnitud que el caso merece.

Estas deficiencias, al parecer, han sido superadas en gran medida con la intervención directa o indirecta de las rondas de base o de las centrales ronderas como la FEROCAFENOP en materia de salud. Postulamos que esta intervención, todavía tangencial, debe ser promovida desde el MINSA y desde las organizaciones y/o instituciones que desarrollan actividades en salud en áreas rurales pobladas de rondas campesinas. La idea central es usar la fuerza de la lógica de la demanda en torno al tema de salud, en este caso, el campesino usuario y usuario potencial de los servicios de salud, así como la fuerza organizacional con que cuenta, expresada en el poderoso movimiento social de rondas campesinas. Se trata, pues, de

incorporar estas fuerzas motrices al proceso de actividades en salud.

Las rondas campesinas han demostrado una gran eficiencia tanto en el terreno de su función central y original (defensa frente al abigeato) como, a partir de una conciencia de esta eficiencia, en los demás roles que han desempeñado en el curso de su evolución. Como ejemplo de esta eficiencia, podemos señalar el hecho que sólo en unas cuantas comunidades de los distritos de Cajamarca, Baños del Inca y Encañada, en el período 1986-2000, como parte de su rol de administración de justicia -como hemos visto, tan relacionado con su intervención en problemas de salud-, la FEROCAFENOP resolvió la enorme cifra de 41,217 conflictos, 80% de ellos relacionados con motivos diferentes a los del abigeato. Otra muestra de gran eficiencia en el rol de servicio al campesinado está en el otorgamiento de créditos rurales. Apelando a la gran autoridad y prestigio entre el campesinado, ha podido colocar los créditos sin que la garantía hipotecaria sea un requisito *sine qua non*, abriendo una ruta inédita por la cual no han podido ni pueden transitar los bancos tradicionales ni la misma Caja Rural (Pérez Mundaca, 2001). Postulamos que una mayor intervención del movimiento campesino de rondas en el ámbito de la salud, en un marco de políticas diseñadas para su viabilización, es no sólo posible, sino necesaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gitlitz, J. (1998). Decadencia y supervivencia de las rondas campesinas del norte del Perú. *Debate Agrario*, N° 28. Lima: CEPES.
- Estrela, R., Trabert, C. & Roubaix, J. (1992). *El camino se hace al andar*. Lima: CEP.
- Pérez Mundaca, J. (1998) *Montoneras, bandoleros y rondas campesinas*. Cajamarca: Martínez de Compañón.
- \_\_\_\_\_ (1999). *Mamita dame mi chucha*. Cajamarca: Martínez de Compañón.
- \_\_\_\_\_ (2001). «La FEROCAFENOP en el contexto del movimiento rondero». Cajamarca. (Inédito).

## INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

# REDES DE ONGS REIVINDICATIVAS EN AMÉRICA LATINA: LECCIONES DE LA EXPERIENCIA DE PROMOVER LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y DE LA MUJER<sup>a b</sup>

Bonnie L. Shepard \*

*Las redes enredan, pero han abierto muchas puertas*<sup>1</sup>  
Beatriz Quintero  
Red Nacional de Mujeres de Colombia

El presente estudio analiza doce redes nacionales y continentales de ONGs y de mujeres latinoamericanas que trabajan en el siempre conflictivo terreno de los derechos sexuales y reproductivos y de la mujer<sup>2</sup>. Estas redes han dejado atrás la función tradicional de intercambio de información y apoyo mutuo y han pasado a convertirse en actores políticos del ámbito nacional e internacional. Aquí se analiza temas relativos a gobernabilidad y sustentabilidad a objeto de individualizar tanto los factores de potenciación que les son aplicables como los obstáculos que enfrentan para el logro de sus reivindicaciones políticas. Aun cuando se describe someramente algunas de las estrategias reivindicativas de estas redes, un análisis exhaustivo de las mismas va más allá del marco de este trabajo.

Mi interés en el tema surge a raíz de haber sido participante y observadora en los procesos que dieron origen a estas redes en mi calidad de representante de organismos donantes, primero de Pathfinder International durante los años ochenta y luego entre 1992 y 1998 como encargada del Programa de Salud Sexual y Reproductiva radicado en la oficina de la Fundación Ford para la Región Andina y el Cono Sur con sede en Santiago de Chile.

Esta investigación y las redes en estudio definen el trabajo reivindicativo en un sentido

\* Psicóloga, Maestra en Salud Pública y en Educación Social y Multicultural. Senior Program Manager, Centro François-Xavier Gagnoud de Salud y Derechos Humanos. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, 651 Huntington Avenue, 702D. Boston, MA 02115 EE.UU. Tel: +1-617-432-1008. Fax: +1-617-432-4310. E-mail: bshepard@hsph.harvard.edu

<sup>1</sup> La presente investigación fue posible gracias al generoso aporte de la Fundación Ford, del Centro David Rockefeller de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Harvard y, más recientemente, del Centro François-Xavier Gagnoud de Salud y Derechos Humanos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Agradezco también a las colegas que leyeron el borrador e hicieron valiosos aportes, en especial Maruja Barrig, Jeffrey Stark de North-South Center Press, Amparo Claro, Carmen Barroso y Susana Chiarotti. Por último, agradezco a mis amigas y hermanas de las redes de ONGs, quienes con suma generosidad soportaron extensas entrevistas y respondieron incluso las preguntas más indiscretas, y sin cuyo respaldo y colaboración esta investigación no habría sido posible. Les ofrezco los resultados de este estudio con gran humildad, dado que ellas conocen la realidad de sus organizaciones tanto mejor que yo. Espero que este análisis les sea de utilidad en su lucha por promover los derechos sexuales y reproductivos y de la mujer en general.

<sup>2</sup> Una versión posterior y más completa en inglés (2003) está publicada por The Dante B. Fascell North-South Center de la Universidad de Miami, Coral Gables, Florida y disponible en el Internet como Agenda Paper #61: <http://www.miami.edu/nsc/publications/Papers&Reports/NGOAdvocacyNetworks.htm>

<sup>1</sup> Entrevista con Beatriz Quintero, Red Nacional de Mujeres de Colombia. Sonia Álvarez (1998: 315) cita una frase de la destacada autora feminista Magdalena León: «El movimiento es un enredo de redes».

<sup>2</sup> Véase listado de las redes en estudio en el Apéndice I. Las redes nacionales estudiadas provienen de Colombia, Perú, Chile y México.

amplio que abarca «...toda estrategia y acción que promueva la implementación o reforma de marcos legales y políticos y que estimule la participación de la sociedad civil en los procesos políticos. Por ende, las estrategias reivindicativas apuntan no sólo al sistema político, sino además a las estructuras culturales, sociales y económicas que inciden sobre un grupo determinado. En este enfoque amplio, los participantes e interlocutores son los gobiernos, otros actores sociales y el público en general» (Oré Aguilar, 1999: 2). Lo que encierra este enfoque es que las estrategias de intervención de las ONGs reivindicativas y sus redes son multifacéticas y muy variables. Una de las ventajas potenciales de una red de tipo reivindicativo es que las ONGs que la componen son generalmente complementarias en términos de los ámbitos en que se desenvuelven, de su llegada a entidades públicas y de sus contactos con interlocutores clave, como por ejemplo líderes espirituales o medios de comunicación. Cuando opera, esta diversidad lleva a una división sinérgica del trabajo en la cual todas las involucradas aportan al mismo objetivo global con tácticas y en ámbitos diferentes.

Al apoyar el trabajo de las redes reivindicativas, la Fundación Ford trabajó bajo el supuesto de que ello permitiría fortalecer las iniciativas de intervención de varias formas. En primer lugar, el que un número importante de organizaciones pudiera presentarse de manera unitaria ante el debate de las políticas públicas daría mayor legitimidad -y por ende, mayor peso- a las posturas a favor de los derechos. En segundo lugar, las redes tenían el potencial de terminar con la desigualdad y aislamiento que separan a los grupos de las grandes capitales de aquéllos de provincia, abriendo así nuevas vías de expresión a las necesidades e inquietudes de grupos relativamente postergados. En tercer lugar, el intercambio de información y el aprendizaje a partir de la experiencia propia impediría que los grupos más pequeños o de reciente conformación repitieran errores o se vieran obligados a empezar a partir de cero. Por último, las redes nacionales facilitarían la creación de vínculos más eficaces con instancias y procesos de carácter internacional.

La validez de muchos de estos supuestos quedó de manifiesto en los hechos. En varios casos se conformaron instancias que sirvieron de mecanismo para organizar procesos de consulta

nacional y regional previo a la realización de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995). La mayor legitimidad adquirida permitió que las redes se integraran a las negociaciones oficiales —y en algunos casos a las delegaciones de sus respectivos países— precisamente por su capacidad para organizar y sintetizar los resultados de consultas nacionales con organizaciones de mujeres y otras de la sociedad civil, así como por su carácter ampliamente representativo. A nivel de desarrollo internacional, la mayor representación de las organizaciones de la sociedad civil representó un avance ostensible para los derechos sexuales y reproductivos y de la mujer, dado que las redes nacionales efectivamente lograron una mayor integración con instancias reivindicativas internacionales.

En contraste con estos efectos positivos a nivel internacional, en los cinco años de mi vinculación con redes nacionales tuve la oportunidad de reparar en las enormes dificultades que éstas enfrentaban para constituirse en actores del debate nacional de políticas públicas. Así, la motivación para este estudio surgió de observar los esfuerzos realizados por las redes de ONGs para constituirse en entidades nacionales o continentales y erigirse en actores en el ámbito de las políticas públicas. El período de aprendizaje ha sido duro y con muchos elementos en común, pese a lo cual se aprecia poca comunicación respecto de las lecciones aprendidas.

Uno de los ejes centrales de esta investigación es la gobernabilidad interna y la sustentabilidad económica. En el debate sobre los factores que favorecen u obstaculizan la planificación y la acción eficaz de redes de ONGs, es recomendable distinguir lo relativo a la estructura de gobernabilidad de los factores externos vinculados al ámbito de las políticas públicas. Los obstáculos y contradicciones en el contexto sociopolítico generalmente producen entre el movimiento de mujeres y quienes abogan por los derechos sexuales y reproductivos roces y divisiones que denominaremos «tensiones estratégicas». Las características de la gobernabilidad interna son determinantes para impedir que las tensiones estratégicas lleguen a paralizar a la red.



## GOVERNABILIDAD INTERNA: INSTITUCIONALIZACIÓN, INSTANCIAS DE DECISIÓN Y REPRESENTACIÓN

En gran medida, para las redes reivindicativas el tema de la gobernabilidad interna se remite a la capacidad de motivar a la acción conjunta a organizaciones muy diversas. En las redes de ONGs, los conflictos y roces son inevitables, pero se multiplican cuando sus componentes deben concordar una estrategia de acción en entornos políticos muy complejos y polarizados. En consecuencia, el *quid* del asunto está en resolver los conflictos de forma productiva, de manera que la red avance en el logro de sus reivindicaciones políticas y además ofrezca ventajas a sus integrantes.

Si bien existen múltiples maneras de organizar una red de ONGs, todas ellas deben encarar problemas y decisiones comunes: principios y objetivos fundacionales, estructura legal y estatutaria, designación de autoridades y procedimientos democráticos, estructura de afiliación y grado de representación, métodos de coordinación y estrategias de sustentabilidad económica. Varios de estos temas caen dentro de la categoría amplia de «institucionalización».

El tema clave de las estructuras de representación y dirección se trata de manera pormenorizada en este mismo artículo. El cuadro que figura a continuación muestra los ámbitos principales en torno a los cuales se institucionaliza o no una red reivindicativa. Aquéllas mencionadas en este estudio muestran grados variables de desarrollo en todos estos ámbitos. Ahora bien, la relación entre cualquiera de estos ámbitos de institucionalización y la eficacia reivindicativa de la red está lejos de ser clara y directa. En México, por ejemplo, el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población -organismo creado para hacer el seguimiento de los acuerdos del Programa de Acción de El Cairo- optó por no adquirir personería jurídica, sin que ello presentara mayores inconvenientes para su accionar o para optar a fondos concursables. En el Perú existe al menos un caso de una red informal que ha respondido de forma más ágil y oportuna que las redes institucionalizadas a las polémicas de tipo político sobre derechos reproductivos.

Por otra parte, los antecedentes recabados para este estudio plantean la hipótesis de que un aspecto de la institucionalización—los estilos de dirección que se apartan del consenso— es factor clave en la capacidad de la red para dar respuestas adecuadas ante oportunidades o crisis de tipo político.

### GRADO DE INSTITUCIONALIZACIÓN



## CONSTRUCCIÓN DEMOCRÁTICA: NORMATIVA DE LA TOMA DE DECISIONES, ESTRUCTURA DIRECCIONAL Y AFILIACIÓN

«¿Hasta qué punto pueden avanzar democratizando algo sin que por ser tan democrático el proceso no se pueda actuar?» (Amparo Claro, RSMLAC). Todas las redes han tenido que encarar la misma disyuntiva: participación democrática por un lado, y respuesta política ante problemáticas riesgosas y polémicas, por el otro.

El tema de fondo en una instancia que debe adoptar decisiones se resume en la respuesta a interrogantes tales como quiénes la componen, quiénes tienen poder de decisión, y cómo se organiza el proceso de toma de decisiones.

En la mayor parte de los casos, la definición de la línea política y la fiscalización de las finanzas se hacen desde la instancia de dirección. Las redes menores cuyas integrantes residen en la capital —como ocurre con algunos grupos post-Beijing— se llegan a reunir hasta dos veces al mes, en tanto que en las redes nacionales mayores con buena participación provincial la asamblea general se produce una vez al año o sólo cuando hay financiamiento. Las redes latinoamericanas, por su parte, tienden a mostrar un mayor grado de institucionalización, llegando a contar con consejos consultivos o comités ejecutivos oficiales, personería jurídica como organismos sin fines de lucro y estatutos que norman la alternancia de las coordinadoras y del consejo o comité. Debido a lo costoso que pueden resultar, este tipo de redes rara vez realiza asambleas generales.

En las redes de ONGs el tema de la afiliación es complejo, y en cierto grado la situación es distinta según se trate de redes nacionales o continentales. Las más pequeñas restringen deliberadamente la afiliación. La mayoría de las redes nacionales no cuenta con reglas formales

de afiliación. En las redes nacionales el tema de la afiliación es menos claro, dado que muchas organizaciones asisten o dejan de asistir sin explicitar si se están retirando o no. Para las personas experimentadas en el trabajo en red, el referente clave es la asistencia a las reuniones locales o provinciales. Dos redes latinoamericanas fundadas a mediados de los ochenta definen diferentes tipos de pertenencia, dependiendo del nivel de participación.

Un indicador importante del nivel de democracia interna es el cumplimiento de las disposiciones estatutarias respecto de la alternancia de las coordinadoras e integrantes del consejo, de manera tal que ninguna persona u organización sea percibida como «dueña» de la red. Las redes en estudio abarcan toda la gama de posibilidades: dos de ellas han tenido la misma coordinadora y ONG encargada prácticamente desde sus inicios, en tanto que en las demás la coordinación se ha alternado de forma periódica. En el caso de CLADEM la coordinación pasó de una peruana a una argentina, pero la oficina regional se mantuvo en Perú.

La dificultad y costo de realizar asambleas continentales hace más complejo generar la confianza mutua que surge del contacto personal. Para poder actuar con eficacia en el ámbito de las políticas públicas, las redes latinoamericanas deben restringir la conformación del núcleo direccional y/o recurrir más a los métodos de tipo parlamentario que las redes nacionales.

En las redes nacionales, donde hay una activa participación de instancias de provincia, lo habitual es que la instancia máxima sea la asamblea general, con un comité ejecutivo a cargo del día a día. En países altamente centralizados como Perú y Chile, la falta de medios para hacer asambleas generales contribuye a exacerbar aún más la desigualdad entre centro y periferia<sup>3</sup>.

En Perú y Chile, los grupos post-Beijing se estructuran como pequeñas agrupaciones de ONGs

<sup>3</sup> En Colombia, por su parte, hay tres ciudades de igual importancia y existen secciones regionales fuertes en Cali y Medellín. Las redes de Argentina, país con un sistema político federado, son más descentralizadas que las de Perú y Chile y existen centros de poder fuertes en ciudades como Rosario y Córdoba.

con una extensa red de colaboradoras y contactos regionales, aunque las decisiones se concentran en manos de las organizaciones centrales. Estas agrupaciones reconocen explícitamente que no son representativas de la diversidad existente en el país y que su papel consiste en organizar consultas e iniciativas de carácter nacional.

En general, las redes nacionales manifiestan operar por consenso, lo que, en la práctica, puede significar derecho a veto; esto fue lo que ocurrió en una red peruana a raíz de una fuerte discrepancia sobre la conveniencia o no de invitar a un evento a una connotada ministra de estado. Bastó con que una organización se opusiera para que la ministra no fuera invitada.

Según una integrante de ISIS Internacional, la preponderancia de la conducción por consenso se explica así: «Las redes nacieron hace 30 años con los colectivos del movimiento feminista, pero ahora las redes son redes de ONGs y el problema es que el trabajo de red no se ha actualizado de acuerdo a la nueva composición». Otra posible explicación es que la mujer es socializada para valorar mucho más la cooperación y las relaciones interpersonales, incluso a costa de los principios políticos que estén en juego<sup>4</sup>. Otras entrevistadas señalaron que en los hechos las redes no operan únicamente por consenso y que si bien éste es el *modus operandi* preferencial, cuando hay discrepancias se impone la mayoría. Este tipo de flexibilidad es más factible en las redes más grandes que en aquellas con un número reducido de afiliadas.

En las primeras etapas de la existencia de una red, el método de conducción se define en cuanto surgen instancias de conflicto que lo hacen necesario.

Las redes habitualmente intervienen en el debate público a través de inserciones en prensa, cartas a las autoridades o comunicados públicos sobre temas urgentes; en épocas recientes se ha ganado espacios importantes en radio y televisión.

Para las redes de ONGs las declaraciones públicas entrañan problemas logísticos y políticos: por ejemplo, demasiadas manos redactando el borrador o bien un *impasse* sobre puntos claves.

Una variable importante es el nivel de polémica existente en torno al tema de que se trate. En general, las redes han alcanzado un nivel de consenso respecto de ciertos temas; no ocurre lo mismo con las declaraciones públicas sobre aborto o las iniciativas que impliquen un costo político para la red como, por ejemplo, una confrontación con entidades estatales. Este tema se trata en más detalle a continuación.

**Participación de personas.** Además de organizaciones, en prácticamente todas las redes en estudio hay gente que participa a título personal. Existen, al respecto, una serie de temas sin resolver. Donde se hacen votaciones formales, hay quienes opinan que el voto personal no debe tener el mismo peso que el de las organizaciones. Algunas de las participantes expresaron frustración porque no siempre son tomadas en cuenta al momento de planificar actividades y reuniones. Quienes se desempeñan en una ONG pueden participar en horas de trabajo, no así aquellas que están a título personal, que sólo pueden hacerlo en sus ratos libres y sufragando, además, de su bolsillo los gastos que genere su participación. A menos que se reconozca su nivel de sacrificio y se facilite su participación, estas desventajas relativas pueden desmoralizar a quienes participan a título personal.

## EXPANSIÓN Y DIVERSIDAD DE INTEGRANTES Y BASE SOCIAL<sup>5</sup>

Ampliar la base de integrantes, la base social y/o el nivel de actividad compromete a las redes de ONGs de la misma forma que a

<sup>4</sup> Existe una extensa literatura al respecto, la mayor parte inspirada por el influyente trabajo de Carol Gilligan (1982, 1993) *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press, .

<sup>5</sup> Para fines de este artículo, «integrante» entraña plenas atribuciones en la toma de decisiones y en la recepción de los beneficios de la condición de tal, en tanto que «base social» es un concepto más amplio que abarca al conjunto de actores sociales (personas y entidades) con los cuales la red interactúa y a los cuales recurre para apoyar al menos ciertas actividades. La expansión en el número de integrantes puede producirse a raíz de una invitación a ingresar o postulación de las interesadas, en un proceso que puede tener distintos grados de formalidad. La ampliación de la base social, por su parte, generalmente se produce a raíz de un trabajo de fortalecimiento de coaliciones, capacitación, educación y comunicaciones.

cualquier otra entidad pública o privada. Habitualmente las redes simplemente crecen a costa de distintos niveles de caos y sobrecarga de trabajo; la única forma de resolver la disyuntiva es proyectar el crecimiento de antemano y asegurar recursos antes y durante dicho proceso.

Existen razones legítimas para optar por restringir el ingreso. Un aumento brusco en la cantidad o diversidad de quienes componen una red puede reinstalar debates internos que las integrantes consideran zanjados. «El tema es cómo ampliar la base social y capacitar e informar a las nuevas integrantes sin dedicar todo el tiempo a ello» (Regional Cali, Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos).

En ciertas redes nacionales el tema de las integrantes es difícil de definir. Por un lado está la militancia –las de mayor compromiso, aquéllas que nunca faltan a las reuniones- y luego distintos niveles de participación:

*Si bien es cierto que en la red hay pocas mujeres, lo entendemos como un problema que caracteriza a los movimientos sociales modernos, con una militancia pequeña en torno a la cual hay más mujeres que no participan todo el tiempo pero con quienes se puede contar. Por este motivo, no basta con enunciarlo [que en la red hay pocas mujeres], sino que se debe pensar en la situación como un problema de los movimientos sociales post-modernos (Beatriz Quintero, contacto personal, Julio del 2000).*

En las ONGs que trabajan por los derechos de la mujer –en su mayoría compuestas por profesionales- un objetivo común de la expansión de la base social es llegar a sectores y organizaciones populares. Si bien el Foro Abierto de Chile y la Red Colombiana de Mujeres han integrado con plenos derechos a organizaciones de este tipo, ello es más bien la excepción que la norma. En general, las organizaciones de sectores populares no son feministas y no comparten su agenda, especialmente en cuanto a derechos sexuales y reproductivos se refiere. La ampliación, en consecuencia, puede causar problemas.

Las redes de derechos sexuales y reproductivos de Estados Unidos, más dedicadas al aborto que sus similares de América Latina, han debido enfrentar el mismo tipo de problemas

para integrar a mujeres de escasos recursos y minorías étnicas, por lo general también de escasos recursos:

*La mantención del derecho legal al aborto no es un tema prioritario para mujeres de sectores postergados; mucho más importante es el acceso a la salud, con o sin programas de aborto. En consecuencia, no es de sorprender que las coaliciones dedicadas a la reforma del sistema de bienestar público (...) sean más capaces de integrar a mujeres de escasos recursos que otras de temática más restringida (...) Incluso así, ello no es una panacea (...) La integración de mujeres de escasos recursos al trabajo de las coaliciones todavía se enfrenta a importantes obstáculos, entre ellos los problemas de transporte y guardería que las mujeres de clase media resuelven con mayor facilidad. A pesar de las múltiples diferencias que existen en las comunidades minoritarias, es fundamental destacar la importancia que sobre las perspectivas de trabajo con dichas comunidades tendría un programa amplio de salud de la mujer con un énfasis claro en los temas económicos conexos (Kingslow Associates, 1998: 34-36).*

Las redes latinoamericanas de derechos sexuales y reproductivos y de la mujer enfrentan problemas similares para integrar a mujeres de sectores populares cuyas prioridades pueden no ser las mismas. En un caso registrado en México, la representación del estado de Chiapas –caracterizado por altos niveles de extrema pobreza- ante el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población demandó que en las acciones de seguimiento del Programa de Acción de El Cairo se diera mayor prioridad a las demandas de justicia económica.

Así, el problema de integrar a más gente y ampliar la base social tiene directa relación con el nivel de diversidad al interior de la red, lo que a su vez puede ser un obstáculo a decisiones consensuadas sobre temas controversiales.

**División del trabajo.** Durante sus primeros cinco años de existencia la Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos experimentó con dos modelos diferentes. En uno de ellos, la responsabilidad de las funciones de la red estaba centralizada en la coordinadora, en tanto que en

el otro estas funciones estaban descentralizadas y a cargo de las regionales de cada ciudad. El modelo descentralizado tiene la ventaja de distribuir responsabilidad y carga de trabajo sobre un mayor número de ONGs, reduciendo el riesgo de agobiar a la regional y ONG a cargo de la coordinación y aumentando la participación y nivel de identificación con la red en todas las regionales. La descentralización, sin embargo, genera también dificultades logísticas en las tareas de coordinación y comunicación. La Red Feminista Latinoamericana y del Caribe Contra la Violencia Doméstica y Sexual utiliza el mismo modelo de división del trabajo pero entre países, aparentemente con buenos resultados (Isabel Duque, entrevista en ISIS).

## REPRESENTACIÓN PROVINCIAL<sup>6</sup> EN REDES NACIONALES

Las redes nacionales en estudio se dividen entre aquéllas con una dirección que incluye expresamente la representación de provincias, y aquéllas en las que las decisiones están en manos de las ONGs centrales.

Una de las claras ventajas de las redes nacionales es que tienen el potencial de terminar con el centralismo y sobre-representación de la capital que afecta históricamente a la sociedad latinoamericana y de dar espacio a toda la gama de necesidades e intereses de los grupos socioeconómicos y culturales que conforman un país. Los grupos centrales deben transitar con cuidado entre el maternalismo y la entrega de apoyo técnico indispensable, en tanto que los de provincias deben encontrar un punto de equilibrio entre sacar provecho del aporte central y constituirse en pares con iniciativa propia y propósitos y puntos de vista distintos en el ámbito político.

Las redes nacionales en estudio han desarrollado claros principios de autonomía para sus afiliadas provinciales. Siempre que se enmarquen dentro de las iniciativas y temáticas generales definidas por la asamblea o las ONGs principales, los grupos provinciales son autónomos para decidir cómo implementar campañas y acciones. Aunque la coordinación central publica y distribuye materiales a todas las organizaciones integrantes, éstas también publican materiales propios adaptados al contexto local. Este grado de autonomía es particularmente importante en países de gran diversidad cultural, como es el caso de Perú. Otra razón de peso a favor de la autonomía es que en provincia la opinión pública tiende a ser más conservadora en lo social, de modo que las ONGs necesitan de mayor libertad para definir las estrategias y mensajes comunicacionales más adecuados al contexto sociopolítico.

Todas las redes nacionales manifestaron el objetivo explícito de fortalecer las organizaciones y capítulos provinciales de la red. Queda claro, a partir de la experiencia, que cuando no hay fondos para gastos de transporte, para tener coordinadoras provinciales remuneradas, mantener comunicación con todo el territorio o realizar actividades fuera de la capital, las redes nacionales lo son solamente en nombre.

Si bien es cierto que los medios electrónicos prometen reducir los costos de mantenerse en comunicación incluso con las provincias más apartadas de un país, no es menos cierto que en muchos casos los grupos de provincias o ciudades menores no tienen el mismo nivel de acceso a las nuevas tecnologías. Refiriéndose al periodo en que la Red Nacional de Mujeres Colombianas careció de fondos, Beatriz Quintero agrega: *«Todo sería mejor si tuviéramos correo electrónico, pero muchas mujeres no lo tienen. La falta de fondos imposibilita la comunicación, lo que es esencial en una red. Este es un problema serio»*. En el Grupo Iniciativa Chile se observa un problema similar.

---

<sup>6</sup> Los países incluidos en este artículo difieren en la forma como nombran a sus subdivisiones político-geográficas. Algunos tienen «regiones» y «provincias» dentro de regiones, y otros tienen «estados» o «departamentos». Para evitar confusión, uso el término «provincias» en todo el artículo, refiriéndome a las divisiones geopolíticas fuera de la capital de un país.

Así, los principales obstáculos para la representación provincial en las redes nacionales están constituidos por: 1) las tensiones históricas entre el centro y el resto del país; 2) falta de recursos para transporte, comunicaciones, actividades y coordinación en provincias; y 3) relativa falta de acceso a medios tecnológicos. Aun cuando la existencia de una red nacional es en sí misma un avance, el acelerado ritmo de crecimiento de la comunicación electrónica está perpetuando la marginación tradicional de la periferia respecto del centro.

En contraste con lo anterior, las redes globales y latinoamericanas han aprovechado al máximo la revolución en las comunicaciones electrónicas, si bien con ciertas limitaciones. En primer lugar, existe una subrepresentación de las organizaciones y redes que operan en ciudades menores y sectores rurales. En segundo lugar, el contacto personal es irremplazable. Resolver diferencias políticas, consensuar principios y objetivos, elaborar estrategias políticas y crear la confianza necesaria para que la red pueda superar las inevitables tensiones que surgen en las redes de organizaciones requiere de un diálogo complejo y multifacético. El carácter altamente conflictivo de ciertos aspectos de los derechos sexuales y reproductivos dificulta el debate sobre estrategia política y acentúa la necesidad de los encuentros frente a frente.

*Ahora [después de la última asamblea general] las relaciones han cambiado y somos más amigas. Nadie quiere faltar a la asamblea. Las reuniones frente a frente son importantes. La última asamblea nos ayudó a crecer, a ser más comprometidas; es un espacio vital para el intercambio (Lucrecia Mesa, regional Cali de la Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos).*

A su vez, las provincias generalmente abarcan zonas geográficas muy amplias y diversas. La marginación relativa que sufren las mujeres de provincia respecto de sus pares de la capital se repite y acentúa en provincias con las mujeres que residen fuera de la capital provincial. Las mujeres de sectores rurales simplemente no participan en la mayoría de las redes de ONGs. En ciudades de provincia y zonas rurales las comunicaciones son mucho

más difíciles, el transporte público es caro o no existe, y muchos grupos y personas no disponen de teléfono o fax, y menos aún de correo electrónico:

*Se supone que somos la red de la V<sup>a</sup> Región, pero en realidad somos sólo la red de la provincia de Valparaíso. Tenemos que hacer un esfuerzo especial para que vengan las mujeres de V<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, en tanto que las de Q<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ ya no vienen y tenemos que averiguar por qué... Necesitaríamos mucho más financiamiento [para transporte, etc.] (Mireya Zuleta, Foro Abierto, Chile).*

*Las mujeres de zonas rurales no se sienten representadas ni comprendidas por las de zonas urbanas. Las organizaciones urbanas están presentes en las redes pero no hay mujeres campesinas, no sólo porque no se sienten comprendidas, sino además por problemas de inundaciones, el peligro de la violencia, etc., que les imposibilitan el acceso (Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos, entrevista grupal con el regional Medellín).*

Si bien los avances en comunicaciones y tecnología informática tienen el potencial de permitir una mejor ligazón entre grupos urbanos y rurales o geográficamente apartados, este potencial no se podrá concretar si no hay iniciativas educativas de gobierno que permitan a los sectores provinciales o rurales acceder a las nuevas tecnologías.

La marginación de los grupos provinciales respecto de los de la capital deja en claro que los primeros no podrán ser socios igualitarios en una red nacional hasta tanto no exista financiamiento para pagar al menos los gastos de transporte y estadía y, de ser posible, algún grado de remuneración. Entre una asamblea anual y otra los comités ejecutivos toman decisiones fundamentales, de modo que sin una mejor cobertura de las nuevas tecnologías de comunicación el contacto personal seguirá siendo irremplazable.

## ¿A QUIÉN REPRESENTAN LAS REDES?

El tema de la representatividad es uno de los más debatidos en cualquier red en proceso de formación. Por una parte, las redes tienen derecho a afirmar que representan una gama de intereses más amplia que las partes que la integran. Por otra, sin embargo, la mayor parte de las ONGs latinoamericanas no son organizaciones de base sino entidades de profesionales.

El problema de la representatividad es especialmente agudo en el caso de la formación de redes latinoamericanas o globales. El grupo fundador generalmente surge de las relaciones y contactos existentes entre las dirigentas de un país en vías de desarrollo y la cooperación internacional, lo que a su vez determina a qué instituciones y personas se invita —y financia— para asistir a conferencias continentales o internacionales. En América Latina, este sistema de relaciones y contactos concede privilegios especiales a quienes dominan el idioma inglés. En la cooperación internacional se sabe que este sistema de formación de redes produce «estrellas internacionales», donde las dirigentas de países en vías de desarrollo que reciben financiamiento para conferencias y eventos internacionales son prácticamente siempre las mismas.

Este sistema de formación de redes presenta varios problemas. En primer lugar, las ONGs menos privilegiadas —de fuera de la capital o cuyas dirigentas no hablan inglés— no participan en eventos continentales e internacionales ni del financiamiento que puede resultar de los contactos allí realizados. En segundo lugar, las que acuden a cada evento importante —regional e internacional— terminan tan involucradas en temas continentales e internacionales que llegan a perder su base de sustentación interna. Tercero, los privilegios de las demás ONGs del mismo movimiento dentro del país: los conflictos se observan por doquier. Por último —y quizás lo más importante— queda a la iniciativa y buenas intenciones de las coordinadoras que la red llegue a representar los puntos de vista de actores sociales relevantes que no asistieron a la asamblea fundacional. De vuelta en sus respectivos países muchas fundadoras han dado inicio a un proceso de consulta más incluyente y representativo, pero éste no es siempre

el caso. Cuando dos bandos antagónicos se traban en una disputa interna puede ocurrir que uno de ellos quede totalmente excluido de las redes latinoamericanas o internacionales, con lo cual el movimiento deja de expresar la verdadera diversidad nacional. Cuando esto ocurre, los representantes nacionales de una red regional o internacional pueden pasar a ser representativos de sólo uno de los grupos en conflicto.

El tema de la representatividad está íntimamente ligado al de la fiscalización. ¿Ante quién son responsables las redes conformadas de esta forma? Su legitimidad política dentro del país se puede ver afectada si se les percibe como únicamente responsables ante la cooperación internacional —la que puede no sospechar siquiera que una determinada red nacional no es representativa— y además puede redundar en presiones hacia las redes para producir resultados políticos cortoplacistas dentro del marco de «proyectos». Por último, cuando las redes no son responsables ante una base social amplia, o si representan principalmente a un sector de algún movimiento o partido, sus enemigos políticos usarán este antecedente para deslegitimar las iniciativas políticas que emprendan. Ésta es la táctica de la Iglesia Católica frente a los movimientos feministas nacionales e internacionales, los cuales generalmente no han logrado conformar una coalición amplia de adherentes dentro del país.

## SUSTENTABILIDAD ECONÓMICA: TENSIONES ECONÓMICAS Y CONFLICTOS DE INTERÉS EN REDES DE ONGS

Durante los años noventa, en dos de los países reseñados los aportes de la cooperación internacional al sector ONG sufrieron una drástica reducción. Los aportes «solidarios» que las ONGs chilenas recibieron durante la dictadura militar (1973-1990) cesaron intempestivamente a partir de los noventa, causando la desaparición de muchas, así como graves zozobras económicas a las que lograron sobrevivir. Las ONGs de mujeres con contactos

internacionales y buenos programas de investigación y desarrollo de políticas públicas corrieron mejor suerte que las que hacían trabajo de tipo comunitario (Barrig, 1997a). En el caso de Colombia, aunque durante los noventa también se produjo una brusca reducción en los niveles de ayuda externa y las ONGs se vieron en serios aprietos económicos, el grado de dependencia nunca había sido tan alto como en el caso anterior<sup>7</sup> y el concepto de la militancia voluntaria estaba mucho más arraigado en la cultura de las ONGs de mujeres (Barrig, 1997b).

Lamentablemente para las ONGs latinoamericanas dedicadas al trabajo político reivindicativo y a los temas conflictivos—derechos humanos, reforma agraria, salud sexual y reproductiva—la filantropía nacional no ha sido capaz de reemplazar la ayuda de la cooperación internacional. «*Son muy pocos los donantes empresariales o de élite que apoyan a las ONGs dedicadas al desarrollo social o económico, y prácticamente no hay filantropía nacional para organizaciones de la sociedad civil directamente ligados al fortalecimiento de la democracia, a la defensa de los derechos humanos o a la fiscalización de la gestión estatal*» (Sanborn, 2000: 6)<sup>8</sup>. Así, en este contexto de recursos que escasean y de ONGs reivindicativas que luchan por sobrevivir, este estudio conoció informes sobre los múltiples conflictos de interés que se producen entre las redes de ONGs y sus integrantes.

La sustentabilidad económica de una red está íntimamente ligada a la solvencia de las ONGs que la integran. La percepción de que hay conflictos de interés entre las redes y las ONGs integrantes aumenta drásticamente durante períodos de crisis económica. Este tipo de conflictos son menos comunes en ONGs con objetivos principales a tal punto coincidentes que las actividades de la red forman parte integrante de su financiamiento y actividades centrales; estas ONGs pueden seguir aportando tiempo y recursos.

Hay un tipo más tradicional de red que existe solamente para fines de intercambio de información y apoyo mutuo. En este tipo de organización, la probabilidad de conflicto entre los intereses de la red y los de sus integrantes se reduce al mínimo. En el caso de las redes reivindicativas actuales el objetivo principal surge del contexto político, de modo que la red existe principalmente para el logro de objetivos de largo plazo comunes a todas sus integrantes. El interés por unir fuerzas para ello surge de la convicción de que la unión hace la fuerza y que la acción coordinada es más eficaz. En ocasiones las ONGs se ven imposibilitadas de disponer del tiempo de personas claves que las representan ante la red pero cuya remuneración proviene de proyectos con plazos perentorios. El menor nivel de compromiso derivado de las dificultades económicas pone en marcha un círculo vicioso de disminución de la efectividad y sustentabilidad de la red. La menor participación hace decaer la presencia pública y daña la imagen de la red, lo que a su vez reduce su atractivo ante los potenciales donantes y su legitimidad como actor político.

Cuando las redes y las ONGs sólo cuentan con financiamiento para proyectos y no para funcionamiento general, los proyectos y objetivos de largo plazo terminan por ser sacrificados. Al respecto comenta Mireya Zuleta (Casa de la Mujer de Valparaíso y Foro Abierto):

*El Foro no tiene las reservas institucionales que nos permitan libertad de movimiento como asociación... Los proyectos del Foro están todos vinculados a la ejecución de actividades específicas, por lo que las coordinadoras nacionales están totalmente dedicadas a proyectos. Uno de nuestros objetivos es conseguir algún tipo de subvención para que puedan estar más tiempo en la oficina central y hacer más trabajo reivindicativo y de proyección política... Ahora no podemos, porque tenemos que responder ante las agencias que financian los proyectos.*

<sup>7</sup> Hacia 1992 tan sólo el 5,5% de las ONGs colombianas recibía ayuda de gobiernos extranjeros, en tanto que el 18% recibía apoyo de fundaciones nacionales e internacionales (Vargas *et al.*, 1992: 61-62). El 62% de los ingresos provenía de autofinanciamiento. Las cifras para el caso de Perú son similares, con un 68% de autofinanciamiento y un 22% proveniente de créditos o de la cooperación internacional (Sanborn, 2000: 6).

<sup>8</sup> Para un análisis más a fondo de tendencias recientes en el sector filantrópico de América Latina, véase Sanborn (2000) y la sección sobre América Latina de Salamon *et al.* (1999).



Las ONGs tampoco quieren que las necesidades de financiamiento de la red reduzcan sus propias posibilidades de apoyo económico, dado que el universo de donantes para los derechos de la mujer y la salud y derechos sexuales y reproductivos es limitado. En general, las entrevistadas estuvieron de acuerdo en que las redes tienen problemas para financiarse. Una de las razones, según se destacaba anteriormente, es que la primera obligación de todas las ONGs es su propia supervivencia. *«Si no hay una coordinación remunerada, no hay quien busque financiamiento para la red. La principal lealtad de las miembros es hacia su propia ONG. Por este motivo, es fundamental que la ONG incorpore los objetivos y responsabilidades de la red a su estrategia central»* (ISIS). Las miembros del Grupo Iniciativa Chile incorporan los gastos que demanda su participación en la red (dedicación de personal y desembolsos directos) a las propuestas de financiamiento que presentan a sus donantes a fin de disminuir los conflictos de interés de tipo económico entre las ONGs y las redes a las que pertenecen.

La observación del Foro Abierto respecto de que una ONG puede «diluirse» al interior de una red coincide con las de otras redes, lo cual pone de relieve otro tipo de conflictos de interés. Parte del «capital» de una ONG son su trayectoria y sus logros. En sus materiales publicitarios y propuestas de financiamiento, la ONG los esgrime para fundamentar por qué merece ser financiada. Pero aunque haya dedicado parte importante de sus recursos institucionales al logro de los objetivos de una red de instituciones, una ONG no puede llevarse el crédito por ello.

Es claramente importante que la ONG a cargo de la coordinación tenga la capacidad institucional y económica de solventar los gastos que ello demande. Señala la coordinadora del Grupo Impulsor peruano y Directora de CESIP, una de las ONGs miembros: *«Para mí, esto ha sido agotador. Es como administrar dos instituciones al mismo tiempo»* (A. Vásquez, Grupo Impulsor Nacional).

Por otra parte, para la organización capaz de coordinar una red existen claras ventajas políticas en términos de visibilidad y legitimidad. Por ambos motivos, es importante convenir un sistema de coordinación alternada a fin de no

agotar a una sola ONG y de distribuir equitativamente dichas ventajas.

La precariedad económica de las ONGs integrantes puede exacerbar las tensiones y situaciones internas anteriormente descritas. Recapitulando, éstas son:

- La plena participación de instancias de fuera de la capital se hace difícil e incluso imposible si no hay fondos para transporte y comunicaciones.
- Cuando no hay financiamiento para remunerar a las coordinadoras provinciales o nacionales, la comunicación y demás actividades internas pasan a depender del trabajo voluntario y se hacen irregulares.
- La falta de fondos a nivel central y provincial para compra de equipos de cómputo y capacitación tecnológica priva a las redes del ahorro de tiempo y dinero que representa el correo electrónico. A su vez, los altos costos de mantener la comunicación entorpecen esta vital función de las redes.
- Enfrentarse a los gobiernos en torno a violaciones de los derechos humanos o incumplimiento de convenios internacionales (CEDAW, por ejemplo) es arriesgado para ONGs sin mayores fuentes de ingreso fuera de contratos mediados por el gobierno, lo cual se convierte en fuente de tensiones estratégicas al interior de las redes.
- Las ONGs que enfrentan problemas económicos han debido reducir el personal y aumentar la carga de trabajo de quienes van quedando. Ello hace que se dé segunda prioridad a las reuniones y actividades de la red.
- Los sistemas de financiamiento y contratación que favorecen las actividades y proyectos de corto plazo con resultados inmediatos agudizan los conflictos de interés entre las ONGs y las redes en las que participan.

El resultado neto de las dificultades económicas, tanto para las ONGs como para las redes, es el sacrificio de la estrategia política coordinada y de la planificación a largo plazo.

Cuando los recursos son escasos, éstos se dedican exclusivamente a proyectos y actividades de corto plazo que contribuyan a mantener vivas a las redes e instituciones.

## VENTAJAS DE LAS REDES

«Las redes enredan, pero han abierto muchas puertas». Beatriz Quintero, de la Red Nacional de Mujeres de Colombia, resume en estas pocas palabras la relación costo/beneficio de las redes de ONGs. En efecto, en América Latina los movimientos por los derechos reproductivos y de la mujer han apostado a que la unión hace la fuerza y a que al unirse se gana legitimidad política y se abren puertas que antes estaban cerradas. Lo señalado en las secciones anteriores destaca la forma en que las redes «enredan» en cuanto a toma de decisiones se refiere. El análisis de las ventajas arroja luz sobre los motivos de las redes para seguir adelante y por qué siguen proliferando. Ciertamente, quienes han optado por permanecer en la red han sopesado los costos y beneficios y concluido que los últimos superan a los primeros. En la experiencia de la autora, quienes se marginan de una red lo hacen por dos motivos principales: 1) crisis internas en la ONG, generalmente cuando peligra la supervivencia institucional; y 2) frustración con una dinámica interna disfuncional que conduce al cese de la actividad política, a la falta de solidaridad interna y a conflictos agudos sin solución aparente. En general, si la red funciona bien, el compromiso se mantiene aunque ello demande ingentes sacrificios personales o institucionales.

Si bien las redes de tipo reivindicativo difieren de manera importante de aquellas cuyo único objetivo es el intercambio de información y el apoyo mutuo, no debe crearse una falsa dicotomía entre las funciones de «apoyo» y de acción política conjunta. De hecho, la función reivindicativa se ve fortalecida por estas funciones básicas de intercambio de información y desarrollo profesional, que son un aspecto central de la red y constituyen buena parte de las ventajas que ésta entrega desde la perspectiva de sus miembros.

Un informe de la Fundación Ford sobre una reunión de grupos reivindicativos resume los beneficios percibidos de la forma siguiente:

*Las participantes estuvieron de acuerdo en que las redes entregan enormes ventajas para el trabajo reivindicativo nacional y regional. En efecto, las redes potencian el impacto de las iniciativas emprendidas por sus integrantes y tienen además un importante efecto demostrativo; es decir, permiten comparar y validar experiencias locales en marcos regionales. Son también instrumentos útiles para hacer presión de tipo político. Las redes y coaliciones ofrecen credibilidad, sustentabilidad, impacto y acceso a estrategias integrales; potencian los recursos existentes y mejoran la capacidad de emprender campañas públicas y aplicar presión de tipo político (Barrig, 1999a: 12).*

Las principales ventajas enumeradas por las redes en estudio son:

- *Iniciativas y campañas políticas con mayor visibilidad y mejores resultados.*
- *Mayor legitimidad* cuando las instancias de decisión y otros actores sociales importantes perciben a las ONGs como parte de un grupo representativo. Para la cooperación internacional, la pertenencia a una red indica -bien o mal- que la ONG colabora con sus pares y no tiene una actitud disociadora o competitiva.
- *Acceso a información y materiales educativos:* Esta es una de las funciones tradicionales de la mayor parte de las redes y su importancia no debe subestimarse. *El intercambio con organizaciones dedicadas a temas similares potencia los programas de las ONGs.*
- *El contacto entre ONGs provinciales y centrales* tiene varios efectos positivos, entre ellos que las primeras se fortalecen a través del acceso a la información y recursos que ofrece la red, la que además integra y representa sus inquietudes ante las instancias nacionales.
- *El acceso a capacitación* es una de las ventajas que ofrecen todas las redes. Esto es de particular utilidad cuando hay que abordar temas complejos o muy nuevos u orientar a nuevas miembros respecto de la cultura política de la red.

- *El acceso a financiamiento para estudios individuales y programas o campañas de las ONGs se ve mejorado a través del intercambio de información sobre donantes y llamados a concursos o de fondos recibidos por la red para financiar los proyectos o campañas de las miembros.*
- *Acceso a financiamiento para asistir a conferencias nacionales, continentales e internacionales.*
- *Colaboración activa en campañas nacionales, continentales y globales.* Esto genera fuentes importantes de apoyo solidario y legitimidad para tareas de nivel nacional.

Estos beneficios también son una fuente de conflictos. En las entrevistas realizadas a integrantes de redes se pudo recoger numerosas anécdotas respecto de tensiones competitivas desatadas por el reparto de los beneficios y que terminaron por afectar negativamente la dinámica grupal de la red.

## ESTRATEGIAS Y TENSIONES POLÍTICAS

Además de los factores relativos a gobernabilidad interna, en las redes de ONGs que reivindican los derechos sexuales y reproductivos y los de la mujer, los procesos de toma de decisiones se ven afectados por las contradicciones de la relación entre estado y organizaciones de la sociedad civil y por el carácter polémico de muchos de los principios que sustentan. La mayor parte de las redes reivindicativas operan en contextos políticos muy variables y complejos, donde no existe consenso al interior del movimiento respecto de la estrategia política a seguir. Abordar temas conflictivos tiene costos políticos y muchas veces económicos.

Después de describir las principales estrategias utilizadas por las redes en estudio, la

presente sección estará dedicada a ciertos temas de fondo relativos al ambiente político que afecta a las redes y sus estrategias políticas: relación con el gobierno, contactos con redes e iniciativas reivindicativas globales, amplitud temática y las consecuencias de tratar temas conflictivos.

Las estrategias reivindicativas de estas redes son de una enorme variedad y se orientan a muy diversos interlocutores: grupos de base, sistema educativo, servicios de salud, comisiones gubernamentales, poder judicial, poder legislativo y medios de comunicación. La estrategia más común —adoptada por la totalidad de organizaciones (el 100% de las entrevistadas) a nivel provincial, nacional y continental— es *participar en los días de acción firmemente establecidos en el calendario del movimiento de mujeres*: 8 de Marzo, Día Internacional de la Mujer; 28 de Mayo, Día Internacional de la Salud de la Mujer; y 25 de Noviembre, Día Internacional de la no Violencia contra la Mujer. Aunque no todos, muchos grupos celebran además el 28 de Septiembre, Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe<sup>9</sup>. Los «días de acción» han demostrado ser una forma útil de estructurar actividades educativas, de presión y de llegada al público en general, utilizando los recursos de la red con buenos resultados y de forma complementaria. No obstante, existen voces dentro del movimiento que critican la excesiva dependencia respecto de los días de acción como ilustrativa de la falta de una planificación estratégica reivindicativa de largo plazo.

Una descripción detallada de las estrategias políticas de las redes —y el análisis de su eficacia— merecería un estudio aparte<sup>10</sup>. La lista que se presenta a continuación se remite a enunciar brevemente los aspectos más significativos de las demás estrategias constatadas en este estudio:

1. *Seguimiento de acuerdos internacionales tales como el Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing.*

<sup>9</sup> Para mayores antecedentes sobre los días de acción, véase «Estrategias de acción» en la página web de la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe: <http://www.reddesalud.web.cl/estra.html>

<sup>10</sup> La Fundación Ford publicó un interesante debate sobre los pros y los contras de diversas estrategias tras una reunión de beneficiarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para la región andina y el Cono Sur (Fundación Ford e ICIMER, 2000).

2. *Capacitación de personal administrativo y profesional del sector salud* en temas de género, salud y derechos sexuales y reproductivos, calidad de la atención, programas para adolescentes, etc.
3. *Capacitación de otros profesionales:* De jueces y abogados sobre derechos individuales, de maestros sobre educación sexual y género, de comunicadores sobre sexismo en la prensa y publicidad, y de la fuerza pública sobre el trato desde una perspectiva de género de mujeres víctimas de maltrato o violencia sexual.
4. *Estudios de respaldo a la función reivindicativa:* Incluye sondeos de opinión, documentación de violaciones de derechos, evaluación de la calidad de la atención en salud o estudios epidemiológicos que documentan los alcances de un determinado problema de salud sexual o reproductiva.
5. *Comités multisectoriales* en los cuales toda la gama de organizaciones que opera dentro de un determinado municipio o provincia se une para implementar una estrategia conjunta, generalmente en base a un plan de trabajo anual. Este tipo de comités -especialmente aquéllos convocados por el sector salud, muy comunes en Perú- son ilustrativos de una relación colaborativa entre el estado y los organismos de la sociedad civil, y son más eficaces cuando el estado delega poder de decisión en los niveles locales y provinciales.
6. *Campañas publicitarias y legales en defensa de víctimas de abusos.* Durante el último decenio Internet se ha prestado para estos propósitos con excelentes resultados, aunque con las limitaciones anteriormente señaladas respecto de desigualdades en el acceso.
7. *Programas radiales:* En esta región, el medio más accesible a las ONGs es la radio; mucho más que la televisión y la prensa escrita. El regional Cali de la red colombiana pudo comprobar un notable aumento de su base social y legitimidad

tras la realización de un programa radial semanal durante un periodo de dos años.

8. *Asesoría especializada a los poderes judicial y legislativo.* En Colombia y Perú es bastante corriente que las miembros de una red sean llamadas a exponer ante comisiones parlamentarias. Las comparecencias ante tribunales son algo menos frecuentes.
9. *Establecer una «red de redes»* con dos objetivos. Primero, como en Colombia, donde se creó una «metared» para coordinar acciones entre redes con objetivos amplios comunes, como por ejemplo el mejoramiento de la condición de la mujer. Segundo, como ocurrió en Perú, para conformar coaliciones amplias de lucha por objetivos políticos claramente definidos (ver una discusión más detallada de este último tipo de metared en la sección «Reflexiones sobre cómo mejorar la capacidad de las redes»).

## RELACIONES CON LOS GOBIERNOS

En el último decenio, el movimiento feminista de América Latina ha estado cruzado por serias controversias respecto de su papel en el movimiento de las ONGs profesionalizadas y de su relación con los gobiernos. Estas tensiones se hicieron sentir durante las campañas preparatorias de las conferencias de Naciones Unidas en Viena, El Cairo y Beijing, las que dieron presencia internacional a muchas líderes feministas y en las cuales la negociación de acuerdos inevitablemente condujo a aceptar fórmulas de compromiso respecto de importantes aspectos de la agenda feminista. Tras la conferencia de Beijing estas tensiones estallaron con una gran carga de veneno en el Encuentro Feminista Latinoamericano realizado en 1996 en Cartagena, Chile<sup>11</sup>, donde las feministas «autónomas»

<sup>11</sup> Estos encuentros siempre han obedecido a la lógica de la solidaridad e identidad mutua. Sobre el tema véase Sonia Álvarez y la Nota N° 5. Muchas de las organizaciones latinoamericanas «autónomas» consideran que toda colaboración con el estado mediatiza la agenda feminista.

calificaron de «vendidas» a las que trabajaban en ONGs o con el estado. Las mujeres de las ONGs, todavía agotadas por el intenso trabajo desplegado en torno a las conferencias de la ONU y naturalmente orgullosas de los importantes avances logrados por el movimiento de mujeres en los acuerdos que surgieron de estas conferencias, quedaron consternadas y abatidas por los ataques. Al margen del carácter virulento de la embestida en contra de las ONGs, la conferencia tuvo el saludable efecto de impulsar a muchas ONGs feministas a reevaluar sus prioridades y dar una mirada crítica a las repercusiones que su relación con el estado tenía sobre el movimiento.

Reflejando las tensiones que tenían lugar en el conjunto del movimiento latinoamericano de mujeres, especialmente en países que transitaban de dictaduras o gobiernos semiautoritarios hacia la democracia, la tensión estratégica central en muchas de estas redes se centraba en torno a su relación con el estado. Dicho estado, por cierto, es complejo, multifacético, con muchas contradicciones internas, e interactúa a todo nivel con las organizaciones de la sociedad civil. En muchos países es posible que un brazo del estado cometa graves violaciones a los derechos humanos, en tanto que otro colabora con las organizaciones de la sociedad civil para implementar programas de promoción del bienestar y los derechos humanos (incluyendo sólo ocasionalmente los derechos sexuales y reproductivos y de la mujer). El estado colombiano es un claro ejemplo de estas contradicciones: aquí las fuerzas armadas son acusadas de atentar contra los derechos humanos en la lucha antiguerrillera, al tiempo que entidades como la Comisión Nacional de Planeación invitan activamente a la participación ciudadana en la toma de decisiones -con invitaciones directas a las organizaciones de mujeres- y el Ministerio de Salud cuenta con una de las mejores políticas de salud de la mujer de todo el continente.

Estas tensiones al interior del movimiento de mujeres adquieren formas distintas según el país, e incluso -en países más descentralizados- según cada provincia, todo ello en respuesta a marcadas diferencias políticas e institucionales. Un

nivel de colaboración que en un determinado contexto resulta totalmente normal, en otro puede ser motivo de fuertes disputas. En México, por ejemplo, el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población se vio afectado por duras tensiones debido a las marcadas diferencias que existen entre los gobiernos estatales. Las ONGs de Ciudad de México colaboraban activamente con el gobierno municipal de centro izquierda del PRD, en tanto que para las ONGs de Chiapas -donde el ejército y el gobierno del estado dirigen la represión en contra del movimiento indígena que encabeza el EZLN- la colaboración con el estado es inconcebible. En los años noventa, para traer bajo un solo techo a toda esta amplia gama de posturas respecto de la relación con el estado, las redes de ONGs han tenido que dejar de lado la visión de aquél como enemigo monolítico. Esta postura de las ONGs latinoamericanas, alimentada por años de dictaduras y gobiernos centralistas, está siendo paulatinamente reemplazada por estrategias multifacéticas de trabajo con un estado descentralizado.

La creciente interdependencia entre estado y ONGs ha surgido de reformas estructurales que han producido mayor descentralización y nuevas alianzas entre los sectores público y privado. Como señaláramos anteriormente, muchas ONGs derivan una parte importante de sus ingresos de contratos con los gobiernos nacionales, provinciales o municipales. A medida que la cooperación internacional se retira de la región y la filantropía nacional no muestra disposición a apoyar las reivindicaciones de tipo social, aumenta la dependencia de las ONGs con respecto al estado, lo cual reduce su capacidad para asumir posturas independientes o críticas. En algunas ONGs que trabajan en el ámbito feminista o de salud reproductiva, esta mayor dependencia ha exacerbado las tensiones políticas al interior de las coaliciones reivindicativas, especialmente a la hora de decidir entre estrategias confrontacionales o negociadoras con entidades estatales o directamente con el poder ejecutivo.

En términos de formas de gobierno, en algunos países de la región se observa el desarrollo de un híbrido entre autoritarismo y democracia -como parece ser el caso en Perú y Venezuela- donde el sistema político partidista

tradicional está colapsado y carece de legitimidad ante los ojos del electorado. Estas tendencias autoritarias coexisten con tendencias modernas de reforma del aparato estatal, especialmente en términos de la descentralización y de una mayor colaboración con organismos del sector privado. En el caso de Perú, se han exacerbado los inevitables conflictos que surgen al interior del movimiento de mujeres a raíz de la interacción con el estado. Como respuesta a estas tensiones y a los virulentos debates producidos en el encuentro de Cartagena, miembros de las principales ONGs feministas conformaron, en conjunto con las feministas autónomas, una red informal denominada Movimiento Amplio de Mujeres (MAM). A diferencia de lo ocurrido en Cartagena, esta instancia no era explícitamente anti-ONG, sino que surgió de la necesidad de contar con un espacio para iniciativas ciudadanas y feministas que no estuviera mediatizado por los intereses institucionales de las ONGs. La intención de las miembros del MAM era que los intereses de las ONGs no fueran obstáculo para el debate y la participación colectiva en el debate público, tal como había ocurrido con las redes explícitamente compuestas por representantes de organizaciones. «Fueron las mujeres de las ONGs las que determinaron que necesitaban un mecanismo político para proyectarse y reconstruir la base social que necesitaban para participar en el debate público»<sup>12</sup>.

Un ejemplo de la forma en que la agudización de las contradicciones en la relación con el estado puede llegar a paralizar el proceso de toma de decisiones ocurrió en Perú durante las campañas de esterilización implementadas entre 1996 y 1997. A causa del fuerte sesgo hacia el control de población que les imprimió el Presidente Fujimori, algunos sectores del nivel central del sistema de salud se vieron obligados a

trabajar a contrapelo de los acuerdos de El Cairo en torno a mejorar la calidad de la atención, promover un enfoque integral, mejorar la condición de la mujer y respetar los derechos reproductivos. En el periodo posterior a Beijing, al mismo tiempo que el gobierno creaba el Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano (PROMUDEH), el Ministerio de Salud daba inicio a una intensa campaña cuya meta era esterilizar a dos millones de mujeres. A cada partera, médico y director de clínica se le exigió una meta mensual -extraoficial pero inflexible- en base a amenazas e incentivos provenientes de los niveles ministeriales centrales. Contrarrestando la influencia de estas campañas al interior del Ministerio de Salud, importantes proyectos multilaterales y bilaterales contrataron a ONGs de mujeres para implementar aspectos claves de proyectos de mejoramiento de la calidad de la atención en salud<sup>13</sup>. A raíz de ello varias ONGs feministas pasaron a tener un interés económico y político directo en mantener buenas relaciones con el Ministerio de Salud, lo que condujo a serios desacuerdos dentro de las redes respecto del tratamiento de los abusos de derechos humanos cometidos en el curso de las campañas de esterilización. Dichos desacuerdos también surgieron del temor de que al denunciar los abusos se haría el juego a sectores ultraconservadores que exigían que el Ministerio de Salud suspendiera todo acceso a programas de esterilización<sup>14</sup>.

Este conflicto de intereses agravó las constantes tensiones que surgen en las redes de ONGs respecto de negociar o confrontar o entre cautela y activismo. La sección peruana de CLADEM –la principal red nacional de derechos de la mujer- decidió investigar y denunciar los abusos de derechos humanos cometidos durante

<sup>12</sup> Los antecedentes sobre el MAM provienen de una comunicación personal con Giulia Tamayo realizada el 15 de Abril del 2000.

<sup>13</sup> El Proyecto de Salud y Nutrición Básica financiado por el Banco Mundial realizó una evaluación de las necesidades a nivel comunitario, labor para la cual contrató a ONGs feministas. Por su parte, el Proyecto 2000, financiado por USAID y Pathfinder International, permitió mejorar drásticamente la calidad de la atención y la satisfacción de las usuarias en muchos de los servicios en los cuales intervino. Se destaca el caso de Reprosalud, proyecto con financiamiento de 19 millones de dólares aportados por USAID que fue adjudicado al Movimiento Manuela Ramos, una de las principales ONGs feministas del Perú, para la implementación a gran escala de un programa participativo modelo de salud reproductiva dirigido a mujeres de regiones pobres.

<sup>14</sup> Para mayores antecedentes sobre estas tensiones y el papel del *Opus Dei* en la polémica pública generada en torno a las campañas de esterilización, véase Barrig (1999b).

las campañas, pero las diferencias de opinión sobre esta estrategia dilataron un año la decisión de acometer el proyecto. Precisamente debido a ciertas reservas sobre las campañas, el Grupo Impulsor Nacional post-Beijing nunca asumió una postura pública como red, aun cuando la asamblea general había definido los derechos sexuales y reproductivos como uno de los dos objetivos principales sobre los cuales centrar las acciones de seguimiento de la Plataforma de Beijing (Grupo Impulsor Nacional, 1998)<sup>15</sup>. La mayor parte de las críticas tras la publicación en prensa de su informe sobre abusos de los derechos humanos las recibieron CLADEM y uno de sus integrantes, el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, organizaciones que además sufrieron hostigamiento y exclusión del gobierno<sup>16</sup>. Por último, fue a través del MAM que amplios y diversos sectores de los movimientos de mujeres y de defensa de los derechos humanos finalmente decidieron responder públicamente ante los abusos de derechos humanos cometidos en las campañas de esterilización.

Dentro del movimiento latinoamericano de mujeres se alzan diversas voces que claman por un nivel de madurez y de estrategia conjunta que ponga término a lo que perciben como una falsa dicotomía entre confrontación e independencia, por un lado, y negociación y dependencia, por el otro, logrando consenso sobre la división de estos roles entre los grupos. Esta estrategia madura y coordinada de trabajo en equipo suena, al menos en teoría, como una excelente solución para los conflictos que cruzan al movimiento latinoamericano de mujeres, pero en la práctica, cuando las organizaciones optan por el camino de la denuncia, sus costos quedan en evidencia. Los contratos con organismos de gobierno y proyectos bilaterales y multilaterales que requieren de la venia del gobierno se han

constituido en fuente fundamental de ingresos para las ONGs, y la experiencia peruana demuestra que las ONGs que optan por la denuncia son castigadas a la hora de competir por dichos contratos. Una forma de romper el círculo sería que los donantes que no deban canalizar fondos a través de entidades de gobierno den especial consideración a aquellas ONGs que han asumido el riesgo político de denunciar cuando el gobierno viola los derechos humanos o incumple sus obligaciones.

Otro desafío estratégico para las redes surge precisamente de la decisión de muchos estados latinoamericanos de involucrar a la sociedad civil en el diseño de las políticas públicas. A nivel nacional, en correspondencia con la marea democratizadora que recorre los países andinos y del Cono Sur, los gobiernos y las agencias internacionales están experimentando con diversos métodos para incentivar la participación de la sociedad civil en la planificación y elaboración de políticas públicas. En Colombia, por ejemplo, la nueva Constitución establece Consejos de Planeación de nivel nacional y provincial con participación -entre otros sectores- de los sindicatos y del movimiento de mujeres, pero todavía no se acuerda un mecanismo democrático para definir quién representará al movimiento. El estado, lógicamente, ha invitado a las redes a nombrar a las representantes, dado que se supone que éstas representan a un universo numeroso y diverso de instituciones. El primer problema que surge con este método es que las redes no pueden representar al movimiento de mujeres; a lo más podrán aportar a los debates de estas instancias la perspectiva de un grupo amplio de mujeres. El segundo problema es que este tipo de nombramientos -que conllevan mayor presencia y poder- desatan tensiones competitivas dentro de la red y exacerbaban las desigualdades existentes.

---

<sup>15</sup> El informe de seguimiento describe -sin destacar- las prácticas coercitivas utilizadas en las campañas de esterilización en apenas 1 de 52 páginas dedicadas a la salud sexual y reproductiva. Apenas 2 de las 15 recomendaciones presentadas se refieren a las campañas, y no proponen ninguna medida de corrección.

<sup>16</sup> En Octubre de 1998 la abogada Giulia Tamayo, miembro de CLADEM y una de las principales investigadoras de este estudio, sufrió el robo de todos sus materiales de trabajo en su oficina.

## TEMAS CONFLICTIVOS Y AMPLITUD TEMÁTICA DE LAS REDES

La orientación temática incide sobre la acción política de las redes de dos maneras principales: primero, el trabajo con derechos sexuales y reproductivos trae consigo dificultades porque no existe un convenio internacional reconocido que los codifique y porque las redes están inmersas en culturas profundamente polarizadas en torno al tema. Por estos dos motivos, esta orientación temática puede marginar a las miembros de las redes y causar divisiones internas, especialmente a medida que la base social se expande más allá de los círculos estrictamente feministas. Segundo, las redes con una especialización temática tienen tanto ventajas como desventajas. Por un lado, les es más fácil fijar objetivos específicos y acordar estrategias, lo cual potencia la acción política y la cohesión interna. Por otro, sin embargo, enfrentan mayores dificultades para conformar coaliciones sociales amplias que apoyen sus causas.

*Salud y derechos sexuales y reproductivos como objetivos de la red.* El ámbito de los derechos sexuales y reproductivos todavía se está construyendo. El Programa de Acción de El Cairo define, pero equivocadamente subsume, la salud sexual bajo el concepto de salud reproductiva, en tanto que las palabras «derechos sexuales» fueron suprimidas (Miller, 2000).

En América Latina circulan varias listas de derechos sexuales que se repiten con algunas variaciones locales. Una lista que circula en Colombia, por ejemplo, menciona «el derecho al orgasmo»<sup>17</sup> en tanto que otras listas ampliamente difundidas habitualmente incluyen «el derecho al placer» y la libertad de «expresar la orientación sexual»<sup>18</sup>.

La falta de un acuerdo internacionalmente reconocido es únicamente un síntoma del problema de fondo: que en la mayor parte de las sociedades existe poquísimo consenso social en torno a ciertos derechos sexuales y reproductivos, como por ejemplo el derecho a tener una determinada orientación sexual, el acceso al aborto o el derecho de los adolescentes a vivir su sexualidad. En mayor o menor medida, las organizaciones reflejan estas divisiones sociales. Una de las hipótesis que surge de este estudio es que mientras más se amplía la base social de redes que operan en sociedades polarizadas en torno a estos temas, mayor es la diversidad de opiniones que se produce en su interior. A medida que la base social de la red se amplía y diversifica, estas diferencias subterráneas generalmente salen a la superficie bajo la forma de desacuerdos respecto de la estrategia a seguir en la acción política.

Las campañas a favor de temas delicados -como la despenalización del aborto- también conllevan el riesgo político de marginar a sus proponentes y de causar una ruptura con coaliciones dedicadas a otros temas menos conflictivos. El riesgo de dividir a la red desde adentro y de apartarla de sus aliadas potenciales es, por ende, muy alto. Después de sopesar estos riesgos, algunas redes optan por no abordar en el corto plazo algunos derechos sexuales y reproductivos. Es muy significativo que ninguna de las redes en estudio haya hecho campaña por el derecho a la orientación sexual y que, en cambio, el tema de la violencia sexual sea habitual. Abogar públicamente por la despenalización del aborto no ha sido una actividad universal de estas redes, y en efecto la discusión de estrategias para tratar el tema ha sido motivo de desencuentros en prácticamente todas ellas. Quienes trabajan en maternidad segura saben que las organizaciones que ingresan a grandes coaliciones multisectoriales

<sup>17</sup> Mencionado en una lista de derechos sexuales elaborada por Mari Ladi Londoño, de «Sí Mujer», Cali, Colombia.

<sup>18</sup> Quizás las listas de mayor difusión sean las «Cartillas de Acción» de la Coalición Internacional por la Salud de la Mujer; la Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial de Sexología (<http://www.siccus.org/inter/inte0006.html>), donde no se menciona la orientación sexual como un derecho; y la Carta de derechos sexuales y reproductivos de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (Londres, 1996). Una de las cláusulas de esta Carta se podría interpretar como un «derecho al orgasmo», aunque señala de manera más ambigua y clínica: «2.5 Toda persona tiene derecho a sentirse libre de temor, vergüenza, culpa, creencias fundadas en mitos y otros factores psicológicos que inhiban su respuesta sexual o menoscaben sus relaciones sexuales».



dedicadas a reducir la mortalidad materna pueden perder el entusiasmo cuando escuchan proponer que se destaque la carencia de servicios legales de aborto como factor de mortalidad.

Otros aspectos menos conflictivos de los derechos sexuales y reproductivos, como el derecho de la mujer a no estar expuesta a riesgos para su salud reproductiva en el lugar de trabajo, o el derecho a vivir libre de violencia o coacción sexual, se prestan más fácilmente para la conformación de coaliciones amplias en las cuales participan incluso instituciones vinculadas a la Iglesia Católica. Antes de acometer -con sumo cuidado- los aspectos más conflictivos, las iniciativas de maternidad segura se han implementado sobre la base de áreas en que existe acuerdo amplio. La Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos puso el tema de la violencia sexual como eje central de su campaña anual, para después poner de relieve la necesidad de legalizar el aborto en casos de violación e incesto.

La Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), una de las principales redes latinoamericanas, decidió encarar las potenciales fracturas que podrían derivarse del tratamiento de los derechos sexuales y reproductivos más conflictivos estableciendo una política clara destinada a evitar desacuerdos entre las integrantes del Consejo Directivo: *«Si hablamos de temas como las opciones sexuales o la despenalización del aborto, indudablemente ahí van a haber muchos grupos que van a preferir quedarse a la retaguardia de la discusión (...) las directoras antes de ser elegidas deben saber que vamos a trabajar en todos aquellos «feminist health issues», incluso en «issues» que tienen que ver con opción sexual y la despenalización del aborto, éste es nuestro tope; la gente que no acepta eso no puede ser una consejera»*. (Amparo Claro). Cabe destacar que la RSMLAC está hasta cierto punto al abrigo de las potenciales divisiones que se derivan de una base social amplia y diversa debido precisamente a que la instancia máxima es el Consejo, no la asamblea general.

Lo contrario ocurre en la Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos, que como red nacional es menos diversa que la RSMLAC pero tiene también una base social muy amplia y cuya instancia máxima es la asamblea general. Aunque los «principios de

unidad» iniciales –incluyendo la defensa del derecho al aborto- se definieron tempranamente en una asamblea general, ello no resolvió las tensiones internas en torno al tema. Esta pugna entre ampliar la base social del movimiento y ocuparse de los aspectos más conflictivos de los derechos sexuales y reproductivos es un tema universal que cruza el debate estratégico en todas las redes nacionales en estudio.

En ocasiones, la disposición a llevar adelante campañas por la despenalización del aborto se constituye en la prueba de fuego de las feministas latinoamericanas. Esta prueba se puede aplicar para distinguir a las verdaderas feministas de las que no lo son, lo que a su vez se traduce en distinguir entre las «vendidas» y las demás. Estas distinciones descalificadoras abundaron en las tensiones que surgieron entre las ONGs profesionalizadas y las feministas «autónomas» que dominaron el Encuentro Feminista realizado en 1996.

El problema subyacente es cómo lograr un grado de colaboración en torno a estos derechos en base a un equilibrio entre tres importantes consideraciones: la defensa principista de los derechos, la ampliación de la base social de la red, y el mandato ético y organizativo de beneficiar y no dañar a las integrantes de la red. Para las organizaciones, la defensa de los aspectos más conflictivos de estos derechos representa un costo político real del cual la red no puede hacer abstracción. Como reflejo de las tensiones generales que cruzan al movimiento latinoamericano de mujeres, las integrantes de redes de ONGs que privilegian sus propios intereses son a veces tildadas de «cooptadas» o vilipendiadas por haber «vendido» sus principios. Sin embargo, si una organización cree en su misión institucional y en la valía de su labor, está obligada a luchar por su supervivencia. Varias redes se refirieron al estancamiento de la polémica entre «activistas» y «cautas», donde han abundado las recriminaciones y acusaciones mutuas. Cuando a causa de iniciativas de la red, las ONGs sufren un costo político inaceptable, como por ejemplo pérdida de legitimidad política, menoscabo de su relación con aliados institucionales importantes o pérdida de fuentes de financiamiento, éstas enfrentan la consecuencia de marginarse o debilitarse. En cualquiera de los dos casos quien también paga las consecuencias es la red, la que sólo tendrá la fortaleza que tengan sus integrantes.

Otra de las consecuencias de tratar los aspectos conflictivos del ámbito de los derechos sexuales y reproductivos es que aleja a las indecisas, con lo cual se restringe el tamaño de la red. Para trabajar temas tales como el aborto es útil contar con un grupo coherente, objetivo difícil de lograr con redes de base social más numerosa y diversa.

Para quienes trabajan en el terreno de los derechos reproductivos, otro punto de conflicto son las malas políticas gubernamentales de orientación pro o anti-natalistas. Con las primeras se pretende negar el acceso a ciertos métodos anticonceptivos o abortivos, en tanto que las segundas intentan controlar la fecundidad con medios coercitivos e incentivos indebidos. La dinámica política que rodeó las campañas de esterilización llevadas a cabo en Perú demostró que cuando las feministas denunciaban este segundo tipo de medidas, corrían el riesgo de encontrarse en la incómoda posición de hacerle el juego a los sectores conservadores de la sociedad que quieren negar todo acceso a la libertad reproductiva.

El trabajo en los aspectos conflictivos de los derechos sexuales y reproductivos, por ende, da pie a divergencias muy difíciles de resolver entre defensa de los derechos, por una parte, y demás objetivos importantes de largo plazo, por otra. Entre éstos últimos se cuenta conformar coaliciones, atraer a una base amplia y diversa de adherentes, proyectar la legitimidad política y potenciar las capacidades de todas las miembros. Compatibilizar la lealtad de corto plazo con los principios políticos y la eficacia política de largo plazo es fuente de constantes tensiones en las redes que se desempeñan en este ámbito.

## REFLEXIONES SOBRE CÓMO MEJORAR LA CAPACIDAD DE LAS REDES PARA HACER REIVINDICACIÓN POLÍTICA

De los complejos antecedentes recogidos para este estudio surge una respuesta ambigua respecto de la efectividad de las redes de ONGs para constituirse en actores del ámbito político.

Indiscutiblemente, en cuanto a conferencias de Naciones Unidas se refiere, el impacto político de las redes latinoamericanas y globales –formales o informales- ha sido enorme. En los debates públicos nacionales y continentales, la acción política por parte de las redes de ONGs ha sido oportuna y eficaz respecto de materias en las cuales existe mucho consenso y pocos desacuerdos. Las campañas y momentos políticos ligados a la violencia contra la mujer y diversos temas de salud de la mujer y violencia sexual parecen propiciar un buen nivel de consenso político entre una gama más o menos amplia de instituciones. En estos casos, es común que se faculte a la coordinadora o vocera para hacer declaraciones públicas y actuar a nombre de la red sin necesidad de llevar a cabo interminables y logísticamente complicadas consultas sobre estrategia.

En Colombia, Perú y Chile, el potencial de las redes para generar sinergias y causar un mayor impacto parece ser más fácil de concretar a nivel provincial que nacional. Las redes provinciales fueron mucho más capaces que las de la capital de relacionarse con las instancias de decisión para introducir modificaciones concretas a políticas y programas. Según señaló una miembro del Grupo Impulsor Nacional en Perú: *«Después del seguimiento a nivel municipal, algunas provincias han reaccionado en base a los resultados y han logrado conquistas concretas. Los grupos han generado presión y han trabajado más estrechamente con las instancias de decisión. Lima y las provincias tienen dinámicas distintas; aquí en Lima es mucho más difícil hacernos oír»*. Más aún, en estos tres países las redes provinciales tienen mejor acceso a los medios de comunicación locales, lo que redundará en una mayor presencia pública que potencia su capacidad para incidir sobre la opinión pública.

A nivel nacional la acción política se ve complicada por una serie de factores, en especial la relación entre ONGs y estado. Todas las redes nacionales en estudio cuentan entre sus integrantes con organizaciones que cooperan con entidades estatales en diferentes niveles. Esta diversidad a menudo genera diferencias de opinión irreconciliables respecto de si confrontar o negociar cuando el estado es negligente o abusivo, y puede conducir a la inercia política en las acciones públicas de la red.

La inercia política causada por conflictos derivados de estrategias políticas e intereses institucionales divergentes lleva a concluir que estas redes de organizaciones podrían no ser el mecanismo más adecuado para que la sociedad civil responda de forma ágil e independiente ante coyunturas imprevistas que demandan una respuesta pública sin dilación<sup>19</sup>. La experiencia peruana en las campañas de esterilización parece indicar que las coaliciones ad-hoc –por ejemplo, el Movimiento Amplio de Mujeres (MAM)– que surgen de múltiples redes e individuos convergentes pueden constituir un vehículo de mayor utilidad para estos fines. Estas coaliciones pueden llegar a actores e instituciones dentro y fuera de las redes institucionalizadas a fin de conformar una base social lo más amplia posible en respaldo de acciones o reivindicaciones específicas. La facilidad con que se puede conformar estas coaliciones ad-hoc ha aumentado geométricamente a medida que las provincias y regiones menos desarrolladas de América Latina alcanzan acceso a Internet. Sin embargo, algunas miembros del MAM agregan que a medida que transcurre el tiempo, el proceso de toma de decisiones en las coaliciones ad-hoc empieza a enfrentar los mismos obstáculos que las redes institucionalizadas. Si bien las coaliciones ad-hoc son capaces de conquistas políticas notables, su capacidad para actuar de manera decisiva ante situaciones que entrañan un riesgo político puede depender precisamente de su corta vida y carácter informal. Mientras más se prolongue su existencia, mayores serán las probabilidades de ceder a presiones derivadas de los intereses institucionales de las organizaciones que la integran.

A pesar de estos importantes reparos, cabe mencionar que en el largo plazo las redes de tipo reivindicativo ofrecen numerosos y considerables beneficios. La capacidad de responder con agilidad ante temas conflictivos no puede ni debe ser el único criterio para medir su eficacia. Una

vez que las estrategias y temáticas políticas se han consensuado, su impacto potencial es ciertamente mucho mayor que la suma de las partes. Más aún, se puede añadir que los criterios centrales para evaluar una red reivindicativa institucionalizada son de largo plazo, y están en relación con fortalecer las capacidades de un movimiento. En Perú, por ejemplo, pese a que el Grupo Impulsor Nacional no tuvo la capacidad de responder adecuadamente ante las violaciones a los derechos reproductivos cometidas durante las campañas de esterilización, sus acciones de seguimiento a nivel nacional –relativas a derechos sexuales y reproductivos y leyes de cuota en comicios electorales– dinamizaron y potenciaron a muchos grupos provinciales. Según expresaron varias líderes provinciales, este ejercicio constituyó una manera muy efectiva de aprender a ejercer los derechos ciudadanos y de fiscalizar a las autoridades locales.

Del presente estudio surgen algunos de los principales criterios para una evaluación de largo plazo. Las redes que carecen de capacidad de respuesta rápida de todas maneras son parte de complejos proyectos de alcance nacional –sondeos de opinión, acciones de seguimiento– que entregan al trabajo reivindicativo herramientas de un valor inestimable. Todas ellas implementan programas que tienen el efecto de robustecer el trabajo reivindicativo de largo plazo al fortalecer las capacidades de las organizaciones integrantes y –lenta, y a veces trabajosamente– la solidaridad. Las redes capacitan a sus integrantes en una gran variedad de temas y competencias de acuerdo a necesidades planteadas por ellas mismas. En muchos casos dicha «capacitación» consiste en hacer un debate interno en el que se analiza los temas en toda su complejidad, preparando a las miembros para abordarlos de manera adecuada y profesional ante distintos interlocutores. Cuando el financiamiento lo permite, las redes constituyen un nexo fundamental entre capital y provincia. A medida que disminuye paulatinamente el universo

---

<sup>19</sup> Jael Silliman (1999: 141) plantea algo parecido en relación con el Movimiento Cinturón Verde en Kenia: «No me atrevería a decir que [resistirse a la institucionalización] le ha permitido al movimiento actuar con independencia de las presiones políticas, dado que su supervivencia no depende del beneplácito del gobierno o de sus donantes, sino de las acciones de plantación de árboles de sus miembros y de su capacidad para motivarlas a la acción política».

de donantes externos dispuestos a financiar grupos de base o provinciales, las redes cumplen la función vital de canalizar apoyo y asistencia técnica para actividades locales, permitir el acceso a conferencias continentales e internacionales y difundir información fundamental para el trabajo reivindicativo. Varias de estas redes realizan tareas de investigación que informan el trabajo reivindicativo y cuyos resultados son puestos en conocimiento de las instancias de decisión. Según expresan muchas miembros de estas redes, estas funciones las fortalecieron de distintas maneras y aportaron a su desarrollo político y técnico. La participación en redes amplía la legitimidad de las miembros y «abre puertas», todo lo cual potencia la participación en el debate de políticas públicas.

## APÉNDICE

### REDES ENCUESTADAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Las redes que presentan información incompleta se agregan a este estudio debido a que la autora aprovechó oportunidades imprevistas para entrevistar a activistas de dichas redes durante la etapa de acopio de información.

### REDES NACIONALES

- Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos (RCMDSR). Establecida en 1982 durante una asamblea nacional, actualmente cuenta con seis regionales. Entrevistas grupales en Bogotá, Cali y Medellín, informes a la Fundación Ford y documentación interna.
- Red Nacional de Mujeres de Colombia. Conformada en 1991 para unificar los aportes de las organizaciones de mujeres a la Asamblea Constituyente, tiene presencia oficial en ocho ciudades. Su actual «punto focal» está en Profamilia, en Bogotá. Entrevista grupal en Bogotá y correspondencia personal con Beatriz Quintero.

- Grupo Impulsor Nacional. Grupo de ONGs con sede en Lima, Perú, conformado de manera previa a la Conferencia de Beijing y ampliado a partir de 1995 para el seguimiento de la Plataforma de Acción de Beijing. Se coordina con un promedio de diez ONGs en cada provincia del país. La autora realizó una entrevista grupal en Lima y asistió a una asamblea general con representantes de todas las provincias integrantes.
- Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, Chile. Dos entrevistas grupales, informes a la Fundación Ford y diversas publicaciones.
- Grupo Iniciativa Chile. Grupo de ONGs con sede en Santiago, conformado de manera previa a la Conferencia de Beijing y ampliado a partir de 1995 para promover y hacer el seguimiento de la Plataforma de Acción de Beijing. Entrevistas con ISIS Internacional, Teresa Valdés (FLACSO) y publicaciones del Grupo.
- Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Información incompleta derivada de entrevistas con Mireya Zuleta (Casa de la Mujer de Valparaíso) e Isabel Duque (ISIS Internacional).
- Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. Creado en México en 1993 de manera previa a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Actualmente promueve y hace el seguimiento del Programa de Acción de El Cairo. Está compuesto por 80 organizaciones de mujeres e instituciones académicas provenientes de 18 de los 31 estados mexicanos. Información incompleta derivada de entrevistas con una de las coordinadoras y de documentación del Foro.
- Red de Acción Comunitaria en VIH/SIDA (Chile). Red de ONGs creada en 1991, con un historial de divisiones y conflictos. Información parcial derivada de una entrevista con un ex-integrante y de dos estudios al respecto.

### REDES LATINOAMERICANAS

- Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).

- Fundado en 1987, en la actualidad cuenta con CLADEMs nacionales y enlaces en 17 países. Se orienta a la investigación y difusión jurídica, a la capacitación, la jurisprudencia, la realización de campañas y la elaboración de propuestas en defensa de los derechos de la mujer. Entrevista con la actual coordinadora Susana Chiarotti y estudios de evaluación.
- ISIS Internacional (Chile). Servicio de información y comunicaciones fundado en 1974, con organizaciones homólogas en Filipinas y Uganda. ISIS promueve la formación de redes comunicacionales globales y continentales. Entrevista grupal respecto de distintas redes y observaciones sobre redes en general.
- Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC). Creada en 1984 durante el Primer Encuentro Regional de Salud de las Mujeres realizado en Tenza, Colombia. Red amplia compuesta por entidades y personas que cuenta con publicaciones y programas de capacitación y realiza campañas en favor de la salud y los derechos de la mujer. Entrevista con Amparo Claro, una de las actuales coordinadoras.
- Red Feminista Latinoamericana y del Caribe Contra la Violencia Doméstica y Sexual. Información parcial derivada de entrevista con ISIS Internacional (especialmente las intervenciones de Isabel Duque) y página Web.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (2000). *Webs Women Weave: A synthesis report on four organizations working with sexual and reproductive health and rights*. Stockholm: SIDA, Departamento de Democracia y Desarrollo Social, División de Salud.
- Álvarez, S. E. (1997). «(Re)Negotiating Differences and Restructuring Resistance in the Latin American Feminist Movement Field». Ponencia elaborada para el ciclo de charlas «Gender and Praxis in Latin America Working Group», Universidad de North Carolina, Chapel Hill.
- \_\_\_\_\_. (1998). Latin American Feminisms 'Go Global'. En: Álvarez, S. E., Dagnino, E & Escobar, A. *Cultures of Politics, Politics of Cultures: Re-Visioning Latin American Social Movements*. Boulder, Colorado: Westview Press, a Division of Harper Collins Publishers.
- \_\_\_\_\_. (1999a). «Thoughts on Distinctive Logics of Transnational Feminism». Noviembre. (Inédito).
- \_\_\_\_\_. (1999b). «What State is Feminism In? (An)other American Perspective». Ponencia presentada en la conferencia «Challenging the American Century», Loughborough University, Inglaterra, 1-4 de Julio de 1999. Versión en castellano en *Estudios Latinoamericanos*, N° 12. México: UNAM.
- \_\_\_\_\_. (1999c). Advocating Feminism: The Latin American Feminist NGO 'Boom'. *International Feminist Journal of Politics*, 1 (2): 181-209
- Barrig, M. (1997a). «De cal y de arena; ONGs y movimiento de mujeres en Chile». Informe presentado a la Fundación Ford, Santiago, Chile.
- \_\_\_\_\_. (1997b). «La larga marcha: Movimiento de mujeres en Colombia.» Informe presentado a la Fundación Ford, Santiago, Chile.
- \_\_\_\_\_. (1999a). Relatoría general y reflexiones finales. «La promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos en la región: Relatoría final». 14-16 de Junio de 1999. Santiago de Chile: Fundación Ford.
- \_\_\_\_\_. (1999b). «La persistencia de la memoria: Feminismo y estado en el Perú de los 90». (Inédito).
- Consejo de Población y Oficina de Referencia Poblacional (1999). *A Guide to Research Findings on the Cairo Consensus*. New York: Population Council
- Consorcio Mujer (2000). *Se hace camino al andar: Aportes a la construcción de la ciudadanía de las mujeres en salud*. Lima: Consorcio Mujer.

- Dunlop, J., Kyte, R. & MacDonald, M. (1996). Women Redrawing the Map: The World After the Beijing and Cairo Conferences. En: *SAIS Review*, XVI (1) (Winter- Spring). Washington, D.C.: Johns Hopkins Foreign Policy Institute, Paul H. Nitze School of Advanced International Studies.
- Freire, P. (1986), (©1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum.
- Gamson, W. A. (1990). *The Strategy of Social Protest*. Belmont, California: Wadsworth Publishers.
- Girard, F. (1999). Cairo + Five: Reviewing progress for women five years after the International Conference on Population and Development. *Journal of Women's Health and Law*, 1 (1): 1-14. Toronto y Vancouver: Butterworths.
- Grupo Impulsor Nacional (1998). *Mujeres y ciudadanía en el Perú: Avances y barreras*. Lima: Grupo Impulsor Nacional.
- Gruskin, S. (Ed.) (1995). Special Focus: Women's Health and Human Rights. Título de volumen editado de *Health and Human Rights*, 1 (4).
- Gruskin, S. (2000). The Conceptual and Practical Implications of Reproductive and Sexual Rights: How Far Have We Come? *Health and Human Rights*, 4 (2).
- Haberland, N. and Measham, D. (Eds.) (2002). *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: The Population Council
- Keck, M. E. & Sikkink, K. (1998). *Activists Beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca y Londres: Cornell University Press.
- Kingslow Associates (1998). «Factors Affecting the Growth and Effectiveness of Reproductive Rights Coalitions: An Assessment Prepared for the Ms. Foundation for Women». (Inédito).
- McAdam, D., McCarthy, J. D. & Zald, M. N. (Eds.) (1996). *Comparative Perspectives in Social Movements: Political Opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings*. Cambridge: Cambridge University Press 2nd ed.
- Miller, A. M. (2000). Sexual but not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights. *Health and Human Rights*, 4 (2).
- Oré Aguilar, G. (1999). Presentación de «La promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos en la región: Relatoría final». 14-16 de Junio de 1999. Santiago de Chile: Fundación Ford.
- Pehrsson, K., Näslund, S. & Bull, M. (1990). «Evaluation of Women's Networks supported by the Nordic Countries: A Consultancy Report». Unidad de Estudios de Desarrollo, Departamento de Antropología Social, Universidad de Estocolmo.
- Petchesky, R. (2000). Rights and Needs: Rethinking the Connections in Debates over Reproductive and Sexual Rights. *Health and Human Rights*, 4 (2).
- Salamon, L., Anheier, H. K., List, R., Toepler, S., Sokolowski, S. W. et al. (1999). *Global Civil Society: Dimensions of the Non-Profit Sector*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project.
- Sanborn, C. (2000). «The Fabric of Civil Society? Philanthropy and Nonprofits in Latin America». Documento elaborado para un taller sobre Reforma regulatoria, filantropía y cambio social en América Latina patrocinado por el Centro David Rockefeller de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Harvard y el Centro Hauser para Organizaciones sin Fines de Lucro, Universidad de Harvard, 13-14 de Marzo.
- Silliman, J. (1999). Expanding Civil Society, Shrinking Political Spaces: The Case of Women's Nongovernmental Organizations. En: Silliman, J. & King, Y. (Eds.). *Dangerous Intersections: feminist perspectives on population, environment and development*. Boston: South End Press.
- Vargas, H. A., Toro A., J. B. & Rodríguez G., M. C. (1992). *Acercas de la naturaleza y evolución de los organismos no gubernamentales (ONGs) en Colombia*. Santafé de Bogotá: Fundación Social.

MASCULINIDADES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD

III





Este texto pretende dar un amplio panorama de investigaciones y proyectos aplicados en los que se articula el género con la salud masculina. Dicho panorama se vincula con la experiencia y las lecciones aprendidas en el trabajo con varones por Salud y Género desde 1990<sup>1</sup>. El trabajo cierra presentando algunos retos y dilemas en este tipo de trabajo y con una amplia bibliografía sobre el tema.

## HASTA DONDE EL CUERPO AGUANTE: GÉNERO, CUERPO Y SALUD MASCULINA

---

*Benno de Keijzer\**

---

## INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS DE LA MASCULINIDAD

Los estudios en torno a las masculinidades son un campo muy reciente dentro de los estudios de género. Si bien el hombre siempre ha estado presente en gran parte de la bibliografía feminista en calidad de miembro del patriarcado, es sólo hace muy poco que se genera una corriente orientada a entender a los hombres desde su situación y condición de género. Algunos de los autores más relevantes dan cuenta de la construcción social de la masculinidad y de la emergencia de una masculinidad hegemónica que no sólo oprime a las mujeres sino a otras masculinidades subordinadas (Connel, 1995; Kaufman 1997; Kimmel, 1997). Asimismo, no es posible entender estos estudios sin los antecedentes del feminismo tanto político como académico. Otro antecedente de importancia es el desarrollo de los llamados estudios *gay* que son representativos de los primeros hombres que empiezan a preguntarse sobre su identidad y a romper con la masculinidad hegemónica.

Existe un interesante desarrollo de estudios sobre hombres desde una perspectiva antropológica que dan cuenta de los diversos procesos de socialización en contextos muy distintos a nivel mundial incluyendo, por

---

\* Médico general. Maestría en Antropología Social y Doctorando en Salud Mental Comunitaria. Miembro fundador de *Salud y Género* y docente en Psicología Comunitaria (Universidad Veracruzana). E-mail: [salygen@infosel.net.mx](mailto:salygen@infosel.net.mx)

<sup>1</sup> *Salud y Género* es una asociación civil compuesta por mujeres y hombres centrada en el trabajo educativo y de política pública en los diversos temas donde el género afecta la salud de hombres y mujeres.

supuesto, los ritos de transición presentes en casi toda sociedad (Guttman, 1998). Muchos de estos estudios analizan sociedades rurales (Godelier, 1986; Mallart, 1993), pero también hay trabajos sobre hombres en el medio urbano (Branan-Shute, 1979; Guttman, 2000; Fuller, 1997). El trabajo más ambicioso, al cubrir diferentes contextos culturales en su intento por identificar en ellos el significado de ser hombre, es el de Gilmore (1990).

La mencionada emergencia de investigaciones, proyectos e iniciativas que interpelan a los hombres contribuyen a completar la perspectiva de género para convertirla en una dimensión realmente relacional. Michael Kimmel (1992) da cuenta en la bibliografía sajona de este reciente y creciente desarrollo del campo de estudios sobre la masculinidad en donde también se mira al hombre con una perspectiva de género. Es importante hacer notar que no toda la producción teórica viene de los hombres —al contrario, existen notables trabajos de feministas que inquieren en torno a la masculinidad como son los de Bárbara Ehrenreich (1973), Elizabeth Badinter (1996), Norma Fuller (1997-2000), Mara Viveros (1997) y Mabel Burin (2000).

En un esfuerzo por ampliar la producción latinoamericana, el PRODIR de la Fundación Carlos Chagas lanzó en 1998 su tercera convocatoria para proyectos de investigación en torno a aspectos muy distintos de las masculinidades, obteniendo una respuesta sorprendente: más de 300 propuestas de proyectos abarcando los sectores poblacionales más diversos de América Latina. Los proyectos ganadores están actualmente en proceso de convertirse en artículos de divulgación.

## LOS VARONES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Por **género** entiendo una serie de atributos y funciones, que van más allá de lo biológico/reproductivo, construidos social y culturalmente y que son adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones de opresión entre los

mismos. El género se interioriza a través de la **socialización** entendida como un complejo y detallado proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo. Como bien señala Carmen Sáez (1990), este proceso no ocurre sólo durante la infancia y la adolescencia sino a lo largo del ciclo de vida.

La **masculinidad** sería entonces un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. Para el caso de México y América Latina considero que existe un **modelo hegemónico de masculinidad** visto como un esquema culturalmente construido, en donde se presenta al varón como esencialmente dominante y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan a este modelo.

Con sus variantes nacionales podemos considerar que en nuestros países existe una forma hegemónica de socializar a los hombres que está cultural e históricamente construida y que tiene sus variaciones por clase o por etnia, pero que sirve siempre de referente incluso a las formas de socialización alternativas o marginales. En esta socialización podemos encontrar claras ventajas para el varón, algunas de las cuales, con el tiempo y su rigidización, pueden ir transformándose en un costo para su salud (y la de las mujeres y otros hombres). Ejemplo de esto son una mayor independencia, la agresividad, la competencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relación con vehículos, las adicciones, las relaciones familiares y la sexualidad (de Keijzer, 1998a). Esto lo trabajaremos a mayor profundidad más adelante.

Estas características se incorporan porque aparecen como (y son) ventajosas dentro de las relaciones de poder entre géneros, son socialmente más valoradas y nos son asignadas desde pequeños a través de diversas redes e instituciones. Es característico que esta problemática sea invisible o negada parcial o totalmente, sobre todo por los propios hombres. Más que hablar de una rígida determinación de esta socialización, pienso en términos del establecimiento de presiones y límites (Williams, 1977) que intervienen en la vida de hombres concretos.

Consideramos que es importante hablar de la masculinidad en plural, es decir, hablar de masculinidades (de Keijzer, 1998a) y dar cuenta de estas diversidades a partir de aspectos como la nacionalidad, la clase, la edad, la migración, la etnia, la orientación sexual, etc. (Figuroa, 1998). Así, cada hombre se encuentra enclavado en un continuum donde comparte en grados distintos lo común y lo diverso con otros hombres.

Las relaciones de género son cambiantes en el tiempo y, recientemente, parecen estarse transformando con mayor rapidez. En otra parte (de Keijzer, 1998b) he señalado las importantes transiciones que se dan en nuestros países, las cuales provocan, y a veces provienen de, cambios en las relaciones de género. Algunos de estos cambios son:

- el acelerado proceso de urbanización
- cambios en la infraestructura económica con la incorporación de las mujeres a la fuerza laboral
- el deterioro del poder adquisitivo, impulsando a más miembros de la familia a trabajar por un salario, muchos de ellos mujeres
- la creciente migración interna y a otros países
- cambios en la organización familiar
- las tendencias a relaciones de género de mayor equidad en campos cada vez más diversificados como son la educación y la política

## **CUERPO MASCULINO Y TRABAJO: TODO POR SERVIR SE ACABA**

Aun sin contar con una perspectiva de género, la salud ocupacional o laboral, o mejor aún, la salud en el trabajo, se han ocupado de una serie de factores de riesgo y de consecuencias del trabajo sobre la salud de los hombres. Una vieja contradicción en la lucha por las reivindicaciones obreras en este campo está dada por la disyuntiva de mejorar las condiciones de salud en las cuales laboran o aceptar pagos extra por las diversas situaciones

de riesgo –es decir, cambiar dinero por salud. A fines del siglo pasado pierde terreno la primera posición junto con los contratos colectivos y otras reivindicaciones obreras. Desde una perspectiva clasista el rechazo a incorporar medidas de higiene ocupacional ha sido interpretado como una resistencia de clase. Una mirada desde la perspectiva de género puede agregar obstáculos en el autocuidado que también tienen que ver con una socialización masculina tendiente a la competencia, a la temeridad y a la percepción de que una actitud cuidadosa y preventiva no es masculina.

«Todo por servir se acaba». Es una frase que frecuentemente he escuchado referida tanto a objetos y maquinaria como al cuerpo masculino. Me sirve para compartir una reflexión sobre lo que han significado cerca de 10 años de trabajo sobre la masculinidad vista desde la salud. Esta frase la volví a escuchar recientemente en el trabajo con cañeros en el sur de Puebla, al referirse a lo que otros llamarían envejecimiento prematuro o desgaste producto de una historia laboral que se inicia de niños, y que para la adolescencia ya tiene todos los requerimientos del trabajo de un adulto: días que empiezan con la recolección de los jornaleros en camiones para iniciar el corte de caña antes que amanezca, en una jornada que puede transcurrir a 40 grados de temperatura, con un gasto calórico descomunal y con una precaria situación en cuanto a equipo y atención a la salud.

Hay medidas preventivas que los mismos cañeros han incorporado, tales como la norma de que hasta cierta edad o grado de desarrollo físico los jóvenes no pueden regar pesticida, ya que se utiliza un pañuelo tapando la boca como única medida de protección. En sus primeros años, se les insiste (sólo a los que están «nuevos», es decir, jóvenes) que consuman abundante leche para contrarrestar la acción del pesticida que tiene la capacidad de entrar por nariz, boca y, sobre todo, a través de la piel (Rodríguez & de Keijzer, 2001). La efectividad de la medida queda cuestionada por los internamientos y muertes por intoxicación en México y Centroamérica, así como los casos de infertilidad entre los bananeros centroamericanos (CSUCA, 1984) Pero como dicen... todo por servir se acaba.

Son estos jóvenes los mismos que, teniendo ya su primer salario, acuden prestos a los prostíbulos de la cabecera municipal para iniciarse sexualmente «a cuerno limpio», es decir sin condón, en referencia a las muy gustadas corridas de toros en la región. A pesar de la ruralización del VIH/sida, aún no llega a este poblado el terrible efecto demostrativo (y pedagógico) de los primeros muertos por sida, aunque es de suponer que se están incubando ya las primeras víctimas entre el 25% de la población que migra a EE.UU. y regresa con cierta frecuencia.

Vista desde la perspectiva de género, la relación entre trabajo y cuidado de la salud es abiertamente contradictoria por diversas razones. Una razón importante tiene que ver con la centralidad del trabajo en la construcción de la identidad masculina —el hombre tiende a amalgamarse con su profesión u ocupación (Deutschendorf, 1996). Esto se refuerza con el rol de proveedor que históricamente ha jugado en la familia. El cuerpo es vivido como instrumento para esos fines.

Los hombres aparecemos sobre todo en nuestra modalidad de mano de obra en los sistemas de seguridad social, en los cuales se da una tensa lucha en torno a la certificación de enfermedades y accidentes laborales y penosas negociaciones en torno a días de incapacidad o pensiones adelantadas. El valor de un hombre como trabajador está muy claramente representado en los esquemas de valoración del porcentaje de pérdida de capacidad laboral cuando pierde algún miembro de su cuerpo.

En general, el autocuidado, la valoración del cuerpo en el sentido de la salud es algo casi inexistente en la socialización de los hombres. Al contrario, el cuidarse o cuidar a otros aparece como un rol netamente femenino, salvo cuando se es médico y se decide sobre la salud ajena<sup>2</sup>. En este sentido recogemos otra frase célebre de la cultura masculina:

## HASTA DONDE EL CUERPO AGUANTE

Los hombres hablamos de «el» cuerpo y no de «mi» cuerpo, como si fuésemos tan sólo ocupantes del penthouse (cabeza) de ese instrumento. Ver al cuerpo como instrumento podría ser típico de los sectores subalternos en donde el trabajo y la fuerza corporal son centrales para la sobrevivencia. Sin embargo, revistas como *Men's Health* dirigidas a los miembros de la masculinidad hegemónica también enfatizan al cuerpo como algo que tiene un «manual del dueño», con «guías de mantenimiento» para «maximizar tu máquina» (Caine & Garfinkel, 1996).

En la misma dirección, otros que «cuidan» su cuerpo llevándolo muchas veces a extremos son los fisicoculturistas, cuyos aprendices (hombres que quieren convertirse en Charles Atlas en dos meses) presentan crecientes problemas de desgarros y, peor aún, hernia de disco, sin contar de los efectos crónicos de sustancias como los anabólicos. Pereira (2001) estudia este tipo de procesos con dos grupos de hombres en los cuales la identidad masculina se construye amalgamando aspectos de fisicoculturismo, artes marciales y orientación sexual.

En los procesos de socialización los pares juegan un rol central a lo largo de toda la vida. Una de las formas en que los hombres utilizamos el cuerpo es en el espacio del deporte —espacio privilegiado para el análisis de relaciones de poder (Huerta, 1999).

Como conclusión inicial, la salud y el autocuidado no juegan un rol central en la construcción de la identidad masculina. Revisemos ahora el eje contrario —la forma en que la identidad masculina influye en la salud, no sólo de los hombres. El inventario de problemas de salud masculina donde el género determina, influye o interviene sigue ampliándose. A pesar de que las estadísticas de las últimas décadas han presentado una sobremortalidad masculina

<sup>2</sup> Otro eje importante, pero no desarrollado en este trabajo, es la forma en la que el patriarcado está presente en el diseño y funcionamiento del propio modelo médico (Ehrenreich, 1973).

importante y creciente, esto era apenas problematizado por la epidemiología. Es muy reciente el enfoque de la mayor mortalidad masculina asociada a problemas de corazón, a ciertos tipos de cáncer (pulmón y próstata) y, sobre todo, la enorme mortalidad debida a muertes violentas: homicidios, accidentes y suicidio. Mención aparte merecen las adicciones, en especial el alcoholismo (Menéndez, 1990).

Para entender las consecuencias de la socialización masculina me ha sido útil el concepto del **varón como factor de riesgo** (de Keijzer, 1998a) como un eje en el trabajo sobre la masculinidad, su construcción social y la forma en que afecta la vida de las mujeres. Retomando la «**triada de la violencia**» que propone Michael Kaufmann (1997), el varón puede ser factor de riesgo en al menos tres sentidos. Se trata de un enfoque crítico que muestra las diversas formas de daño:

- hacia la mujer (y a niñas y niños): a través de los diversos tipos de violencia y abuso, la fecundidad impuesta, la paternidad ausente...
- entre hombres: por medio de accidentes, homicidios, lesiones...
- y para el hombre mismo: mediante el suicidio, el alcoholismo y otras adicciones, así como las enfermedades psicosomáticas. Podemos incluir aquí las diversas formas de descuido del cuerpo.

Garduño (2001) enfatiza las grandes diferencias existentes en las muertes violentas al juntar homicidios, accidentes y suicidios, encontrándose con unas tasas de 6 a casi 9 veces mayores (dependiendo del grupo de edad) que las de mujeres en el contexto mexicano. A conclusiones semejantes llegan estudios realizados en España (Bonino, 1989) y Australia (Huggins, 1996).

Todo esto deriva en la ausencia de los hombres en los espacios de salud. Según Valdés & Olavarría (1998:271):

*La ausencia del varón, su invisibilidad, tiene que ver con las maneras en que se estructura la identidad de género masculina y sus contenidos, no sólo a nivel individual o colectivo, sino también de*

*los propios servicios de salud. En los hombres están especialmente presentes: la noción de invulnerabilidad, 'a los varones nunca les pasa nada'; la búsqueda de riesgo como un valor de la propia cultura, reforzado por los medios masivos, especialmente en los hombres jóvenes; la creencia de que la 'sexualidad de los hombres es instintiva y por lo tanto es incontrolada' y por lo tanto, de poco serviría tratar de normarla, encausarla o de socializar a los varones en conductas preventivas, a través de los servicios de salud.*

*Lo anterior se ve fortalecido con las dificultades que tienen los varones de verbalizar sus necesidades de salud: los hombres, en general, no hablan de sus problemas de salud, porque constituiría una demostración de debilidad, de feminización frente a los otros y otras. Ello denota una feminización de la noción de cuidado de la salud. La imagen que tienen los hombres de los servicios de salud, según un estudio reciente, es que éstos son para ancianos, mujeres, niños o para enfermos. Y los varones consideran que no caen en ninguna de esas categorías, por lo tanto, les son ajenos.*

## MASCULINIDAD Y VIDA EMOTIVA

Esta dificultad de verbalizar necesidades se articula con la esfera emotiva de los hombres. Aparte y producto de los procesos de socialización, existe una dimensión que subyace a las representaciones y prácticas de los varones en el terreno de la sexualidad, la reproducción y la paternidad. Me refiero a la dimensión de la salud mental, de la subjetividad o emotividad masculina. La construcción de la masculinidad no trata sólo de la generación de representaciones y prácticas sino también de una serie de presiones y límites en ciertas manifestaciones de la emotividad sobre todo relativas al miedo, la tristeza y, frecuentemente, hasta la ternura.

La falta de inteligencia emocional se encuentra frecuentemente como trasfondo de las adicciones y de las violencias con su consecuente impacto negativo en la reproducción, la sexualidad y las relaciones y economía familiar. Asistimos así

a una suerte de cosecha tardía de problemas generados durante los procesos tempranos de socialización. Victor Seidler tiene una mirada especialmente aguda en torno a estos conflictos en la emotividad en sujetos históricamente autoconsiderados como razonables (Seidler, 1992).

El tema de la violencia es uno de los centrales en la relación entre masculinidad y salud, por las enormes consecuencias que la violencia tiene sobre la salud tanto de hombres como de mujeres. La perspectiva de la construcción social de la masculinidad ofrece nuevas interpretaciones de este fenómeno construidas a partir de las expectativas de autoridad y de servicio por parte de las mujeres y de los mecanismos tanto groseros como sutiles del poder masculino en el ámbito doméstico (Ramírez, 1999; Bonino, 1995). Es llamativa la reciente proliferación de programas y modelos que utilizan diversas estrategias para detener la violencia con hombres que se acercan voluntariamente u hombres derivados por los servicios de justicia (Liendro, 1998; Sequeira, 1998). Esta aproximación ofrece también posibilidades de empezar a trabajar «río arriba» hacia estrategias preventivas en el trabajo con hombres (UNESCO, 1997). En esta perspectiva ubicamos también el trabajo de Barker (2000), quien ha tratado de comprender las razones por las cuales emergen hombres jóvenes no violentos de contextos violentos tanto en los EE.UU. como Brasil. El autor retoma el concepto de resiliencia como eje valioso para entender los factores y procesos que, en contextos de extrema pobreza y violencia, hacen que emerja una proporción de jóvenes tendientes a la equidad de género y a la resolución no violenta de conflictos.

La propuesta feminista como tal o su versión ampliada (binocular o estereo) en la perspectiva de género tiene tal avance que ya investiga activamente el campo masculino. La salud mental, la salud reproductiva, la

sexualidad y la socialización de los hombres están emergiendo en libros, tesis y conferencias donde a veces son las mujeres las que toman la iniciativa. Un caso extremo es el libro editado por Michele Bograd (1991) titulado: «Abordajes feministas para hombres en la terapia familiar», en el cual afirma, respecto al trabajo con varones:

*Este proceso puede transcurrir con enojo, confusión, hipocresía y dolor, pero no carece de muchos momentos de regocijo y promesa.*

### LOS HOMBRES, LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN<sup>3</sup>

La sexualidad es definitivamente otro campo central en la comprensión de las identidades masculinas con repercusiones diversas en la salud. Varios estudios en diferentes países dan luz acerca de la enorme diversidad en las prácticas sexuales de los hombres y las formas en que tienden a estar siempre atravesadas por el eje del poder (Horowitz & Kaufman, 1987; Castro, 1998; Núñez, 1994; Ruz, 1998; Sanz, 1997).

Uno de los estudios pioneros en articular clase, trabajo y sexualidad es el de Liguori, analizando la distribución del VIH/sida en los distintos estratos económicos y realizando una aguda observación etnológica de estos temas, prácticas de riesgo y relaciones de poder dentro del sector de la construcción (Gonzalez Block & Liguori, 1986). Prácticas semejantes de riesgo sexual se encuentran entre los migrantes del campo mexicano a los EE.UU. (Bronfmann & Rubin, 1999; Rodríguez & de Keijzer, 2001). En la construcción de dicha masculinidad no sólo aparece la oposición a lo femenino sino también la homofobia como eje de afirmación (Kimmel, 1997; Nuñez, 1997).

<sup>3</sup> En este documento estoy retomando ideas que elaboré para el marco teórico de un programa centroamericano para el CEPAL (2000).

No existe campo más trabajado con relación a la participación de los hombres que el de la salud reproductiva. Esta es la problemática, junto con la de violencia doméstica, que mayor apoyo internacional y gubernamental ha recibido, en gran parte por la influencia de las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing, donde se ha tomado acuerdos específicos que llaman a una participación de los varones en la esfera de la reproducción y la crianza. Sin embargo, esto contrasta con la ausencia de los hombres en los estudios de la reproducción.

Diversos estudios, análisis y conferencias coinciden en anotar esta ausencia histórica de los varones en todo tipo de reflexiones, investigaciones y publicaciones en el campo de la demografía cuando se refiere a la fertilidad y la planificación familiar (Greene & Biddlecom, 1997; Lerner, 1998; Figueroa, 1998a). Todo el fenómeno reproductivo, como ocurre en el terreno de la salud, está construido en torno a la mujer. Estas limitaciones teóricas, junto con la negación empírica de la presencia e influencia de los varones, reflejan el contexto social e intelectual del desarrollo de la demografía y su influencia en las políticas y programas al respecto. Esto hace que no sólo desconozcamos el comportamiento masculino, sino la experiencia misma y vivencia de los hombres en este campo (Lerner, 1998). En recientes estudios es patente cómo la masculinidad socialmente construida aparece como trasfondo de las representaciones y prácticas de los varones ante temas tan diversos como la anticoncepción (Arias & Rodríguez, 1998) o el aborto (Fachel & Fachel, 1998).

Es muy claro lo difícil que es hablar de la reproducción de los hombres sin aludir al ejercicio de su sexualidad por más que muchos intenten distinciones analíticas. *«Aunque en El Cairo y Beijing se hicieron concesiones para lograr acuerdos en este aspecto, continúa siendo polémico y al mismo tiempo tabú hablar de la sexualidad»* (Díaz & Spicehandler, 1997:8)

Según Figueroa:

*...en la interpretación de la dinámica de la reproducción se ha privilegiado la versión de las mujeres, sin recurrir a modelos relacionales de representación social que recuperen los procesos de negociación e interacción conflictiva, ambivalente y*

*compleja entre roles, expectativas, miedos y concesiones de los miembros de ambos sexos, para tratar de interpretar esas historias diferentes. Se siguen reproduciendo interpretaciones maniqueas, a partir de los esquemas conocidos para la fecundidad de las mujeres, sin que los estudios de la reproducción hayan desarrollado alguno que incorpore el comportamiento reproductivo de las parejas como un proceso de interacción y negociación entre varones y mujeres. Esto ha dificultado generar información que de manera sistemática contribuya a documentar transgresiones y variantes en los estereotipos, a partir de la realidad cambiante que viven conjuntamente hombres y mujeres.* (Figueroa, 1998a:168-9)

Según Greene & Biddlecom (1997) en la investigación debemos acercarnos a los varones como algo más que las parejas de mujeres, *«sino también como individuos con historias reproductivas distintas e interesantes en sí. En la medida en que los lazos entre el matrimonio y el tener hijos se continúan debilitando en el mundo, las diferencias entre las experiencias reproductivas entre hombres y mujeres, así como sus costos y beneficios sobre el paternazgo y maternazgo serán aún más sobresalientes en el futuro».*

Existe un creciente acuerdo de incorporar la participación de los hombres en aspectos como la salud reproductiva, sea exclusivamente informando y como apoyo a la salud de las mujeres o como sujetos que también tienen necesidades, así como derechos sexuales y reproductivos. El reto para esto último está en el cómo y hasta qué punto.

Desde una mirada feminista, los programas dirigidos a hombres deben, sin embargo mantener la sensibilidad de género planteada al inicio de este documento. Como bien señala el documento de HERA (1998):

*...alentar la responsabilidad de los hombres por su propio comportamiento no debería de ninguna manera debilitar la autonomía de las mujeres sobre sus propias vidas sexuales y reproductivas. Es necesario dirigir el trabajo con los hombres al logro de la igualdad y la equidad de género. Para esto se requiere la asignación de recursos diferentes a los que se asignan al empoderamiento de las mujeres y a las necesidades de salud sexuales y reproductivas de las mujeres.*

## DE LA REPRODUCCIÓN A LA PATERNIDAD Y LA CRIANZA

En nuestro trabajo con varones ha sido claro que para muchos el hecho reproductivo se evidencia no tanto durante el embarazo sino después del nacimiento, ante la presencia del hijo o hija. Esto abre el tema de la paternidad como uno de los más problemáticos y prometedores en el trabajo con hombres.

Es importante trabajar la conexión entre reproducción y paternidad, ya que para los varones la paternidad se constituye en la principal (y a veces única) objetivación de su participación en el campo de la reproducción. Al igual que con la masculinidad, una primera observación que podemos hacer es que más que hablar de «paternidad» como un tipo de relación, universal y predeterminada de los hombres con sus hijos (as), habría que hablar de «paternidades», en plural, porque hay formas bastante diversas de ejercerla. La paternidad es una posición y función que incluye lo biológico, pero claramente lo rebasa y que va cambiando históricamente, teniendo también notables variaciones de una cultura a otra, así como entre las distintas clases sociales y etnias de un mismo país. Tiene asimismo especificidades de acuerdo con nuestra particular historia de vida y significados distintos a lo largo del ciclo de relación de un mismo hombre con sus hijos e hijas (de Keijzer, 1998b).

Aparte de las evidentes diferencias en las formas de ser padre, existen dimensiones más ocultas en el ámbito de la paternidad. Una que es relativamente desconocida se refiere a la vivencia que tienen los hombres. El rescate de esta vivencia puede darnos claves para lograr una paternidad más cercana y equitativa. Sobre este punto profundiza Yablonsky (1993) cuando hace un seguimiento no sólo de varios tipos de relación padre-hijo, sino de la forma en que esta relación evoluciona desde la infancia hasta la etapa adulta, pasando por la adolescencia.

Figuroa profundiza en la vivencia subjetiva proponiendo la noción de «la soledad en la paternidad», la cual ha encontrado eco en muchos hombres y no pocas mujeres. Plantea que:

*Hay muchos elementos de la paternidad que no asociamos como parte de la misma y que por lo tanto no percibimos que nos faltan y, por lo mismo, no sentimos pesar ni melancolía por ellos. Creo que muchas veces de manera inconsciente, involuntaria y aprendida hemos ido generando un modelo de paternidad que nos desliga de dimensiones que son parte de la paternidad (Figuroa, 1998b).*

El vacío al que se refiere es a todo lo que rebasa al papel del proveedor y que tiene que ver con la crianza -ese otro nivel de provisión de cuidados, de guía cognitiva, emociones y experiencia en donde los padres no sólo dan, sino donde también se enriquecen. Punto central en esta provisión es el mayor involucramiento de los hombres en los cuidados de salud de sus hijos e hijas.

Según Figuroa, una paternidad distinta debe contemplar una mayor disposición a la crítica y al cambio de estereotipos y roles genéricos, así como una participación en la salud de los hijos y las hijas. Debe implicar una negociación con la pareja, así como el establecimiento de límites flexibles, tolerantes y negociados en el hogar (AVSC, 1999).

La experiencia práctica de Salud y Género y organizaciones cercanas en el trabajo sobre el tema de paternidad con varones es que ha permitido la convocatoria a un número mayor de hombres. Dicho trabajo ha mostrado dos características interesantes:

- cuando los talleres se refieren al «ser padre», esto aparece como un tema menos amenazante, más «amable» que otros temas referidos a la masculinidad (sexualidad, salud, adicciones, violencia, etc.);
- cuando trata la experiencia de «haber sido hijo», es decir, la relación con el propio padre, éste se convierte en el tema más emotivo e impactante que hayamos trabajado. Este paso lo damos metodológicamente ya que dicha vivencia es el referente inicial (y frecuentemente el único) para nuestra actual paternidad.



En síntesis, el impulso de la reflexión en torno a la forma en que se ejerce la paternidad debe ir en el sentido de un mayor involucramiento y disfrute de los hombres en los ámbitos del embarazo y del parto, así como en la crianza y en la consecución de relaciones más democráticas y equitativas en el ámbito doméstico.

## LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÓN MASCULINA

Lo planteado hasta ahora puede permitir pensar en la posibilidad y necesidad de una política de salud que aborde la especificidad de lo masculino en nuestros países. Esto probablemente aparezca como políticamente incorrecto cuando nuestros gobiernos apenas empiezan a aplicar la perspectiva de género a los programas dirigidos a las mujeres. Sin embargo, la perspectiva planteada de atender los problemas señalados tendrá no sólo efectos sobre la salud masculina sino también sobre la femenina, por ejemplo, al disminuir los efectos de una muerte temprana en la familia, los estragos del alcohol y otras drogas o el grave impacto de la violencia en sus diferentes formas.

¿Que hay de específico como programas para los hombres en México? Tenemos el relativamente reciente Programa Nacional de Vasectomía donde, curiosamente, sí se da apoyo psicológico a los hombres que tienen temores y dudas (a diferencia de los programas de esterilización femenina). También es reciente la emergencia del interés y una creciente información sobre los problemas prostáticos. A pesar de esto, serán miles los hombres que mueran por este cáncer de avance relativamente lento con tal de no pasar por un examen prostático, interpretado por muchísimos como algo cercano a la «pérdida de la virginidad». Aún menos se difunde sobre un proceso poco atendido, pero eso sí, con muchos nombres: la andropausia, viropausia, climaterio y hasta menopausia masculina (Hill, 1993; Diamond, 1999; Arber & Ginn, s/f).

La alarma social es creciente respecto a las adicciones masculinas, calculadas por el Centro de Integración Juvenil (México) en una razón de siete usuarios de sustancias prohibidas por cada usuaria. Existen campañas aisladas con relación al consumo de tabaco que no pueden contra la propaganda de las compañías tabacaleras, así como las leyendas no aptas para miopes en las botellas de licor, mientras las grandes transnacionales se han movido hábilmente a ligar su consumo con la juventud, el deporte, el éxito y la felicidad.

En síntesis, estamos muy lejanos aún de una política integral aunque fuera tan sólo dentro del campo de la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, las cosas parecen cambiar en algunos lugares. En 1995, se dio un hecho inédito: 500 hombres y mujeres (educadores en salud, enfermeras/os), oficiales de gobierno y otros practicantes aliados, de instituciones variadas, además de representantes de minorías tanto gay como étnicas) se reúnen durante dos días a compartir y discutir información sobre salud masculina y a proponer acciones en torno a la misma. Lo que producen entra a alimentar lo que ya se está construyendo como una política de salud con perspectiva de género hacia los hombres, sin que esto implique reducción de recursos dedicados a la población femenina. Muchos no nos enteramos de este proceso -sencillamente porque ocurrió en Australia en la *Conferencia Nacional de Salud Masculina* (National Men's Health Conference, 1995).

Algunos títulos de las ponencias son tan sugerentes como las siguientes:

- *La emergencia de la salud masculina: la historia de una epidemia bienvenida*
- *Arriesgando la salud: hombres jóvenes y masculinidad*
- *Si bebes eres un perfecto idiota y seguramente masculino*
- *Salud mental: dolor privado y vergüenza pública*
- *La salud de hombres mayores: estoicismo versus envejecimiento exitoso*
- *Directrices estratégicas para la salud masculina: ¿terapia o reforma?*

Y así, siguen tocando temas como el suicidio en los jóvenes, la salud indígena, la salud de la población gay, la salud en el trabajo, la violencia, además de las diversas iniciativas gubernamentales y civiles para abordar algunos de estos problemas. La memoria del evento resalta la forma en que un tema no previsto se convirtió en el principal: el de la salud mental masculina. Después de este evento se ha continuado celebrando conferencias más amplias, se ha construido una agenda de investigación y se incluye la problemática en la formación de recursos en salud.

### EXPERIENCIAS DE TRABAJO CON HOMBRES EN PROCESO: ALGUNAS LECCIONES DESDE EL CAMPO

*Cuando escuché por primera vez en el grupo la invitación a renunciar a esos privilegios pude poco a poco identificar los posibles beneficios del cambio de actitudes, comportamientos y valores machistas. No quiero decir que todo esto lo acepté así no más, ha sido un proceso lento, fuerte, de lucha conmigo mismo y con la sociedad, o sea, visualizando mi participación dentro de la casa, dentro de la escuela, dentro de la universidad, en las relaciones de pareja; ha sido una vivencia día a día y a cada momento (Jairo Sequeira, 1998).*

A pesar de constituir una perspectiva relativamente nueva en el continente, existe una cantidad creciente de programas que incluyen la experiencia de los hombres con relación a su sexualidad, su reproducción, su paternidad, su violencia o su salud. A nivel de gobiernos se van incorporando poco a poco algunos de los acuerdos y propuestas de las conferencias internacionales (ver anexo). Los programas de planificación familiar actualmente se denominan de salud reproductiva y muchos hablan abiertamente de incorporar la perspectiva de género. Sin embargo, es fácil constatar una brecha entre la incorporación del discurso y una práctica integralmente nueva. En muchos casos la perspectiva de trabajar con varones sigue

reduciéndose a incorporar el programa de vasectomía o impulsar el uso del condón.

Las propuestas de las conferencias internacionales y las necesidades que emergen de la investigación y de las experiencias en el campo apuntan hacia direcciones bastante similares en el trabajo práctico. Es claro que la perspectiva de trabajo con hombres se está ampliando rápidamente en cuanto a su potencial. Poco a poco se avanza hacia una perspectiva de género relacional e incluyente del fenómeno de la sexualidad. En un evento latinoamericano sobre educación sexual y reproductiva con enfoque de género se concluye que:

*El enfoque para el trabajo de género y salud sexual y reproductiva está centrado en las relaciones de poder entre mujeres y hombres, y pretende deconstruir y construir nuevas relaciones de género en sexualidad y reproducción. La meta sería el pleno control que permita disfrutar del propio cuerpo, separando la sexualidad de la reproducción, aun sabiendo que la reproducción es una parte de la sexualidad. Esto significa posicionar la salud sexual y reproductiva como un derecho básico de mujeres y hombres. Esto nos permite afirmar que el punto central de referencia para el trabajo en género y salud sexual y reproductiva son los derechos sexuales y reproductivos sin los cuales no es posible alcanzar la salud (Díaz, 1996).*

Probablemente el trabajo más interesante se está dando desde la órbita de las organizaciones civiles que, a pesar de contar con una cobertura y recursos menores, alcanzan a desarrollar programas innovadores aplicados con los sectores poblacionales con los que tienen influencia. Varias de estas experiencias cuentan con apoyo o se hacen en conjunto con instancias gubernamentales. Entre las experiencias más sobresalientes podemos mencionar los proyectos de educación sexual y reproductiva dirigidos a varones en el contexto de programas que originalmente trabajaban sólo con mujeres y que, a petición de ellas, abren espacios para sus esposos, sus hijos y sus autoridades. Es el caso de ReproSalud —un vasto proyecto dirigido a la población rural andina que está obteniendo logros muy interesantes al trabajar con ambos sexos (Rogow, 2000).

En el ámbito del trabajo sobre paternidad se han desarrollado estrategias para convocar a

varones a reflexionar sobre su involucramiento en dicha función. En el caso de México se ha hecho un esfuerzo colaborativo de diversas instancias (IPPF, CONMUJER, UNICEF, DIF, Educación Pública y las Comisiones de Equidad y Género de los Congresos) en torno a una propuesta de Salud y Género y CORIAC, que ha incluido talleres con varones sobre el tema, una campaña de dibujo infantil llamada «Cómo veo a mi papá» y la producción de diversos materiales de difusión. Durante el 2000 se generaron más de 200,000 dibujos expuestos en diferentes niveles, recuperando las formas de ser padre desde la mirada infantil y juvenil.

Con creciente frecuencia se está hablando en el contexto latinoamericano de la «nueva masculinidad», la «nueva paternidad» o, peor aún, del «masculinismo». La mayoría de los investigadores y facilitadores que trabajamos con varones hemos tomado distancia de dicha noción desconfiando de una nueva masculinidad única e instantánea. Hemos aprendido a valorar la necesidad de un proceso más largo de reflexión y de cambio profundo tanto a nivel subjetivo como en el plano cultural y político. Lo que sí puede observarse es el proceso de cambio más a nivel de conciencia práctica y negociación micro en pareja (Schmuckler, 1989) como respuesta, incompleta y tardía, al feminismo y las otras transiciones en marcha.

En el trabajo con jóvenes la preocupación por el embarazo adolescente ha llevado a enfocar casi exclusivamente a las jóvenes en esta situación. Existe escasa investigación y mucho menos programas dirigidos a los varones (muchos de ellos No-jóvenes, sino adultos) copartícipes o implicados en dichos embarazos.

Aun así, es creciente la importancia del trabajo con jóvenes de ambos sexos, aunque en algunos proyectos se hace esfuerzos especiales dirigidos a los jóvenes varones que se encuentran en diversas situaciones de riesgo, además del riesgo potencial que ellos significan para las mujeres jóvenes. En este sentido corre el trabajo colaborativo de Salud y Género con tres instituciones brasileñas (Promundo, Papai y ECOS) en el diseño de materiales educativos para trabajadores de la salud y la educación en torno a

la sexualidad, la salud mental, la violencia y la paternidad adolescente.

Otro nivel de cambio esperable estaría dado por el legislativo. Avanzan en el continente las leyes que hacen que los hombres se hagan responsables económicamente de sus hijos abandonados. Pero existe otro ámbito donde el avance es más difícil y que tiene que ver más con la presencia del padre que con su ausencia: la licencia de paternidad, respecto a la cual existen esfuerzos en algunos países latinoamericanos para que se discuta y legisle este derecho. Existe una diferencia radical con varios países europeos, donde esto es una realidad y donde la pareja negocia qué parte toma cada uno del largo período que se les ha asignado. Las posibles ganancias en la vivencia paterna y familiar se ven bloqueadas por una perspectiva economicista que impide un avance en este sentido (Frias, 1998).

Algo similar sucede con el bloqueo que las instituciones de salud (sobre todo oficiales) ponen a la presencia paterna en el nacimiento de sus hijos. La iniciativa de UNICEF de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño ha tenido una acogida importante, pero ha dejado fuera a los padres con todo lo que se podría ganar con su presencia en dicho momento en términos de afianzamiento de la relación de pareja y de una «impronta» psicosocial con sus pequeños/as, sin mencionar otros posibles efectos en la negociación de áreas como la anticoncepción o el trabajo doméstico (de Keijzer, 1999a).

En este ámbito, como en el de la reproducción, el péndulo histórico se mueve hacia la participación, algo que se daba ya antes de los procesos de medicalización del embarazo, el parto y la concepción, cuando los hombres estaban de hecho más presentes.

Desde hace 10 años emergen en América Latina programas y procesos reflexivos entre hombres, no sin el apoyo de muchas mujeres, que ya empiezan a articularse entre sí, pero que aún no pueden considerarse un movimiento. Es interesante el surgimiento simultáneo de dichos procesos en Latinoamérica sin conocimiento inicial mutuo y sin influencia de países centrales donde ya llevan más tiempo.

Quizás el laboratorio más interesante al respecto es el que encontramos en los EE.UU., donde existen desde hace tiempo movimientos de hombres identificables y bastante diferenciados. Para dar cuenta de dicha diversidad enlistamos simplemente los diversos movimientos de hombres que Clatterbaugh (1997) registra en la actualidad:

- *los hombres profeministas, aliados de la agenda feminista*
- *el movimiento por los derechos de los hombres que surge en reacción a las conquistas del feminismo*
- *el movimiento gay con todas sus corrientes*
- *el movimiento mitopoético, en la búsqueda del crecimiento espiritual y la recuperación de ciertos valores «masculinos» planteados como esenciales*
- *el movimiento de hombres desde una perspectiva socialista*
- *el movimiento afroamericano desde un marco islámico<sup>4</sup>*
- *los «cumplidores de promesas» como movimiento evangélico neoconservador<sup>5</sup>*

Tan sólo esta diversidad de movimientos nos aclara que los hombres cambian no únicamente desde la agenda de la modernidad o los planteamientos feministas hacia la equidad, sino que también viven procesos de transformación desde otros marcos.

El trabajo en espacios de reflexión con varones despierta todo tipo de reacciones entre ellos, desde la curiosidad hasta el rechazo inmediato pasando por la sensibilización y el reconocimiento de la necesidad de cambiar. Uno de los aspectos más impactantes, con los hombres que sí acuden, es cuando se evidencian los costos de una masculinidad estereotipada. Estas reacciones se dan también con las mujeres aunque con variantes que incluyen la empatía, al contactarse con alguno o varios hombres (padres, parejas, hermanos, hijos) de su familia que evidencian tales problemas. A veces también se da la reacción contraria: «Ay, sí. Ahora nos van a salir con que pobrecitos los hombres.»

Ni uno ni lo otro: Reconocer costos no significa ser las nuevas víctimas de fin de siglo. Además gran parte de problemas, a diferencia de las mujeres, son genéricamente autoinflingidos. Simplemente los costos sobre la salud son una ventana para reconocer las formas en que la socialización nos afecta o limita.

Este apartado lo cerraremos compartiendo una reflexión que transmite la mirada de las mujeres al respecto -una mirada que no sólo ubica responsabilidades sino importantes ganancias para los varones:

*¿Cuál es la responsabilidad de los hombres en relación con la sexualidad y la reproducción? Para que los hombres y las mujeres vivan sus vidas con todo su potencial, necesitan participar en todos los niveles de la sociedad civil, la vida de familia, la vida pública, el trabajo y el ocio. Esto exige que los hombres asuman muchos papeles de comportamiento que de momento, en la mayoría de las sociedades, son responsabilidad única de las mujeres. Esto daría a los hombres la oportunidad de gozar de los placeres y del crecimiento personal inherente a apoyar a sus parejas en el parto, en la responsabilidad compartida por la crianza de los hijos y la vida doméstica, y en el apoyo a la satisfacción de su compañera a través de la vida familiar y pública. Permite a los hombres experimentar toda la gama de emociones humanas, incluida la ternura y la vulnerabilidad.*

*Los hombres que disfrutan y asumen la responsabilidad de su propia sexualidad y de sus elecciones reproductivas experimentan la sexualidad más plenamente. Ser un hombre requiere regocijarse en la experiencia de igualdad con las mujeres; y apoyar las elecciones reproductivas de las mujeres y el placer sexual (HERA, 1998).*

No cabe duda de que en las cuestiones de género, familia y salud, los varones nos hemos quedado atrás. Aún no logramos percibir claramente que el patriarcado también implica costos para nuestra cantidad y calidad de vida. La relación de pareja, la sexualidad, la

<sup>4</sup>Recuérdese la Marcha del Millón de Hombres Negros sobre Washington en 1997.

<sup>5</sup>Esto ya se estudia en América Latina (Brusco, 1995).

reproducción y la paternidad se nos siguen ofreciendo como una excepcional oportunidad para la reflexión, el placer y el cambio. En este sentido, las iniciativas concretas que promueven estas oportunidades son en extremo valiosas.

Finalmente, las instancias gubernamentales y civiles en los campos de la educación, la salud y el desarrollo encontrarán que, en muchos problemas, la participación de los hombres puede ser un importante factor faltante para el alcance de sus objetivos. Hasta ahora los hombres hemos sido una gran parte del problema -es hora de que empecemos a ser parte de la solución.

## DILEMAS Y RETOS EN EL TRABAJO CON VARONES

En diez años de trabajo de Salud y Género y en el contacto con otras organizaciones que trabajan género con mujeres y hombres hemos ido recopilando una serie de retos y dilemas. Los planteamos acá como posibles temas de profundización:

- Ante las múltiples resistencias, ¿cómo convocar a más hombres?
- ¿Quiénes son los que responden? ¿Los que ya están de alguna manera sensibilizados o los que están en crisis de pareja o por los costos acumulados en su salud?
- ¿Cuáles son las mejores ventanas de oportunidad para el cambio a nivel de edad o problemática? ¿Cuáles son los temas que mejor pueden convocar?
- ¿Cómo avanzar con hombres hacia la equidad y no crear nuevas inequidades? ¿Podemos entrar en la esfera doméstica o de la salud reproductiva sin que se convierta en nuevo campo de competencia con las mujeres?
- ¿Qué ganamos los hombres en la equidad? ¿Hay pérdidas para las mujeres?
- ¿Cuáles son las formas más eficaces de trabajar «río arriba» es decir, buscando un efecto preventivo en el trabajo con varones? ¿Cuál es la pedagogía de género de mayor eficacia?
- ¿Cómo son los procesos de cambio en los hombres? ¿Qué los facilita y qué los dificulta?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalá, M. J. (1994). Acción para el Siglo XXI Salud y Derechos reproductivos para Todos. En: *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York: Family Care International.
- \_\_\_\_\_ (1995). Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todos. En: *Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York: Family Care International.
- Arber, S. & Ginn, J. (s/f). *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*. Madrid: Madrid.
- Arias, R. & Rodríguez, M. (1998). A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en el hombre de la clase media de la Ciudad de México. En: Lerner, S. *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México.
- AVSC, SSA, IPPF, CORIAC & Salud y Género. (1999). Memorias del Encuentro «Los varones frente a la salud sexual y reproductiva». México. (Mimeo).
- Barker, G. (1996). «The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean». Erickson Institute, MacArthur Foundation. (Mimeo)
- \_\_\_\_\_ (2000), *¿Qué ocurre con los muchachos?*. Ginebra: OMS.
- Betancourt, E. & de Keijzer, B. (1996). Los hombres enfrentando su violencia. En: *Memorias del Encuentro Continental sobre Violencia Intrafamiliar*. México: UNIFEM.
- Bograd, M. (Ed.) (1991). *Feminist approaches for men in family therapy*. The Haworth Press.

- Bonino, L. (1989). «Mortalidad en la adolescencia y estereotipos masculinos». Trabajo presentado en las Terceras Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires. (Mimeo).  
 \_\_\_\_\_ Accidentes de tráfico: asignatura pendiente en salud mental. En: *Red de información sobre hombres (RISH) de CORLAC*. Clave en Conferencia: 1SAL002, Lugar en la Conferencia: SALUD/2, Conferencia electrónica Hombres. Info: coriac@laneta.apc.org. / México, D.F.
- \_\_\_\_\_ (1995). *Micromachismos: la violencia invisible en la pareja*. En: Corsi, J. *Violencia Masculina en la pareja*. Buenos Aires: Paidós.
- Brana-Shute, G. (1979). *On the corner: male social life in a Paramaribo creole neighborhood*. Illinois: Waveland Press.
- Bronfman, M. & Rubin, J. (1999). Comportamiento sexual de los migrantes mexicanos temporales a Los Ángeles: prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: Figueroa C., B. *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*. México: Colmex y Somede.
- Brusco, E. (1995). *The Reformation of Machismo: Evangelical Conversion and Gender in Colombia*. Austin: University of Texas Press.
- Burin, M. & Meler, I. *Varones, género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Caine, W. & Garfinkel, P. (1996). *The male body: an owners manual*. Pennsylvania: Rodale Press.
- Castro, R. (1998). Uno de hombre con la mujer es como una corriente eléctrica: subjetividad y sexualidad entre los hombres de Morelos. *Debate feminista*, año 9, vol 18.
- CEPAL/México. (2000). «Salud Reproductiva y Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano». Borrador de marco teórico, México. (Mimeo).
- Clatterbaugh, K. (1997). *Contemporary Perspectives on Masculinity*. Westview Press. 2<sup>nd</sup> ed.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. London: Polity Press.  
 \_\_\_\_\_ (1999) El imperialismo y el cuerpo de los hombres. En: Valdés, T. *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Santiago de Chile: Flacso/CEPAL.
- CORIAC. (2000). *Por una Paternidad Equitativa* (Cuaderno de trabajo). Programa de Paternidad y Relaciones de Pareja, México.
- CSUCA, Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud (1984). *Cuaderno de salud ocupacional para trabajadores centroamericanos*, San José, Costa Rica.
- CONMUJER, UNICEF, MILENIO FEMINISTA. (1998). *Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Declaración de Beijing y Plataforma de Acción*, México.
- Dankworth, J. (1992) Disuadir la violencia conyugal: Hacia una intervención eficaz con los hombres violentos. En: *Des Hommes et du Masculin*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- De Barbieri, T. (1992). Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. En: *Fin de siglo: género y cambio civilizatorio*. Ediciones de las Mujeres, N° 17. Santiago de Chile: Isis Internacional.
- Desjarlais et al. (1995). *World mental health: problems and priorities in low income countries*. Nueva York: Oxford U. Press.
- de Keijzer, B. (1998a). La masculinidad como factor de riesgo. En: Tuñón, E. *Género y salud en el Sureste de México*. Villahermosa: ECOSUR y U. A. de Tabasco.  
 \_\_\_\_\_ (1998b). Paternidad y transición de género. En: Schmuckler, B. & Langer, A. (Eds.). *Familias y relaciones de género en transformación*. México: The Population Council/Edamex  
 \_\_\_\_\_ (1999). Los derechos sexuales y reproductivos desde la dimensión de la masculinidad. En: Figueroa C., B. *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*. México: Colmex y Somede.  
 \_\_\_\_\_ (2000). Reaching men for health and development. En: UNESCO Education Institute. *Questions of intimacy. Redefining population education*, Hamburgo.
- Deutschendorf, H. (1996). *Of Work and Men*. Minneapolis: Fairview Press.
- Diamond, J. (1999). *La menopausia masculina. Cambios físicos y psicológicos en la edad madura*. Madrid: Paidós.
- Díaz, M. & Spicehandler, J. (1997). Foto Latinoamericano: La Incorporación del Enfoque de Género en la Capacitación, Implementación, Investigación y Evaluación en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva. En: *International Center for Research on Women*. Washington, D.C.: Population Council
- Díaz, R. (1996). «Outline for a psychocultural model of sexual self regulation». Ponencia presentada en el Seminario «Reconceiving sexuality», IMS/UERJ, Rio de Janeiro.

- Ehrenreich, B. & English, D. (1973). *Por su propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Buenos Aires: Taurus.
- Fachel Leal, O. & Fachel, J. (1998). Aborto: tensión y negociación entre lo femenino y lo masculino. En: Lerner, S. (Ed.) *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México.
- Figueroa, J. G. (1998a). La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones. En: Lerner, S. (Ed.) *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México.
- \_\_\_\_\_ (1998b). «La soledad en la paternidad». Transcripción de conferencia dictada en el CIESAS-Golfo, Xalapa, México.
- Fuller, N. (1997). *Identidades Masculinas*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- \_\_\_\_\_ (Ed.) (2000). *Paternidades en América Latina*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Garduño, M. A. (2001). Determinación genérica de la mortalidad masculina. En: *Salud problema*. México. (En prensa).
- Gilmore, D. (1994). *Hacerse Hombre*. Madrid: Paidós.
- Godelier, M. (1986). *La producción de los grandes hombres. Poder y dominación masculina entre los Baruya de Nueva Guinea*. Madrid: Akal.
- Guttman, M. (1998). Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad. *Revista La Ventana*, Universidad de Guadalajara, México.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Ser hombre de verdad en una ciudad de México: ni macho ni mandilón*. México: El Colegio de México.
- HERA (Health, empowerment, rights and accountability). (1998). «Desarmando la crítica: documento para la acción». Cocococ, México. (Mimeo)
- Hernández Bringas, H. (1989). *Las muertes violentas en México*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- Herrera, de Keijzer & Reyes. (1995). Salud y géneros: una experiencia de educación popular en salud con hombres y mujeres. En: *Género y salud femenina*. México: CIESAS, INNSZ y U de Guadalajara.
- Hill, A. (1993). *Tropopause/Andropause, The Male Menopause, Emotional and Physical Changes Mid-Life Men Experience*. Nueva Jersey: New Horizon Press.
- Horowitz, G. & Kaufman, M. (1987). Sexualidad Masculina: hacia una teoría de liberación. En: Kaufman, M. *Hombres, poder placer y cambio*. Dominicana: CIPAF.
- Huerta Rojas, F. (1999). *El juego del Hombre. Deporte y masculinidad entre obreros*. México: Plaza y Valdes/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Huggins, A. K. (1996). «A Report on Men's Health Western Australia 1996». Curtin University of Technology.
- \_\_\_\_\_ (s/f). «Men's health in rural Australia: death, injury and illness by socialization and location» Perth, Australia. (Mimeo).
- IPPF/RHO & AVSC International. (1999). «Memorias del simposio sobre Participación Masculina en La Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas». Oaxaca, México. (Mimeo).
- Kaufmann, M. (1997). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.) *Masculinidad/es*. Santiago de Chile: ISIS/FLACSO.
- Kimmel, M. (1992). La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. En: *Fin de siglo: género y cambio civilizatorio*. Ediciones de las Mujeres, N° 17. Santiago de Chile: Isis Internacional.
- \_\_\_\_\_ (1997). La masculinidad como Homofobia: miedo vergüenza y dolor. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.) *Masculinidad/es*. Santiago de Chile: ISIS/FLACSO
- Lerner, S. (1998). Participación del varón en el proceso reproductivo: recuento de perspectivas analíticas y hallazgos de investigación. En: Lerner, S. (Ed.) *Varones, Sexualidad y Reproducción*. México: El Colegio de México.
- Liendo, E. (1998). Masculinidades y violencia desde un programa de acción en México. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.) *Masculinidades y equidad de género en América latina*. Santiago de Chile: FLASCO – Chile
- Mallart, Lluís i Guimerá. (1993). *Ser hombre, ser alguien. Ritos e iniciaciones en el sur del Camerún*, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol*. México: CNCA y Grijalbo.
- National Men's Health Conference, Australia. Agosto, 1995.
- Nauhardt, M. (1998). Apuntes para la discusión de una nueva paternidad. En: *Red de información sobre hombres (RISH) de CORLAC*. Clave en Conferencia: 1REP002, Lugar en la Conferencia: REPRODUCCION/2, Conferencia electrónica Hombres. Info: coriac@laneta.apc.org. / México.
- Ndong, I. & Finger, B. (1998). Male responsibility for reproductive health. *Network*, 18(3).
- Nuñez, G. (1994). *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*. México: El Colegio de Sonora.
- ——— (1997). Desconstruyendo la homofobia. Una lectura política del erotismo. En: *Género y Violencia*. México: El Colegio de Sonora.
- ONU (1999). Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En: «Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General». Relatora: Gabriela Vukovich, New York.
- Raju, S. & Lonard, A. (2000). *Men as supportive partners in Reproductive Health: moving from rhetoric to reality*. Nueva Delhi: Population Council.
- Ramírez, A. (1999). *Violencia masculina en el hogar*. México: Pax.
- Rodríguez, A. (1998). La masculinidad y los empleos no tradicionales: el caso de los enfermeros. *Revista La Ventana*, N° 8. Universidad de Guadalajara, México.
- Rodríguez, G. & de Keijzer, B. (2001). *La noche se hizo para los hombres*. México: Edamex y Population Council.
- Rogow, D. (2000). *Alone you are nobody, together we float: The Manuela Ramos Movement*, Serie Quality. Nueva York: The Population Council.
- Ruz, M. H. (1998). La semilla del hombre. Notas etnológicas acerca de la sexualidad y reproducción masculina entre los mayas. En: Lerner, S. *Varones, sexualidad y reproducción*. México: El Colegio de México.
- Sabo, D. & Gordon, F. (Eds.). (1995). *Men's health and illness: gender, power and the body*. California: Sage.
- Sáez B., C. (1990). Violencia y proceso de socialización genérica; enajenación y trasgresión, dos alternativas extremas para las mujeres. En: *Violencia y sociedad patriarcal*. Madrid: Pablo Iglesias.
- Sanz, F. (1997). Psicoerotismo femenino y masculino. Madrid: Kairos.
- Schmuckler, B. (1989). Negociaciones de género y estrategias femeninas en familias populares. *Revista Paraguaya de Sociología*, año 26(74).
- Seidler, V. (1992). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. *Debate Feminista*, año 6, II.
- Sequeira, J. (1998). Grupo de hombres en contra de la violencia de Nicaragua. En: Valdés, T. & Olavaria, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLASCO – Chile.
- UNESCO. (1997). *Roles masculinos y masculinidades desde un punto de vista de una cultura de la paz*. Informe de Grupo de Expertos, Noruega.
- Valdés, T. & Olavaria, J. (Eds.) (1998). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLASCO – Chile.
- Viveros, M. (1997). Pa' bravo... yo soy candela, palo y piedra. Los quibcloseños. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidad/es*. Santiago de Chile: Santiago de Chile.
- Williams, R. (1977). *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.
- Yablonsky, L. (1993). Padre e hijo. En: *Manual Moderno*, México.



CAMBIOS Y  
CONTINUIDADES EN LA  
IDENTIDAD MASCULINA.  
VARONES DE LIMA,  
CUZCO E IQUITOS

---

*Norma Fuller*

---

El estudio sobre los hombres es un tópico común. Sin embargo, enfocarlos desde una perspectiva de género es una tarea relativamente reciente, que se deriva en gran medida del impulso dado por la deconstrucción del género emprendida por las pensadoras feministas de los 70 y 80, cuya contribución más importante ha sido el desmantelamiento de los presupuestos en que se fundaban los discursos sobre femineidad y masculinidad (Fuller, 1997c). Esta tarea se centra especialmente en el desmontaje de las oposiciones sobre las cuales se construye el sujeto y la denuncia del falocentrismo implícito en las teorías occidentales sobre el ser humano (Irigaray, 1974). Se hizo así evidente que la identidad del sujeto (masculina por definición) se basa en un presupuesto inicial: lo masculino es el modelo de la humanidad. Esta proposición descansa además en la oposición binaria por la cual la mujer se convierte en ausente, en la negación a partir de la cual lo masculino emerge como la instancia que condensaría las cualidades asociadas a lo universal, al saber y al poder.

De este modo, lo masculino no es únicamente el conjunto de rasgos característicos de quienes nacen con ciertos atributos anatómicos sino que condensa las cualidades humanas: actividad, razón, poder, fuerza y así sucesivamente. Ello se expresa claramente en el hecho que el término hombre es sinónimo de humanidad y de varón. Así, por ejemplo, en el lenguaje coloquial, calificar a una persona como femenina, puede ser una manera derogatoria de referirse a ella. En sentido contrario, la virilidad se identifica con la posición erecta, la firmeza y así sucesivamente (Bourdieu, 1998).

Estudios recientes centrados específicamente en la constitución de la identidad de género masculina, señalan que es posible identificar cierta versión de masculinidad que se erige en norma y se convierte en hegemónica (Connell, 1995, 1997; Gutmann, 1996; Kimmel, 1997; Marqués, 1997; Valdés & Olavaria, 1998a, 1998b; Viveros, 1998a). Este modelo impondría

---

\* Doctora en Antropología. Universidad de Florida, EE.UU. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. E-mail: nfuller@pucep.edu.pe

mandatos que señalan -tanto al varón como a las mujeres- lo que se espera de ellos y ellas y constituye el referente con el que se comparan los sujetos. Toda versión de la masculinidad que no corresponda a la dominante sería equivalente a una manera precaria de ser varón, que puede ser sometida a dominio por aquellos que ostentan la calidad plena de *hombres*. No obstante, lo hegemónico y lo dependiente se definen y constituyen mutuamente. Ambos se requieren en este sistema interdependiente porque para poder definirse como un varón logrado es necesario contrastarse contra quien no lo es.

El modelo hegemónico de masculinidad, norma y medida de la hombría, plantea la paradoja por la cual quien nace con órganos sexuales masculinos debe someterse a cierta ortopedia, a un proceso de hacerse *hombre*. Ser hombre es algo que se debe lograr, conquistar y merecer. Sin embargo, investigaciones recientes (Fuller, 1997a, 2000; Viveros, 1998a; Valdés & Olavaria, 1998a) muestran que esos mandatos están frecuentemente lejos de las vivencias personales de la mayoría de los sujetos. No obstante, si bien hay varones que critican la masculinidad hegemónica o son conscientes de que no la pueden encarnar en sus vidas, no les es fácil enfrentarla porque, así como representa una carga, también les otorga prestigio y les permite gozar de mejores posiciones con relación a las mujeres y a otros hombres inferiores en la jerarquía de posiciones masculinas.

A pesar de ser un producto cultural, la identidad de género no está abierta a la elección de cada individuo. Es decir, los varones no tienen la opción de escoger sus preferencias sexuales o los papeles que les tocará desempeñar a lo largo de sus vidas. Así, por ejemplo, en la sociedad peruana, quienes nacieron con órganos sexuales masculinos son forzados a ser heterosexuales, a ocupar posiciones sociales determinadas (como las de hijo, esposo, hermano, padre) y se espera que trabajen, sean jefes de hogar y tengan hijos reconocidos. Quien no asume estos mandatos caerá en el vacío social. Es decir, carecerá de identidad de género reconocida o formará parte de la galería de masculinidades marginales y sufrirá las sanciones sociales correspondientes.

Estas pueden ir desde la persecución abierta a la falta de reconocimiento social.

En la medida en que las mujeres están excluidas de lo masculino, lo femenino que ocupa la posición del otro contra el cual se contrasta lo masculino, constituye también el borde de la masculinidad. Es decir, quien deja de ser masculino. El varón que cruza esta línea se expone a ser estereotipado como no perteneciente al mundo masculino y a ser marginado y tratado como inferior, como mujer (Kimmel, 1997; Kaufmann, 1977; Viveros 1998a; Parker, 1998).

La feminización es también un potente recurso discursivo que simboliza la pérdida de masculinidad y fuerza a los varones a mantenerse dentro de los límites de su identidad de género. De ahí que la acusación de ser *militas* si no saben pelearse, o de ser *saco largos* si no imponen su autoridad en sus hogares, figure entre los recursos más importantes y frecuentes para definir las conductas apropiadas al género masculino y para forzar a los varones a comportarse dentro de los patrones establecidos. En este sentido, lo femenino actúa como frontera simbólica de lo masculino, como lo *abyecto* (Butler, 1993) que presiona pero, sobre todo, le permite visualizar sus fronteras, reconocer sus rasgos y adquirir, por esta vía, consistencia y fijeza. Consecuentemente, la masculinidad se mueve dentro de dos paradojas: la ilusión de su fijeza (origen biológico) y el temor de perderla amenazada por lo femenino.

En la medida en que la masculinidad se asocia con el poder, puede ser usada para simbolizar otras diferencias sociales. Así, es común que las divisiones étnico/raciales establezcan una jerarquía de los cuerpos, que infantiliza y feminiza a los varones de las etnias/razas subordinadas, atribuyéndoles características que corresponderían al cuerpo estereotipado de la mujer: pasividad, debilidad, falta de confiabilidad, emocionalidad, infantilismo. Estos serían hombres-niños, flojos, pependiceros, traicioneros, llevados por sus emociones (Connell, 1997; Kimmel, 1997).

Por otro lado, la masculinidad hegemónica está sometida al desafío de diferentes versiones sobre la masculinidad, de las mujeres y de las categorías de varones que ocupan posiciones

subordinadas. Así, por ejemplo, en su estudio sobre masculinidad entre poblaciones negras colombianas, Mara Viveros (1997, 1998b) encuentra que los varones viven sus cuerpos como más expresivos y sensuales que los de los blancos. Así, desde los cuerpos disminuidos puede observarse una inversión de valores que coloca a los subordinados en posición superior a los hegemónicos. Ello muestra que la masculinidad es también un campo móvil, sometido a un proceso continuo de redefinición y crítica. En ese sentido, la negociación entre varones y mujeres y entre los discursos alternativos de masculinidad son instancias en las que se producen y reelaboran las identidades de género.

Por otro lado, el cuestionamiento del orden jerárquico de los géneros es uno de los debates teóricos y políticos más importantes del siglo que pasó y del que empieza. El estatus de las mujeres ha experimentado modificaciones significativas debido a varios factores: el sistema jurídico estableció iguales derechos para ambos sexos, la población femenina ha ingresado al mercado laboral y a la educación superior (Barrig, 1979; Fuller, 1993); la generalización del uso de anticonceptivos modernos (Franke, 1985) ha permitido a las mujeres controlar su fertilidad y acceder a nuevas formas de vida sexual; y, finalmente, las mujeres se han convertido en actores sociales y políticos de enorme importancia en la escena política. Todos estos factores contribuyeron a la democratización de las relaciones familiares, a una cierta redefinición de las relaciones entre varones y mujeres (Sara-Lafosse, 1978.) Más aún, el cuestionamiento de la legitimidad de la prioridad masculina ha socavado la confianza de los varones y mujeres en los paradigmas que dieron respaldo a las tradicionales identidades de género.

Dentro de esta perspectiva general, el presente estudio intenta reconstruir la manera en que una muestra de varones de tres ciudades del Perú: Lima, Cuzco e Iquitos configuran su identidad de género de acuerdo a los diferentes momentos del ciclo vital, los diferentes ámbitos en que interactúan, y las diferentes relaciones en las que se supone o espera que actúen como varones.

Escogí poblaciones urbanas porque concentran actualmente la mayoría de habitantes del Perú y porque, en éstas, los procesos de

cambio en las relaciones de género van a un ritmo muy acelerado. He tomado en cuenta también que la vivencia de género puede variar según la posición en la escala de poder y prestigio de las personas. Por ello entrevisté a una muestra de varones que pertenecen a dos estratos sociales diferentes: el medio y el popular. Finalmente la muestra está dividida en dos grupos de edad, adultos (35 a 55) y jóvenes (22 a 30), a fin de detectar los posibles cambios en los significados de género ocurridos en las dos últimas décadas.

Las tres ciudades en estudio son representativas de las principales culturas regionales peruanas. No obstante, conviene aclarar que todas ellas están insertas en instituciones nacionales y que, por tanto, el tipo de arreglos familiares, socialización en la escuela, mercado de trabajo, organizaciones políticas e ideología hegemónica, son bastante uniformes. Más aún, todas ellas están insertas en el circuito de medios de comunicación globales y de la sociedad de consumo. Estos últimos tienen gran influencia en la manera en que construyen sus imaginarios de género.

## LA CONSTITUCIÓN DE LA MASCULINIDAD EN CUZCO, IQUITOS Y LIMA

El análisis del material recogido en la presente investigación muestra que los varones entrevistados comparten una visión general sobre la masculinidad en la que pueden reconocerse tres cuerpos de representaciones: la natural, la doméstica y la pública.

En lo referente al aspecto natural, la masculinidad se refiere a la sexualidad activa y la fuerza física, las cualidades que definen el lado natural de la hombría que, dentro del marco de este estudio, he llamado *la virilidad*. La virilidad se define como natural ya que, según expresan los entrevistados, todo varón nace con órganos sexuales masculinos y posee fuerza. Esta constituiría el núcleo de lo masculino porque se define como instalada en el cuerpo, derivada de la biología y por tanto universal e invariable.

Sin embargo, estas cualidades deben convertirse en sexualidad activa y fortaleza (vigor y valentía). Este proceso se define como un desarrollo de cualidades innatas pero, en la práctica, es cuidadosamente vigilado y dirigido. De hecho, la socialización primaria en el hogar y entre los pares, así como la ideología hegemónica sobre la masculinidad, están fundadas en el minucioso cultivo de estos atributos en el niño y el joven. En sentido contrario, su opuesto, la sexualidad pasiva y la blandura o suavidad, identificados como femeninos, serían la frontera discursiva que define lo que no es masculino. Por ejemplo, todo niño es constantemente recordado que un hombre no puede ser frágil o blando, de lo contrario pierde su título de tal y se convierte en mujer. Lo femenino marca, así, los límites dentro de los cuales deben sentir, pensar y actuar los varones.

A medida que los jóvenes maduran, se espera que tomen distancia (aunque siempre estarán presentes) frente a los ideales y demandas de la virilidad. Ellos deben –idealmente– dejar de ser jóvenes inmaduros para convertirse en «verdaderos hombres» e ingresar en el periodo de la hombría. Mientras la virilidad se representa como natural y como el núcleo básico de la masculinidad, la hombría se representa como un producto cultural. Es un estatus que todo varón debería alcanzar para ganar el título de hombre de bien, respetable, honorable. La hombría se define por la responsabilidad frente a la familia y la capacidad de trabajar para sí y para los otros. Se confirma a través del reconocimiento de la esposa, del grupo de pares y del mundo institucional (logros en el trabajo y en la vida pública).

Las cualidades asociadas a la hombría pertenecen a las esferas doméstica (familia, matrimonio, paternidad) y pública (trabajo, política).

La esfera doméstica corresponde a las familias de origen y reproducción y constituye el núcleo de los afectos de todo varón. Los afectos, a su vez, se consideran como la verdadera razón para vivir, el motor que impulsa a las personas a

vivir y el que justifica su deseo de luchar y salir adelante. De este modo, la esfera doméstica es un eje central de la identidad masculina.

Sin embargo, el espacio doméstico es un terreno difícil debido a que el hogar se define como femenino y su vida diaria está bajo el mando de la mujer (madre o esposa). A pesar de que los varones retienen la autoridad última, especialmente en lo que concierne a temas relacionados con el espacio exterior, la casa misma (especialmente la cocina) se define como femenina. Cuando un varón está entre sus cuatro paredes, corre el riesgo de ser feminizado por su contacto. Más aún, en la medida en que las tareas hogareñas se definen como femeninas, los varones deben evitar su contacto. De ahí que se perciban como dependientes de las mujeres para su supervivencia cotidiana. Por lo tanto, para que un varón sea «un hombre», es indispensable que cuente con los servicios domésticos de una mujer. En ese sentido ellos se viven como dependientes de las mujeres y éstas últimas tienen derecho a exigirles que entreguen algo a cambio de lo que les dan.

La paternidad inaugura un nuevo período del ciclo vital y, sobre todo, significa el punto en el que el varón se consagra como tal al obtener los símbolos de la hombría: comprueba que es potente sexualmente, es jefe de una unidad familiar y responde por ella ante el mundo exterior. Es decir, confirma su virilidad y lo inserta definitivamente en los ejes doméstico y público. No obstante, esta dimensión es bastante contradictoria debido a dos factores: las ambigüedades de la masculinidad y los cambios en curso en la institución familiar y en las relaciones entre los géneros, que cuestionan la posición de autoridad y le plantean nuevas demandas. Las ambigüedades de la paternidad se derivan del hecho de que los varones pueden no reconocer a los hijos que engendran y de que a menudo no comparten la misma residencia con ellos. Las nuevas demandas se observan por lo menos en toda la región latinoamericana y se pueden resumir en dos puntos: participar en la crianza de modo activo y establecer relaciones más cercanas y horizontales con los hijos<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> A conclusiones similares llegan investigaciones recientes en el Perú y en América Latina (Henaó, 1994; Salcedo, 1994; Villa, 1996; de Keijzer, 2000; Fuller, 2000; Viveros, 1998b, 2000; Olavaria, 2000).

La institución escolar es una de las grandes agencias productoras y legitimadoras de identidades de género. En ella, los modelos de imitación, los regímenes disciplinarios y la clasificación de los saberes se fundan, en gran medida, en el presupuesto de que la masculinidad se identifica con el saber y la autoridad. El disciplinamiento de los cuerpos y mentes que tiene lugar en este ámbito se dirige, en gran medida, a formar seres humanos que correspondan a los atributos paradigmáticos de la masculinidad: la fuerza, la autoridad y la identificación con la esfera pública. En sentido contrario, en muchos de los discursos y prácticas pedagógicas, lo femenino se identifica con la debilidad, la emotividad y la sumisión y es un potente recurso para producir los bordes de lo masculino.

Existen, sin embargo, diferentes tipos de formación escolar y cada una de ellas puede propiciar diferentes estilos masculinos. Las religiosas y laicas se identifican más con el modelo del ciudadano que controla sus impulsos para convertirlos en fuerza intelectual y moral. En ellas queda bastante clara la asociación entre masculinidad y orden público. Se trata también de escuelas que buscan formar élites intelectuales y políticas. Las militares y estatales, en cambio, enfatizan los valores viriles y el sentido de autoridad y se acercan más al prototipo del guerrero.

Por otro lado, la escuela puede ser definida como un puente entre la casa y la esfera pública y como un ámbito en el cual se produce y reproduce la cultura de género juvenil, más identificada con los mandatos de la virilidad. Los tipos de escuela existentes y la relación conflictiva entre la cultura escolar centrada en valores tales como trabajo, honestidad, disciplina y compromiso con el bien común y los de la cultura del grupo de pares que cultiva la oposición al mundo de los adultos y la trasgresión del orden; este contrapunto escenifica una de los dilemas de la masculinidad: la pertenencia a mundos que se oponen.

La esfera pública está constituida por la política y, sobre todo, por el trabajo. Ingresar al espacio laboral es pasar el umbral de la hombría. La organización de las relaciones entre los géneros atribuye a los varones el privilegio y el deber de acumular bienes y prestigio en los ámbitos productivo y político para transferirlos a sus

familias y para contribuir al bien común. Esta posición legitima la superioridad y autoridad del varón en este ámbito porque se supone que la supervivencia del grupo familiar y de la sociedad en su conjunto depende de sus esfuerzos. Por ello, la masculinidad está estrechamente asociada a la acumulación de honor y riqueza. Por lo tanto, es evidente que la masculinidad no es simplemente una identidad personal sino que se asocia con la acumulación de recursos materiales y simbólicos (prestigio). Convertirse en hombre implica ingresar a ciertos espacios e instituciones. Trabajar, casarse o ser padre no son simplemente momentos del ciclo vital, sino hitos que señalan a los varones que pertenecen a la categoría masculina, que son hombres logrados. En contraposición, expulsa o coloca en posición marginal a quienes no cruzan estos umbrales. En ese sentido es equivalente a la honorabilidad y la respetabilidad.

Esto se puede comprobar por el hecho de que apropiarse de la calle o tener un trabajo se asocia directamente a convertirse en hombre mientras que el hecho de trabajar no afecta la identidad de género de las mujeres. Es decir, no las hace ni más ni menos femeninas. De este modo, cada uno de los pasos en la adquisición del estatus masculino supone ser aceptado como tal, recibir ciertas credenciales (como ser activo sexualmente o ser capaz de proveer) y adquirir títulos sobre estos espacios (como controlar la sexualidad de las mujeres o mandar en la familia) que les dan prioridad sobre los excluidos. En sentido contrario, quienes no ingresan a este campo quedan expulsados de la categoría masculina en su versión de hombría.

Dentro de este campo masculino, los varones compiten usando el guión de la acumulación de masculinidad. Ser más masculino consistiría en ser más activo sexualmente, ser capaz de competir con otros varones, contribuir al sustento familiar y al bienestar común. Ello muestra la asociación entre identidad masculina y el monopolio o acceso privilegiado a los recursos productivos y al prestigio social.

Una de las conclusiones de este estudio es que las contradicciones existentes en la identidad masculina se deben al hecho de que la virilidad y la hombría (ejes doméstico y público)

se basan en principios éticos diferentes y, a menudo, opuestos. Así, desde el punto de vista viril un varón debe probar que es fuerte, sexualmente activo y heterosexual. Desde el punto de vista de la hombría debe insertarse en los ámbitos doméstico y público. De acuerdo con los valores domésticos debe ser responsable por y frente a otros, y ser padre es su más alto logro y lo que da sentido a su proyecto de vida. Entretanto, el eje público, representado por el trabajo y la política, se rige por la honestidad, la capacidad de producir y la contribución al bien común. Sin embargo, es posible que las exigencias del trabajo y la política vayan en sentido contrario al proyecto doméstico. Además éste último es siempre ambivalente para los varones porque está bajo el predominio de la mujer y el varón corre el riesgo de feminizarse si descuidara su polo viril y se sumergiera demasiado en el doméstico. Por ejemplo, un varón que cumpliera totalmente con las demandas de ser un buen esposo y padre tendría problemas para cumplir con las exigencias de su trabajo y sus pares lo acusarían de ser dominado por su esposa.

Por otro lado, la oposición entre el espacio doméstico (femenino) y los espacios masculinos (calle, público) se expresa en la coexistencia de discursos paralelos: el doméstico que acentúa la complementariedad, reciprocidad y solidaridad del proyecto conyugal, y el masculino que enfatiza la prioridad masculina, el monopolio del mundo externo, la solidaridad entre varones y la hostilidad entre lo masculino y lo femenino. Este contrapunto entre discursos que muchas veces se oponen es uno de los libretos más importantes de la identidad masculina<sup>2</sup>.

Así, la identidad masculina está cruzada por demandas que pueden ser contrapuestas pero que no es posible ignorar porque todos estos ejes son constitutivos de la identidad masculina. Cada varón vive de manera diferente esta paradoja. Es posible que privilegie un aspecto y se caracterice por ser el buen padre, el macho

agresivo y conquistador o el hombre de bien. Pero esta tensión estará presente en las vidas de todos ellos. Es muy probable que vivan esta presión de manera cotidiana y permanente sin que ello implique que opten definitivamente por un estilo masculino u otro. Es decir, el padre dedicado y amoroso tendrá que establecer un equilibrio entre su necesidad de circular entre sus pares, invertir largas horas de su vida en el trabajo y su deseo de tonificar su virilidad a través de conquistas amorosas. En resumen, aunque es posible definir ciertos cuerpos de representaciones que caracterizan la masculinidad, esto no significa que podamos construir una tipología de masculinidades en la que cada varón encaje. Por el contrario, cada sujeto puede asumir combinaciones muy variadas a lo largo de su vida. Por ello considero más adecuado hablar de identidades masculinas.

## DIFERENCIAS POR EDAD Y CLASE SOCIAL

Probablemente lo que más llama la atención en este trabajo es la aparente uniformidad de los significados de masculinidad en las tres ciudades estudiadas. Pienso que ello se debe en buena medida a que el instrumento de recolección de datos fue una guía de entrevista aplicada a todos los informantes y a que el análisis transversal de los relatos tiende a privilegiar las regularidades y no los matices individuales. Subsiguientes trabajos etnográficos deberán profundizar cada uno de los temas abordados para llegar a conclusiones más finas.

A pesar de las consideraciones arriba señaladas, creí pertinente hacer un resumen general de aquellos rasgos y tendencias en los relatos recogidos que pueden adjudicarse a diferencias generacionales y de clase. Por último, intento bosquejar los estilos de ser varón que predominan en cada ciudad.

<sup>2</sup> Trabajos de otros autores sugieren que esta contradicción se registra en todo el ámbito latinoamericano (Stern, 1995; Gutmann, 1996; Valdés & Olavarría, 1998a; Viveros, 1998a).

En lo referente a las diferencias generacionales y de momento del ciclo vital, puede decirse que cada uno de los grupos de edad estudiados enfatiza diferentes aspectos de la cultura global masculina. Los jóvenes privilegian la solidaridad y la competencia entre varones, la importancia de ubicarse en el espacio masculino y la afirmación de la propia virilidad. Entretanto, los adultos centran su relato en los deberes y conflictos conyugales, la paternidad y el reconocimiento obtenido en el espacio público (trabajo, política). Estas diferencias se deben principalmente a que se encuentran en momentos diferentes del ciclo vital y, por tanto, sus prioridades difieren.

Existen, empero, algunos matices que parecen relacionarse con la mayor exposición de los jóvenes a discursos sobre los derechos de las mujeres y a la creciente deslegitimación, a nivel discursivo, de la mentalidad jerárquica. En consecuencia, ellos tienden a ser más críticos respecto a las modalidades tradicionales de relaciones sexuales y de pareja y a considerar que la esfera pública es un espacio en el cual los varones y las mujeres tienen los mismos derechos.

Pareciera que están ocurriendo giros en la sensibilidad erótica de las nuevas generaciones que llevan a que los jóvenes rechacen crecientemente la separación entre sexo y afectos que caracterizó muchas de las prácticas sexuales de las generaciones precedentes. Paralelamente, ellos aceptan que, en la actualidad, no es posible ejercer los controles sobre las mujeres que se consideraban «normales» en las generaciones precedentes. Estos giros podrían indicar que la política de los sexos fundada en el control de la sexualidad femenina está modificándose.

Esta tendencia, aunque común a toda la población joven entrevistada, es más marcada en Lima que en Cuzco e Iquitos, donde las relaciones entre los géneros son bastante más verticales.

Todas las poblaciones estudiadas han sido influenciadas por los discursos que cuestionan el

predominio masculino y asumen una postura bastante abierta respecto a la igualdad entre los géneros en lo que se refiere al acceso a la educación superior y al mercado de trabajo. Este giro es más marcado en los sectores medios. Dicho contraste podría atribuirse a que los varones de las clases medias pueden presentar una actitud más crítica frente a los privilegios masculinos<sup>3</sup> ya que sus fuentes de prestigio y autoestima provienen de ámbitos tales como su identidad profesional, participación política o familia de origen. En los sectores populares, que ocupan posiciones más precarias, habría una identificación más fuerte entre prestigio y masculinidad. Esta no es, sin embargo, una regla general porque existen varones que privilegian los valores viriles aun cuando posean una amplia dosis de capital económico, simbólico y de relaciones.

La escuela es también una institución que está cambiando debido a la creciente pérdida de legitimidad del predominio masculino; a los intentos, desiguales pero consistentes, de propiciar la integración de la población femenina a la esfera pública; y a ciertos cambios en la curricula escolar que buscan contrarrestar la cultura sexista. Estos giros se aprecian de manera más definida entre los varones jóvenes, especialmente entre aquellos que asistieron a escuelas privadas de régimen mixto.

Por otro lado, la escuela proporciona las credenciales necesarias para la inserción en el espacio laboral y es un ámbito donde se acumula capital simbólico y de relaciones. Ahora bien, las habilidades que inculca como distinguidas o adecuadas corresponden en gran medida a los usos típicos de los hogares de las clases medias y altas. Ello facilita la adaptación de los jóvenes de estos sectores al medio escolar y su apropiación de la cultura legítima. En sentido contrario, los jóvenes de los sectores populares perciben los saberes y habilidades transmitidas en el espacio escolar como ajenas. Ello dificulta su identificación con la ética hegemónica y, a menudo, los conduce a privilegiar los valores de la cultura de pares tales como la popularidad de los más fuertes o los más rebeldes

---

<sup>3</sup> Similares conclusiones se registran en investigaciones realizadas en el Perú y en América Latina (Fuller, 1997b; Cáceres, 1998; Viveros, 1998a, 1998b; Valdés & Olavarría, 1998a).

o el énfasis en el desempeño en los deportes<sup>4</sup>. Esto puede traducirse en bajo interés en los logros académicos y alta deserción escolar. Ello, a largo plazo, pone en peligro sus posibilidades de seguir estudios superiores y conseguir puestos de trabajo mejor remunerados. En ese sentido cierta versión de la masculinidad contribuye a la reproducción de las diferencias sociales.

El análisis sobre la manera en que la cultura masculina contribuye a reproducir la exclusión de los sectores subordinados ilustra la forma en que las relaciones de género se entrelazan y refuerzan las diferencias étnicas, raciales y de clase que dividen a la sociedad peruana. En ese sentido, es notorio que los grupos hegemónicos se apropian de aquellos atributos asociados con la fuerza mental, en tanto que los subordinados elaboran el discurso de la fuerza muscular y el vigor para cuestionar el orden social.

La representación de trabajo, eje de la identidad masculina, es también una metáfora del orden social. Así, los varones de los sectores medios identifican el trabajo con actividades intelectuales y de mando en tanto que los varones de los sectores populares se asocian con las labores manuales o de servicios. Esta jerarquización legitima la hegemonía de las elites. Precisamente por ello, es también un ámbito entrecruzado por cuestionamientos que vienen tanto de los sectores subordinados, como de las mujeres.

Por otro lado, el ajuste neoliberal y la flexibilización de la fuerza de trabajo han generado cambios decisivos en la estructura familiar y en la percepción de los varones como jefes del hogar y proveedores de la familia<sup>5</sup>. Este impacto es claramente diferente en los dos sectores sociales en estudio. Entre los varones de clase media, la creciente participación de la mujer ha conducido a una cierta redefinición de la femineidad y a una creciente desgenerificación de la representación del espacio laboral. En los sectores populares, donde la mujer siempre contribuyó a la subsistencia de la familia, y donde los varones

han sufrido más duramente con los despidos masivos del ajuste neoliberal, se registra un cierto giro en la noción del hombre proveedor. Es más común que se mencione la importancia de que la pareja trabaje en conjunto. Sin embargo, esta tendencia se contradice con la marcada segmentación laboral por géneros que caracteriza a los trabajos menos calificados.

## CONTRASTES REGIONALES

Los varones entrevistados comparten una concepción de la masculinidad que la asocia al poder y la define como un estatus que se logra a través de sucesivas etapas que consagran la obtención de los atributos viriles y el ingreso a los ámbitos doméstico y público. No obstante, es posible distinguir ciertas peculiaridades, ciertos énfasis que se relacionan especialmente con la importancia que adjudican a los diferentes ejes constitutivos de la masculinidad y con el estilo de relaciones de géneros que predominan en la vida familiar y sexual. Puede decirse que quienes enfatizan los valores viriles, el eje natural, se acercan al arquetipo del guerrero o el macho. Aquellos que privilegian el eje doméstico se aproximan al modelo del patriarca que provee por los suyos pero reclama una posición de mando en el hogar y privilegios en la esfera pública. Finalmente vemos aparecer un estilo multifacético, proteico, que intenta responder a las demandas en conflicto de los tres ejes de la masculinidad y a sus cuestionamientos actuales sin tener una respuesta definida. Sería un estilo emergente, más flexible pero también más ansioso.

Cuzco es la ciudad donde se enfatiza de manera más nítida el hecho de que la masculinidad es una posición de prestigio y que se debe acceder a este campo a través de pruebas. Estas últimas son más formalizadas que en Iquitos y Lima. Sin embargo, el desempeño sexual está entrecruzado

<sup>4</sup> Haywood & Mac An Ghail (1996) han observado estas tendencias entre jóvenes de los sectores populares del Reino Unido.

<sup>5</sup> Escobar Latapí (1996) observa este fenómeno en el caso de varones urbanos de México.



por discursos que oponen la importancia de la seducción como demostración de virilidad a la contención como prueba de hombría.

En esta ciudad, las líneas que dividen a los géneros están bastante marcadas. El discurso que legitima la separación de los espacios femenino y masculino es más explícito que en Lima e Iquitos. El modelo conyugal basado en la complementariedad asimétrica está vigente y proporciona un marco estable a las relaciones entre varones y mujeres. La institución matrimonial se valora enormemente. En ella, los derechos de varones y mujeres están claramente catalogados y, aun cuando se asume la autoridad última del varón, la cónyuge tiene derechos muy definidos sobre su pareja. A pesar de que estos principios colisionan a menudo, los varones reconocen abiertamente la importancia de que la mujer lleve las riendas de la vida doméstica y ordene sus vidas.

De una manera simplista se podría decir que el varón cuzqueño es el que más se acerca al modelo del patriarca fuerte y viril pero controlado por su necesidad de trascender su condición animal y de cumplir con sus deberes domésticos y públicos. Su versión negativa sería el esposo y padre dominante y autoritario.

En Iquitos destaca la enorme importancia que se atribuye al desempeño sexual y a la virilidad para entender a la masculinidad. El lenguaje usado para describir las prácticas eróticas es crudamente descriptivo. No se las asocia con el pecado ni con el amor romántico, como es característico en las otras dos ciudades, sino con la afirmación de la masculinidad y el desfogue de fluidos corporales.

Las relaciones entre los géneros se anudan principalmente en torno al lenguaje de los intercambios sexuales. El control de la sexualidad de la pareja es un tema abierto debido a que la mujer se define como alguien que puede usar su sexualidad para negociar recursos. Ella sería potencialmente peligrosa precisamente porque su sexualidad no está totalmente controlada por el varón y se siente más autorizada para romper el vínculo si el cónyuge no cumple con su parte del contrato. Esta configuración lleva a que la unidad conyugal sea más endeble que en Lima y Cuzco,

tal como sugieren los datos sobre separación y segunda unión en esta ciudad.

Asimismo, en Iquitos, las profundas líneas étnicas y de clase que separan a los sectores medios y altos de los populares, abre a los varones la posibilidad de mantener relaciones conyugales secundarias con mujeres de los grupos subordinados. Esto conforma un patrón de poligamia escondida que debería ser estudiado más en detalle en una investigación subsiguiente.

Podríamos decir que el estilo de masculinidad que predomina en Iquitos se acerca más al de la afirmación viril, que valoriza el desempeño sexual, la capacidad de competir con los pares y de conquistar mujeres. Estaría, pues, más cercano al modelo del guerrero, en su versión positiva y del macho en su versión negativa.

Lima es la ciudad más marcada por la expansión del discurso moderno y la creciente crítica al autoritarismo masculino, hoy calificado como machismo. En ella se registra un fuerte desfase entre el discurso igualitario y la práctica tradicional. De este modo, se registra una marcada influencia del modelo romántico que critica la escisión entre sexo y afecto y busca integrarlos en relaciones de nuevo cuño. Sin embargo, la sexualidad femenina continúa definiéndose como intrínsecamente controlada por los varones y la capacidad de las mujeres para negociar su propio erotismo está muy limitada debido a la persistencia de la doble moral sexual.

En esta ciudad, existe una gran elaboración discursiva en torno al contrato matrimonial que se define como igualitario. No obstante, los varones presuponen que ocupan la posición de autoridad en la familia, no cuestionan la división de tareas en el hogar y asumen que la asociación entre masculinidad y control del espacio público expresa el orden de las cosas. Es decir, en el discurso predomina la pareja igualitaria, pero en la práctica se mantiene el modelo asimétrico.

Otra vez simplificando podríamos decir que el limeño se acerca al prototipo proteico que mezcla diferentes versiones en una combinación que depende mucho de la aceptación del otro y del contexto en que actúan. Así, por ejemplo, pueden ser profundamente

autoritarios en sus hogares y democráticos en el trabajo o viceversa. Es más flexible pero más oportunista e impreciso. No puede decirse que se trate de un estilo masculino que esté en tránsito hacia una identidad de género más igualitaria, por el contrario, sus representaciones de masculinidad continúan fundadas en el presupuesto del predominio de los varones. Sin embargo, son agudamente conscientes del cuestionamiento al que está sometida la

masculinidad hegemónica e intentan, por lo menos en el discurso, mostrar una actitud abierta.

En conclusión, si bien Cuzco, Iquitos y Lima comparten una definición general de masculinidad, existen matices que pueden considerarse como expresiones de las tradiciones que las alimentan y de sus circunstancias actuales. Estas no son diferencias esenciales, sino temas que resaltan y constituyen pistas para la lectura de los relatos de la masculinidad en estas tres ciudades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrig, M. (1979). *Cinturón de castidad: la mujer de clase media en el Perú*. Lima: Mosca Azul.
- Bourdieu, P. (1998). *La Domination masculine*. Paris: Seuil.
- Butler, J. (1993). *Bodies that Matter: On the discursive limits of Sex*. New York and London: Routledge.
- Cáceres, C. (1998). Jóvenes varones en Lima: dilemas y estrategias en salud sexual. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- \_\_\_\_\_. (1997). La organización social de la masculinidad. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades, Poder y Crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO-Chile.
- de Keijzer, B. (2000). Paternidades y transición de género. En: Fuller, N. (Ed.). *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Francke, M. (1985). *Las Mujeres en el Perú*. Lima: Flora Tristán.
- Fuller, N. (1993). *Dilemas de la Femenidad, Mujeres de clase media en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- \_\_\_\_\_. (1995). Los estudios sobre masculinidad en el Perú. En: Ruiz Bravo, P. (Ed.). *Detrás de la Puerta, hombres y mujeres en el Perú de hoy*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- \_\_\_\_\_. (1997a). *Identidades masculinas. Varones de clase media en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- \_\_\_\_\_. (1997b). Fronteras y retos: varones de clase media en el Perú. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades, Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO-Chile.
- \_\_\_\_\_. (1997c). El pensamiento feminista y los estudios sobre identidad de género masculina. En: *Annuario de Hojas de Warmi*, Investigación per el feminismo, la cooperación i la solidaridat, N° 8, Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- \_\_\_\_\_. (2000). Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. En: Fuller N. (Ed.). *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Gutmann, M. (1996). *The meanings of macho, being a Man in Mexico City*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Haywood, C. & Mac An Ghail, M. (1996). Schooling masculinities. En: Mac An Ghail, M. (Ed.). *Understanding Masculinities, Social Relations and Cultural Arenas*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Henao, H. (1994). «El hombre finisecular en busca de identidad: reflexiones a partir del caso antioqueño». Ponencia presentada en el Simposio Sexualidad y Construcción de Identidad de

- género, VII Congreso de Antropología en Colombia. Universidad de Antioquia, Medellín.
- \_\_\_\_\_ (1997). Un hombre en casa. La imagen del padre hoy. Papeles y valores que destacan 400 encuestados en Medellín. En: *Nómadas. Género: Balances y discursos*, N°6, marzo - setiembre.
- Irigaray, L. (1974). *Speculum, De l'autre femme*. Paris: Les Editions de Minuit.
  - Kaufmann, M. (1985). *Beyond patriarchy: essays by men on pleasure. Power and change*. Toronto, New York: Oxford University Press.
  - \_\_\_\_\_ (1995). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: Arango, L.G., León, M. & Viveros, V. *Género e identidad, Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, Ediciones UniAndes, Universidad Nacional, Programa de Estudios de Género Mujer y Desarrollo, Facultad de Ciencias Humanas.
  - Kimmel, M. S. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades, Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO-Chile.
  - Mac An Ghail, M. (Ed.) (1996). *Understanding Masculinities, Social Relations and Cultural Arenas*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
  - Marqués, J-V. (1997). Varón y patriarcado. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades, Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO-Chile.
  - Olavarría, J. (2000). Ser padre en Santiago En: Fuller, N. (Ed.). *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
  - Parker, R. (1998). Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades, Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO-Chile.
  - Salcedo, H. (1994). «Imaginario, Representaciones e identidades masculinas sobre el aborto inducido». Ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia, Santafé de Bogotá, D.C.
  - Sara-Lafosse, V. (1978). «La familia y la mujer en contextos sociales diferentes». Separata Departamento de Ciencias Sociales Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
  - Stern, S. (1995). *The secret history of gender*: Chapel Hill and London: The University of North Carolina Press.
  - Valdés, T. & Olavarría, J. (1998a). «Los estudios sobre masculinidades en América Latina: cuestiones en torno a la agenda internacional». Simposio sobre participación masculina en la salud sexual y reproductiva: Nuevos paradigmas. Oaxaca.
  - \_\_\_\_\_ (1998b). Ser hombre en Santiago de Chile, a pesar de todo un mismo modelo. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
  - Villa, A. (1996). «Fecundidad y Masculinidad: algunos dilemas subjetivos en la construcción de género en los varones». Buenos Aires. (Mimeo)
  - Viveros, M. & Cañón, W. (1997). Pa' bravo... yo soy candela palo y piedra. Los Quibdosenos. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades, poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO-Chile.
  - Viveros, M. (1998a). Quebradores y cumplidores: Biografías diversas de la masculinidad. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
  - \_\_\_\_\_ (1998b). Decisiones reproductivas y dinámicas conyugales. El caso de la elección de la esterilización masculina. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
  - \_\_\_\_\_ (2000). Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo, Perspectivas teóricas y analíticas. En: Fuller, N. (Ed.). *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.



REFLEXIONES  
AUTOCRÍTICAS ACERCA DE  
UNA INVESTIGACIÓN  
SOBRE LA BÚSQUEDA DE  
ATENCIÓN Y DEMANDAS  
EN SALUD DE HOMBRES EN  
SANTA CRUZ DE LA SIERRA-  
BOLIVIA<sup>1</sup>

---

*Jaime Miguel Tellería\**

---

Esta presentación pretende recuperar de manera autocrítica la experiencia de investigación sobre hombres y salud realizada en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra en el año 1999.

En primer lugar, bosquejaré algunos detalles metodológicos. Luego detallaré las conclusiones generales de la investigación, para finalizar con una auto-reflexión sobre las masculinidades en la salud.

### **BREVE DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Este estudio propuso explorar e interpretar la vivencia y las percepciones de hombres usuarios y proveedores de servicios de salud en Santa Cruz de la Sierra - Bolivia respecto a la salud integral, salud sexual, salud reproductiva y la búsqueda de atención en los servicios de salud.

Utilizando el método cualitativo, buscamos conocer ideas, pensamientos, vivencias y actitudes de los individuos frente al tema central de esta investigación. Hicimos énfasis en los individuos sin buscar primariamente lo común, sino el significado de las opiniones de estas personas.

A continuación, consignamos los detalles generales de la investigación.

### **SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN**

El criterio principal para la selección de participantes en la investigación fue determinado por la experiencia de los hombres en los servicios públicos de salud. Los participantes, generalmente provenientes de la clase socioeconómica media-baja<sup>2</sup>, fueron: estudiantes (potenciales usuarios de servicios públicos de salud); transportistas,

---

\* Antropólogo. CISTAC, La Paz, Bolivia. E-mail: [cistac@mail.megalink.com](mailto:cistac@mail.megalink.com)

<sup>1</sup> Investigación realizada por Jaime Tellería, Paulinne Fulri y Yolanda Mazuelos del CISTAC, apoyada técnica y financieramente por AVSC-International

<sup>2</sup> Nos referimos a ingresos a nivel del salario mínimo vital, que alcanza a junio del 2001 US\$50 mensuales en Bolivia. Los transportistas y comerciantes no tienen un salario fijo, pero en promedio ganarán dos o tres veces el sueldo mínimo.

comerciantes y vecinos de barrio (usuarios habituales de servicios p1blicos); y, para contraponer las percepciones de los usuarios, propusimos a los m3dicos del sector p1blico y privado como prestadores de servicios de salud y usuarios eventuales<sup>3</sup>.

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Recuperamos la propuesta de Denzin & Lincoln (1997) que describen las metodologías de la investigaci3n cualitativa como un «*bricolage*» y al investigador como un «*bricoleur*». Un *bricoleur* es «*a Jack of all trades, or a kind of professional do-it-yourself person*»<sup>4</sup>. Un «*bricoleur*» produce un «*bricolage*», es decir, un conjunto de pr1cticas construido de diferentes partes que provee soluciones para un problema en una situaci3n concreta. Esta construcci3n cambia y toma nuevas formas en la medida en que se añaade diferentes herramientas, m3todos y t3cnicas. En esta investigaci3n entramos como «*bricoleur*», utilizando los grupos focales desde una dimensi3n m1s flexible como medio de recolecci3n de datos e informaci3n y recurriendo a las entrevistas de acuerdo a las necesidades y avance de la investigaci3n.

Utilizamos los grupos focales como espacios de discusi3n abiertos, donde el rol del moderador fue el de generar, estimular y profundizar la discusi3n, sin imponer sus ideas y discurso.

Realizamos once grupos focales, con un total de 78 participantes hombres de los sectores antes mencionados. Fueron convocados a trav3s de organizaciones laborales, acad3micas, sindicales y vecinales.

Como propuesta metodol3gica para la recolecci3n de informaci3n -de la manera m1s amplia posible y procurando minimizar nuestra

influencia discursiva- recuperamos la propuesta de Paulo Freire de plantear temas generadores a partir de los cuales los discursos van siendo construidos por los participantes mismos. No desarrollamos una gui1 de preguntas estructurada, propusimos simplemente algunos temas generales susceptibles de ser desarrollados por los participantes. Utilizamos esta propuesta para inducir al grupo a la discusi3n a partir de una pregunta generadora: «**Hablemos de salud**», para luego ir profundizando las reflexiones a partir de los temas mencionados por los propios participantes del grupo. Dejamos que ellos desarrollaran sus discursos, exponiendo sus vivencias, experiencias y percepciones, de modo que tuvieron la oportunidad de manifestarse espont1nicamente a partir de los ejes de discusi3n que ellos mismos lanzaron. De acuerdo a las necesidades, guiamos en algunos momentos la discusi3n para profundizar y encontrar mayores elementos que enriquecieran nuestros resultados.

Por razones 3ticas, explicamos a los involucrados nuestras intenciones y prop3sitos respecto de los grupos focales para el proceso investigativo, y consultamos si podíamos grabar las intervenciones que surgirían durante la sesi3n, con el fin de tener un registro como referencia de los procesos de interacci3n dial3gica. Aceptado nuestro requerimiento, proseguimos con nuestro trabajo.

## ANÁLISIS

Durante el proceso de recolecci3n de datos, se realiz3 evaluaciones continuas y sumativas sobre los grupos y la informaci3n obtenida. Nos acercamos a la etnometodología, que busca aproximarse a las realidades de los individuos y las sociedades a trav3s de sus percepciones e interpretaciones de la vida cotidiana, para explicar o explorar fen3menos sociales.

<sup>3</sup> El sistema de salud en Bolivia est1 dividido en tres sectores: 1) La salud p1blica, administrada por el Estado y los municipios. 2) El seguro social, que maneja hospitales y clínicas para personas aseguradas; en la investigaci3n tuvimos participaci3n de m3dicos de la Caja Nacional de Salud, el principal seguro del país. 3) Los servicios privados, que incluyen servicios de ONG como Prosalud. Las ONG ofrecen servicios a bajo precio, mientras que los otros servicios privados tienen un costo elevado y por tanto tienen una imagen de exclusividad.

\* Estos t3rminos son de difícil traducci3n al espaol. En una traducci3n literal sería: «una persona multifuncional, o un tipo de persona 'hazlo tú mismo' profesional».

<sup>4</sup> Levi-Strauss, citado en Denzin & Lincoln, 1997: 3.

Las interpretaciones son construidas socialmente en base al contexto local (Denzin & Lincoln, 1997: 140-153). Para procesar la información elaboramos mapas conceptuales de cada grupo focal que representaban la experiencia individual de los participantes. En todos los casos, pretendimos ver las representaciones que fabricaban a partir de la temática, encontramos visiones similares y puntos de diferencia; nosotros, como investigadores, tomamos únicamente la función de narradores y de revisores de la información.

La validación de los resultados de la investigación se sustenta en hallazgos de otras investigaciones sobre acceso a servicios de salud y sobre la salud sexual y reproductiva masculina en Latinoamérica<sup>5</sup>.

## CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

### PERCEPCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS HOMBRES

*... bueno, la salud es importante para el hombre, para su bienestar de ellos y de toda la familia y comunidad completa, no? Y si no tenemos salud no tenemos, no podemos trabajar, no podemos comer, no podemos vivir ... (Comerciante).*

Para los hombres la salud no es prioritaria en su vida diaria; colocan en primera instancia a la familia o las necesidades materiales y por ende al trabajo, es decir, el cumplir el rol de proveedor. La salud recién deviene en preocupación cuando un padecimiento y/o enfermedad les impide trabajar. Si bien los grupos de médicos y estudiantes reproducen el concepto de salud como un estado de bienestar físico, psicológico y social, este concepto sigue siendo una abstracción que no es parte de su vida diaria.

En la práctica, para todos los grupos, la salud es vista como una situación de no enfermedad y es reducida al bienestar físico. Sólo algunos estudiantes mencionan la salud mental como preocupación de este grupo específico.

*... salud es el bienestar físico, psicológico, este... y emocional, no? que concibe una persona, en el cual está en un equilibrio consigo mismo y con el medio en el cual habita (Estudiante).*

Relacionada a la ausencia de un concepto de salud integral está la falta de una cultura de prevención de enfermedades. La no existencia de un concepto de la salud y de una cultura de prevención es algo general, no exclusivamente de hombres. No existe el hábito de controlar el bienestar de la salud. Los participantes indican que deberían hacerse un chequeo médico, pero no lo hacen -es la diferencia entre el ideal y la realidad cotidiana; lo que debería ser y lo que es. Sin embargo, mencionan que la mayoría de las veces los hombres comunican sus padecimientos a sus entornos familiares (pareja, madre, amig@s), buscando atención y cuidado, puesto que asumen que la atención de la salud en la familia es atribuible a la responsabilidad de las madres/parejas.

*...yo mayormente veo que el hombre casi poco cuidan su salud, al menos entre nosotros, no? Eso mayormente entre los choferes, porque en la rutina, en el taxi con la rutina de trabajar, a veces [no] le interesa mucho el problema de la salud, más se va a dedicar a trabajar, en la salud casi poco le tenemos en cuidado eh, varias, o sea yo le puedo dar una razón, para poder salir uno se asea un poco y tienen que salir y se entra cuando se está entrando el sol, así que poco hacemos ese el cuidado de la salud (Transportista).*

Discursivamente los hombres marcan una diferencia entre el *debería ser* y el ser en el cuidado de su salud: mencionan que en la situación ideal cuidarían su salud integral. Sin embargo, la salud continúa siendo un concepto abstracto y parcelado por padecimientos y enfermedades. La prevención de enfermedades o problemas

<sup>5</sup> Ver Cuca et al. (s/f); AVSC Internacional (1997); Dibbits & Terrazas (1998).

de salud no es parte de sus vivencias. Esto puede ser explicado desde la división tradicional de roles por género, la misma que tiene influencia sobre cómo se percibe y cuida la salud desde la imagen masculina y la femenina.

### SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Los discursos sobre la salud sexual indican un desconocimiento de lo que ésta significa y la persistencia de creencias sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), sida y disfunciones eréctiles.

*Por regla o por ley, el hombre tiene su enfermedad venérea natural, sin tener relaciones con mujeres, entonces y yo creo que por ahí es que... hay que ser vivo, no? Porque a mí me ha pasado esto (Vecino de un barrio).*

Si bien la discusión sobre ITS y sida fue más larga en grupos de estudiantes, todos los grupos tocaron el tema. Los comentarios muestran poco conocimiento de las ITS, cómo se transmiten y cómo curarse. Además, los participantes, viéndonos como «investigadores y expertos en salud sexual», nos pidieron que les brindáramos mayor información.

Los médicos mostraron una actitud diferente frente a las ITS, en tanto asumen que cuentan con información. No mencionaron, por supuesto, vivencias personales, pero -hablando hipotéticamente- llegaron a la conclusión de que deben ser curadas rápidamente, de tal modo que la esposa no se entere. Como el haber contraído una ITS es un tema tabú que provoca vergüenza, muchas veces los hombres infectados eligen automedicarse y no llegan a los servicios de salud para su tratamiento, por lo que su cura no está siempre garantizada.

Respecto al sida se cuenta con la información, aunque a través de los diferentes medios de comunicación mantienen el concepto de que se trata de un problema de extranjeros.

En cuanto a las disfunciones eréctiles manifiestan preocupaciones generales: «*el ya no funcionar como hombre provoca miedo*». Sin embargo, no manifiestan una preocupación por las

posibles causas de tales disfunciones, sólo por las consecuencias. Es en este sentido que surgió el tema del cáncer de próstata en el grupo de médicos: no por el miedo al cáncer, más bien por las consecuencias sociales y el impacto en la «hombría» por la forma del chequeo (tacto rectal).

*Bueno, como hombre pues, el órgano reproductor. O sea creo que es, o sea el símbolo digamos del hombre, como hombre pues es el pene, no es cierto? O sea para un hombre digamos, eh, no tener una función orgánica de sus genitales, o sea, creo que es una destrucción tremenda, no? O sea ese problema orgánico o sea va a contraer, o va a llevar también un problema psicológico, no? de no aceptación, ya? (Estudiante).*

Los hombres perciben un rol limitado en la reproducción: el hecho de embarazar o no a su pareja. Es un tema ajeno para los hombres, porque la mayoría de los métodos anticonceptivos son para mujeres, y los hombres mismos no sienten la necesidad de controlar la fecundidad a través de su propio cuerpo. Los participantes asociaron la salud reproductiva solamente con planificar la familia y prevenir embarazos, responsabilidad que recae sobre la mujer como algo legítimo.

*... prefiero estar como soy, y utilizar los métodos anticonceptivos de mi señora, que basta ahora me ha ido muy bien (Médico).*

*... le echamos toda la responsabilidad a la mujer, que porque no te cuidaste, que vos sabías. Y como vemos muchas novelas, decimos que ella fue por atarnos. Y lo primero que hacemos, la hacemos a un lado, muchas veces he visto que lo niegan inclusive (Transportista).*

La vasectomía como método permanente para hombres es un método muy poco utilizado, porque no hay centros de salud donde se brinde este servicio. Por otro lado, no hay mucha demanda de parte de los hombres por desconocimiento, información incompleta y miedo a sus efectos.

*... nosotros tenemos que admitir que consideramos, en el aspecto de la esterilización, que es de la mujer, no es de nosotros (Médico).*



## PERCEPCIÓN DE SERVICIOS: BÚSQUEDA DE ATENCIÓN Y DEMANDAS

*... cuesta bastante porque es un poco más, más... cómo dijéramos?, más reactivo, no? el varón a acudir a una consulta... (Médico).*

La búsqueda de atención en los servicios de salud está determinada por varios factores: la cultura de automedicación, la costumbre de acudir primero al entorno cercano para buscar una solución a un padecimiento; los recursos económicos, que junto a la priorización de necesidades en la familia determinan si uno puede buscar atención en un centro de salud; y la percepción negativa de los servicios de salud públicos. Estos factores interactúan en la decisión de la búsqueda de atención.

En el proceso de toma de decisión en caso de un padecimiento, es importante la comunicación con el entorno familiar o los/as amigos/as. Los hombres mencionan que ésta se da de acuerdo al tipo de padecimiento que les aqueja; si son «generales», el entorno familiar es el mejor. Muchas veces es la pareja o la madre quien decide si el hombre va a consultar un médico o no. Esto, las más de las veces, cruza también por la situación económica como factor de influencia para acudir al servicio.

La farmacia juega un rol importante en este proceso: es vista como una instancia «semi-profesional» donde se puede pedir un consejo y servicio médico. Como la primera urgencia en general es de aliviar el dolor, muchas veces la visita a la farmacia satisface las necesidades de solucionar un dolor o molestia.

*Yo creo que una buena atención, un paciente creo que se siente bien atendido cuando sale conforme... (Médico).*

Las demandas de los hombres se resumen en una mejor atención, que responda a sus quejas sobre los servicios:

- calidad de atención: una atención humana (no sólo como enfermedad o caso), el médico debe tener interés en el usuario como persona integral y debe tener calidad humana y calidad profesional o técnica;
- una atención no discriminatoria por opción sexual, clase y etnia;

- los servicios deben contar con un buen equipamiento tecnológico;
- horarios de atención adecuados a los horarios de trabajo;
- atención rápida y eficiente;
- precios moderados;
- tener información accesible (sobre todo de sexualidad).

## REFLEXIÓN AUTOCRÍTICA SOBRE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente detalle es resultado de un proceso de reflexión autocrítica de la investigación presentada en las páginas precedentes. Este es un ejercicio innovador en la práctica investigativa, al reevaluar la experiencia de un proceso de investigación desarrollado en un contexto multidimensional determinado (tiempo, ideología, experiencia, espacio, otros) y que ahora veo de un modo retrospectivo en colaboración con el equipo del CISTAC.

Recupero la propuesta del «Mapeo ético» (anticipación-decisión/acción-reflexión): *«El enfoque ético implica la reflexión acerca de nuestras posturas en diferentes momentos, y la acción para construir relaciones más equitativas con las personas estudiadas»* (Rance & Salinas, 2001).

Me permito restringir mi autocrítica en el marco de la reflexión retrospectiva que me facilita re-ver lo experimentado durante la investigación realizada tanto en el ámbito de los preconceptos manejados sobre las temáticas, como en el uso de la metodología y la propuesta de nuevas visiones en futuras experiencias investigativas.

## LAS MASCULINIDADES EN LA SALUD

Debemos reconocer que cuando se hace una investigación, particularmente si está vinculada a las identidades genéricas, llevamos como investigadores una carga subjetiva de entendimiento de las mismas.

Cuando nos propusimos investigar sobre la percepción de los hombres acerca de la salud, no pensábamos que los hallazgos estaban condicionados a una visión nuestra de un modelo

masculino hegemónico tangible: ser heterosexual, homofóbico, sexista y misógino.

En este caso, la investigación presenta un alto sesgo planteado sobre un supuesto masculino heterosexual, particularmente al abordar el tema de lo reproductivo y lo sexual.

Los temas desarrollados por los propios hombres participantes del proceso reafirmaban un alto contenido homofóbico al abordar temas como ITS y sida, invisibilizando la discusión sobre identidades sexuales y genéricas.

Sobre la participación de la pareja heterosexual en la comunicación y atención de la salud, los hombres plantearon un discurso misógino y sexista al atribuirle a las mujeres la responsabilidad del cuidado y atención de la salud como parte de un mundo emocional, corporal y afectivo. Situación que nos llevó a interpelar los discursos de los propios participantes durante cada grupo focal para que éstos no se reafirmaran entre los pares iguales.

Reconocernos en los discursos de los participantes de los grupos focales como hombres distantes de nuestra salud, su cuidado y atención, nos llevó a pensar en qué medida esta actitud es resultado de una construcción masculina hegemónica excesivamente racional y ajena a las necesidades. Así, ejercer un «autocontrol» de ausencia de preocupación y acciones concretas sobre nuestra propia salud, nos distancia del conocimiento de nuestra corporalidad.

Los hombres no solamente no cuidamos nuestra salud, sino que además desconocemos la salud de nuestro entorno. Asumimos que el rol del cuidado de la salud es tradicionalmente responsabilidad de las mujeres; es como si los hombres asumiéramos que todo aquello que tiene que ver con los sentimientos, afectos y corporalidad son responsabilidad de lo femenino.

### VISIÓN DE LA SALUD

Al ser la propuesta inicial de la investigación explorar las demandas de salud, los investigadores desarrollamos un sesgo por ver la salud como una instancia exclusiva de servicios de salud públicos, accesibles para el perfil socioeconómico de los sujetos del estudio pero no siempre deseables para

los investigadores. Veíamos a los servicios de salud como respuesta adecuada a los padecimientos y enfermedades de los hombres. No profundizamos otras posibles instancias como la medicina natural y otras. Sin embargo, hablamos de salud pública sin haber sido usuarios de un servicio público de salud.

### CONVOCATORIA A GRUPOS DE HOMBRES

La lección aprendida para la convocatoria de grupos de hombres, es que para llevar adelante una investigación cualitativa con quienes trabajan en el día, es necesario reconocer que el rol masculino de proveedor les lleva a no darse un descanso ni tiempo libre para otras actividades que no sean las laborales. Es preferible llegar al lugar donde trabajan y buscar un momento en que descansen o no estén muy ocupados para llevar a cabo la investigación. Puede ser recomendable reunirse varias veces y durante poco tiempo, a fin de no cortar sus actividades productivas. Sin embargo, la posibilidad de hacer varias reuniones implica un riesgo: dejar discontinuos algunos temas y subtemas que son necesarios para la investigación y, si los investigadores no cuentan con habilidades de recuperar información, esto significaría un desgaste de tiempo y dinero para los participantes y el equipo de investigadores.

### DISCURSOS ESPERADOS

En las discusiones con los grupos de hombres apareció otra limitante: la influencia del equipo investigador en las personas. Aunque explicamos los objetivos de las sesiones y la libertad para la participación, había momentos en que dieron «una buena respuesta», o la respuesta «políticamente correcta». En consecuencia, la lectura de los discursos políticamente correctos nos motivó a leer entre líneas. Sin querer entrar en un análisis de discursos -que sería otro nivel de interpretación- creemos que las frases que refieren al cómo debería ser, indican la diferencia entre lo ideal y la realidad cotidiana.

De esta experiencia aprendimos la importancia de explicar a los participantes que no estamos tomando examen. También es importante aceptar la limitante de que no es posible posicionarnos en el grupo como similares o pares.

## SOBRE LA METODOLOGÍA

En esta investigación de enfoque cualitativo hay una doble subjetividad: la que surge de los participantes de la investigación, y aquella que parte del equipo investigador. Al respecto, Carolina Martínez Salgado dice: «Los 'objetos' que las ciencias sociales examinan son parlantes, aún más, son pensantes y lo que dicen tiene significado; además, el investigador es uno de ellos, un ser humano entre seres humanos»<sup>6</sup>.

Para los investigadores hubo un proceso de aprendizaje en el manejo experimental del método cualitativo y en la técnica de los grupos focales. Proponer un modelo libre sin guía de preguntas y facilitando el intercambio horizontal de experiencias, nos permitió aprender a escuchar lo que se dice, lograr profundizar las temáticas en base a lo que se ha dicho en los grupos anteriores y generar una dinámica intersubjetiva entre los protagonistas del proceso.

También experimentamos con la forma de moderación de los grupos, dirigiendo las discusiones entre dos moderadores. Esta experiencia ayudó a hacer la discusión más dinámica, obtener información más completa y a nosotros, como facilitadores del proceso, apoyar la profundización de ciertos temas que consideramos oportunos.

El mayor aprendizaje de esta metodología es ver cómo nuestra investigación se transformó durante el proceso. A medida que los participantes de cada grupo focal intervenían, exigían de los investigadores mayor información y respuestas a sus preguntas. Nosotros no pensamos que la propuesta investigativa se transformaría en un proceso de investigación-acción debido a la propia demanda de los hombres participantes. Sus requerimientos sobre información específica solicitada a lo largo de cada grupo focal, la constante pregunta «...y cuándo será la próxima capacitación» nos muestra esta demanda. Los hombres, ante la experiencia de diálogo horizontal

de los grupos focales y aprovechando su escaso tiempo, entendieron el proceso como un espacio educativo más que como uno investigativo.

Por lo tanto, reconocemos que el hacer una investigación horizontal, dialógica, abierta y libre de una metodología rígida permite su transformación en un espacio de investigación-acción con mayor involucramiento de los actores del proceso (participantes e investigadores).

Para el análisis resultaron útiles los mapas conceptuales de cada grupo focal. Después de cada uno de ellos establecimos reuniones para evaluar la información obtenida. En estas reuniones, procedimos en una primera sistematización de hallazgos, mejorando la obtención de información y análisis.

## SI VOLVIÉRAMOS A REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

Es importante elaborar un mapa conceptual propio del equipo investigador al iniciar el proceso, para descubrir los parámetros tendenciosos y prejuiciosos que podrían influir en los resultados de la investigación.

En un proceso de investigación cualitativa es imprescindible y altamente beneficioso, para garantizar los resultados, registrar todos los discursos que emergen tanto del grupo investigador como del grupo de sujetos investigados. La correcta transcripción o registro de lo dicho por ambos participantes permite la valoración de la construcción del dato, puesto que éste no existe si no es a partir de la interacción de ambos componentes (investigador y sujetos investigados).

Finalmente, este proceso autocrítico retrospectivo que refleja una autocensura saludable, nos permite tomar «los condones preventivos metodológicos»<sup>7</sup> necesarios para reflexionar y prevenir actitudes y prácticas respecto a posteriores acciones investigativas.

<sup>6</sup> Introducción al trabajo cualitativo de investigación, citada en Szasz & Lerner, 1998.

<sup>7</sup> Susanna Rance. Investigadora y activista por los derechos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVSC International (1997). *Profamilia's Clinics for Men: A Case Study*. New York: AVSC.
- Cuca, Y., Monroy, A., Helzner, J. & Echeverria, S. (s/f). *Men in Latin America: How they view family planning, sexual health and reproductive health*. IPPF/WHO.
- Dibbits, I. & Terrazas, M. (1998). *Que nos hagan sentir que somos importantes: estándares de calidad de atención, Distrito Sanitario de Cotabuma, La Paz*. La Paz: TAHIPAMU.
- Denzin, N. & Lincoln Y. (Eds.). (1997). *Strategies of Qualitative Inquiry*. London, New Delhi: Sage Publications.
- Rance, S. & Salinas, S. (2001). *Investigando con ética: Aporte para la reflexión-acción*. La Paz: CIEPP/ Population Council.

# IV

## IDENTIDAD, DIFERENCIA Y CIUDADANÍA SEXUAL



GÊNERO E  
SEXUALIDADE:  
DIFERENÇA, DIREITOS E  
TOLERÂNCIA<sup>1</sup>.  
SIGNIFICADOS,  
VERTENTES TEÓRICAS E  
IMPLICAÇÕES NÃO  
ANTECIPADAS DE NOSSOS  
PERCURSOS

---

*Sonia Corrêa \**

---

## INTRODUÇÃO

As pensadoras feministas têm se deparado com inúmeros desafios na sua busca teórica acerca das causas e efeitos da discriminação relacionada ao gênero e à sexualidade. Alguns desses desafios têm estado conosco já há algum tempo, como é o caso do significado dos sistemas de sexo/gênero como divisor entre as esferas pública e privada ou a articulação entre a igualdade e a diferença. Estas questões estão longe de ter sido solucionadas e novas tensões vão surgindo à medida que as propostas políticas que derivam desses conceitos ganham legitimidade. Este é o caso de definições recentemente consagradas em documentos da ONU: direitos humanos das mulheres, igualdade entre os gêneros e direitos reprodutivos. Por um lado, essas definições continuam sujeitas a duras controvérsias políticas. Por outro, a legitimação traz à tona velhos e novos dilemas conceituais, assim como problemas de natureza técnica em relação a sua aplicação, entre outras razões porque nem todas elas constituem «lei internacional» ou nem estão inscritas em instrumentos vinculantes, como tratados e convenções. É, portanto, aconselhável tomar distância em relação ao que já foi alcançado, retomar o caminho que nos trouxe até aqui e examinar as implicações não antecipadas de nossos percursos. Este artigo revisita idéias exploradas em reflexões anteriores a partir de novas portas de entrada (Corrêa & Petchesky, 1994; Corrêa, 1996, 1997). Uma primeira versão, em inglês, foi apresentada no Seminário sobre Discriminação e Tolerância, Copenhague, maio de 2000.

Interrogantes e tensões relacionadas ao debate sobre o universal e o particular, ou se quisermos em relação ao «mesmo e ao outro», são inerentes à investigação filosófica ocidental, desde seus primórdios. À luz deste reconhecimento é preciso responder uma primeira questão: há continuidade ou ruptura entre essa larga trajetória e os debates contemporâneos sobre diferença e discriminação em relação a gênero e sexualidade?

---

\* Arquiteta do IBASE, Rio de Janeiro. E-mail: scorrea@alternex.com.br

<sup>1</sup> Traduzido do inglês por Jones de Freitas.

Em segundo lugar, a investigação feminista, *gay* e lésbica sobre a sexualidade surgiu e se desenvolveu, inicialmente, à margem dos «campos de força» institucionais, onde normas são criadas e recriadas (como, por exemplo, os Estados e as organizações intergovernamentais). Contudo, ao longo dos últimos vinte anos, nossas investigações e proposições políticas têm se movido da periferia para o «centro». Circulam, hoje, em espaços institucionais e jurídicos onde estamos engajadas em batalhas semânticas que, ao fim e ao cabo, definirão normas relativas a esses domínios complexos da experiência humana. Em consequência, é preciso fazer uma terceira indagação: quais são as implicações teóricas e políticas deste deslocamento da margem para o centro?

Finalmente, porém não menos importante, as pensadoras feministas, de modo geral, têm criticado regras e limitações coercitivas em relação à autodeterminação dos sujeitos, posicionando-se contra qualquer forma de intolerância no domínio da sexualidade. No entanto, este é um campo vasto de representações e práticas no qual podem ser identificadas zonas cinzentas em relação às quais, por vezes, é difícil aplicar um princípio geral de tolerância. Entre outros casos, podemos citar o estupro entre namorados (*date rape*), o sexo comercial, pornografia e cibersexo. Isto levanta uma quarta interrogação: temos dedicado atenção suficiente aos significados e efeitos, políticos e teóricos, da tolerância e da regulação no que diz respeito a essas áreas controvertidas e contestadas?

## FORA E DENTRO: REGIMES DIVERSOS PARA DEFINIR A ALTERIDADE

Para nós contemporâneos, a leitura de especulações filosóficas antigas provoca, com frequência, uma espécie de vertigem. Isto porque, nos textos clássicos, as idéias éticas, políticas e psicológicas são desenvolvidas de forma integrada e na proximidade das proposições de ordem prática e científica. A especulação filosófica clássica, tinha parâmetros para estabelecer regras

de diferenciação e similitude. Os mestres filósofos da Antigüidade classificavam figuras geométricas, números, cores, animais, sensações, palavras e idéias. Contudo, não dedicaram tanta energia – como fazem a filosofia e a ciência modernas – para discriminar e classificar os seres humanos. Esta é uma distinção crucial.

A filosofia antiga não se preocupou tanto em estabelecer uma diferenciação clara no interior do que era (considerada) a humanidade simplesmente porque a alteridade pertencia a outro lugar. O «outro» era, por excelência, o bárbaro que vivia além dos limites da cidade e não estava submetido às suas regras. Essa não era, contudo, a única expressão de alteridade. Mulheres, escravos e crianças eram também «outros». Mas, como os demais cidadãos (homens) viviam nos limites da pólis e estavam submetidas às suas regras, o que definia sua alteridade era estarem confinados a um «outro espaço interior», sobre o qual tinham domínio quase pleno os cidadãos homens: a *privatio* (esfera privada), constantemente contraposta à *res publica* (esfera pública). Como bem nos ensinou Arendt (1983), *privatio* significa privação (a impossibilidade de ser totalmente). Ou seja, o domínio das mulheres, crianças e escravos era o domínio da necessidade, em oposição ao reino da transcendência em que transitavam os cidadãos homens.

No entanto, é importante lembrar que, mesmo neste passado quase mítico, as mulheres irrompiam, vez por outra, através da linha divisória entre o público e o privado. As ilustrações são, facilmente, encontradas nos textos do teatro grego clássico. Em *Lisístrata*, as mulheres resistem ao apetite sexual privado de seus senhores para conter uma «guerra pública». Em *Antígona*, a heroína desafia abertamente a «lei da cidade» para defender a primazia moral dos laços privados. E, como bem se sabe, desde então a bravura dessas mulheres tem perturbado os filósofos ocidentais. É suficiente recordar que na *Fenomenologia do Espírito*, Hegel escreveu muitas páginas sobre a tragédia de *Antígona* para dar corpo às contradições estruturais entre a «lei da família» e a «lei da cidade». Mas também desde os primórdios da arte e da filosofia, mulheres desviantes tornavam-se ainda mais poderosas e aterrorizantes quando provinham de «outros lugares». Esta é também a marca de



Medeia, trazida por Jasão de longínquas terras bárbaras para Corinto. A mesma «alteridade adicional» é o que ancora o fascínio exercido pela desrazão das Bacantes que, expulsas da cidade, retornam para destroçar o rei em nome do prazer.

Estes padrões de sexo/gênero que impregnam as tensões entre o público e o privado e as contradições entre «dentro e fora» foram constantemente recriados no pensamento e discurso ocidentais. Mas após o século XV, quando a Europa começa a difundir sua teia de poder econômico e político através do planeta, navegadores, missionários e colonizadores iriam encontrar, em outros continentes «outros» sistemas de sexo/gênero. Esta variedade tanto causou estranhamento quanto fascínio. Com frequência, os pensadores lançaram mão dessa «alteridade» como prova de que as culturas não-européias eram bárbaras, porque tratavam mal as mulheres. Mas também, em especial após o século XVII, diferenciais culturais relacionados aos sistemas de sexo/gênero seriam valorizados, pois ofereciam elementos e argumentos para a crítica da própria cultura ocidental.

Desde então, bibliotecas inteiras foram escritas para demonstrar que os homens exerceram poder sobre as mulheres desde os primeiros tempos da cultura e para explicar como e porque isso teria ocorrido. Essas investigações tinham tanto o objetivo de justificar quanto o de contestar a natureza do sistema sexo/gênero no Ocidente. Esses esforços seriam condensados, no final do século XIX, quando se firmou o conceito, amplamente utilizado de patriarcado, que é uma descrição e análise das prerrogativas do *pater familiae* sobre as mulheres, crianças e escravos. A noção de patriarcado teve e ainda tem grande poder explicativo no que se refere aos desequilíbrios de sexo/gênero, quer seja no Ocidente, quer seja em outros contextos culturais. Este poder explicativo é particularmente contundente nas análises críticas da esfera jurídica onde se definem regras matrimoniais e de transmissão da propriedade (patrimônio).

## MAIS PERTO DE NÓS

Um dos usos mais bem sucedidos do recurso argumentativo a «outros sistemas de gênero» para criticar o patriarcado ocidental foi elaborado por Engels (1975) em *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*. Com base nos dados antropológicos coletados por Morgan entre os indígenas da América do Norte, Engels concebeu um «paraíso matriarcal» - equivalente ao comunismo primitivo - que teria precedido o patriarcado e a propriedade privada. Como se sabe, a partir dos anos 60, a narrativa de Engels se tornaria referência fundamental nas buscas teóricas do renascimento feminista contemporâneo. Mas, muito antes da década de 60, novos enfoques antropológicos e etnográficos - como, por exemplo, os estudos de Malinowsky<sup>2</sup> e Mead (1949) - já haviam complexificado o debate sobre a variedade das relações homem-mulher existentes no planeta. Ou seja, desde a primeira metade do século já haviam sido identificados os problemas que surgem quando se busca «forçar» o conceito de patriarcado a outros contextos e lógicas de significação.

Após a Segunda Guerra Mundial, a própria antropologia se tornaria uma fronteira tensionada entre o Ocidente e as «outras culturas» que, desde o século XVI, haviam se tornado objeto da investigação científica. Esta tensão inspiraria auto-reflexão. A partir dos anos 50, vertentes importantes da antropologia investiram na crítica e desconstrução do etnocentrismo, daí se desdobrando um questionamento severo do *ethos* ocidental. Ou seja das «idéias de progresso» e das «projeções» das fantasias e fantasmagorias que o Ocidente lançava sobre «outros». Gênero, como categoria analítica, foi concebido nesta encruzilhada como estratégia teórica para superar as deficiências identificadas em outras tradições, incluindo-se o conceito de patriarcado. Não surpreende que sua «invenção» tenha ocorrido na antropologia.

<sup>2</sup> Bronislaw Malinowsky, em seus trabalhos sobre os aborígenes das Ilhas Tobriand, que examinam extensivamente a transmissão matrilinear do poder e o papel do «tio materno».

Contudo, em paralelo, estavam em curso debates políticos acerca da desigualdade entre homens e mulheres. Com frequência, estes debates tiveram a ONU como cenário privilegiado, o que criaria condições favoráveis para expandir as premissas da igualdade através de fronteiras nacionais e culturais. Neste contexto de análise, é fundamental lembrar que o marco de referência dos direitos humanos, estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, é um campo político e normativo em que, diferentemente do que ocorreu na antropologia, o uso sistemático do conceito de patriarcado tem sido extremamente produtivo. Segundo Santos<sup>3</sup>, uma das conquistas teóricas mais relevantes do feminismo contemporâneo foi, exatamente, revelar o caráter patriarcal de leis e normas do Estado liberal, como sintoma do «estado de natureza» que permanece oculto no contrato social moderno.

## AS DUAS CORRENTES E SUAS TENSÕES CONCEITUAIS

A partir dos anos 50, o exame da desigualdade entre os sexos foi, portanto, realizado através de dois caminhos diferentes: a vertente dos direitos humanos e os debates acadêmicos sobre o patriarcado e, posteriormente, sobre os sistemas de sexo/gênero. As convergências e disjunções teórico-políticas entre estas duas vertentes não são exatamente triviais. Por um lado, a corrente dos direitos humanos busca cumprir as promessas do Iluminismo no que diz respeito à igualdade entre os sexos. Por outro, as teorias de sexo/gênero têm afinidades estreitas com esforços intelectuais que questionam as premissas do Iluminismo. Dito de outro modo, a vertente dos direitos humanos está geneticamente vinculada a uma matriz epistemológica que fustiga tanto a «pré-modernidade quanto a contramodernidade». Já a corrente que utiliza o referencial dos sistemas sexo/gênero, tem como um de suas marcas a

investigação crítica do próprio *ethos* moderno. Uma de suas premissas é que ao pressupor uma «positividade inerente à modernidade» perdemos de vista as lógicas e práticas de discriminação, coerção e controle que são constitutivas do «ser moderno».

Entre as décadas de 70 e 90, as duas vertentes difundiram-se através do planeta sem maiores tensões. Duas razões parecem explicar essa coexistência relativamente pacífica. A partir dos anos 70, com a expansão das discussões internacionais sobre os direitos das mulheres, ficaria, em grande medida, confirmada a regularidade da dominação masculina, ainda que ela tivesse, de fato, manifestações muito distintas. Nesta expansão, as pesquisadoras feministas também identificaram uma razoável recorrência no que diz respeito ao significado dos marcadores de sexo/gênero como delimitadores das fronteiras simbólicas e normativas entre o público e o privado.

No entanto, tensões iriam surgir à medida que o processo de globalização acelerou-se nos anos 80. Um primeiro embate ocorreu no início dos anos 90, na forma do debate entre igualdade *versus* diferença. Àquela altura, já estava firmemente estabelecido o valor da «diferença» como marcador, nos exercícios de análise de discurso e nos estudos culturais. Além disto, as preocupações com o meio ambiente haviam criado um terreno fértil para disseminação de um discurso político que identificava a mulher com a «positividade» da natureza, em contraposição à destrutividade da «cultura capitalista masculina». Esta controvérsia foi, parcialmente, dissolvida quando se conseguiu estabelecer uma distinção entre igualdade – como princípio de direitos – e identidade como similitude. Entretanto, esta tensão não desapareceu e tende a recrudescer neste início de milênio por efeito da evolução científica e tecnológica da genômica.

Por outro lado, ao longo dos anos 90, a sexualidade se tornou foco do interesse político,

<sup>3</sup> Boaventura de Souza Santos, em conferência acontecida no Rio de Janeiro em junho de 1998. Para uma análise similar, ver Santos (1996).

tanto no plano global quanto nos contextos nacionais. Em grande medida, isso decorreu da devastação causada pela pandemia do HIV/AIDS, pois a única maneira de preveni-la é transformando as práticas sexuais (ou seja, incidindo sobre as regras simbólicas e comportamentais dos sistemas sexo/gênero). Mas não foi só isto. Dinâmicas muito significativas tiveram lugar no plano normativo. Na Conferência Internacional de Direitos Humanos (Viena, 1993), definiu-se que o estupro, especialmente em situações de guerra, é um crime contra os direitos humanos. Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), expandiu-se a definição de saúde e direitos reprodutivos para questões relacionadas à sexualidade. E, finalmente, em Pequim (1995), foi adotada uma definição segundo a qual os direitos humanos das mulheres incluem o direito ao exercício da sexualidade, livre de coerção, discriminação e violência. Adicionalmente, porém não menos importante, no decorrer da década, os direitos dos *gays* e das lésbicas adquiriram visibilidade nas sociedades e debates políticos nacionais, ao norte e ao sul do equador.

A inclusão da sexualidade no marco de referência dos direitos humanos introduz, inevitavelmente, novas complexidades na investigação teórica. O grande desafio, neste caso, é o de como definir um marco de referência abrangente dos direitos humanos que incorpore a sexualidade e, ao mesmo tempo, evite algumas armadilhas. A primeira dessas armadilhas é considerar que restrições à «liberdade sexual» se aplicam exclusivamente às mulheres, pois são decorrentes de uma dominação patriarcal universal. A segunda é imaginar que a repressão sexual é sempre uma manifestação da «pré-modernidade» ou da «contra-modernidade». As coisas não se passam assim, pois a disciplina dos corpos, sujeitos e práticas sexuais, através da diferenciação, classificação e discriminação é, de fato, um elemento inerente ao *ethos* moderno.

Dito de outro modo, nestas novas circunstâncias, não é tarefa banal conceber marcos normativos. Entre outras razões porque eles devem dar conta de formas de discriminação, coerção e intolerância que são, simultaneamente, «pré-modernas» e «contra-modernas», mas também «modernas».

## O SISTEMA DE GÊNERO DOS «DOIS SEXOS»

A essa altura, parece interessante retornar a indagações da filosofia clássica. No discurso dos filósofos gregos e romanos, afirmações e pressupostos relacionados à mulher (ou ao gênero) não eram automaticamente transponíveis para o domínio da sexualidade. As mulheres eram representadas como menos capazes do que os homens de exercitar a razão - discernir, classificar e discriminar - e também essencialmente passivas no ato sexual. No entanto, estas pressuposições não eram estendidas automaticamente ao homoerotismo que, como sabemos, era encarado como uma forma legítima de interação pessoal e social entre homens «potencialmente iguais».

Os pensadores clássicos, com freqüência, examinaram as práticas sexuais. Sua atenção, porém, concentrava-se na dinâmica da sexualidade e dos afetos: paixão, prazer, dor, continência e incontinência. Até o início da Era Cristã, a filosofia não dedicou tanta atenção aos «sujeitos» e «objetos» do desejo (e do amor). As interdições se referiam, basicamente, à quebra do domínio hierárquico (limites do poder) que definia o posicionamento dos corpos. Na Grécia antiga, um escravo ou estrangeiro podia ser morto de imediato caso violasse a integridade corporal de um cidadão (mesmo no caso de uma mulher cidadã). Entretanto, a regra não se aplicava em sentido contrário, ou seja, quando um cidadão violasse a segurança de crianças, mulheres, escravas e metecos.

De outro lado, as elaborações discursivas quanto aos papéis ativos e passivos na sexualidade compreendiam tanto as relações homem-mulher quanto as relações homem-homem. Eram, assim como acontece nos tempos modernos, um tema constante de discussão. Via de regra, ser ativo era valorizado, enquanto ser passivo era normalmente apresentado em termos negativos. Contudo é preciso sublinhar que jovens passivos, os efebos, eram vistos como sendo potencialmente ativos. Apenas atravessavam um estágio inicial do aprendizado de como se tornar um homem, um igual.

A condenação e a interdição dos impulsos e práticas sexuais, principalmente do homoerotismo, iriam se ampliar e se aprofundar

com o Cristianismo. No princípio da Era Cristã, os filósofos estoicos e neoplatônicos debateram os dilemas entre o matrimônio (amor entre o homem e mulher) e o erotismo entre homens<sup>4</sup>. Os «pais fundadores» da igreja, em particular Santo Agostinho, desenvolveram uma pletora de discursos sobre os perigos, os desvios e a decadência implícitos em todas as formas de sexualidade. O exame das práticas sexuais também capturou o interesse da arte médica. Desde então, os discursos da arte médica e do cristianismo operaram como correias de transmissão, através das quais essas pressuposições foram transportadas da Antigüidade para o umbral da modernidade. Esta transmissão, combinada à recorrência das justificativas sobre a desigualdade natural entre os gêneros, sugere uma continuidade entre as normas e práticas do passado e do presente. Mas as coisas não são tão simples.

A partir da Renascença, um novo sistema de significados foi edificado em relação a gênero e sexualidade, que tanto manteve como transformou elementos do passado. O domínio masculino e a natureza de gênero das fronteiras entre o público e o privado foram conservados. A melhor ilustração desta continuidade é o discurso poético de Hegel sobre «o mundo obscuro dos espíritos», ao qual as mulheres pertenceriam. Nas suas sombras, as mulheres continuariam protegidas das batalhas do mundo e os homens encontrariam o alívio da luminosidade cansativa da esfera pública. Mas, de fato, sistema de gênero e sexualidade ocidental seria recriado inteiramente, no que se refere à representação dos corpos, à disciplina sexual e ao diferencial de «status legal». O historiador Laqueur (2001), que investigou os discursos e imagens que descreviam o corpo masculino e feminino no pré-Iluminismo e no pós-Iluminismo, conclui que existe mais disjunção do que continuidade na transição entre o Renascimento e a Modernidade.

Até o século XVII, o paradigma do corpo humano era o corpo masculino. O corpo da

mulher era representado como o de um homem imperfeito e invertido, cujos órgãos genitais estavam embutidos. Estas descrições e imagens são coerentes com a visão clássica da mulher como um «quase outro que está dentro dos limites da pólis». Mas, com a descoberta de novos métodos científicos de experimentação, esta unidade imperfeita - o corpo da mulher - seria transformada numa composição orgânica inteiramente diferente. «Inventou-se» um novo corpo feminino, o qual, gradativamente, se tornaria suporte teórico e político de um «novo outro». Emerge um sistema de sexo/gênero, bastante peculiar, denominado por Laqueur o «modelo dos dois sexos», que opõe masculinidade e feminilidade a partir de uma lógica de complementaridade e também inclui um terceiro elemento: o masculino invertido.

Rompendo abertamente com a tradição ocidental que valorizava o homoerotismo, a modernidade transformou o «homem que faz sexo com homens» em uma nova criatura, num segundo «outro» problemático. A mulher, com sua florescente diferença, seria situada em oposição complementar ao homem. O invertido - como a terminologia indica precisamente - tornou-se o exato contrário do homem. Espelhando-se nesses «outros íntimos», o homem do Iluminismo podia definir e reafirmar sua própria natureza (superior). A «alteridade» tornou-se inteiramente individualizada e foi, de forma definitiva, transportada para o interior da pólis.

Laqueur também demonstra que, ao contrário do que afirma o senso comum, o novo corpo feminino não seria mais representado como sendo, predominantemente, passivo. Ao contrário, o corpo feminino moderno foi concebido como estando naturalmente impregnado pela «força vital do sexo». A incapacidade das mulheres de agirem de forma apropriada na esfera pública não resultava, como em Aristóteles, de um grau inferior de discernimento. Relaciona-se intrinsecamente a uma sexualidade transbordante, um traço

<sup>4</sup> Ver Michel Foucault (1985).

constitucional que também é encontrado no homem invertido. Diferentemente do homem, que, supostamente, é tomado pelos impulsos sexuais somente de vez em quando, essas «novas criaturas» estavam imersas continuamente em fluidos sexuais. Não surpreende que, à luz dessa nova ordem de representações, elas tenham se tornado tão ameaçadoras e fascinantes quanto as mulheres «de fora», retratadas nas tragédias gregas. A domesticação dos corpos individuais e das percepções subjetivas dessas novas «criaturas» tornou-se um esforço principal da ciência, das leis e normas religiosas, cujo efeito permanece conosco.

Costa (1996), a partir das reflexões de Laqueur, sublinha que este esforço de reconfiguração dos corpos teve um objetivo preciso: superar a contradição ideológica entre o princípio liberal da igualdade - baseado na premissa de que todos os indivíduos possuem a mesma faculdade da razão - e a diferença entre os corpos masculino e feminino (nos quais a razão está alojada). Tal estratégia deflagrou um esforço intenso e sistemático de marcar os corpos, com sinais de diferença entre os sexos e entre o masculino e o invertido, com a finalidade de estabelecer a desigualdade, a descontinuidade e a oposição onde, teoricamente, deveria existir igualdade jurídica e política. As noções de passivo (passiva) e ativo foram viradas de cabeça para baixo e estendidas de modo a situar o homoerotismo masculino no novo esquema de pensar e normatizar as práticas sexuais.

## KANT E O MODELO DOS DOIS SEXOS

O moderno sistema de sexo/gênero, tal como examinado por Laqueur, está refletido em *A Ciência do Direito* de Kant (1952), que é um dos fundamentos do marco contemporâneo dos direitos humanos. Ao definir os direitos conjugais, Kant começa distinguindo claramente a «união natural dos sexos», resultante da «*mera natureza animal (vaga libido, venus vulgivaga, fornicatio)*» daquela que se realiza de «*acordo com a lei*», que corresponde à «*...união de duas pessoas de sexos diferentes*» (minha

ênfase) para a «*posse de suas faculdades sexuais por toda a vida*». Quando buscam aprofundar a aplicação do direito racional ao matrimônio, os argumentos de Kant tornam-se cada vez mais tortuosos. Não é difícil perceber que ele próprio reconhece a complexidade do exercício, pois o «*natural commercium*» (comércio natural) entre os sexos, mesmo quando praticado dentro da lei, contém um paradoxo insolúvel:

[O sexo é um]... *desfrute pelo qual uma pessoa se submete à outra. Nesta relação, o indivíduo humano torna-se um 'res' (objeto, coisa), o que é contrário ao direito de humanidade de sua própria pessoa (ênfase minha). Entretanto, isto só é possível sob a condição de que uma pessoa seja adquirida pela outra como uma 'res', que esta mesma pessoa adquira igualmente a outra de forma recíproca, e assim seja recuperada e restabelecida a personalidade racional... conclui-se, portanto, que a rendição e aceitação de um sexo em relação ao outro é não somente permissível sob a condição do matrimônio, como é 'somente' realmente possível naquela condição.*

Em outras palavras, o *commercium* sexual, embora prazeroso, joga o sujeito humano num limbo que o transforma em uma mera coisa (*res*, objeto). Para Kant, a recuperação da autonomia humana, nestas circunstâncias dramáticas, torna-se, teoricamente possível através da reificação recíproca do homem e da mulher. A autonomia humana é restabelecida quando o *commercium* sexual é realizado dentro da lei, o que no discurso kantiano significa a «sacralização moderna» das práticas sexuais. Dito de outra forma, a sexualidade coloca uma armadilha perigosa para a autonomia da pessoa. Assim sendo, na Era da Razão, para que o domínio da sexualidade torne-se legítimo, deve ser estritamente regulado e esvaziado dos significados positivos, que lhe eram habitualmente atribuídos pelo discurso filosófico clássico, e que revivem nas condições contemporâneas: o prazer, a erótica, a recriação das subjetividades, a estética.

Adicionalmente, a sacralização kantiana da sexualidade pela lei - que, supostamente, restabelece a autonomia humana - continua marcada pela desigualdade entre os gêneros. Esta contradição não escapa à reflexão do próprio Kant que a «resolve», contudo, lançando mão da renaturalização das diferenças - entre os corpos que contém a razão - de que nos fala Laqueur:

«...pode-se indagar se é ou não contrário à igualdade da pessoa casada quando a lei afirma, de qualquer modo, sobre o esposo em relação à esposa, 'ele será seu senhor'... No entanto, isto não pode ser visto como contrário à igualdade natural de um casal humano, se tal supremacia legal é baseada na superioridade natural das faculdades do esposo...» (ênfase minha)

## NOSSOS PRÓPRIOS ESFORÇOS

Na segunda metade do século XX, experimentamos a desconstrução penosa e paulatina das premissas de supremacia masculina e das muralhas que separam o domínio público do privado, tal como estabelecidas pela ordem jurídica do Iluminismo. No entanto, a despeito destes muitos esforços teóricos, permanecem relativamente intocados, no plano político, os fundamentos do modelo dos dois sexos. Ou seja, os regimes discursivos e normativos relacionados ao corpo masculino, ao corpo feminino e «invertido» e às disciplinas da sexualidade e do matrimônio. É importante referir que, na era contemporânea, estes regimes já não constituem um traço exclusivo do Ocidente. Por exemplo, os marcos legais britânicos, que refletem esta moderna epistemologia dos corpos, foram espalhados mundo afora pela administração colonial vitoriana. Até hoje definem os crimes relacionados à sexualidade nos códigos penais e civis de países tão diferentes quanto Nepal, Jamaica e Nigéria. Após a descolonização, a disseminação do modelo dos dois sexos prosseguiria através de outros meios - cinema, literatura e televisão - especialmente no que diz respeito à primazia da heterossexualidade, do matrimônio e da disciplina corporal e sexual.

Um sinal da hegemonia do modelo é que, em vários quadrantes, considera-se que o modelo dos dois sexos é um passo «progressista», quando comparado aos esquemas de gênero e sexualidade pré-modernos ou contra-modernos.

Estes outros esquemas, ou desapareceram ou se recriam nas novas condições de globalização. Por outro lado, sob o impacto da circulação ideativa peculiar ao capitalismo tardio, outros discursos sobre a sexualidade ganham pregnância através do planeta. O pensamento e a ação política feminista estão rompendo as barreiras interpostas pelos discursos dominantes sobre a sexualidade feminina nas mais diversas culturas. A «crise» do HIV/Aids abriu a Caixa de Pandora dos sistemas de gênero e sexualidade em toda parte, revelando contradições, convergências e sobreposições entre regimes discursivos, normas e práticas. As iniciativas de defesa dos direitos dos *gay* e lésbicas não podem mais ser encaradas como experiências exclusivamente ocidentais.

Esta mutação tem, sobretudo, uma face teórica. Desde a década de 80, vários autores têm problematizado a fusão entre os sistemas de gênero e de sexo. Gayle Rubin (1984) e Richard Parker (1990) conceberam marcos conceituais que distinguem gênero, sexualidade e erotismo como arenas diferentes das práticas sociais. Errington propõe uma diferenciação entre gênero, *Sexo* - como uma representação discursiva e normativa - e sexo como uma diferença anatômica sensível. Bourdieu nos lembra, com freqüência, que as regras de classificação são hoje campos de batalha da política sexual e de identidade. Nestas circunstâncias, a elaboração de definições potencialmente «universais» referentes a gênero e sexualidade tornou-se um exercício extremamente complexo.

Não é possível esgotar tal complexidade no contexto deste artigo. Mas é possível apontar algumas trilhas. Possivelmente, um primeiro nó a ser desatado é a desconstrução do modelo dos dois sexos, pois ela impregna os marcos legais, as premissas dos direitos humanos e, principalmente, nossas próprias mentes e corporalidades. Em 1993, antes do Cairo e Pequim, escrevemos com Rosalind Petchesky um artigo em que se busca fundamentar os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Corrêa & Petchesky (1994).

Naquele momento, para defender um conceito feminista global dos direitos sexuais e reprodutivos, procuramos responder às críticas quanto à impregnação individualista e contratual do direito moderno e contestar as alegações de relativismo cultural. Também exploramos os efeitos do isolamento normativo dos domínios público e privado e da distinção entre os direitos individuais e sociais, no que diz respeito às questões reprodutivas e de igualdade entre os gêneros.

Concebemos quatro fundamentos éticos da autodeterminação reprodutiva: autonomia pessoal ou condição de pessoa, integridade corporal, igualdade e diversidade. Naquele momento, escolhemos como título «*Os Direitos Sexuais e Reprodutivos numa Perspectiva Feminista*» porque, já então, era impossível excluir os aspectos relacionados à sexualidade nos debates feministas sobre direitos humanos. No entanto, nosso entendimento em relação à sexualidade e aos direitos sexuais não estava ainda totalmente desenvolvido. Mal havíamos tocado a complexidade das questões esboçadas neste artigo. Desde então, cada uma de nós realizou esforços individuais para avançar na clarificação e qualificação deste marco de referência inicial.

Hoje é possível dizer, por exemplo, que, embora concordando com premissas kantianas substantivas em relação aos direitos humanos universais, divergimos completamente da concepção inerente da sexualidade como reificação estabelecida por Kant. Ao contrário, buscamos validar a premissa de que o desfrute da sexualidade deve estar baseado na capacidade da pessoa ser reconhecida como tal e não como *res*. Entretanto, este esforço teórico e prático está longe de estar maduro.

Petchesky, num trabalho posterior (1996), sugere, por exemplo, que o conteúdo do parágrafo 106k da Plataforma de Ação de Pequim não oferece uma nova base para o debate global sobre sexualidade como prazer. Ela considera que o conteúdo da definição de Pequim sobre os direitos sexuais das mulheres está fundamentalmente baseado na premissa de que a falta de poder da mulher é o que a torna

mais facilmente uma vítima de abuso. Petchesky, de fato, indaga o quanto esta conceituação é adequada quando se observa o que acontece no mundo real. Nosso objetivo central é apenas proteger as mulheres de abusos? Ou o programa político feminista implica também a valorização do agenciamento das mulheres em relação à sexualidade? É possível tratar dos direitos sexuais da mulher sem assumir a tarefa de romper as cadeias que aprisionam a sexualidade na modernidade? É suficiente lutar contra normas jurídicas ou é também necessário demolir outros discursos normativos que moldaram a sexualidade na modernidade: biomedicina, psicologia, psicanálise e doutrinas religiosas?

Dilemas equivalentes emergem quando se examina a aplicação dos quatro princípios que definimos em 1993 como fundamentos dos direitos reprodutivos e «sexuais». Tomemos como ponto de partida a igualdade. Não resta dúvida que defendemos a premissa de igualdade de tratamento perante a lei. Independentemente de como «são» os seres humanos, de que superfícies anatômicas apresentem, de que práticas sexuais preferem e exercem, eles devem receber o mesmo tratamento perante a lei (em casa, no local de trabalho e nas demais instituições). Esta premissa também se ancora no respeito à diversidade, das escolhas sexuais, das muitas expressões da sexualidade e mesmo transformações anatômicas. Porém, até onde podemos estender a noção de igualdade plena no domínio da sexualidade? Dito de outra maneira: o que significa ser igual no domínio da sexualidade? Igualdade na sexualidade significa que tudo é permissível entre adultos que agem consensualmente? Se a resposta for positiva, como se define a condição de adulto? Devemos utilizar exclusivamente o critério de idade, como o faz a lei civil? Ou deveríamos incluir outros aspectos relacionados aos diferenciais de poder entre os indivíduos? Ou então, o princípio da igualdade, concebido como igualdade entre adultos que agem consensualmente, excluiria a experiência sexual entre adolescentes ou mesmo entre crianças?

Do mesmo modo, ao tomar como referência o princípio de integridade corporal, ele pode e deve ser interpretado como a proteção

contra violações e abusos contra o corpo das mulheres, como o estupro, mutilação genital feminina e certas práticas médicas. Porém, as condições reais de exercício e mobilização das fantasias sexuais impõem novas indagações. O que temos a dizer sobre os homens vítimas de estupro, evento que sucede com frequência nas prisões? Ferimentos resultantes de ato sexual voluntário entre adultos que agem consensualmente são ou não violação da integridade corporal? Ao adotar o princípio da integridade corporal estamos, automaticamente, condenando as práticas sadomasoquistas entre adultos em atividade consensual?

Estas são interrogações muitas preliminares. Mas elas sugerem que os desafios teóricos e políticos de articular a agenda dos direitos e sexualidade não são triviais. Exatamente por isto é recomendável ter como referência constante a advertência de Foucault (apud Rabinow<sup>6</sup>), de que a relação entre o *empoderamento* – através de discursos normativos e outros meios – e a ampliação da autonomia humana não é nem simples nem linear. A tarefa de conceituar os direitos humanos em relação à sexualidade é claramente um empreendimento que *«requer que trabalhemos nossos limites, ou seja, um labor paciente que possa dar forma à nossa impaciência por liberdades»*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arendt, A. (1983). *A Condição Humana*. São Paulo: Forense Universitária.
- Corrêa, S. (1996). Gênero e Sexualidade: Sistemas Autônomos ou Idéias fora de Lugar?. Em: Parker, R.; Barbosa R.M. (Orgs.) *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS-UERJ.
- \_\_\_\_\_. (1997). From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and Challenges Ahead. *Reproductive Health Matters*, 10: 107-117.
- Corrêa, S. & Petchesky, R. (1994). Sexual and Reproductive Rights in the Feminist Perspective. Em: Sen, G., Germain, A. & Chen, L.C. (Eds.). *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*. Cambridge: Harvard University Press.
- Costa, J.F. (1996). O referente da identidade homossexual. Em: Parker, R. & Barbosa, R.M. (Orgs.) *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS-UERJ.
- Engels, F. (1975). *A Origem da Família da Propriedade Privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- Foucault, M. (1985). *História da Sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.
- Kant, I. (1952). *Introduction to the Science of Right*. Londres: Britannica Great Books, Vol. 42.
- Laqueur, T. (2001) *Inventando o Sexo - Corpo e Gênero dos Gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Mead, M. (1949). *Male and female, a study of the sexes in a changing world*. Nova Iorque: W. Morrow.
- Parker, R. (1990). *Bodies, Pleasures and Passions: sexual culture in contemporary Brazil*. Boston: Beacon Press.
- Petchesky, R. (1996). *Sexual Rights: inventing a concept, mapping and international practice*. Em: Re-Conceiving Sexualities-International Seminar on Gender, Sexuality and Sexual Health, Rio de Janeiro. (Mimeo).
- Rabinow, P. (1994). *The Foucault Reader*. New York: Pantheon.
- Rubin, G. (1984). Thinking of Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. Em: Vance, C.(Org.). *Pleasure and Danger: exploring sexuality*. New York: Routledge and Kegan.
- Santos, B.S. (1996). *Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade*. São Paulo: Cortez Editora.

<sup>6</sup> What is Enlightenment?, em Paul Rabinow (1994).



# SUJETOS E IDENTIDADES: UNA INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LO MINORITARIO SEXUAL<sup>1</sup>

*Gabriel Guajardo Soto\**

En este artículo se desarrolla una interpretación crítica de la categoría de *minorías sexuales* para dar cuenta de la diversidad de experiencias y construcciones identitarias de las personas y grupos homobisexuales al interior de un orden. Básicamente, se plantea que lo *minoritario sexual* alude a las relaciones de poder de un sistema sexo/género desigual cuyo eje de significación es la hipercorporalización de los sujetos humanos, prescindiendo de sus dimensiones éticas, políticas, sociales, espirituales, u otras que le otorguen un estatuto pleno en la esfera pública.

## LO MINORITARIO SEXUAL COMO ESPACIO DE UN OTRO

Si bien durante todo el siglo XX se acrecentó gradualmente desde las ciencias sociales y humanas un acervo de conocimiento<sup>2</sup> de la diversidad sexual de la humanidad (Kottak, 1997) que indicaba la tolerancia o aceptación de la homosexualidad en numerosas culturas, las sociedades occidentales han pretendido universalizar su hostilidad o antagonismo hacia las personas de orientación homosexual, bisexual o lésbica, incluso ubicándolas hasta fines del siglo pasado en el campo de la patología médico-psiquiátrica o el delito legalmente definido. De hecho, cada uno de los términos de identificación a los que se alude tiene una carga de valor actualmente discutida, no corresponde a una mera descripción técnica del comportamiento e incluso no es pertinente en todas las culturas y países<sup>3</sup>.

Aun cuando en América existen países y Estados que mantienen prohibiciones legales y no legales en el campo sexual y emocional

\* Antropólogo Social. Investigador Asociado de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Santiago de Chile. Email: gguajardo@flacso.cl

<sup>1</sup> El presente artículo es una ampliación de un documento elaborado para la Conferencia Ciudadana Contra el Racismo, la Xenofobia, la Intolerancia y la Discriminación, desarrollada el 3-4 de diciembre del 2000 en Santiago de Chile. Una versión del texto fue publicada en la revista *Nómadas* de la Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Diversos autores han puesto atención al hecho de que la antropología sexual carece actualmente de un corpus sistemático si se le compara con ámbitos como el parentesco o la tecnología, debido a las restricciones culturales de occidente (ver Nieto, 1993).

<sup>3</sup> Estamos conscientes de las limitaciones culturales y sociales para el uso de los términos *hombres gay* y *mujeres lesbianas* y bisexuales al racionalizar y marcar un amplio horizonte de subjetividades y corporeidades.

diferente al heterosexual, crecientemente se modifican o se discuten públicamente las definiciones culturales y las normas en el campo de la sexualidad, reproducción y las relaciones de género entre hombres y mujeres. En este marco, desde la década de los noventa del siglo XX se observó en los diferentes países de la región algunos indicadores de cambio en dicha situación, tales como un aumento de publicaciones en los estudios sobre sexualidad y relaciones de género (Balderston & Guy, 1998); la inclusión en la agenda pública como tema de debate en los medios de comunicación social; la emergencia de organizaciones civiles que comenzaron a plantear públicamente la existencia de formas de vivir la sexualidad y afectividad homosexuales y lésbicas<sup>4</sup>; así como el desarrollo de la prevención comunitaria de la epidemia del sida y el apoyo a las personas afectadas (Whitlock, 1992).

Se ha analizado diversos factores que explican este cambio tanto a nivel regional como internacional (Castells, 1999), cuyas expresiones articulan -de un modo complejo, flexible y culturalmente yuxtapuesto- elementos tradicionales de la cultura popular con la racionalización del discurso científico y jurídico<sup>5</sup>. En este marco, las *minorías sexuales* como noción formarían parte de las sociedades occidentales al proponer una distinción en el campo de la sexualidad y los afectos de las personas y grupos mayoritarios. Esa distinción plantea la imposibilidad de una autonomía de la categoría *minorías sexuales* respecto a una mayoría en la sociedad, entendida ésta última como totalidad que determina la conducta de los individuos y que se genera en la correspondencia, a lo menos, entre los sistemas cultural, económico, social y político, todos ellos contenidos en fronteras territorial y jurídicamente concebidas.

Sin embargo, la idea de sociedad como espacio referencial en el establecimiento de

mayorías es crecientemente cuestionada, principalmente al confluir procesos de globalización que destruyen la idea de frontera con un centro endógeno de decisión y negociación y, por otra parte, la constatación pública y académica de la pluralidad de identidades y adscripciones de los sujetos, constituyendo sus propios referentes de acción social. La sociedad metaforizada como *polis* estalla por nuevas metáforas: el mercado, el flujo de subjetividades y la coexistencia de comunidades identitarias (Garretón, 1996).

Esta transformación que experimenta la idea de sociedad tiene efectos en las modalidades de entender el espacio público y la ciudadanía de los individuos, pues ya no es necesaria una correspondencia con un único tipo de sociedad como estándar de evaluación y juicio evaluativo para definir las formas de convivencia según la relación mayorías/*minorías* y, con mayor radicalidad, se abre la duda sobre la utilidad de categorías legitimadas en la estilización de un tipo de sociedad occidental, moderna, nacional e industrial.

La mayor utilidad de conceptos como *minorías* y mayorías sexuales se logra en la denuncia de formas de discriminación de las *minorías sexuales* al interior de regímenes autoritarios o democráticos, al regular los conflictos y generar esferas de representación legítima de los intereses sociales y dejar, frecuentemente, a las *minorías sexuales* excluidas consensualmente de esa esfera; o, también, desde una perspectiva crítica, obtener un rendimiento teórico y político explícito, al relevar las condiciones opresivas, injustas y de explotación de un *otro minoritario*.

Esta estilización conceptual no sólo comprende a un tipo de sociedad occidental metropolitana, sino que también opera a través de la definición de un individuo pre-figurado, estableciéndose un puente fluido entre sociedad

<sup>4</sup> A fines de la década de los sesenta, comienzan a gestarse en América organizaciones tales como el Grupo «Nuestro Mundo» en Argentina en 1969. Véase: <http://www.indiana.edu/~arenal/arge.html>.

<sup>5</sup> Ver Parker (1998).

y sujeto. En este contexto, el *otro minoritario* oprimido o críticamente liberado de esa opresión, puede ser narrado en su identidad y comportamientos de un modo coherente en un continuo entre hombres y mujeres, humanos y no humanos. Así, en el caso de la homosexualidad, la pretensión de agotar e inscribir lo homosexual como horizonte de subjetividades y corporeidades en la construcción de *otro negado* visible, se enfrenta cotidianamente a su desdibujamiento en la multiplicidad de expresiones individuales, sociales y culturales en cada contexto histórico.

En una mirada continental, el mayor rendimiento conceptual que se logra con la etiqueta *minorías sexuales* se encuentra en el establecimiento de comparaciones interculturales en búsqueda de un archivo antropológico e histórico consensual, para luego evaluar esas comparaciones como demostraciones de formas culturales relativas -aquí *minoritarias* y allá *mayoritarias*- o preservar y vigilar los contactos culturales entre sociedades con equivalencias no deseables. En este último aspecto, la necesidad de una cuantificación del comportamiento sexual no heterosexual, luego de resolver problemas metodológicos (Guajardo, 1999) y éticos vinculados a la adscripción a esas etiquetas o la observación de prácticas sexuales, se vincula a las necesidades de ofrecer información en una comunicación institucional de Estado (Weil, 1992) que será evaluada política, geopolítica, religiosa o económicamente en cada país.

Por ejemplo, la elaboración del tópico de la homosexualidad masculina se registra, en el caso chileno, como un hecho sintomático de los cambios que se están produciendo a nivel de la cultura y sus reglas de funcionamiento. Se percibe en sectores medios de la población la existencia de un proceso de cambio cultural, en el que se requiere la tolerancia de los hombres gay masculinizados para ser considerado un país moderno y desarrollado, tal como ya se produjo en Estados Unidos y Europa; no obstante, se mantienen las restricciones para las mujeres lesbianas y personas bisexuales en la sociedad chilena (Caro & Guajardo, 1997).

## **APROXIMACIONES AL CAMPO DE LA SEXUALIDAD DESDE LO MINORITARIO**

Las aproximaciones comparativas en el campo de la sexualidad y, en particular, cuando se involucran las *minorías sexuales*, forman parte de una constelación de intencionalidades académicas, políticas, geopolíticas y sanitarias, entre otras, que resultan difíciles de aislar de la formulación de políticas o medidas públicas de los Estados. Sin embargo, en estos debates y comparaciones es posible distinguir, esquemáticamente, dos campos básicos de construcción de lo minoritario sexual como tópico público que, a su vez, registran en su interior distintas visiones. En una primera aproximación, la noción de *minoría sexual* involucra una expresión de identidad que se elabora a partir de contenidos específicos y una diferencia con *otros* sujetos y, en una segunda perspectiva, correspondería a una forma definida por contenidos o efectos sin necesidad de que exista un sujeto que pueda reconocerse en esa etiqueta.

### **IDENTIDADES DE CONTENIDOS Y FRONTERAS DEFINIDAS. EL SUJETO TAXONÓMICO**

Una aproximación a la noción de minoría sexual enfatiza su definición explícita por contenidos y fronteras de pertenencia/exclusión de determinados individuos en la sociedad, cuya identificación se logra de acuerdo a una taxonomía de comportamientos sexuales y signos centralmente corporales (por ejemplo: pintarse el rostro, gestos, vestimenta), formando parte de esta visión sujetos tales como el maricón, el homosexual afeminado, los gay masculinizados, la lesbiana masculina, el travesti e individuos al interior de la categoría transgénero.

En esta perspectiva, adquieren particular importancia las distinciones lingüísticas y de adscripción al interior de las propias *minorías sexuales*, es decir, es tan relevante la diferencia entre un homosexual travesti de un no travesti, como la que se podría establecer con una persona de orientación heterosexual. El conjunto de estos

sujetos, entendidos a partir de sus comportamientos sexuales y signos corporales, correspondería a las *minorías sexuales* cuyas particularidades se definirían de acuerdo al contexto nacional, étnico, socioeconómico y/o generacional, entre otros que se puede enumerar.

### IDENTIDADES DE CONTENIDOS DEFINIDOS Y FRONTERAS DE IDENTIDAD DÉBILES.

#### LA FRAGMENTACIÓN DE LOS SUJETOS

Desde la aproximación que enfatiza los contenidos sin definir o prestar preocupación a las fronteras simbólicas se tiende a desestimar el uso de la noción de *minorías sexuales*, reemplazándolas por otras con mayor potencialidad descriptiva de contenidos referidos a comportamientos o atributos de acciones, pero nunca explícitamente a sujetos, individuos o actores sociales. Aquí las *minorías sexuales* y los sujetos que dan pie a las acciones observadas, se encuentran en silencio. La única presencia es el fragmento del cuerpo en su dimensión sexual: es un cuerpo masculino que se encuentra con otro cuerpo masculino. Un ejemplo reciente es la categoría de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), que si bien permite una versatilidad político/académica, degrada a un sujeto<sup>6</sup>.

### IDENTIDADES DE CONTENIDOS INDEFINIDOS Y FRONTERAS DE DISTINCIÓN MARCADAS.

#### LOS SUJETOS COMO ENTES DISCURSIVOS Y SOCIALES ANTE UN ORDEN

Las *minorías* entendidas a partir de sus fronteras sin contenidos específicos o sin mayor valoración, cuando se explicitan tienden en general a relevar la posición de sujetos sexuales ambiguamente definidos en un entorno que les permite reconocerse y diferenciarse de otros en

su propia sociedad o, en el extremo, en el mundo social globalizado. En este contexto, la minoría sexual es centralmente una diferencia (Lévi-Strauss, 1984) que se logra expresar públicamente en un complejo juego de convergencia entre el sujeto minoritario y una mayoría, o entre el sujeto y una hegemonía.

Las *minorías sexuales*, dotadas de expresividad discursiva y social, corresponderían a una articulación identitaria que se lograría a partir de la acción individual o colectiva que se inserta en una lógica de poder. Esta acción puede adquirir su forma en una relación subversiva o perversa con un orden social y cultural históricamente construido. La búsqueda de la transformación de la legislación nacional desigual por leyes igualitarias para todos los ciudadanos, luego del reconocimiento de su diferencia en cuanto a orientación o prácticas sexuales, es ante todo una forma de pertenencia a un orden.

Existen en las Américas ejemplos emblemáticos de estas acciones en los campos de las artes, la política y la solidaridad comunitaria en la dignificación de las personas y grupos que se han reconocido con una identidad. Las organizaciones de derechos civiles gay/lésbicos y de base comunitaria que han proliferado en América Latina forman parte de este acervo social, cuya composición no se ajusta necesariamente a una categoría nítida y unívoca de marca sexual.

### IDENTIDADES DE CONTENIDOS Y FRONTERAS INDEFINIDAS. LOS SUJETOS COMO ENTES FANTASMALES O SÍNTOMAS DE UNA CRISIS EN LA SOCIEDAD Y LA CULTURA

Es posible reconocer una corriente de pensamiento que identifica la existencia actual de las *minorías sexuales* como síntoma o fantasma de la ruptura de la unidad de la colectividad. Desde

<sup>6</sup> Otro caso lo configuran las llamadas parafilias de la sexología patológica como son la necrofilia, zoofilia o la dendrofilia (Ver Segú, 1996).

esta visión, la idea y experiencia de las *minorías sexuales*, como también los movimientos de mujeres, étnicos y ecologistas, entre otros, ocupan un lugar privilegiado en la asignación e identificación de responsables de los cambios que son experimentados de forma preocupante por la sociedad occidental.

Las mujeres lesbianas y los hombres gay son considerados como una minoría que, si bien logra efectos de mayoría en el espacio público, corresponde básicamente a un síntoma de la «*crisis morab*» o de época que viven las sociedades; en esa medida, es posible comprender el rechazo o discriminación hacia ellos al ubicarlos en el campo de la patología y desviación. Un ejemplo reciente lo proporciona Armando Roa, médico psiquiatra chileno, quien observa la homosexualidad en relación con una atmósfera nihilista en un tono ironizante:

*...siendo el placer sexual lo que, en medio de una atmósfera nihilista, le da cierta consistencia y atractivo a la vida dentro de su brevedad antes de que se hunda en la nada, privar a alguien de él resulta una discriminación suma, igual o peor quizás que la discriminación de razas; por eso, propio de algo posmoderno es dar igualdad de derechos a homosexuales y lesbianas para contraer matrimonio si es que les apetece y aún más para adoptar hijos, si ello les cola lo placentero de la vida. Similares derechos deben tener los travestistas y cuantos desean acomodar su sexo a la satisfacción completa de sus aspiraciones. De ahí la necesidad de no considerar trastorno patológico a la homosexualidad, de ver en su antigua ubicación entre las anomalías un mero prejuicio sociológico (Roa, 1995).*

## UN MISMO PATRÓN CULTURAL: LA HIPERCORPORALIZACIÓN DE CATEGORÍAS HUMANAS

En ambas aproximaciones a la noción de minoría sexual -identidad y forma/efecto- se reconoce un mismo patrón que se ha denominado la hipercorporalización de ciertas categorías

humanas (Llamas, 1995); es decir, la existencia de ciertos individuos humanos es definida por su estatuto corpóreo con prescindencia de dimensiones éticas, políticas, sociales, espirituales, religiosas o lingüísticas. Este patrón cultural históricamente ha podido establecer equivalencias entre diferentes sujetos por su reducción al cuerpo, siendo una expresión dramática de esta visión la esclavitud, donde las personas son definidas como cuerpo físico destinado al trabajo, al dominio, al intercambio económico o a la reproducción de otros esclavos.

Estos elementos logran una articulación de sentido y significado público para las sociedades, tanto a través de la construcción de identidades esenciales vinculadas al cuerpo en su materialidad significativa (piel, color de piel, musculatura, placer, dolor, discapacidades, movimiento, entre otras), como de la diferencia que se logra establecer con los sujetos considerados verdaderamente plenos. Para el individuo reducido a su corporalidad, en el caso de las *minorías sexuales* al placer y a ciertos afectos derivados del sexo, ninguna actividad diferente es de su competencia como ser humano ni ciudadano, con la excepción de sostener un régimen de secreto, discreción, temor, miedo, sumisión y respetabilidad controlada socialmente.

La experiencia de la pertenencia a una *minoría sexual* y su discriminación o intolerancia social une al sujeto con su propio cuerpo en una relación de auto-agresión y violencia consigo mismo. Un ejemplo, se puede encontrar en la valoración positiva del suicidio en un 30% entre las mujeres lesbianas y bisexuales en Costa Rica, según un estudio de 1999 consignado por la Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC). Por otra parte, además de la muerte física es posible detectar la legitimidad que adquieren los discursos sociales respecto a impedir su existencia como posibilidad humana; así, en una encuesta del año 2000 aplicada a una muestra de 1.111 casos representativa de la población de la Región Metropolitana en Chile, de hombres y mujeres mayores de 18 años, un 57.3% respondió estar de acuerdo con la afirmación: «*Los médicos deben*

*investigar las causas de la homosexualidad para evitar que sigan naciendo más*<sup>7</sup>.

Ante la legitimidad cultural de la muerte de ciertas personas por su corporalización extrema, podemos señalar que el cuerpo está siempre inscrito en una experiencia que forma parte de la identidad del sujeto y que puede alcanzar su articulación en la unificación reflexiva de la multiplicidad de aspectos de la vida individual (Pérez Cortez, 1991), abriéndose a la posibilidad de desarrollar experiencias o estados de salud y bienestar. Un ejercicio no alienante de la corporalidad pasa por la accesibilidad de referentes que sitúen los cuerpos en un contexto donde puedan encontrarse fórmulas de supervivencia, autonomía o subversión, a diferencia del uso de instancias o etiquetas generalizantes y reductoras de la pluralidad de la vida humana.

En América Latina la hipercorporalización de humanos, en un régimen de relaciones de género desigual, ha llevado en el caso de las

mujeres lesbianas a una tendencia a su invisibilidad en el espacio público y académico, al prescindir del hombre en tanto categoría que desencadena su definición identitaria principal (madre, esposa), e incluso se ha imposibilitado la aplicación del delito de sodomía<sup>8</sup> en algunos países.

En cambio, para los hombres gay su existencia queda confirmada, según el estereotipo social, por su práctica sexual y la búsqueda de un placer inmoderado, frustrante, falso, destructivo y mortal a partir de la epidemia del VIH/sida. Ante este patrón cultural, en algunos países como Chile la posibilidad de entablar acciones legales de defensa por actos de discriminación y difamación cometidos contra personas gay o lesbianas no se encuentra claramente consagrada<sup>9</sup>. El cuerpo homosexual y lésbico se configura como una entidad ficcional carente de memoria y de un imaginario que pueda habitar un sujeto real, histórico y verdadero. Así, un grupo de jóvenes estudiantes chilenos en 1993 se preguntaba «¿Y tiempo atrás habría maricones o no?» (Palma *et al.*, 1993).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahumada, E. & Sánchez, C. (2000). *Homosexualidad y Derechos Humanos*. Santiago: Corporación CODEPU.
- Balderston, D. & Guy, D.J. (1998). *Sexo y sexualidades en América Latina*. Buenos Aires: Paidós.
- Caro, I. & Guajardo, G. (1997). *Homofobia cultural en Santiago de Chile. Un estudio cualitativo*. Santiago: FLACSO- Chile.
- Castells, M. (1999). *La era de la información. Economía, Sociedad y Cultura*. Madrid: Alianza Editorial, Vol.2.
- Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC). (2000). «Ha pasado ya el tiempo de la tolerancia. Orientación sexual, mujeres y derechos humanos en América Latina y El Caribe, 1995-1999». San Francisco, EE.UU. Febrero 2000. (Inédito).
- Garretón, M. A. (1996). ¿Crisis de la idea de sociedad? Las implicaciones para la teoría sociológica en América Latina. *Revista de Sociología*, (10): 25-30

<sup>7</sup> Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Segunda medición Estudio Intolerancia y Discriminación. Santiago, 2000. Documento inédito.

<sup>8</sup> Según informa la Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC), en el año 1997 en Puerto Rico las autoridades no aplicaron el artículo 103 del Código Penal que sancionaba las relaciones sexuales del mismo sexo porque una lesbiana «no está en capacidad de cometer sodomía». Ver Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC), 2000.

<sup>9</sup> Para el caso chileno véase Ahumada & Sánchez (2000).

- Guajardo, G. (1999). Homosexualidad masculina y opinión pública chilena en los noventa. En: Olavarría, J. & Parrini, R. *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Santiago: FLACSO-Chile.
- Kottak, P. (1997). *Antropología Cultural. Espejo para la humanidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lévi-Strauss, C. (1984). *La mirada distante*. Barcelona: Argos Vergara.
- Llamas, R. (Comp.). (1995). *Construyendo Sidentidades. Estudios desde el corazón de una pandemia*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Nieto, J. A. (1993). *Sexualidad y deseo. Crítica antropológica de la cultura*. Madrid: Siglo XXI.
- Palma, I. *et al.* (1993). «Discurso sobre sexualidad y salud reproductiva en adultos jóvenes: factores facilitadores e inhibitorios en la prevención de riesgos». Santiago, Proyecto 90129 BSDA. (Inédito).
- Parker, R. (1998). Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago: FLACSO-Chile.
- Pérez Cortés, S. (1991). El individuo, su cuerpo y la comunidad. *Alteridades*, (2): 13-23.
- Roa, A. (1995). *Modernidad y posmodernidad. Coincidencias y diferencias fundamentales*. Santiago: Andrés Bello.
- Segú, H. (1996). *Conductas sexuales inadecuadas. Estudio clínico de las disfunciones sexuales y las parafilias*. Buenos Aires: Lumen Humanistas.
- Weil, P. (1992). *La comunicación global. Comunicación institucional y de gestión*. Barcelona: Paidós.
- Whitlock, K. (1992). *Puentes de Respeto. Creación de Apoyo para la Juventud Lesbiana y Homosexual*. Santiago: Comité de Servicio Chileno Cuáquero.





**SIDA: SALUD-ENFERMEDAD, VULNERABILIDAD Y AGENCIA**

**V**



LA PANDEMIA DEL SIDA  
EN UN MUNDO  
GLOBALIZADO:  
VULNERABILIDAD,  
SUBJETIVIDAD Y LOS  
DIÁLOGOS ENTRE LA  
SALUD PÚBLICA Y LOS  
NUEVOS MOVIMIENTOS  
SOCIALES

---

*Carlos F. Cáceres\**

---

Uno de los principales motivos por los cuales emprendí la tarea de escribir este ensayo fue porque sentí que podía representar una oportunidad valiosa: la de reflexionar sobre la pandemia del sida como elemento central de la historia de fines del siglo XX, tanto en lo que tempranamente leí o escuché acerca de ella (esencialmente sus inicios «oficiales» en los ochentas; su ingreso oficial al curso de virología en la Facultad de Medicina cuando era estudiante) como en lo que viví más de cerca como profesional de salud, como amigo de personas afectadas, y como ‘investigador/ activista’ (para usar el feliz término que una querida amiga me enseñó) desde 1987, cuando comencé una investigación en el tema como materia de mi tesis en medicina. Ya aquella temprana experiencia fue particularmente impactante para mí, pues su ejecución me hizo encarar intensivamente un conjunto amplio de dimensiones de la epidemia, que iban más allá de la colección de datos comportamentales y muestras sanguíneas: hubo que lidiar con el estigma de la muerte, el estigma de la homosexualidad, lo ominoso de un diagnóstico de infección por VIH en un contexto como el nuestro en esa época (los recursos de apoyo eran escasos y las discusiones bioéticas sobre investigación en VIH estaban en sus inicios), la problemática familiar y la desigualdad social.

En la reflexión que sigue a continuación intentaré, entonces, proponer que la pandemia del sida ha representado una dimensión central en el cambio cultural experimentado en el mundo «globalizado» en las últimas dos décadas (y probablemente la globalización no es pensable como la pensamos hoy sin los contenidos simbólicos vinculados a la pandemia del sida). Asimismo, intentaré plantear que las respuestas sociales generadas por la pandemia del sida han resultado de una paradigmática interacción entre la tradición de la salud pública y emergentes movimientos sociales en torno de la sexualidad, el género, las minorías étnicas, los derechos humanos, el sida mismo, y el derecho a la salud.

---

\* Médico (UPCH) y Doctor en Salud Pública (Universidad de California, Berkeley). Profesor Principal de la Facultad de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Investigador del Center for AIDS Prevention Studies, University of California, San Francisco. E-mail: ccaceres@upch.edu.pe

Esta interacción ha terminado abriendo una novísima puerta de desarrollo para la salud pública que rompe con los aspectos más paternalistas o policíacos de su tradición (en la línea del control social) y que la reconcilia con una visión del mundo social que, al tiempo de reconocer la inequidad y la vulnerabilidad, reconoce también la agencia, así como un conjunto de derechos individuales, incluyendo el derecho a la diversidad y el derecho a la autodeterminación.

## UN MUNDO GLOBALIZADO ES UN MUNDO CON SIDA

Fuera de leerse como «enfermedad infecciosa» o «pandemia», el sida debe verse como un producto cultural (Treichler, 1988a, 1988b, 1992; Crimp, 1988; Watney, 1988; Nelson, 1992; Patton, 1990; Stanton, 1992; Risse, 1988; Rosenberg, 1988). Involucra una larga lista de significados individuales y sociales históricamente asociados a las plagas (v.g. temor, negación, culpa, inmoralidad, compasión, desprecio, ansiedad, nostalgia, fatalismo, exclusión) (Fox & Karp, 1988; Farmer, 1992). Sin embargo, no escapa a los códigos de su tiempo: su denominación apela a categorías médicas recientes («inmunodeficiencia adquirida») (Haraway, 1991). Pero sobre todo, es una epidemia de fines del siglo XX, y su representación social es inseparable de los significados centrales de la cultura «globalizada» imperante. No es gratuito que en muchos lugares los rostros del sida (representados en los medios y las campañas educativas durante los ochentas e inicios de los noventas) hayan correspondido a hombres *gay* caucásicos con sarcoma de Kaposi, cuando a veces diferían radicalmente de los casos locales en términos de etnicidad, género, orientación sexual y cuadro clínico.

Coincidimos con Kellner (1997) en la lectura de que la globalización codifica la reestructuración y reorganización fundamental de la economía, la política y la cultura que ha implicado la «gran transformación» a un nuevo estadio de tecnocapitalismo. Según Kellner, la globalización significa, en este periodo de transición, en esta frontera entre dos épocas, tanto

la continuidad con el pasado y la modernidad, como la novedad del presente y del futuro que ya llegó. En este marco, la aparición de una 'cultura global' sería una dimensión fundamental, que resultaría de nuevas tecnologías informáticas y comunicacionales, y que anunciaría una sociedad de consumo con su panorama de bienes y servicios, formas transnacionales de arquitectura y diseño, y un amplio rango de productos y formas culturales que están atravesando las fronteras y convirtiéndose en una nueva cultura mundial.

La pandemia del sida tiene elementos que la convierten en un ejemplo de primera mano de estos fenómenos. Hablando desde el punto de vista económico, su impacto en la economía de amplias regiones del mundo en desarrollo fue planteado como justificación de una transición de la autoridad técnica global de manos de la Organización Mundial de la Salud hacia una mayor participación del Banco Mundial (a través de ONUSIDA, un programa conjunto de Naciones Unidas para enfrentar el sida en el cual dicho Banco participa desde sus inicios en 1995) (UNAIDS, 1997). Al mismo tiempo, y de manera individual, el Banco desarrolló una lectura epidemiológica y económica específica en torno del sida (de lo cual es un ejemplo paradigmático *Confronting AIDS* [The World Bank, 1997]), la cual comenzó a aplicar en los préstamos para programas de sida que otorgó a algunos países como Brasil, además de utilizarla como base de sus posturas dentro del cuerpo directivo de ONUSIDA (Galvão, 2000; Parker, 2000).

Resulta interesante que mientras durante la primera fase de este periodo de involucramiento del Banco Mundial en el trabajo global en sida, las estrategias orientadas a la reducción del impacto social y económico a través de la ampliación del acceso al llamado tratamiento antirretroviral altamente activo (i.e. combinaciones de drogas que incluyen a inhibidores de la proteasa del VIH) eran ignoradas al asumirse que no resultaban 'costo-efectivas', durante etapas posteriores, con el surgimiento de un movimiento de bases más fuerte que proponía la igualdad de opciones entre norte y sur, pero también con la entrada a la discusión de las compañías farmacéuticas y, por ende, la reconfiguración del cuadro de intereses económicos en juego, se comenzó a ver esta opción de manera diferente (Galvão, 2000).

Despierta interés la discusión creada desde inicios del año 2000 en torno al acceso a tratamientos en África, continente profundamente afectado por la epidemia. Más adelante discutiremos los aspectos más políticos del debate (particularmente los relacionados a la reapertura del tema de la etiología del VIH). Por lo demás, sin embargo, el ofrecimiento de un mayor acceso a las nuevas terapias a precios significativamente menores, si bien trajo nuevas esperanzas acerca del futuro de la población africana afectada por el VIH, también permitió tomar conciencia acerca de que las efectivas terapias en cuestión requieren no sólo de una infraestructura sanitaria compleja, y de una cobertura adecuada, sino de patrones de vida poblacionales que permitan una regularidad adecuada de la medicación, continuamente supervisada con tecnologías relativamente sofisticadas como el conteo de linfocitos T4 y el examen de carga viral (*viral load*). Se planteó, así, que estos nuevos recursos terapéuticos existían para la realidad ‘desarrollada’ y no tenían, por lo menos a inicios del 2001, mucho espacio en contextos de gran pobreza (CMH-WHO, 2001)<sup>1</sup>.

Otro de los temas poco discutidos en relación con el sida y la economía globalizada está en los cambios demográficos y migratorios tanto dentro de algunos países como entre estados, que ha creado no sólo oportunidades para el tránsito geográfico del virus, sino que ha transformado patrones de agrupamiento, situaciones familiares y formas de experiencia sexual (incluyendo el comercio sexual), creando nuevas situaciones de vulnerabilidad frente al VIH (Parker, 2000; Bronfman, 1998).

Ahora bien, desde el punto de vista sociocultural, es posible que el sida se haya convertido en un ícono cultural globalizado (Cook & Colby, 1992; Crimp, 1988; Nelson, 1992). Signo de los tiempos, sigla con origen en la jerga clínica más especializada que se convierte en palabra en muchos idiomas, el sida es un ejemplo de una idea con dos décadas de antigüedad que ya estaba masificada a fines de la década de los ochentas.

Tal masificación, obviamente, implica también una recreación incontrolable de significados que aportan frondosidad local a un núcleo semántico ‘global’ muy pequeño, probablemente el del sida como ‘enfermedad mortal’ causada por una ‘baja de las defensas’, quizás ‘producida por un virus’ y ‘afectando a prostitutas y (mayormente pero no necesariamente, donde los hay) homosexuales’.

Y los significados localizados, que se transforman en el tiempo, organizan los grandes temores sociales que el sida resucita como ‘epidemia’ en el terreno cultural (Bersani, 1988; Fox & Karp, 1988). El temor a la muerte, el temor al estigma, el temor a lo extraño, pero también a la marginalidad, a la transgresión, a lo diferente. La ansiedad por las múltiples y sospechosas formas de transmisión casual no sexual que impondrían el estigma sobre ‘quien no pecó’. Porque el sida es eso: muy en lo profundo de las mentalidades colectivas, el marcador de una ‘vida licenciosa’ o, por lo menos, de una tentación que no se resistió.

Las formas a través de las cuales esta masificación ocurrió son múltiples, y casi mapean los efectores de la globalización cultural: la prensa internacional (y la peculiar relación entre ésta y los medios locales), la música masiva (piénsese, por ejemplo, en las ‘salsas’ y ‘raps’ que se han referido al sida o a los condones), los *talk-shows*, y el cine (tanto en sus variantes masivas como en las ‘independientes’) (Crimp, 1992; Watney, 1988; Harty, 1992). Detonantes particulares en momentos clave han sido las experiencias individuales de personajes públicos (comenzando por las de Rock Hudson y Freddy Mercury), así como las noticias sobre investigaciones de importancia y, particularmente, sobre la aparición de grandes novedades terapéuticas (Fee & Fox, 1992; Epstein, 1996).

Puede argumentarse, sin duda, que el tratamiento mediático del sida varió durante los noventas. Por un lado, su secularización en la comunidad (obviamente, un tema no puede ser noticia de primera plana eternamente), y por el otro, la disminución progresiva de la mortalidad,

<sup>1</sup> Esta situación cambió significativamente a partir de la Sesión Especial sobre sida de la Asamblea General de Naciones Unidas, realizada en Nueva York en Julio del 2001. En ésta se abrió una nueva etapa en la que no se consideran adecuadas las respuestas nacionales al sida que no incluyan la facilitación del acceso a tales tratamientos en el marco de una perspectiva de atención integral.

o de los signos sociales de ésta, primero porque muchos protagonistas clave murieron antes, y segundo porque efectivamente los nuevos tratamientos conllevaron una mayor sobrevivencia, y 'enfriaron' el sida como titular. Sin embargo, el tiempo de su presencia mediática intensa fue suficiente para la ocurrencia de un cambio cultural en casi todo el mundo urbano. En tal sentido simbólico, 'el sida es una realidad'. Es un referente inequívoco acerca de 'los riesgos de una sexualidad no controlada', o del uso de ciertas drogas. Es también un posible 'riesgo gratuito', derivado de muchas situaciones cotidianas sobre las que uno puede no tener el control (por ejemplo, una transfusión sanguínea o una cirugía).

Sin embargo, el hallazgo más fascinante para quienes desde distintas esquinas de las políticas públicas han tratado de enfrentar el sida con programas adecuados ha sido el del contraste entre esta innegable presencia de la imagen de la enfermedad como riesgo sexual controlable individualmente, por un lado, y la mediatización de cualquier decisión para efectuar tal control (i.e. mediante el uso regular del condón o mediante otras estrategias efectivas de reducción de riesgos) en términos de las imágenes que cada quien tenía acerca de las otras personas, incluyéndose la existencia de vínculos emocionales y la de estimaciones acerca de la probabilidad de que estas personas estuvieran infectadas (Prieur, 1990). Más aún, ello no tiene en cuenta el hecho de que con enorme frecuencia las conductas sexuales no son decididas por las personas, sino que ocurren 'por fuerza de costumbre' (a partir de experiencias previas) o por mandato de un guión cultural con base en configuraciones de poder específicas en las relaciones interpersonales (Sweat & Denison, 1995; Farmer, Connors & Simmons, 1996; ONUSIDA, 1998).

Una dimensión adicional de globalización político-cultural en torno del sida es, sin duda, la internacionalización y ramificación del movimiento comunitario frente a éste (Altman, 1995; Epstein 1996). Progresivamente en respuesta a un mandato de sus cuerpos directivos, y atendiendo a las fuertes posturas académico-activistas en este sentido a fines de los ochentas, primero el Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud, y luego ONUSIDA (Programa Conjunto de Naciones

Unidas frente al SIDA) asignaron protagonismo a representantes comunitarios, incluyendo su presencia en los mismos cuerpos directivos. Esta medida resultó de un temprano, y heroico, trabajo activista de grupos como *Gay Men's Health Crisis* en Nueva York, *Project Inform* en San Francisco y *Act Up* en varias ciudades de Estados Unidos (Epstein, 1996; Crimp, 1988; Navarre, 1988; Altman, 1988, 1995). Aunque enfocados en trabajos distintos (por ejemplo, *Project Inform* fue fundamental en la secularización del conocimiento médico y en el empoderamiento individual de las personas viviendo con VIH/sida frente a sus médicos; *Act Up* fue clave en el desarrollo de un 'nuevo movimiento social' que atacó con habilidad pero también con dureza el sistema de significados hegemónicos en torno del sida en EE.UU. durante los ochentas), estas iniciativas tuvieron pronto influencia global a través de los procesos de aceleración y globalización de las comunicaciones.

De esta manera, las conferencias internacionales sobre sida, inauguradas en 1986 en Atlanta, se fueron transformando poco a poco en espacios de confluencia de representantes de este sida globalizado, cuya dimensión comunitaria fue cada vez mayor (Fee & Fox, 1992). Las redes internacionales que lo constituían se fueron diversificando, tanto sub-regionalmente (i.e. adquiriendo capítulos continentales) como en términos de constituyentes (i.e. organizaciones de servicios en sida, trabajadores/as sexuales, educadores, personas viviendo con VIH) e, inclusive, en este último caso, separándose las mujeres en una red especial por considerar que enfrentaban problemas distintos a los de los hombres. Aunque los sistemas de representación en estas movilizaciones eran y son sumamente imperfectos, las voces de personas de diversas procedencias, status sociales y experiencias fueron, de una manera u otra, incorporadas en el debate público.

No puede dejarse de reconocer que, a partir de los recursos económicos que han sido movilizadas en torno del sida, y de la cultura institucional de participación democrática de todos los afectados de alguna manera hegemónica *como fachada*, se genera un espacio complejo de juego político donde tal participación es *representada*. La diversidad no es un fin, entonces, sino un medio

legitimador, pues el que se den condiciones para una democratización del poder de decisión que tornen tal apertura democrática en algo más que plurales imágenes de televisión o multilingües listas de participantes es una meta a otro nivel (ver, sobre este tema, Smith & Watson, 1992).

## DE LOS «GRUPOS DE RIESGO» A LOS «GRUPOS VULNERABLES»: DEL ENFOQUE EN EL CONTROL SOCIAL AL RECONOCIMIENTO DE LA INEQUIDAD

Una segunda línea de análisis que quisiera adoptar en este intento de mirada panorámica, y hasta cierto punto cronológica a las dos décadas de esta pandemia, es la de la identificación del punto de vista privilegiado en la caracterización de la epidemia. Me refiero al lente disciplinario predominante, directamente vinculado a la lógica causal que se manejaba para explicar el sida, y a las teorías elaboradas para el efecto. Claramente el enfoque predominante en la salud pública cuando posa su mirada sobre la naciente epidemia a inicios de los ochenta es una combinación de la epidemiología comportamental (*behavioral epidemiology*) y de cierta psicología social de fuerte tradición neoconductista (Parker, 2000). En tanto los datos iniciales señalaban que el sida afectaba principalmente a hombres homosexuales, y luego también a otros grupos (haitianos, hemofílicos, usuarios de heroína endovenosa), la epidemia se tipificó tempranamente como relacionada a conductas individuales, y un conjunto de investigaciones buscaron relaciones entre la enfermedad (o, cuando la prueba serológica estuvo disponible, la seropositividad) y una diversidad de condiciones que implicaban, generalmente, una situación de marginalidad social. Como la opción teórico-metodológica (y, en este caso, el modelo utilizado: el del sida como vinculado a conductas o situaciones marginales) determina en parte el tipo de asociaciones que pueden ser efectivamente encontradas en una investigación en el paradigma estadístico, era esperable que se encontrara evidencia epidemiológica que, interpretada desde cierta

postura, ayudara a construir el sida como una enfermedad marginal o 'de marginales' (Oppenheimer, 1988; Cáceres, 2000; McKenna, 1996).

De este modo, todo un primer periodo de investigación social sobre sida reforzó una visión de ésta como una enfermedad resultante de estilos de vida inadecuados o poco saludables, y con una inevitable connotación moral. Esto es exactamente lo necesario para legitimar científicamente un estigma social generado a partir de datos anecdóticos o campañas periodísticas. El sida se siguió viendo, entonces, con la venia de la salud pública, como enfermedad de 'grupos de riesgo' (homosexuales, usuarios de drogas, heterosexuales 'promiscuos'). Desde el punto de vista programático, entonces, dicha visión disimulaba poco su parentesco con la vieja lógica de la cuarentena. Frente a grupos de riesgo sólo quedaba diferenciarse de ellos, excluirlos (Bersani, 1998).

Un segundo momento, probablemente más influido por grupos de presión dentro de la academia que pugnaron por acceso a mayores presupuestos que por una verdadera conciencia de los peligros (tanto epidemiológicos como sociales) de la construcción del sida como enfermedad de grupos, derivó hacia el establecimiento de la visión del sida como *problema de todos*. Aquí, la idea central se proponía incluir a los heterosexuales (metafóricamente la 'población general'), de modo que se abandonó formalmente el discurso de grupos de riesgo (ciertamente un discurso legítimo en epidemiología, pero que se extendía hiperbólicamente hacia lo moral) para adoptarse el de 'conductas de riesgo' (Cáceres, 1995). Las conductas de riesgo eran, nuevamente, las prácticas o condiciones poco convencionales en lo sexual (v.g. sexo anal, prácticas entre personas del mismo sexo, sexo comercial) o el uso de drogas. El nuevo protagonista del cuento fue un dispositivo resucitado de la gaveta de lo subterráneo: un *preservativo* largamente asociado a prostitución, sexo casual y enfermedades sexualmente transmisibles, que de pronto se convirtió en el centro de la atención de costosos programas (Treichler, 1992). Quienes no podían restringirse al sexo más 'aceptable' moralmente (que parecía casi excluir la posibilidad de sida)

podían recurrir a este invento del señor Condom, cuyo apellido se inmortalizaría al ser adoptado como sinónimo de preservativo en varios idiomas. Interesantemente, una de las mayores dificultades para extender su uso estaba en el estigma que pesaba sobre él, que hacía que las mujeres ‘decentes’ se sintieran ofendidas si sus compañeros planteaban su uso, y que por lo mismo hacía temer a los hombres ofender a sus parejas en caso de sugerirlo. Igualmente, si las mujeres se hubiesen convencido de la necesidad de su empleo, temerían que sus compañeros adjudicaran su familiaridad con el preservativo con un nivel inapropiadamente alto de experiencia sexual para una mujer (Treichler, 1988b; Farmer, Connors & Simmons, 1996).

En toda una época, entonces, las investigaciones epidemiológicas explorarían tanto la frecuencia de prácticas inseguras (que incluían el sexo no protegido, o sin condón, con compañeros/as casuales) como los patrones de selección de parejas y los tipos de unión sexual. Y las investigaciones programáticas tratarían de dilucidar qué factores aseguraban que las personas tuvieran consistentemente sexo ‘protegido’ o, mejor aún, se asociaban a la monogamia intramatrimonial (en el caso de los adultos) o a la abstinencia (en el caso de los jóvenes).

Por más sentido parcial que tuviera, este enfoque de promoción de conductas individuales saludables (en una perspectiva que inevitablemente resultaba de control social) era no sólo insuficiente sino políticamente conservador: Rehusaba tomar conciencia de que muchas de las conductas de las personas (incluyendo sus conductas sexuales) no son escogidas o decididas por éstas o, en todo caso, no están bajo su control. Es entonces que, sobre todo desde las tradiciones vinculadas a la teoría social crítica, se comienza a construir un paradigma diferente para entender el sida: El paradigma de la vulnerabilidad.

Así, durante la década de los noventa se dio un paso importante en tal dirección, al lograr figuración en el discurso internacional un enfoque basado en la vulnerabilidad social y los condicionantes estructurales de la epidemia (ONUSIDA, 1998; Sweat & Denison, 1995). Este enfoque relativizaba la centralidad de factores

individuales y microsociales en los modelos causales de la adquisición de la infección por VIH, utilizados por la salud pública hasta ese momento.

Intentaremos definir la vulnerabilidad social como la relativa desprotección en la que se pueden encontrar ciertos grupos de personas (por ejemplo, migrantes, personas pobres, amplios grupos de jóvenes y de mujeres, las minorías sexuales, las personas con menor nivel educativo, y otros grupos que viven al margen del sistema) frente a potenciales daños de salud y amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos humanos, en razón de menores recursos económicos, sociales y legales. Algunos podrán argumentar, inclusive, que una de las formas por las que ciertos grupos vulnerables enfrentan mayores daños a la salud está en que, en razón de las dificultades que han enfrentado o enfrentan para sobrevivir cotidianamente, no pueden ver la salud como un valor (es decir, no comparten los valores burgueses acerca de la salud como un capital para acumular y cuidar, previniendo la enfermedad [véase Foucault, 1980]).

Ahora bien, podemos hablar de vulnerabilidad tanto en términos de una vulnerabilidad social genérica como en términos de vulnerabilidades específicas. Pues bien: la vulnerabilidad frente al sida (es decir, mayor riesgo de infectarse con el VIH, y mayor riesgo para desarrollar la enfermedad y morir) resulta no sólo de la desprotección frente a potenciales daños de salud, que define la vulnerabilidad social en general, sino también de la confluencia de por lo menos dos factores: de un lado, el sida es una enfermedad sexualmente transmisible y, de otro lado, el sexo, o más propiamente ofrecer vender o negociar sexo, es un recurso de sobrevivencia para muchas personas vulnerables. En efecto, muchas personas en situación de vulnerabilidad social suelen verse llevadas a dinámicas sociales en las cuales el ejercicio sexual actúa como medio de intercambio (por ejemplo, diversas formas de prostitución y compra de drogas o pago de favores con sexo), o en las cuales tienen menor control sobre su actividad sexual (por ejemplo, sexo en la clandestinidad, o sexo bajo el efecto de alcohol o drogas, o coerción y abuso sexual, o sexo sin posibilidades de negociación, o imposibilidad de acceder a parejas estables).



Igualmente, una vez infectados con el VIH, esta vulnerabilidad lleva a una menor posibilidad de acceder a un diagnóstico temprano y de adoptar un régimen de vida que favorezca la supervivencia (UNAIDS, 1999).

Recordemos, de otro lado, que la vulnerabilidad frente al sida equivale a aquella fracción de los 'factores de riesgo' para infección por VIH y para progresión de la enfermedad que es difícilmente modificable a nivel individual, en tanto tautológicamente deriva, por lo menos en parte, de la condición de vulnerabilidad social de una persona (en tanto integrante de un grupo vulnerable). Es la fracción *estructural* del riesgo, aquella cuya reducción sólo puede ser lograda por el 'sistema' y es finalmente una obligación de los Estados 'civilizados' que han suscrito modelos de desarrollo basados en la equidad y la calidad de vida.

Siempre parcial, pero significativa, la asunción del paradigma de la vulnerabilidad estructural para explicar la pandemia del sida durante los noventa tuvo implicancias importantes en el debate programático. Las estrategias basadas únicamente en el cambio de conductas individuales pasarían a ser vistas sólo como un componente, e incluso cada vez de menor importancia, para detener el avance del virus (Parker, 2000; ONUSIDA, 1998; Sweat & Denison, 1995). La alternativa, sin embargo, de compleja discusión pública, no era en absoluto obvia. El cambio estructural podía ser visto tan difícil de conseguir como de proponer políticamente (o, al menos, de formular de una manera intuitivamente viable). Transformar papeles de género profundamente establecidos, o proponer una alfabetización radical, o modificar las relaciones de poder basadas en la propiedad y el sistema económico, parecen metas no sólo complejas sino políticamente heroicas incluso en regímenes democráticos.

Así, la reducción de la vulnerabilidad, o la 'habilitación' (*enablement*) de los grupos vulnerables (UNAIDS, 1999b), es un objetivo con mucho de utopía pero algunos intentos importantes en camino. Los más interesantes pasan por las transformaciones en el sistema legal, esencialmente en el sentido de proscribir, mediante leyes, conductas discriminatorias, o

situaciones tradicionalmente aceptadas o promovidas que daban muestras claras de incrementar la vulnerabilidad de los menos protegidos (Wohlfeiler, 2000). Otro tipo prometedor de transformaciones ha involucrado aquéllas que han buscado, mediante intervenciones en el entorno inmediato de las personas, transformar su papel económico (por ejemplo, en programas de microempresas orientados a mujeres) para alterar sus relaciones de poder (Sweat & Denison, 1995).

De una u otra manera, la modificación de enfoque que representa la conciencia de la vulnerabilidad, así como la pérdida de legitimidad de los programas orientados al individuo en un vacío social (por lo menos en el discurso público), significan la asunción (potencial) de al menos una cuota de responsabilidad en el crecimiento de la pandemia por parte de los Estados, y comandan a incorporar elementos nuevos en los programas públicos y privados de lucha contra el sida.

## **SUBJETIVIDAD, DIVERSIDAD Y CIUDADANÍA: PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA**

Una de las dimensiones de mayor interés y singularidad en la historia de la pandemia es la trayectoria del movimiento de personas viviendo con VIH/sida. «Todos somos personas viviendo con sida», fueron palabras emblemáticas del recordado Herbert Daniel (Parker, 1991), intelectual y activista brasileño que partió hace más de una década. Efectivamente, hacia fines de los ochentas ya se había consolidado la idea de que el sida (más allá de la epidemiología) es un problema de todos, porque sus consecuencias sociales trascendían largamente a los individuos afectados, tal vez por efecto de los significados sociales a él asignados (Fee & Fox, 1992).

Tal vez las imágenes más elocuentes nos llevan a los escenarios de las conferencias internacionales sobre sida que, anualmente desde 1986 hasta 1994, y bianualmente desde 1996, congregan a científicos, políticos y activistas de las procedencias más diversas. La operación de poner rostros al sida (como se le llamó en una de las

reuniones) fue fundamental para pasar de la estadística al contexto; de la prueba serológica al testimonio de vida; del diagnóstico al individuo. Las voces y los rostros, inicialmente de hombres *gay* anglosajones, fueron dando paso a mujeres y niños, progresivamente de otros grupos étnicos, y paulatinamente del mundo en desarrollo. A pesar de la potencial tensión entre *statement* político duro y representación mediática pura, estas apariciones avanzaron en dimensiones poco imaginables la cuestión de la salud como derecho ciudadano.

Y esto, con certeza, no había ocurrido nunca antes en la relación entre la comunidad científica y cualquier grupo de ‘enfermos’, ‘pacientes’ o ‘víctimas’. Al tratarse de una epidemia que, por lo menos en su primera década, afectó visiblemente sobre todo a la comunidad *gay* norteamericana y occidental en general (incluyendo un gran número de intelectuales, artistas, activistas, y dueños de fortunas materiales), produjo una movilización comunitaria sin precedentes. Esta tenía aún frescas las luchas del movimiento *gay* moderno de los setentas, y creó lo que corresponde claramente a un nuevo movimiento social (en el sentido de Touraine [Dubet & Wieworka, 1995]). Tres fueron las vertientes más notables de su lucha: (1) El desarrollo de servicios comunitarios educativos y de apoyo, para compensar su inexistencia por parte del sector público (como fue el caso del *Gay Men's Health Crisis*, la *Whitman Walker Clinic* y el *Shanti Project*, en Estados Unidos, el *Terrence Higgins Trust* en Inglaterra, o *AIDeS*, en Francia); (2) El activismo frente al *establishment* médico, para transformar las normas de protocolos de ensayos clínicos y facilitar el acceso a algunos medicamentos prometedores pese a no haber sido completamente evaluados, con base en una decisión autónoma de las personas; complementado con una sofisticada capacitación clínica de las personas con VIH, para permitirles discutir sus tratamientos con los médicos en relaciones lo más igualitarias posible (como fue el caso sobre todo de *Project Inform*, en Estados Unidos); y (3) El activismo cultural, orientado a enfrentar radicalmente las representaciones sociales

del sida en los ochentas, de modo de sensibilizar, mediante manifestaciones incluso grotescas, a una opinión pública que muy tempranamente había impuesto un estigma pesado sobre el sida, y convertido en extranjeros indeseables a todos los que se le relacionaran (de lo cual es ejemplo paradigmático *Act-Up*) (Crimp, 1988; Epstein, 1996; Navarre, 1988; Bordowitz, 1988; Altman 1988, 1995; Padgug & Oppenheimer, 1992; Rothman & Edgar, 1992).

Pero el movimiento de personas viviendo con VIH/sida no habría sido posible fuera del contexto del surgimiento de nuevas identidades. Representa el rescate de la subjetividad del individuo y de su comunidad frente al trauma de la enfermedad, y al mismo tiempo el rechazo de los significados asociados a pasividad, muerte y dependencia de lo divino, de la tecnología, o de la compasión del *establishment*. Constituye la materialización de una identidad que rechaza las etiquetas tradicionales para referirse a la experiencia de enfermedad, y que subraya la condición de *persona con una experiencia*, en este caso, la convivencia con el virus, una *con-vivencia* que también recuerda la situación de estar vivos/as y la voluntad de continuar estándolo.

*Un ejemplo de la peculiar transcendencia de esta tensión, con otro problema de salud, fue, durante una edición de la Reunión Annual de la Asociación de Salud Pública de los EE.UU. en 1993, la ocurrencia de una marcha de personas que se decían afectadas del 'síndrome de fatiga crónica' (chronic fatigue syndrome), una condición poco precisada que no calificaba como enfermedad y que ellos sostenían debía ser reconocida como tal, tanto por su propia tranquilidad frente a la naturaleza de su problema (es decir, para definir su identidad) como porque tal definición les daría acceso a atención de salud específica.*

*Y un contra-ejemplo, mucho más reciente, se refiere al gran debate suscitado en Sudáfrica en los meses previos a la XIII Conferencia Mundial sobre Sida (New York Times, 2000<sup>2</sup>). La*

<sup>2</sup> Ver una serie de artículos aparecidos en el *New York Times* entre febrero y julio de 2000.

*movilización generada por la organización de la conferencia pareció desatar muchas ansiedades, incluyendo las de muchos miembros del gobierno sudafricano, quienes inexplicablemente dieron cabida a los escasos seguidores residuales de una vieja teoría disidente sobre la etiología del sida, patrocinada por Peter Duesberg, y en este caso sostenida sobre todo por una facción de Act-Up San Francisco. Según esta teoría, el sida no sería causado por el VIH sino por una combinación de estilos de vida poco saludables y exposición involuntaria a tóxicos. El presidente Mbeki dio inusitada cabida a esta teoría durante muchos meses, lo que ocasionó una respuesta fría del país a la histórica organización de la conferencia en un país del sur por primera vez en la historia de estas reuniones, y finalmente derivó en su ambigua intervención durante la ceremonia inaugural. Para muchos, Mbeki perdió una singular oportunidad para dirigirse a su pueblo (y a África en general) y hacer un llamado al cambio. Muchos interpretaron esta actitud de Mbeki como una negativa (por razones desconocidas) a reconocer la existencia del VIH y, por lo tanto a la posibilidad de definir a alguien como afectado o no directamente por el sida a partir de una prueba serológica que examina la exposición al virus. Es decir, quedaba claro que, negando al VIH, se negaba la posibilidad de definir a alguien como persona viviendo con VIH, con el significado social y personal que ello conllevaba. Mbeki, sin embargo, profundizó en su alocución un análisis de la relación entre sida y pobreza. Paradójicamente, aunque esta operación significaba un abordaje de la vulnerabilidad social y su relación con la epidemia, el reemplazar lo que en epidemiología (Rothman, 1986) se llama 'causa necesaria' del problema (en este caso, según las visiones actuales, el VIH) por 'causas componentes' como los factores de vulnerabilidad, creó una reacción absurdamente negativa al enfoque, perdiéndose la oportunidad de resaltar, también en África, que estos condicionantes de vulnerabilidad son profundamente importantes en el crecimiento exponencial de la pandemia.*

El movimiento de las personas viviendo con VIH/sida se convierte, así, en uno de múltiples movimientos generados a partir de, y simultáneamente generando también, identidades

nuevas que se afirman, en muchos casos remontando, o incluso resignificando, viejos y pesados estigmas. Tal es el caso de los movimientos étnicos, el movimiento gay-lésbico y el movimiento *queer*, los movimientos de trabajadores/as sexuales y otros (Epstein, 1996). Como se dijo, tal pluralidad de movimientos, con objetivos fundamentalmente orientados al *activismo cultural*, ejemplifican lo que Touraine (Dubet & Wievorka, 1995) y otros autores han llamado nuevos movimientos sociales. Podría decirse que buscan favorecer el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos de grupos de personas que, en razón de su status 'minoritario' (étnico, sexual, sanitario) y de contextos de exclusión no podían ejercerlos adecuadamente.

Y ese es el centro de la cuestión: La consolidación y resignificación positiva de identidades marcadas para el ejercicio pleno de la ciudadanía (Weeks, 1992), para el acceso a la salud como un derecho humano.

## CONCLUSIÓN: LA SALUD PÚBLICA EN UNA DEMOCRACIA EN DESARROLLO: UN PARTO DIFÍCIL

A partir de los argumentos anteriores podemos sostener, probablemente, que el sida nos ofrece un estupendo caso para el análisis de la cambiante relación entre los sujetos y el *establishment* médico o, de forma más general, para el análisis de las transformaciones culturales que los nuevos contextos tecnológicos y políticos van generando en torno de las experiencias de enfermedad y las respuestas sociales a ésta.

Más aún, tal vez las condiciones particulares que rodearon la aparición del sida como pandemia generaron una respuesta social que puede transformar significativamente la forma en que el conocimiento en torno del proceso salud-enfermedad es producido y utilizado por los médicos y por aquellos miembros de la comunidad directamente afectados, representando en sí misma una transformación en las relaciones de poder condicionantes de este proceso.

Tal transformación redefine, sin duda, las concepciones de los sujetos en torno de su acceso a la salud, y la forma en que, a partir de la experiencia concreta (positiva o no) de satisfacción de su derecho a la salud, se ven o no como ciudadanos en ejercicio pleno de sus derechos humanos. Las coloridas conferencias sobre sida, con sus elementos mediáticos aparte (los que son, finalmente, parte del juego del poder), deben su color justamente a la forma en que un eminente virólogo/a norteamericano puede compartir la mesa con un activista travesti sudamericano o una trabajadora sexual africana, y por la forma en que la novísima información de los *clinical trials* termina teniendo tanto espacio en la prensa, y en los escenarios, como los testimonios de las comunidades afectadas.

Esta argumentación está lejos de pretender construir la experiencia de la cultura institucional global del sida como un modelo sin imperfecciones. Quiere sí, sin embargo, subrayar la riqueza (tal vez poco reconocida por quienes trabajan en salud pública enfocados en otros problemas) que la experiencia de la respuesta comunitaria y global al sida puede ofrecer a la comunidad de salud pública, como ejemplo de transformaciones trascendentales que, aún en proceso de consolidación, pueden redefinir las formas de participación activa de los sujetos, en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos, en la producción y utilización de recursos tecnológicos y culturales para responder a una pandemia de manera valiente y decidida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altman, D. (1988). Legitimation through disaster: AIDS and the gay movement. En: Fee, E., Fox, D. (Eds.). *AIDS: The burdens of history*. Berkeley, Los Angeles and London: UC Press.
- \_\_\_\_\_ (1995). Change, co-option and the community sector. *AIDS* 9 (suppl A): S239-S244.
- Bersani, L. (1988). Is the rectum a grave? En: Crimp, D. (Ed). *AIDS: Cultural analysis, cultural activism*. Cambridge and London: The MIT Press.
- \_\_\_\_\_ (1998). *Homos*. Buenos Aires: Manantial.
- Bordowitz, G. (1988). Picture of a coalition. En: Crimp, D. (Ed). *AIDS: Cultural analysis, cultural activism*. Cambridge and London: The MIT Press.
- Bronfman, M., Sejenovich, G., Uribe, P. (1998). *Migración y SIDA en México y América Central. Una revisión de la literatura*. Ciudad de México: Angulos del SIDA.
- Cáceres, C. (1995). La construcción epidemiológica del SIDA. En: Hardy, E. et al. (Eds.). *Ciencias Sociales e Saúde: Atualidades e perspectivas. III Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud*. Campinas: CEMICAMP.
- \_\_\_\_\_ (2000). The production of knowledge on sexuality in the AIDS era: Some issues, opportunities and challenges. En: Parker, R., Barbosa, R. & Aggleton, P. (Ed). *Framing the sexual subject: The politics of gender, sexuality and power*. Berkeley, Los Angeles and London: UC Press.
- Comission on Macroeconomics and health, World Health Organization. (2001). *The evidence base for interventions to prevent HIV infection in low and middle-income countries*. CMS Working papers series, WG5:2. Geneva: WHO.
- Cook, T. & Colby, D. (1992). The mass-mediated epidemic: The politics of AIDS on the nightly network news. En: Fee, E. & Fox, D. *AIDS: The making of a chronic disease*. Berkeley, Los Angeles and Oxford: UC Press.
- Crimp, D. (Ed). (1988). *AIDS: Cultural analysis, cultural activism*. Cambridge and London: The MIT Press.
- \_\_\_\_\_ (1992). Portraits of people with AIDS. En: Stanton, D. (Ed). *Discourses of sexuality. From Aristotle to AIDS*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Dubet F. & Wievorka, M. (1995). *Penser le Sujet : Autour d'Alain Touraine : Colloque de Cerisy*. Paris: Fayard.

- Epstein, S. (1996). *Impure Science; AIDS, activism, and the politics of knowledge*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.
- Farmer, P. (1992). *AIDS and accusation. Haiti and the geography of blame*. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.
- Farmer, P., Connors, M. & Simmons, J. (Eds.). (1996). *Women, poverty and AIDS: Sex, drugs and structural violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- Fee, E. & Fox, D. (Eds.). (1988). *AIDS: The burdens of history*. Berkeley, Los Angeles and London: UC Press.
- \_\_\_\_\_ (1992). *AIDS: The making of a chronic disease*. Berkeley, Los Angeles and Oxford: UC Press.
- Fox, D. & Karp, D. (1988). Images of plague: infectious disease in the visual arts. En Fee, E., Fox, D. (Eds.). *AIDS: The burdens of history*. Berkeley, Los Angeles and London: UC Press.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*. Volumen 1: Introducción. México, D.F.: Siglo XXI.
- Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil. A agenda da construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABLA/ Editora 34.
- Haraway, D. (1991). *Simians, cyborgs and women: The reinvention of Nature*. New York: Routledge.
- Hartly, K. (1992). «All the elements of a good movie»: Cinematic responses to the AIDS Pandemic. En: Nelson, E. (Ed.). *AIDS. The literary response*. New York and Toronto: Twayne Publishers and Maxwell Mcmillan.
- Kellner, D. (1997). *Globalization and the post-modern turn*. En: [www.gseis.ucla.edu/courses/ed253a/dk/GLOBPM.htm](http://www.gseis.ucla.edu/courses/ed253a/dk/GLOBPM.htm)
- McKenna, N. (1996). *On the margins. Men who have sex with men and HIV<sup>+</sup> in the developing world*. London: The Panos Institute and the Norwegian Red Cross.
- Navarre, M. (1988). Fighting the victim label PWA Coalition Portfolio. En: Crimp, D. (Ed.). *AIDS: Cultural analysis, cultural activism*. Cambridge and London: The MIT Press.
- Nelson, E. (Ed.) (1992). *AIDS. The literary response*. New York and Toronto: Twayne Publishers and Maxwell Mcmillan.
- ONUSIDA (1998). *Ampliación de la respuesta mundial al VIH/SIDA a través de una acción orientada. Reducción del riesgo y de la vulnerabilidad. Definiciones, principios y vías*. Ginebra: Colección ONUSIDA de prácticas óptimas.
- Oppenheimer, G. (1988). In the eye of the storm: the epidemiological construction of AIDS. En: Fee, E. & Fox, D. (Eds.). *AIDS: The burdens of history*. Berkeley, Los Angeles and London: UC Press.
- Padgug R. & Oppenheimer, G. (1992). Riding the tiger: AIDS and the gay community. En: Fee, E. & Fox D. *AIDS: The making of a chronic disease*. Berkeley, Los Angeles and Oxford: UC Press.
- Parker, R. (1991). *Bodies, pleasures and passions. Sexual culture in contemporary Brazil*. Boston: Beacon Press.
- \_\_\_\_\_ (2000) *Na contramão da AIDS. Sexualidade, intervenção, política*. Sao Paulo: Editora 34
- Patton, C. (1990). *Inventing AIDS*. New York and London: Routledge.
- Pieur, A. (1990). Norwegian gay men: reasons or continued practice of unsafe sex. *AIDS Education and Prevention*, 2: 109-115
- Risse, G. (1988). Epidemics and history: Ecological perspectives and social responses. En: Fee, E. & Fox, D. (Eds.). *AIDS: The burdens of history*. Berkeley, Los Angeles and London: UC Press.
- Rosenberg, C. (1988). Disease and social order in America: Perceptions and expectations. En: Fee, E. & Fox, D. (Eds.). *AIDS: The burdens of history*. Berkeley, Los Angeles and London: UC Press.
- Rothman, D. & Edgar, H. (1992). Scientific rigor medical realities. Placebo trials in cancer and AIDS research. En Fee, E. & Fox, D. *AIDS: The making of a chronic disease*. Berkeley, Los Angeles and Oxford: UC Press.
- Rothman, K. (1986). *Modern epidemiology*. Boston and Toronto: Little, Brown and Company.
- Smith, S. & Watson, J. (Eds.). (1992). *De/colonizing the subject. The politics of gender in women's autobiography*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Stanton, D. (Ed). (1992). *Discourses of sexuality. From Aristotle to AIDS*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

- Sweat M. & Denison, J. (1995). Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS* 9 (suppl A): S251-S258.
- THE WORLD BANK (1997). *Confronting AIDS. Public priorities in a global epidemic*. New York: Oxford University Press.
- Treichler, P. (1988a). AIDS, homophobia and biomedical discourse: An epidemic of signification. En: Crimp, D. (Ed). *AIDS: Cultural analysis, cultural activism*. Cambridge and London: The MIT Press.
- \_\_\_\_\_ (1988b). AIDS, gender and biomedical discourse: Current contests for meaning. En: Fee, E. & Fox, D. (Eds.). *AIDS: The burdens of history*. Berkeley, Los Angeles and London: UC Press.
- \_\_\_\_\_ (1992). AIDS and HIV infection in the third world: A first world chronicle. En: Fee, E. & Fox, D. *AIDS: The making of a chronic disease*. Berkeley, Los Angeles and Oxford: UC Press.
- UNAIDS (1997). Facts about UNAIDS. En: <http://www.unaids.org/publications/documents/unaids/una96e2.pdf>
- \_\_\_\_\_ (1999a). Regional consultation on HIV/AIDS Prevention, care and support programmes in Latin America and the Caribbean for men who have sex with men. Geneva: UNAIDS Best Practice Collection.
- \_\_\_\_\_ (1999b). *Sex and youth: Contextual factors affecting risk for HIV/AIDS*. Geneva: UNAIDS Best Practice Collection.
- Watney, S. (1988). The Spectacle of AIDS. En: Crimp, D. (Ed). *AIDS: Cultural analysis, cultural activism*. Cambridge and London: The MIT Press.
- Weeks, J. (1992). Values in an age of uncertainty. En: Stanton, D. (Ed). *Discourses of sexuality. From Aristotle to AIDS*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Wohlfeiler D. (2000) Structural and environmental HIV prevention for gay and bisexual men. *AIDS*, 14(suppl 1):S52-S56.

### VIH-SIDA Y EXPERIENCIA. NOTAS PARA EL ESTUDIO DE LAS DIMENSIONES DE VIVIR CON VIH

---

*Mabel Grimberg*

---

Los avances en el decrecimiento de la morbilidad y mortalidad relacionada al sida en países europeos y, en paralelo, el significativo aumento en otras regiones pone al descubierto procesos de vulnerabilidad diferencial que articulan relaciones de clase, género, edad y étnicas en contextos de creciente precariedad y exclusión social. Destaca sobre todo el simultáneo impacto de modelos político-económicos que intensifican la desigualdad social y la ausencia de políticas de salud que integren de manera sostenida prevención y atención básica.

Para las ciencias sociales, la confrontación de estas desigualdades plantea nuevos desafíos. Los límites de los saberes y prácticas biomédicas, las dimensiones políticas y culturales de los procesos de atención del VIH/sida, la inclusión de profesionales de la salud como sujetos y actores de escenarios institucionales, los dispositivos de poder y la conflictividad en las relaciones médico-paciente, así como los complicados procesos de disputa y negociación que éstas suponen, el cuestionamiento a las construcciones estigmatizantes de prácticas y grupos incluidas en los enfoques de riesgo y en las prácticas clínicas, los problemas del cuidado y autocuidado para la prevención del VIH, entre otros, han formado parte de los principales aportes de las ciencias sociales a la comprensión de dimensiones estratégicas del VIH/sida. Desde mediados de la pasada década, se han incrementado las preocupaciones por la vida cotidiana, las reconstrucciones identitarias, la problemática de género, la complejidad y las distintas dimensiones de la sexualidad en las personas que viven con VIH.

---

\* Antropóloga. Programa de Antropología y Salud, CONYCEP-Universidad de Buenos Aires. E-mail: mgrimber@filo.uba.ar mabigrim@hotmail.com FAX: 54 11 44320121

<sup>1</sup> Las reflexiones incluidas en esta presentación son resultado de las investigaciones desarrolladas por el Programa de Antropología y Salud, en particular de los Proyectos «Construcción social y VIH/sida. Un abordaje socioantropológico integrado en género, usuarios de drogas inyectables y personas que viven con VIH» TL-068. UBACyT Programación 1998-2000; «Ciencias sociales y SIDA» convenio CONYCEP- CNRS con J. Pierret del CERMES; «Construcción social y VIH/sida. Un estudio antropológico de género de los procesos de cuidado y autocuidado en población general (15-35 años) y personas que viven con VIH». PIP 03063 CONYCEP 2001-2003; y «Construcción Social del VIH/sida, Género y Vulnerabilidad Social. Un estudio antropológico de las problemáticas de prevención en la vida cotidiana de diversos conjuntos sociales» FI-149 UBACyT Programación 2001-2002.

Esta presentación se focaliza en los sujetos del VIH/sida (Watney, 1989). Nos interesa mostrar que -como construcción social- el VIH/sida es un complejo variable de padecimientos (Grimberg, 1999, 2000), es un acontecimiento y un proceso, es una *experiencia* a la vez individual y colectiva cuya conformación y sentido debe contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos. Los trabajos sobre padecimientos crónicos desarrollados a partir de los aportes de Strauss & Glaser (1975) exploraron los cambios y la reorganización de la vida cotidiana, las redefiniciones en las identidades y en las relaciones con los demás que los sujetos afectados debían realizar para enfrentar el padecimiento (Corbin & Strauss, 1987; Gerhardt, 1990; Bury, 1982, 1991; Charmaz, 1991). La implementación de la perspectiva del «enfermo» y el enfoque de la «experiencia de enfermedad» (Conrad, 1987) constituyen, a nuestro criterio, un significativo aporte a recuperar para el análisis de las dimensiones de vivir con VIH/sida.

Como en los padecimientos crónicos, en el VIH/sida el modelo médico de «síntoma-diagnóstico-tratamiento-cura» es reemplazado por un esquema de incertidumbre y sobre todo de experimentación en el que es evidente un saber médico en curso de constitución y cambio; como en gran parte de aquéllos, el VIH/sida no es un episodio puntual en la vida de un sujeto, por lo contrario, «se confunde con la vida misma» (Pierret, 1999). En este marco proponemos considerar la *experiencia* (Grimberg, 1999, 2000) como un proceso situado en una trama de relaciones intersubjetivas, variable, construido y reconstruido histórica y socialmente, que articula una diversidad de dimensiones (cognitivas, normativo-valorativas, emotivas, etc.). Como unidad tensa entre acción y simbolización, la experiencia constituye la base de construcción y cambio de identidades y prácticas sociales. El reconocimiento de su situación inicia para las personas afectadas modalidades variables, en su configuración y sentido, de confrontación con procesos de estigmatización y discriminación social que atraviesan el trabajo y las relaciones sociales, la vida sexual, la atención médica y otras esferas de la vida cotidiana. Los actuales tratamientos exigen no sólo poner el cuerpo; los sujetos afectados deben reorganizar el conjunto de su vida cotidiana incluyendo las condiciones y limitaciones de estos tratamientos.

En esta presentación nos proponemos discutir y recuperar la producción bibliográfica desde distintas perspectivas de análisis, para mostrar que la experiencia de vivir con VIH supone un proceso activo de gestión que sobrepasa la perspectiva técnico-médica, cubre todas las esferas de la vida social, requiriendo de las personas afectadas profundas modificaciones en su vida y sus identidades, la reconfiguración de una nueva normalidad, el desarrollo de relaciones y soportes sociales, a la vez que una transformación de las modalidades de la práctica médica. Un aspecto estratégico a analizar de estos procesos de gestión, es la temprana y creciente dimensión colectiva expresada en distintas modalidades de asociación y movilización de recursos culturales y políticos (Adam, 1994, 1997).

La investigación social sobre las problemáticas de vida de personas con VIH resulta aún escasa frente a aquella dirigida a las dificultades en la prevención. En su mayor parte es evidente el predominio de enfoques centrados en los comportamientos individuales. Si bien desde mediados de la década pasada se ha dado un crecimiento de otros enfoques, son todavía limitados los estudios de carácter relacional y procesual que -como propone J. Pierret (2000)- articulen el análisis de las relaciones entre trayectorias individuales, movilización colectiva e intervenciones sociales y políticas para responder a la pregunta «¿cómo se vive con el VIH/sida?». En este trabajo revisamos estudios de diferentes enfoques analíticos sobre algunas de las dimensiones de la experiencia de vivir con VIH/sida; como se verá, estos trabajos muestran diferentes dificultades en el recorte de objeto y el abordaje propuesto, así como en el resultado de los hallazgos empíricos. A mi criterio, sin embargo, éstos pueden permitir aproximarse a la complejidad y a las múltiples dimensiones de la experiencia de vivir con VIH a condición de una recuperación crítica y contextualizada de los aportes de la teoría social, que resitúe los hallazgos empíricos y los conceptos utilizados en un marco teórico-metodológico más amplio. Ordeno esta presentación en tres núcleos problemáticos que a mi criterio posibilitan visibilizar los vacíos y las tensiones de un proceso en construcción de problemáticas y de enfoques. Tales núcleos son: 1) estigma, estigmatización y desigualdad social; 2) de la seguridad a la vida sexual; y 3) movilización de recursos, identidades y narrativas biográficas.



## ESTIGMA, ESTIGMATIZACIÓN Y DESIGUALDAD SOCIAL

No obstante que toda experiencia de enfermedad puede considerarse una confrontación con las metáforas dominantes en una sociedad (Frankenberg, 1986), el VIH/sida ha resultado para la sociedad y para quienes lo padecen un significativo cargado de sentidos morales. Desde finales de los ochenta se desarrollaron estudios centrados en la indagación del «estigma» -considerado en términos de atributos negativos, desacreditadores de algún tipo de comportamiento y, por extensión, de la persona- y en las respuestas individuales frente al mismo. Algunos conceptos como los de «doble estigma» (Kowalewski, 1988) intentaron comprender los procesos que afectan a un grupo previamente estigmatizado al tener que enfrentar una nueva estigmatización, la de la «enfermedad» (el sida). Otros, como los de «felt stigma»/«enacted stigma» (Scambler & Hopkins, 1986) buscaron aproximarse heurísticamente a situaciones en las que los sujetos actúan de manera previa para evitar sufrir estigmatización y discriminación, no revelando el problema o seleccionando los contextos y sujetos a quienes informar su condición. Weitz (1990) mostró que las personas afectadas solían implementar modalidades de «manejo del estigma» conocidas para otras situaciones, esto es disimular la enfermedad mientras no era visible o atribuir otra causa, por ejemplo cáncer, cuando su visibilidad resultaba irremediable. Desde el mismo marco, pero en un intento por dinamizar para captar posibles cambios, el concepto de «trayectoria del estigma» fue propuesto para mostrar que el VIH/sida implica enfrentar diferentes atribuciones en momentos también distintos que van desde la infección a la enfermedad (Alonzo & Reynolds, 1995<sup>2</sup>). Con

un énfasis en la actividad de los sujetos afectados, el estudio de Siegel *et al.* (1998) realizado entre varones gay y bisexuales estadounidenses, identificó diez «estrategias de gestión» que van desde lo reactivo a lo proactivo según el grado de aceptación o cuestionamiento a los valores y normas sociales en los que el estigma se sostiene<sup>3</sup>.

La limitación más evidente de estos trabajos es su reducción del problema al marco de los comportamientos individuales, reducción que impide captar la dinámica de un proceso, el de estigmatización—discriminación, los particulares contextos de relaciones sociales y procesos de interacción en los que esta articulación entre atributos y prácticas tiene lugar, así como su significación para los sujetos involucrados. Desde una perspectiva crítica es posible considerar a los procesos de estigmatización y discriminación relacionados con el VIH/sida como un complejo fenómeno cultural y social que puede adoptar diferentes modalidades según diferentes contextos (Malcolm *et al.*, 1998). En este sentido y tal como han propuesto distintos investigadores, es necesario considerar aspectos relacionales y en particular prestar atención a las estrategias de «normalización» en la vida cotidiana (Green & Platt, 1997; Cusick & Rhodes, 1999; Pierret, 2000).

Una mirada más amplia permite reconocer que, como lo mostraron distintos estudios, vivir con VIH impone procesos de confrontación con construcciones sociales en torno a la muerte, la promiscuidad sexual y su potencial peligrosidad (Carricaburu & Pierret, 1995; Green & Platt, 1997); así como con atribuciones de desviación, violencia, peligrosidad, descontrol y criminalidad en relación con el uso de drogas (Rhodes & Cusick, 1997, 1999). Parte de estas confrontaciones se articulan en las estrategias de mantener el secreto, en las que también pesan otros

<sup>2</sup> Alonzo & Reynolds (1995) consideran la estigmatización relacionada con el VIH/sida como el resultado de un conjunto de atribuciones: asociación a comportamientos desviados, individualización de la responsabilidad, percepción de enfermedad contagiosa, asociación a formas de muerte «no deseadas» y «antiestéticas», etc. Identifican cuatro fases biopsicosociales diferentes: 1) *de riesgo*: pre-estigma e inquietud; 2) *diagnóstico*: de confrontación con una identidad alterada; 3) *latencia*: vivir entre la enfermedad y la muerte; 4) *manifiesta*: paso a la muerte social y física (Citado en Pierret, 2000).

<sup>3</sup> Estas estrategias son: de disimulo, de revelación selectiva, de atribución personal, de revelación progresiva, de afiliación selectiva, de desacreditación de los desacreditadores, de transformación de las atribuciones morales, de revelación anticipada, de educación pública y activismo social (Siegel *et al.*, 1998).

aspectos relacionales tales como: no aceptar la compasión, el deseo de preservar a los allegados y los familiares. En todos los casos, sin embargo, guardar el secreto es parte de una estrategia de «normalización», es decir, poder seguir siendo considerado normal por los demás, actitud que pareciera ser una condición necesaria para vivir de la «manera más normal posible» (Cusick & Rhodes, 1999).

Desde esta perspectiva algunos estudios han puesto de manifiesto que en contextos de fuerte discriminación, los procesos de aislamiento y autoaislamiento pueden afectar distintas dimensiones de la vida social e implicar una exclusión de relaciones sociales y sexuales (Gilmore *et al.*, 1994). La familia y la comunidad, el trabajo, la relación con los sistemas de atención, entre otros, constituyen dimensiones o contextos de base de los procesos de estigmatización y discriminación social (Malcolm *et al.*, 1998). Así, en la esfera de las familias el temor al rechazo puede demorar la información hasta momentos críticos; en algunos casos la revelación del diagnóstico implica hacer conocer prácticas sociales y sexuales hasta ese momento ocultas (Aggleton & Warwick, 1997; Castro *et al.*, 1997; Campbell, 1999). Las prácticas de las propias familias o de alguno de sus miembros pueden seguir similares lineamientos, tal como la información selectiva en algunos casos, o el ocultamiento en otros (Aggleton & Warwick, 1997; Campbell, 1999).

El problema de la confidencialidad en el trabajo (Pollak, 1992); el temor y la posibilidad real de ser despedido, el rechazo y aislamiento en el ámbito laboral, aun en países que cuentan con dispositivos legales de protección; las diversas modalidades de respuesta organizacional (Goss & Adam-Smith, 1994); los test compulsivos, la imposibilidad de acceso al trabajo para ciertos migrantes, fundamentalmente los provenientes de regiones con efectiva o supuesta mayor incidencia, son algunos de los problemas más relevantes (Malcolm *et al.*, 1998).

Si bien con dispar tratamiento, en los últimos diez años han ido creciendo las orientaciones que articulan la estigmatización y discriminación social relacionada con el VIH/sida con desigualdades socioeconómicas, poniendo

en relación a su vez categorías de clase social, género, edad y etnicidad. En su mayor parte, las investigaciones han destacado los problemas de aislamiento y las dificultades de acceso a la atención médica, la operatoria de categorías estigmatizantes en los servicios de salud y en las posibilidades de cuidado y autocuidado de distintos conjuntos subalternos. Estos trabajos articularon sobre todo pobreza y contextos de precarización social a conjuntos específicos tales como mujeres pobres, trabajadoras sexuales, usuarias/os de drogas inyectables, diferentes grupos étnicos—migrantes (africanos en Europa, «hispanos» o «afroamericanos» en EE.UU., etc. (Weitz, 1990; Sherr *et al.*, 1996; Farmer, 1999). Si bien las condiciones de acceso a la atención de personas en contextos de precariedad, así como la capacidad de los servicios para efectivizar tratamientos es una cuestión cada vez más central con la diversificación de las poblaciones afectadas, el género emerge en todos los casos como un diferencial (Sherr *et al.*, 1996; Campbell, 1999).

Ya en 1990 Campbell proponía el análisis de la articulación de variables de género y étnicas para recuperar la complejidad de la problemática de la mujer, haciendo énfasis en la sexualidad femenina, los problemas de atención y los derechos reproductivos. Su trabajo destacó dos cuestiones relevantes: la primera, que el proceso de atención institucional tendía a reproducir el papel asignado a las mujeres de «cuidar y asistir al enfermo», reforzando los roles femeninos tradicionales y los sentimientos de dependencia, resignación y sumisión; la segunda, que las acciones se concentraban en controlar la posibilidad de «infectar» a otros, más que en los «riesgos» que ellas enfrentaban (Campbell, 1990). Otros estudios se centraron en las relaciones entre pobreza y visibilidad del problema, el aislamiento y la dificultad de acceder a la atención entre las mujeres afectadas (Weitz, 1993; Crystal & Sambamoorthi, 1996; Roth & Hogan, 1998).

Las construcciones de género no sólo imponen condiciones de vulnerabilidad social diferencial a unos y otras, sino posibilidades y límites en la vida cotidiana. Como surgió en un estudio realizado por nosotros, parte de estos límites en el caso de las mujeres es el imperativo social que las coloca en un rol pasivo de «pareja

de...» o «víctima de...» , o en el activo de transmisora (en la transmisión perinatal, o en el trabajo sexual), o de responsabilidad en el tratamiento médico y en el cuidado de los otros; y/o las descalifica como mujeres en términos de un cuerpo erótico y/o un cuerpo para la maternidad. Para los varones, el VIH/sida pone al descubierto la profunda crisis actual de las masculinidades; hace manifiesta la vulnerabilidad masculina como una falta de control y esta falta, como desorden de la propia estructura de la masculinidad (en estos casos «promiscuidad» o «drogas»); la masculinidad entonces no funciona como signo de control social (Grimberg, 2000).

Desde el punto de vista teórico interesa recuperar una perspectiva del problema en términos de relaciones y procesos, cuyo marco son las relaciones de poder entre conjuntos y sujetos sociales. Parte de este enfoque relacional es la necesidad de considerar de manera articulada estigmatización, como proceso de construcción desigual de sentidos (etiquetamiento o designación), y discriminación en tanto modalidades diversas de práctica social (Conrad, 1987; Pierret, 2000; Malcom *et al.*, 1998; Grimberg, 1998, 2000) .

## DE LA SEGURIDAD A LA VIDA SEXUAL

Hasta entrada la segunda mitad de los noventa los trabajos sobre la vida sexual de las personas con VIH eran significativamente escasos y no sistemáticos. En un reciente trabajo, Schiltz & Sandfort (2000) relacionaron esta situación tanto con el peso de la asociación sida-muerte, como con la vigencia de estereotipos estigmatizantes y de tabúes en torno de la sexualidad entre los propios investigadores. Sin embargo, el problema de la «seguridad» en las prácticas sexuales, configuradas en amenaza hacia sí y hacia los otros, y el planteo de «sexo seguro», llevaron a incluir estos aspectos en el marco de estudios con preocupaciones todavía biomédicas y enfoques predominantemente individualistas. La noción de «recaída» o «reincidencia» fue propuesta para dar cuenta de los problemas de cuidado y

autocuidado sexual. Algunos de estos estudios entre varones con prácticas homo y bisexuales, analizaron «episodios» de prácticas sexuales «no seguras» como «recaídas» o «reincidencias», aun cuando en su mayoría ocurrían en el marco de relaciones regulares y con mutuo conocimiento de la situación de ambos (Stall *et al.*, 1990). En este marco, el problema de la protección sexual concentró la mayor parte del interés de la investigación hasta la primera mitad de los noventa. Si bien a partir de allí se ha puesto más atención en la vida sexual como tal, el peso de modelos individualistas y racionalistas del comportamiento ha priorizado la descripción de éstos por encima del estudio de los sentidos dados por los sujetos y sus contextos de interacción social (Haour-Knipe & Aggleton, 1998).

El reconocimiento crítico de la investigación social realizada debería permitir, como punto de partida, reconocer que las prácticas de protección suponen distintas clases de problemas según los conjuntos sociales y sus contextos de vida, los momentos del proceso de vivir con VIH/sida y los marcos interpretativos incluidos en las definiciones de «protección sexual». Este marco permite resituar una serie de hallazgos empíricos que alumbran distintos aspectos de la complejidad de la experiencia de vivir con VIH. Así, algunos estudios europeos focalizados en mujeres VIH positivas (con antecedentes o no de uso de drogas inyectables) han mostrado que el uso de preservativos es menor en el caso de compañeros sexuales con VIH o con compañeros ocasionales (Green, 1995; Sherr *et al.*, 1996; Rhodes & Cusick, 1997); que resulta para ellas más difícil negociar su uso cuando la pareja es VIH positivo (Sherr *et al.*, 1996), mientras que éste es más frecuente y consistente en los casos de nuevas parejas regulares (Hankins *et al.*, 1997); que la existencia de tensiones, en particular en torno a la reproducción y al deseo de tener hijos, incide en la posibilidad de usar sistemáticamente preservativos (Green, 1995; De Vicenzi *et al.*, 1997).

Algunos trabajos entre varones gay han propuesto que la continuidad de una vida sexual, aunque ocasionalmente no protegida, y la variabilidad de los comportamientos dependen

de las trayectorias personales, los tipos de relaciones socioafectivas y el momento de la infección-enfermedad (Schiltz, 1995); de una fuerte distinción entre compañeros sexuales con quienes usar o no preservativos y de la percepción de la intención del otro, más cuando éste es VIH negativo (Godin *et al.*, 1996); y, a la inversa y de manera similar a estudios realizados en otros contextos, que la frecuencia de prácticas no protegidas es mayor cuando el compañero sexual es VIH positivo (Fisher *et al.*, 1998).

Algunos de estos estudios permiten aproximarse a diversas construcciones de sentido en relación con los problemas de la protección sexual. Entre éstas, la vivencia de que «no se tiene nada que perder», de sentimientos de culpa frente a la pareja, o una significativa desvalorización de sí como incapaz de responsabilizarse de la salud propia y de la pareja (Godin *et al.*, 1996); la atribución de responsabilidad propia en el cuidado de los otros (Fisher *et al.*, 1998) o, a la inversa, la atribución de responsabilidad de los otros, en particular de la pareja (Marks *et al.*, 1998). La mayor parte de los estudios mencionados muestran que las medidas de protección resultan frecuentemente experimentadas como «interferencias» a la intimidad, como obstáculos o amenazas a la comunicación y el amor; no usar preservativo puede ser una manera simbólica de mantener una relación permanente en los marcos del amor y la contención afectiva; a la vez que no usarlo en una relación ocasional, puede ser visto como una manera de negar su situación (Schiltz & Sandfort, 2000).

Más escasos, algunos estudios se han centrado en el efecto de las terapias combinadas, en particular entre varones gay. La revisión realizada por Schiltz & Sandfort (2000) recoge algunos estudios que coinciden en señalar que una significativa proporción de ellos consideraba que la transmisión del virus era altamente difícil con una carga viral baja o indetectable (Ostrow *et al.*, 1998; Remien *et al.*, 1998).

En menor proporción se ha abordado otros aspectos de la vida sexual, entre ellos el carácter disruptivo del diagnóstico y el problema del deseo y la satisfacción sexual. En distintos

conjuntos, los estudios señalan respuestas extremas desde abstinencia o disminución significativa de relaciones no protegidas, hasta casos de aumento en relaciones ocasionales no protegidas (Schiltz, 1995; Green, 1995).

Más allá del área comportamental, una significativa disminución del deseo y el placer sexual, así como problemas funcionales y psicológicos de diverso carácter fueron señalados por estudios en distintos conjuntos sociales, mujeres y varones relacionados con el uso de drogas inyectables (Meyer-Bahlburg *et al.*, 1993); personas que contrajeron el VIH por vía heterosexual (Green, 1995; Catalán, 1996); varones con prácticas homo o bisexuales (Jones *et al.*, 1994). Entre los emergentes se destacan sentimientos de culpa, el temor a transmitir el virus, el enfrentar los temores y la pérdida de deseo sexual de sus parejas, la percepción de perder atractivo sexual (Sherr, 1995).

Un estudio que realizáramos recientemente entre mujeres y varones con prácticas heterosexuales residentes en la Ciudad de Buenos Aires, indicó que independientemente de sus relacionamientos de género o de la antigüedad de su diagnóstico, la sexualidad constituía para las mujeres un área crítica, ya sea en términos de «rechazo», «deserotización», «falta de deseo» o «insatisfacción». Asociaciones entre «deserotización» y distintos sentimientos de «bronca», «enojo», «resentimiento» fueron expresadas por quienes se vieron involucradas en situaciones de «infidelidad». Este estudio mostró que para unos y otras la experiencia de vivir con VIH supone confrontar cotidianamente imperativos de género. El «desconocimiento» de los posibles cambios y la percepción a la vez como extraño, incierto y frágil configuran el cuerpo en un objeto doblemente negativo entre mujeres jóvenes con VIH: en primer lugar, como negación del cuerpo erótico a partir de la percepción de «deterioro» («adelgazamiento», «manchas», etc.) o como efecto de los actuales tratamientos (lipodistrofia); en segundo, en función de la transmisión vertical como «hecho» o como «posibilidad», que vuelve el cuerpo en «agente del contagio» o en un locus vacío de sentido. Los varones, con una experiencia subjetiva de fragilidad/debilidad corporal, de

«sexo peligroso», de sufrimiento emocional (entre otros) que pone en crisis los núcleos de las identidades masculinas, tales como los de «fuerza», «actividad», «razón», etc. (Grimberg, 2000).

Considerando a la vida sexual como constituida en las interacciones con otros en un contexto más amplio de soportes psicológicos y sociales, Schiltz & Sandford (2000) plantean que, en un contexto de incertidumbre, la actividad sexual de las personas VIH positivas requiere ser redefinida de acuerdo con las circunstancias y los cambios de su vida cotidiana. Para ello proponen recuperar estudios de largo plazo que muestren las múltiples maneras en que personas que viven con VIH van construyendo su «estatus como seropositivos», van redefiniendo y reestructurando su vida.

Desde finales de los ochenta las ciencias sociales han avanzado en la necesidad de considerar relacional y contextualmente la sexualidad, incluyendo variables de género y étnicas en el análisis de las identidades, las relaciones y las prácticas sexuales. Tal como han propuesto otros autores (Parker, 1994; Weeks, 1995, 2000) la sexualidad debe considerarse un proceso de construcción a la vez individual y social, que supone procesos de intercambio complejos, realizados desde relaciones de poder y mecanismos de regulación social que articulan valores y normas, así como funciones diversas según los contextos. Las percepciones, las significaciones, las modalidades de las prácticas individuales o las especificidades de las relaciones sexuales, deben entenderse como resultado de una profunda inscripción social y cultural y en el marco de identidades y roles de género. Desde ahí proponemos considerar la sexualidad desde tres dimensiones de análisis (Grimberg, 1995):

- a) la consideración del complejo deseo-placer y la movilidad del deseo sexual;
- b) las modalidades de intercambio sexual en relación con los modelos de familia/unidad doméstica y sus cambios, la estructuración de roles en la vida cotidiana (incluidas las modalidades de inserción laboral), los procesos de control y subordinación en las relaciones de género, etc.;

- c) los significados sociales asignados a la sexualidad en cada contexto histórico, en relación con los modelos de género, las modalidades culturales de expresión sexual, etc.

## MOVILIZACIÓN DE RECURSOS, IDENTIDADES Y NARRATIVAS BIOGRÁFICAS

Desde principios de los noventa algunos estudios se preguntaron por los medios a través de los cuales las personas VIH positivas enfrentaban su situación. El concepto de «recursos» planteado por M. Pollak (1990) para el análisis de la experiencia de los campos de concentración, fue propuesto como herramienta para entender modalidades diferentes de enfrentar situaciones extremas caracterizadas por lo imprevisible y la incertidumbre. Para Pierret (1999) la «construcción de la esperanza» cobra en el caso del VIH/sida un sentido especial, y se fundamenta en la movilización de diferentes recursos para evitar el desencadenamiento de la enfermedad y luchar contra la incertidumbre. La noción remite a los procesos tanto individuales como contextuales de que disponen y movilizan en su vida cotidiana los sujetos afectados. Bajo esta aproximación se ha explorado, entre otros, la atención, los sentidos y prácticas en relación al cuerpo, la significación y el uso del tiempo, así como distintos medios psicológicos, simbólicos y relacionales en la vida cotidiana tales como el lugar del trabajo, las redes de amistad y parentesco, la religión o ciertas prácticas espirituales, la participación en asociaciones comunitarias o las distintas modalidades de activismo social y político, etc. (Polack, 1992; Bungener *et al.*, 1994; Carricaburu & Pierret, 1995; Delor, 1997; Davics, 1997). Focalizaremos aquí sólo algunos de ellos.

Como se ha señalado (Bungener *et al.*, 1994), la experiencia de vivir con VIH reestructura la vida cotidiana en una tensión permanente y en alerta a los pequeños cambios corporales; esta experiencia implica una sistemática atención y vigilancia sobre el cuerpo y su funcionamiento.

El «pacto con la vida»<sup>4</sup> tiene como soportes centrales el desarrollo de distintas estrategias de cuidado y autocuidado en un contexto en el que el cuerpo se torna principal agente de la experiencia de sí (Good, 1994). Las modificaciones alimentarias, los cambios en los ritmos de trabajo y descanso, el fortalecimiento de capacidades físicas, la realización de actividades deportivas o artísticas centradas en el manejo del cuerpo constituyen parte de estas estrategias (Delor, 1997).

La temporalidad es un estructurante de esta experiencia<sup>5</sup>, en tanto supone una interrupción en las certezas y los cursos rutinizados de la vida cotidiana (Czordas, 1994). Los sentidos dados al tiempo han sido explorados por distintas investigaciones. M. Davies (1997) identificó diversas formas «compensatorias» de «manejo» del tiempo y distinguió tres formas de orientación temporal: vivir con una filosofía del presente, vivir en el futuro y vivir en un presente vacío. Desde una mirada centrada en los «ajustes», en los «arreglos» que deben realizar las personas afectadas para enfrentar la incertidumbre en su vida cotidiana, Pantzou *et al.* (1998) señalaron tres tendencias en relación a la temporalidad, dependiendo de las concepciones, las percepciones y las actitudes hacia la gestión de la vida cotidiana. La primera es negativa: el VIH/sida viene a interrumpir y destruir el curso de la vida; la segunda es más positiva: el VIH/sida viene a interrumpir, cambiar y algunas veces a promover otra forma de vida; la tercera no es negativa ni positiva: la percepción es de continuidad de la vida y continúa sin mayores cambios. Un segundo aspecto es la capacidad de controlar el tiempo como un medio estratégico de afirmación de las identidades, centrado en la capacidad (o no) de organizar y gestionar la vida cotidiana, y en la capacidad (o no) de proyectar

(Davies, 1997). En este sentido, y tal como muestra nuestro estudio (Grimberg, 1999, 2000) la capacidad de organizar la vida cotidiana, el cuidado y la posibilidad de «hacer planes» se tornan signos indicadores en el doble sentido sanitario-moral de «cómo uno está» y de «cómo uno es» en términos de responsabilidad individual. En este contexto debe entenderse algunas expresiones como «el pacto con la vida» y «el cuidado del presente».

Desde una perspectiva que considera los recursos como medios de luchar contra el desencadenamiento de la enfermedad, enfrentar la incertidumbre y «normalizar» la vida cotidiana, Carricaburu & Pierret (1995) sugirieron distinguir entre objetivos y modalidades de la movilización<sup>6</sup>. Estas autoras propusieron diferenciar dos objetivos: reorganizar la vida cotidiana sobre nuevas bases o reforzar las capacidades para enfrentar en las mejores condiciones la incertidumbre respecto al futuro; y dos modalidades de movilización: apoyarse sobre recursos existentes o desarrollar nuevos. La utilización, por parte de varones con prácticas homosexuales, del período asintomático como un recurso temporal para postergar el inicio de la enfermedad, fue interpretado como un recurso suplementario «para la construcción de la esperanza» y como el pasaje desde una categoría biológica -tener una serología positiva al VIH-, a una categoría social -ser una persona VIH positiva (Pierret, 2000). Otros recursos tales como la búsqueda de atención psicológica, el fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios, el proyecto de tener un hijo, la orientación hacia la religión o, de un modo más general, hacia ciertas formas de espiritualidad, han sido puestos de manifiesto por distintos estudios (Pierret, 1999; Castro *et al.*, 1997; Campbell, 1999).

<sup>4</sup> Término utilizado por personas VIH positivas y distintas asociaciones de lucha contra el sida en la ciudad de Buenos Aires (Grimberg, 1998)

<sup>5</sup> Los primeros trabajos sobre enfermedad crónica se acercaron al tiempo desde dimensiones tales como la organización, la forma de utilizarlo y las concepciones personales o el sentido que se le atribuye (Corbin & Strauss, 1987; Charmaz, 1991)

<sup>6</sup> El estudio identificó diferentes recursos: relacionales y afectivos en dirección a la familia y los allegados; recursos cognitivos en relación con los médicos y el personal de salud; recursos corporales asociados a la forma de vida; y recursos vinculados al compromiso profesional, espiritual o asociativo (Carricaburu & Pierret, 1995)

La creación y la participación en una asociación de pares constituyen recursos relevantes a tener en cuenta. Si bien a un ritmo dispar, las asociaciones de lucha contra el sida han ido creciendo al tiempo que sus actividades han contribuido a dar una visibilidad distinta al problema. Los estudios realizados destacan la participación directa de personas afectadas en la creación de dichas asociaciones (Pollak, 1992); el desarrollo de una práctica que combina la denuncia social y cultural a la estigmatización del problema y sus sujetos con actividades de información, apoyo y, en muchos casos, de tratamiento (Pollak & Rosman, 1989; Adam, 1994, 1997); su significativa independencia del sector médico (Pierret, 2000); la generación de iniciativas innovadoras en términos de funcionamiento de grupos de expresión o de dispositivos médicos y sociales para las personas afectadas (Rosman, 1994, 1996); su contribución a formas originales de abordar las relaciones entre profesionales y voluntarios, así como entre las diferentes personas involucradas, estén o no afectadas personalmente (Adam, 1994, 1997).

En el caso de Argentina, las asociaciones de lucha contra el sida fueron las primeras y más activas respuestas al problema; contribuyeron a desplazar el problema de la esfera privada y a colocarlo como una cuestión de salud pública, han llevado adelante la mayor parte de los programas preventivos, sostienen actividades de asistencia, investigación y capacitación, y han aportado a los actuales ordenamientos legales (Biagini & Sanchez, 1995). La posibilidad de ser incluido en un trabajo colectivo, de «apoyar» a otros, de realizar tareas de prevención del VIH/sida en el marco de una asociación entre pares, es parte sustancial de los procesos movilizados por las personas afectadas. Asumidas como indicador de «normalidad», de «estar bien», constituyen un soporte estratégico desde el cual se evalúa otros aspectos de la vida, el tratamiento, las relaciones de pareja, el trabajo, etc. (Grimberg, 2000).

Un aspecto particularmente relevante lo constituyen las reconstrucciones identitarias. En el nivel de la metáfora, el vivir con VIH «denuncia» historias e identidades cuestionadas desde las construcciones sociomorales dominantes. Esta «denuncia» se vislumbra, por ejemplo, en las

distintas modalidades de interrogación como «*por qué a mí*» o «*por qué a mí ahora*». Como hemos señalado, la experiencia de vivir con VIH impacta (cuestiona o reafirma) las identidades, reestructura las prácticas sociales y organiza el conjunto de la vida con nuevos sentidos (Grimberg, 1998). Según trabajos previos y nuestros propios datos (Carricaburo & Pierret, 1995; Pierret, 1999; Grimberg, 2000), la experiencia de vivir con VIH supone para la mayor parte de los sujetos «*un ir y venir, interrogar y responder por la propia historia*» en distintos momentos.

Los estudios sociológicos de los padecimientos crónicos han aportado distintas herramientas de análisis para estos procesos. Bury (1982) propuso el concepto de «disrupción biográfica» (*biographical disruption*) para analizar la situación de enfermedad crónica como desorganización de las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento asociadas a ellas. Distinguió tres formas: 1) de los supuestos y comportamientos que se dan por sentado; 2) la redefinición de la biografía y del sí mismo (*self*) en función de la búsqueda de sentidos a su padecimiento (sistemas explicativos habituales); y 3) de los recursos tanto cognitivos como materiales que movilizan para enfrentar la situación. En 1991, Bury introdujo la idea de contexto, en el que incluyó la política social, las asociaciones de distinto tipo, los medios masivos de comunicación, etc.; y distinguió dos tipos de «sentidos», por un lado, en términos de consecuencias en la vida cotidiana de las personas afectadas y, por otro, en términos de significados, es decir la imagen que tiene de sí misma y a la vez la que le atribuye a los demás (Bury, 1991). En este mismo campo, Corbin & Strauss (1987) plantearon el concepto de «trabajo biográfico», focalizando tres dimensiones: el tiempo biográfico, las concepciones de sí y las concepciones del cuerpo; su combinación proporcionaría la continuidad de cada biografía. Como para estos autores la irrupción de una enfermedad crónica produce el quiebre de estos componentes, el trabajo biográfico consistiría entonces en «recomponer los pedazos» (Corbin & Strauss, 1987).

Un aporte importante es el realizado por Charmaz quien, desde una perspectiva

interaccionista simbólica, estudió las formas en que el padecimiento crónico afecta a los sujetos y las principales fuentes de sufrimiento. Su hipótesis central fue la de «pérdida de identidad» (*loss self*) relacionada con la restricción de la interacción social impuesta por las enfermedades crónicas (1983). Para Charmaz, por sus características, la medicina moderna no puede contener aquellas modalidades que trascienden el estricto sufrimiento físico, ignorando los padecimientos experimentados en las enfermedades crónicas. En esta línea identificó cuatro fuentes de «pérdida de la identidad»: 1) la restricción en la vida cotidiana, en particular de la capacidad de elección y de la libertad; 2) el aislamiento social relacionado con el tipo de tratamiento médico y la capacidad de movilidad personal; 3) las definiciones desacreditantes en relación con la exposición pública; y 4) ser una carga para los otros.

Aun cuando estos estudios sociológicos aportan pistas importantes de algunos de los aspectos y las modalidades de la experiencia subjetiva de los padecimientos crónicos, su limitación más seria es la focalización en un nivel de análisis microsociedad y su no incorporación analítica y crítica de los contextos socioculturales. Esta problemática es evidente en el análisis de Charmaz sobre la «pérdida de la identidad» y las fuentes propuestas para la misma, en el que no se interroga el contexto más general de la construcción social de valores tales como los de libertad, o la capacidad de elección o la independencia de los individuos. Por su parte, la búsqueda de Bury (1991) por articular las experiencias subjetivas a contextos familiares y culturales más amplios, resulta enunciativa al no proponer herramientas conceptuales específicas para tal articulación.

En el campo específico del VIH/sida, Carricaburu & Pierret (1995) revisaron algunos de estos conceptos en un estudio entre varones con prácticas homosexuales y hemofílicos. El trabajo mostró que la mayor parte de los mismos no había reconstruido su biografía alrededor del VIH/sida, sino reacomodado su vida para continuar viviendo en la «forma más normal posible». Desde ahí propusieron la noción de «reforzamiento biográfico» para analizar el proceso de reconstrucción del pasado individual

y colectivo, y la acentuación de los componentes de identidad anteriores a la infección por VIH. En la misma perspectiva, otro estudio entre varones gay VIH positivos de Bélgica (Delor, 1997) focalizó las relaciones entre trayectorias e identidades, considerando las formas de identidad como «arreglos sociales» que pueden variar en el tiempo y los espacios sociales. Delor identificó cuatro grandes polos de identidad: el rechazo de la preferencia homosexual; la aceptación de la preferencia en el modo clandestino; la aceptación de la preferencia en el modo del compromiso; y la aceptación de la preferencia en el modo de la afirmación -reivindicación.

Desde la antropología social, A. Kleinman propuso el concepto de «narrativas del padecimiento» (*illness narratives*) para analizar los relatos, la historia narrada por los sujetos para dar sentido a su padecimiento. Para este autor estas narrativas ponen de manifiesto «modelos explicativos» en los que se organiza el conjunto de nociones y creencias sobre la etiología, el origen de los síntomas, la patología, el desarrollo de la enfermedad y el tratamiento (Kleinman, 1988). Estos «modelos explicativos» expresan tanto el discurso médico profesional dominante como otros discursos médicos, así como visiones y valores que orientan la vida cotidiana. Desde tal perspectiva, muestra que la experiencia de la epilepsia es profundamente diferente en un contexto individualista como el de los Estados Unidos y en otro colectivista como el de China (Kleinman *et al.*, 1995). B. Good (1994), por su parte, ha propuesto el trabajo con narrativas biográficas en su análisis del dolor crónico. Estas narrativas responden a la necesidad de reinterpretar y reconstruir su historia y su visión de sí para enfrentar y manejar la nueva situación. Posibilitan un ordenamiento lógico, son tentativas de encontrar y/o generar coherencia, sentidos a las experiencias vividas. Se dirigen a descubrir los orígenes del sufrimiento, a localizar su ubicación y su fuente, y a encontrar una solución o una modalidad de enfrentarlo. La potencialidad de una narrativa reside en el alivio de la tensión, en la reconstitución del mundo y, por tanto, en el aporte de una nueva seguridad al sujeto, que permita reconstituir la disolución de sí y de su mundo (Good, 1994). Para el autor, la narrativa



biográfica aporta no sólo una explicación de lo sucedido e identifica causalidades de distinto tipo, sino reorienta la vida en términos más generales.

Desde una perspectiva más descriptivista y en el campo específico de la experiencia del VIH/sida, Pierret (1996) diferenció tres modalidades de elaboración de narrativas biográficas en treinta personas asintomáticas y sin tratamiento durante más de 10 años en Francia. La primera, de continuidad y de prosecución de la vida organizada en torno al mantenimiento del secreto; la segunda, de cuestionamiento a la experiencia de VIH/sida, que tiende a organizarse en torno a la idea de dar sentidos a ciertos eventos significativos; y la tercera, narrativas de infortunio organizadas alrededor de las rupturas producidas por la infección en la vida de los afectados. El hecho de que estas narrativas hayan sido sostenidas tanto por personas que llegaron a su vida adulta con el VIH, como por aquellas que estaban ya instaladas en una vida familiar y profesional en el momento de su infección, estaría mostrando para esta autora, las complejas relaciones existentes entre las condiciones de vida en el momento del conocimiento de su situación y la manera en que estos sujetos recuperaron el sentido de los años previos. Y, al mismo tiempo, que la historia individual no puede aislarse de la historia colectiva necesaria para interpretar las biografías individuales; es decir, que las consecuencias del VIH en la vida cotidiana son indisociables de la forma en que los entrevistados las interpretan y reconstruyen el pasado, no sólo individual sino también colectivamente (Pierret, 1996).

Los resultados parciales de un estudio aún no concluido<sup>7</sup> permiten distinguir diferentes modalidades narrativas. La primera, el predominio de una lógica salvacionista en la que el VIH resulta ser eje de pasaje respecto de un antes considerado negativo, ya sea en el marco de una orientación espiritual o religiosa, ya en el de una orientación

social y/o política. En estos casos, el VIH se constituye en soporte identitario, en particular entre quienes tienen activismo en organizaciones vinculadas a la problemática. Una segunda modalidad, en la que prevalece una lógica disruptiva en torno a relatos de pérdida y quiebres de diversos aspectos de la vida. En varios de los casos, estas modalidades se apoyan en discursos de autoculpabilización o de culpabilización de otro, en formas expresivas de dolor y en una reiterada afirmación de dificultades para afrontar la vida. Una tercera modalidad se expresa en algunos casos de mujeres que adquirieron el VIH en el marco de parejas estables. Esta modalidad incluye en términos negativos la historia de la pareja hasta el inicio de la relación; reacomoda la historia personal, para reforzar componentes identitarios como los del «amor», el rol de «compañeras» en un contexto general de normalidad. Como surge en otros estudios (Pierret, 2000), en algunas de estas mujeres, así como en otros casos de varones (autodefinidos como «heterosexuales» o «gays»), el trabajo biográfico supuso acentuar componentes identitarios anteriores a la infección.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

Los sujetos del sida se han constituido básicamente a partir de la alteridad (otros étnicos) y la diferencia (la orientación sexual, el género, la edad, etc.), configuradas de manera previa en términos de estigmatización y discriminación por los marcos más generales de las relaciones de desigualdad social. Desde su surgimiento el VIH/sida ha pasado de ser una enfermedad de «homosexuales», «promiscuos» y «drogadictos», a una enfermedad de heterosexuales pobres, de jóvenes y de mujeres, manteniendo, y en algunos casos ampliando, su estigmatización. La diversificación de poblaciones y de contextos

<sup>7</sup> El estudio se realiza en 40 personas VIH positivas, varones y mujeres, que contrajeron el VIH por distintas vías de transmisión, con tres y más años de diagnóstico, recibiendo atención ambulatoria en la ciudad de Buenos Aires.

socioeconómicos alcanzada por el VIH pone al rojo las desigualdades sociales frente a la enfermedad y la atención, así como el juego de metáforas con las que se enfrentan los sujetos afectados.

Un aspecto a tener en cuenta al mismo tiempo, es que parte de estos sujetos se encontraban ya cuestionando, o comenzaron en el transcurso de la epidemia a cuestionar, las construcciones estigmatizantes y a reivindicar positivamente su «diferencia»; parte de ellos desarrollaba o comenzó a desarrollar distintas acciones para que sus derechos a la diferencia sean reconocidos y legalizados.

En este contexto, los cambios en las modalidades terapéuticas y los nuevos problemas que las mismas generan, hacen necesaria una reconsideración teórica del impacto y las reestructuraciones de la vida cotidiana, de los requerimientos y de las reelaboraciones que deben realizar las personas para vivir con VIH en un horizonte de largo plazo. En especial si se tiene en cuenta la vigencia de renovados procesos de estigmatización y discriminación para sujetos que deberán vivir un tiempo tan prolongado como incierto, con una enfermedad de transmisión sexual y vertical.

De manera similar a aspectos de las enfermedades crónicas, el VIH/sida pone en crisis los límites socialmente construidos entre salud y enfermedad, entre normalidad y anormalidad, entre privado y público. Su imbricación a «la vida misma», la dependencia de los recursos técnico-médicos respecto de aquéllos de gestión individual y social, abren un desafiante camino para la perspectiva y las herramientas de comprensión y acción. La contextualización de los acontecimientos y las prácticas, el trabajo con la diversidad de sentidos para distintos actores, la relevancia de la simbolización y la articulación de redes y soportes sociales en los procesos terapéuticos, la crítica sistemática a todos aquellos saberes, prácticas e instituciones en general, que

producen y reproducen desigualdades sociales y procesos de discriminación y opresión social, son sólo algunos de los desafíos que se nos presentan.

Si bien la experiencia de vivir con VIH supone una confrontación tensa con metáforas sociales, las especificidades de género hacen necesario distinguir problemáticas diferenciadas. Las construcciones de género no sólo imponen condiciones de vulnerabilidad social diferencial, sino posibilidades y límites también diferenciados en los recursos y la construcción de estrategias para manejar el problema. Si bien el género ha sido una de las líneas de creciente aporte de las ciencias sociales, su articulación a los problemas planteados por la prevención del VIH/sida y sobre todo del vivir con VIH, es aún incipiente y predominantemente empírico-descriptiva. Resulta necesario la construcción teórica de un marco de análisis relacional, en particular por la todavía vigencia de enfoques individualistas y ciertos usos que tienden a minimizar el carácter político y crítico de las relaciones de género.

La vida sexual emerge como un área de investigación prioritaria para cuestionar las construcciones bio-morales estigmatizantes y recuperarla como una de las dimensiones estratégicas de la subjetividad. En particular, las relaciones y las prácticas sexuales constituyen espacios significativos de reconstrucción biográfica y de reestructuración de la vida cotidiana de las personas que viven con VIH. Otras áreas prioritarias son la esfera del trabajo así como los cambios y nuevos modos de organización de las familias y los lazos comunitarios, ya que desde ambas se puede indagar en las relaciones de reciprocidad, en las formas de solidaridad y en la constitución de soportes de distinto carácter a partir de las redes de amistad y parentesco. Pero estos análisis deben ser contextualizados, tanto en el proceso de movilización colectiva de recursos materiales y simbólicos efectuado por los sujetos afectados y sus asociaciones, como en las características de las políticas públicas en vigencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, P. (1994). Médecins et associatifs dans la lutte contre le Sida: vers une redistribution des compétences. *Panoramiques*, 2(17): 105-111.
- \_\_\_\_\_ (1997). «Expérience intime et action collective. Sexualité, maladie et lutte contre le SIDA». Doctorado de sociología, París, EHESS (Escuela de Altos Estudios en Ciencias sociales).
- Aggleton, P. & Warwick, I. (1997). *Household and Community Response to HIV and AIDS in Developing Countries: Finding from Multi-site Studies*. Geneva: UNAIDS.
- Alonzo, A. & Reynolds, N. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science and Medicine*, 41(3): 303-315. (Cit. Pierret, 2000)
- Biagini, G. & Sanchez, M. (1995). *Actores sociales y SIDA: ¿Nuevos movimientos sociales? ¿Nuevos agentes de salud? Las ONGs y el complejo VIH/sida en Argentina*. Buenos Aires: Espacio Ed.
- Bungener, M., Duroussy, M., Pierret, J. & Souteyrand, Y. (1994). «Les personnes atteintes: des recherches sur leur vie quotidienne et sociale». Presentation, ANRS.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as a biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4: 167-182.
- \_\_\_\_\_ (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 13: 451-468.
- Campbell, C. (1990). Women and AIDS. *Social Science and Medicine*, 30 (4).
- \_\_\_\_\_ (1999). *Women, Families & HIV-AIDS. A sociological perspective on the epidemic in America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carricaburu, D. & Pierret, J. (1995). From biographical disruption to biographical reinforcement: The case of VIH-positive men. *Sociology of Health and Illness*, 17: 65-88.
- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, M. C., Hernández, J.J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/sida a nivel familiar / Management strategies adopted by families towards HIV/AIDS. *Salud pública*, 39(1): 32-43.
- Catalán, J., Beevor, A., Cassidy, L. *et al.* (1996). Women and HIV infection: Investigation of its psychosocial consequences. *Journal of Psychosomatic Research*, 41: 39-47
- Charmaz, K. (1987). Struggling for a self: identity levels of the chronically ill. *Research in the Sociology of Health Care*, 6: 283-321.
- \_\_\_\_\_ (1991). *Good days, bad days. The self in chronic illness and time*. New Brunswick (N.J.): Rutgers University Press.
- Conrad, P. (1987). The experience of illness: Recent and new directions. *Research in the Sociology of Health Care*, 6: 1-31.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1987). Accompaniments of chronic illness: changes in body, self, biography and biographical time. *Research in the Sociology of Health Care*, 6: 249-281.
- Crystal, S & Sambamoorthi, U. (1996). Care needs and access to care among women living with HIV. En: Sherr, L., Hankins, C. & Bennett, L. (Eds.). *AIDS as a Gender Issue, Psychosocial Perspectives*. London: Taylor and Francis.
- Csordas, T. (1994). *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cusick, L. & Rhodes, T. (1999). The process of disclosing positive HIV status: findings from qualitative research. *Culture, Health and Sexuality*, 1(1).
- Davies, M. (1997). Shattered assumptions. Time and the experience of long-term HIV positivity. *Social Science and Medicine*, 44 (5): 561-571
- Delor, F. (1997). *Séropositifs. Trajectoires Identitaires et Recontres du Risque*. Paris: L'Harmattan.
- De Vicenzi, J., Jadand, C., Coururier, E. *et al.* (1997). Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. *AIDS*, 11: 333-338.
- Farmer, P. (1999). *Infections and Inequalities. The modern plagues*. California: University of California Press.
- Fisher, J., Kimble, Willcutts, D., Misovich, S., & Weinstein, B. (1998). Dynamics of sexual risk behavior in HIV-infected men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 2: 101-113. (Cit. Schiltz & Sandford, 2000).

- Frankenberg, R. (1986). Sickness as cultural performance: Drama, trajectory and pilgrimage, root metaphors and the making social of disease. *International Journal of Health Services*, 16: 603-626.
- Gerhardt, U. (1990). Qualitative research on chronic illness: the issue and the story. *Social Science and Medicine*, 30(11): 1149-1159.
- Gilmore, N. & Somerville, N. (1994). Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases, overcoming «them» and «us». *Social Science and Medicine*, 39: 1339-1358
- Godin, G., Savard, J., Kok, G., Fortin, C., & Boyer, R. (1996). HIV-seropositive gay men: Understanding adoption of safe sexual practices. *AIDS Education and Prevention*, 8: 529-545.
- Goffman, E. (1992). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu (edición original, 1963).
- Good, B.J. (1994). The body, illness experience, and the lifeworld: a phenomenological account of chronic pain. En: *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goss, D. & Adam-Smith, D. (1994). Empowerment or Disempowerment: The limits and possibilities of workplace policy. En: Aggleton, P., Davies, P. & Hart, G. (Eds.). *AIDS Foundation for the Future*. London: Taylor and Francis.
- Green, G. (1995). Sex, love and seropositivity: Balancing the risks. En: Aggleton, P., Davies, P. & Hart, G. (Eds.). *Safety, Sexuality and Risk*. London: Taylor and Francis.
- \_\_\_\_\_ (1996). Stigma and social relationships of people with HIV: Does gender make a difference? En Sherr, L., Hankins, C. & Bennett, L. *AIDS as a Gender Issue, Psychosocial Perspectives*. London: Taylor and Francis.
- Green, G. & Platt, S. (1997). Fear and loathing in health care settings reported by people with HIV. *Sociology of Health and Illness*, 19: 70-92.
- Grimberg, M. (1995). Sexualidad y construcción social del SIDA. Las representaciones médicas. En: *Cuadernos Médico Sociales*, N° 68. Rosario: CESS. Asociación Médica de Rosario.
- \_\_\_\_\_ (1999). Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH/sida en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires. En: *Cuadernos Médico-Sociales*. N° 75. Rosario: CESS. Asociación Médica de Rosario.
- \_\_\_\_\_ (2000). Género y VIH/sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. *Cuadernos Médico Sociales*, N° 78. Rosario: CESS. Asociación Médica de Rosario.
- Hankins, C., Gendron, S., Tran, T. & Lamping, D. (1997). Sexuality in Montreal women living with HIV. *AIDS Care*, 9: 261-271.
- Haour-Knipe, M & Aggleton, P. (1998). Social inquiry and HIV-AIDS. *Critical Public Health*, 8(4).
- Jones, M., Klimes, I. & Catalán, J. (1994). Psychosexual problems in people with HIV infection: controlled study of gay men and men with haemophilia. *AIDS Care*, 6(5): 587-593.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- \_\_\_\_\_ (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing & The Human Condition*. Nueva York: Basic Books Inc.
- Kleinman, A., Wang, W., Li, S., Cheng, X., Dai, X., Li, K. & Kleinman, J. (1995). The Social Course of Epilepsy: Chronic Illness as Social Experience in Interior China. *Social Science and Medicine*, 40(10): 1319-1330.
- Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kowalewski, M.R. (1988). Double stigma and boundary maintenance: How gay men deal with AIDS. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17(2): 211-228
- Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvão, J., Mane, P. & Verrall, J. (1998). HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8(4).
- Marks, G., Bingman, C. & Duval, T. (1998). Negative affect and unsafe sex in HIV-positive men. *AIDS and Behavior*, 2: 89-99. (Cit. Schiltz & Sandford, 2000).
- Meyer-Bahlburg, H., Nostlinger, C., Exner, T. *et al.* (1993). Sexual functioning in HIV-seropositive and HIV-seronegative IDU women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19: 56-68.

- Ostrow, D., McKirnan, D., Venable, P. & Hope, B. (1998). «The impact of new combination HIV therapies on knowledge, attitudes and behaviors among Chicago gay men». 12<sup>th</sup> World AIDS Conference. Ginebra.
- Pantzou, P., Tselepi, C., Metallinou, O. & Agrafiotis, D. (1998). «Constraints and modes of adaptation of HIV-carriers in everyday life». Second European Conference on Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS, Paris.
- Parker, R. (1994). Sexual cultures and AIDS prevention. *AIDS*, 8(1): 309-314
- Pierret, J. (1996). Maladie, sciences et société: l'expérience des personnes atteintes par le VIH, *Natures, Sciences, Sociétés*, 4 (3): 218-227.
- \_\_\_\_\_ (1999). Vie affective et sexuelle des personnes asymptomatiques à long term. En: Bozon, M., Doré, V., Grémy, I. et al. (Eds.). *Séropositivité, Vie Sexuelle et Risque de Transmission du VIH*. Paris: Agence Nationale de Recherche sur le SIDA.
- \_\_\_\_\_ (2000). Everyday life with AIDS/HIV: surveys in the social sciences. *Social Science and Medicine*, 50 (11): 1589-1598. (Versión abreviada en español: Vivir con el VIH en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales. *Cuadernos Médico Sociales*, 77. Rosario).
- Pollak, M. (1990). *L'expérience concentrationnaire*. Paris: A. M. Métailié.
- \_\_\_\_\_ (1992). Organizing the fight against AIDS. En: Pollak, M., Paicheler, G., & Pierret, J. (Eds.). *AIDS: a problem for Sociological Research*. London: Sage.
- Pollak, M. & Rosman, S. (1989). «Les associations de lutte contre le Sida: éléments d'évaluation et de réflexion». Informe de investigación, París, CNRS-MIRE (Misión de Investigación del Ministerio de Asuntos Sociales).
- Remien, R., Halkitis, P., O'Leary, A. & Hays, R. (1998). «Perceptions, attitudes and sexual risk among HIV-positive men with undetectable plasma viral loads». 12<sup>th</sup> World AIDS Conference. Ginebra. (Cit. Schiltz & Sandford, 2000)
- Rhodes, T. & Cusick, L. (1997). «Qualitative insights on why HIV positive drug users have unprotected sex». Eight International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Paris.
- Rosman, S. (1994). Entre engagement militant et efficacité professionnelle: naissance et développement d'une association d'aide aux malades du SIDA. *Sciences Sociales et Santé*, XII(2): 113-140.
- \_\_\_\_\_ (1996). «Maladie et précarité: une association d'aide aux malades du Sida au carrefour du médical et du social». Doctorado de sociología, París, EHESS.
- Roth, N. & Hogan, K. (Eds.). (1998). *Gendered Epidemic. Representations of Women in the Age of AIDS*. London: Routledge.
- Scambler, G. & Hopkins, A. (1986). Being epileptic: coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8: 26-43.
- Schiltz, M.A. & Adam, P. (1995). Reputedly Effective Risk Reduction Strategies and Gay Men. En: Aggleton, P., Davies, P. & Hart, G. (Ed). *Aids: Safety, Sexuality and Risk*. London: Tylor and Francis.
- Schiltz, M.A. & Sanford, T. (2000). HIV-positive people, risk and sexual behavior. *Social Science and Medicine*, 50(11): 1571-1588.
- Sherr, L., Hankins, C. & Bennett, L. (Eds.) (1996). *AIDS as a Gender Issue, Psychosocial Perspectives*. London: Taylor and Francis.
- Siegel, K., Lune, H. & Meyer, I.H. (1998). Stigma Management among gay/bisexual men with HIV/AIDS. *Qualitative Sociology*, 21(1): 3-24
- Stall, R., Ekstrand, M., Pollak, M., McKusick, L. & Coates, T. (1990). Relapse from safer sex: The next challenge for AIDS prevention efforts. *AIDS*, 3: 1181-1187
- Strauss, A. & Glaser, B. (1975). *Chronic illness and quality of life*. St Louis: Mosby.
- Watney, S. (1989). The subject of AIDS. En: Aggleton, P., Hart, G., Davies, P. *Social representation, social practice*. New York, London: The Farmer Press. (Traducción: Santiago Wallace).
- Weeks, J. (1995). *Invented Moralities. Sexual Values in an Age of Uncertainty*. New York: Columbia Univ. Press.

- \_\_\_\_\_ (2000). *Making Sexual History*. Cambridge: Politiy Press- Blackwell Publishers.
- Weitz, R. (1990). Living with the stigma of AIDS. *Qualitative Sociology*, 13 (1): 23-38.
- \_\_\_\_\_ (1993). Powerlessness, invisibility and the lives of women with HIV disease. En: Albrecht, G. & Zimmerman, R. (Eds.). *Advances in Medical Sociology. The Social and Behavioral Aspects of AIDS*, Vol 3. Jai Press Greenwich Conn.

## EL PROBLEMA

# ESTIMULANDO EL CONOCIMIENTO Y LA DISCUSIÓN ENTRE ACTORES CLAVE PARA MEJORAR LA RESPUESTA AL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA

---

*Mario Bronfman\* • Cristina Herrera\*\**

---

Cada vez es más evidente la fuerte relación que existe entre el avance de la epidemia de VIH/sida, los problemas del desarrollo y las dificultades para hacer valer los derechos humanos en amplias zonas del mundo. Esto ha obligado a combinar las agendas globales sobre estos diferentes temas de una manera urgente y estratégica. Con el reconocimiento del contexto más amplio del VIH/sida, la respuesta a la pandemia ha quedado así, definitivamente, ubicada en la esfera de las grandes decisiones políticas.

La propagación del VIH/sida se está empezando a considerar como un indicador de desarrollo negativo, es decir, «de la incapacidad de crear sociedades más equitativas y prósperas en gran parte del mundo» (Collins & Rau, 2000). Más aún, se ha encontrado una fuerte relación entre vulnerabilidad al VIH, pobreza y bajo nivel de cohesión social (Barnett, Decosas & Whiteside, 2000).

Desde el comienzo de la epidemia, sin embargo, tanto los tomadores de decisiones como los científicos e investigadores, y el público en general, han venido caracterizando al VIH/sida como un problema casi exclusivamente de salud pública. Además, hasta la fecha y bajo la fuerte influencia de los enfoques epidemiológicos, cuyo análisis se centra en la dimensión individual del riesgo, la mayoría de los esfuerzos de prevención se ha concentrado en incrementar la conciencia de riesgo en los individuos y en promover la reducción del mismo a través de diversos medios. Esta parcialidad se agrava con el hecho de que durante el avance de la epidemia ha prevalecido el aislamiento y la falta de comunicación entre los diferentes esfuerzos y actores, tanto al interior de los distintos países como a nivel regional.

Todo lo anterior llama la atención sobre la necesidad de fortalecer los lazos de solidaridad social y de ampliar la base política para la creación,

---

\* Licenciado en Sociología (Universidad de Buenos Aires) y Doctor en Salud Pública (Escola Nacional de Saude Publica, Rio de Janeiro, Brasil). Actualmente es Director del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública (Cuernavaca, México). E-mail: mbronfman@correo.insp.mx

\*\* Licenciada en Sociología (Universidad de Buenos Aires) y Maestra en Sociología (FLACSO-México). Investigadora en el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México y Coordinadora de GLAMS (Grupo Latinoamericano de Mujer y Sida).

desarrollo e implementación de respuestas más eficaces al VIH/sida, que tomen en cuenta el contexto social y estructural más amplio de los individuos, lo que constatan algunos ejemplos de estrategias exitosas para enfrentar la epidemia en distintas partes del mundo.

Siendo éste un elemento central en el problema de la respuesta que aún falta articular en las regiones del mundo de menor desarrollo, incluida América Latina, «importa comprender (y aportar) no sólo al contenido de los programas, sino también al proceso de su elaboración» (Collins & Rau, 2000), proceso en el que intervienen cada vez más actores sociales con expectativas y bagajes diferentes de información.

Se ha discutido con frecuencia la dificultad que existe para mantener funcionando «coaliciones» de actores tan heterogéneos como los que intervienen en la respuesta al VIH/sida (Brown, 1999), más aún en un tema que desde sus orígenes ha suscitado más divisiones sociales que cohesión, si bien es cierto que esto comienza a revertirse con lentitud en algunos sectores de la sociedad. A ello deben añadirse las dificultades propias de la comunicación entre actores diversos.

Un problema clave que emerge, entonces, es el de la disponibilidad, manejo, uso y circulación de la información en el diseño de políticas y toma de decisiones de base social amplia, en procesos donde intervienen actores de sectores tan diversos como el académico, político, administrativo, no gubernamental, comunitario, etc.

Un análisis de este proceso implica responder a las siguientes preguntas: ¿Dónde y cómo cada uno de los actores sociales clave genera información relevante para el proceso de toma de decisiones y de planeación estratégica de base amplia? ¿Cómo el contenido de estas diferentes informaciones, articuladas en códigos distintos de comunicación, logran o no «traducirse» operativamente a los lenguajes que manejan los otros actores y al de la formulación de programas? ¿Cómo los actores se apropian de la información, la circulan y re-utilizan para fines diversos?

Un intento por mejorar la comunicación y capacidades de quienes participan activamente en la respuesta social y política al VIH/sida, desde un enfoque democrático como el descrito, debe

comenzar por preguntarse: ¿Qué se necesita saber en un contexto dado para enfrentar mejor la epidemia de VIH/sida? ¿Qué deberían saber los diferentes actores individualmente? ¿En qué contenidos deberían tener un acuerdo mínimo? ¿Qué disidencias se pueden permitir sin poner en peligro la estrategia conjunta? Y, finalmente, ¿cómo facilitar canales de diálogo y colaboración?

El proceso de hacer dialogar a la ciencia, la política y los intereses de los diferentes grupos para fines operativos, está lejos de ser fácil. Se ha dicho que el conocimiento científico sobre el VIH «es diferente de otros, y posiblemente emblemático de las incursiones de los intereses legos en la construcción de la ciencia» (Epstein, 1996), lo que tiene repercusiones prácticas importantes en la toma de decisiones y finalmente en la vida de las personas. Quizá el mejor ejemplo negativo en este sentido sea la confusión y daño generados por la llamada «postura disidente» alrededor de la relación entre VIH y sida que, desde una pretensión de legitimidad científica, ganó no pocos adeptos incluyendo, de manera alarmante, al propio presidente del país en el que el sida tomó las dimensiones más catastróficas.

En este trabajo nos proponemos profundizar en un aspecto de este problema y presentar, a modo de ejemplo, un intento de aporte al mejoramiento del proceso por el que se formulan respuestas multisectoriales al VIH/sida en América Latina: la experiencia del Centro Colaborador de ONUSIDA en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Con la meta de convertirse en un centro de referencia a nivel regional, tiene como fin último favorecer procesos informados y participativos de decisión, tanto a través de la generación de conocimientos relevantes para los actores principales, como de la ampliación del espacio de diálogo e intercambio entre ellos, de manera local y regional. Esto lo realiza haciendo uso de la principal ventaja comparativa que le confiere el operar en una institución académica de salud pública de alto nivel en la región: 1) mediante la investigación orientada a la intervención y a la toma de decisiones; 2) a través de la docencia, capacitando básicamente a tomadores de decisiones de nivel operativo, personal de salud y líderes; y 3) trabajando en el apoyo directo a actores clave, en especial tomadores de decisiones del más alto nivel en VIH/sida en la región, redes y organizaciones no gubernamentales.



## EL CONTEXTO

Para comprender realmente un problema social -y sociológico- y diseñar mejores respuestas, no puede dejar de analizarse el contexto en el que aquél se produce. Son varios los niveles que conforman ese contexto: el más inmediato, o contexto de la interacción entre individuos; un contexto intermedio, donde se producen relaciones entre actores sociales, grupos e instituciones; y un contexto estructural, conformado por los grandes sistemas de distribución de bienes materiales y simbólicos, que tienen como consecuencia desigualdades sociales y de poder (de clase, género, etnia, preferencia sexual, etc.). Al hablar de vulnerabilidad al VIH/sida estamos considerando los tres niveles, y partiendo del contexto macrosocial más amplio, vinculamos esta vulnerabilidad a los problemas de desarrollo y de derechos humanos ya mencionados, para desde allí insistir, una vez más, en la necesidad de respuestas estructurales a la epidemia.

Particularmente en nuestra región, al igual que en la mayor parte de los países en desarrollo, la aparición de los primeros casos de VIH/sida coincidió con el inicio de una etapa de profunda crisis y posteriores ajustes en el ámbito económico, político y social. Los programas de ajuste estructural que implicaron la reducción del gasto público y la redefinición del papel del estado, entre otras medidas, se tradujeron en muchos países en recesión, reducción del empleo y limitaciones en la cobertura y calidad de la prestación de servicios sociales, en particular de salud.

La vinculación entre la vulnerabilidad al VIH/sida y «cualquier tipo de desigualdad de dimensión colectiva que pueda traducirse en posibilidades diferenciadas de usufructo de bienes y servicios, tanto materiales -vivienda, alimentación adecuada, tratamiento médico, etc.- como simbólicos -información, capacidad de autodeterminación y poder para hacerlo, etc.- » (Bastos, 1999), ha sido ampliamente argumentada.

Como señalan Collins & Rau (2000), dos estrategias típicas de las poblaciones pauperizadas en busca de mejorar su ingreso, se vinculan directamente con situaciones de riesgo y extrema vulnerabilidad al VIH: 1) las migraciones en busca de mejores condiciones de vida, y 2) el trabajo

sexual de supervivencia. Es necesario conocer más sobre estas estrategias, en diferentes contextos, y lo que implican en términos de vulnerabilidad de la población, especialmente en lo que hace a los contextos, situaciones y rutas por las que el VIH se disemina y no con el propósito de aislar nuevos grupos de riesgo ni delinear su perfil. También es necesario saber más sobre los conocimientos y estrategias que la misma sociedad ha ido generando, muchas veces de manera aislada y en condiciones de gran escasez de recursos materiales y humanos, para reconocer allí un potencial de prevención y atención a incrementar.

En América Latina, tanto la emergencia de nuevos actores y la creciente conciencia y defensa de la ciudadanía que provocó la democratización, como la crisis y el recorte del estado, crearon las condiciones para nuevas formas de resolver problemas sociales, al mismo tiempo que se constataba la ineficacia de las respuestas tecnocráticas verticalistas. Con grandes disparidades a lo largo de la región, la sociedad civil organizada ha ido ocupando espacios nuevos, ya sea por propia imposición o por una demanda de cooperación por parte del sector gubernamental. Particularmente en el caso de un problema emergente, para el que no había soluciones hechas como el del VIH/sida, las respuestas de la propia sociedad antecedieron en muchos casos a las gubernamentales y más tarde se logró alguna articulación entre ambas. En otros casos fue a la inversa. Pero lo cierto es que cada vez se constata más la necesidad de una mayor vinculación entre la investigación, la toma de decisiones y la experiencia y habilidades desarrolladas por diversos sectores sociales, muchas veces en colaboración con actores gubernamentales.

## LOS ACTORES

El problema de la traducción de la ciencia al lenguaje de las políticas y el papel que juega la divulgación científica y los medios de comunicación en la formación del entendimiento que tienen los actores legos a la hora de interactuar en el proceso de formulación de políticas, es un

tema de enorme importancia que excede los límites de este trabajo. Parte de ese problema fue extensamente tratado en otro lugar (Bronfman, Trostle & Langer, 2000). Aquí nos centraremos en una respuesta concreta diseñada para mejorar el proceso por el cual diversos actores establecen un diálogo necesario, no siempre armónico, en el supuesto interés común de mejorar la respuesta a la epidemia de VIH/sida.

La cuestión de cómo se han manejado los temas en la elaboración de políticas en VIH/sida ha recibido bastante atención en la literatura. Se ha documentado innumerables fracasos en la prevención y en la atención, cuya principal causa es una comprensión errónea y en el peor de los casos prejuiciosa, del VIH y de sus vías de transmisión. Si bien existe en la actualidad una mejor comprensión de la epidemia, queda mucho por hacer para lograr mejores respuestas articuladas, basadas en la evidencia, y una toma de decisiones más eficaz y sensible a los derechos humanos. En esta tarea cada uno de los actores clave tiene conocimientos que aportar y muchos otros que aprender, y la información que reciben y manejan adquiere un papel fundamental.

En la planeación llamada «abierta» por algunos autores (Tehrani, 1982), estratégica para nosotros, idealmente se busca el involucramiento de diversos actores interesados en la toma de decisiones, privilegiando la participación a través de organizaciones de asociación voluntaria, que representan intereses y constituyen canales de comunicación entre la gente y los gobiernos. Sin embargo, las comunicaciones que circulan en estos procesos no son todas equivalentes, como tampoco lo son los recursos de poder que manejan los diferentes actores.

Piénsese por ejemplo en los siguientes tipos de actores: tomadores de decisiones de alto nivel y de nivel operativo, investigadores del área biomédica y del área social, organizaciones de personas afectadas por el VIH (que pueden manejar niveles muy diversos de información), organizaciones que trabajan con o para las personas afectadas y/o en trabajo de prevención a nivel de la sociedad general, organizaciones religiosas, prestadores de servicios (públicos y

privados), grupos de defensa de diferentes tipos de derechos, y la lista se puede ampliar aún más. Todos participan de alguna manera en el proceso de construcción de temas políticos y de diseño y monitoreo de políticas, desde modos de hacer particulares y desde prioridades distintas, una de las cuales, la que se comparte, es la de mejorar las respuestas al VIH en una comunidad o sociedad dadas. Cada uno de estos actores cuenta con ciertos recursos y carece de otros:

- **Los tomadores de decisiones** son quienes toman las decisiones finales, por lo que el proceso y la comunicación con los demás actores vuelven a adquirir la mayor relevancia. No siempre las decisiones son las más «racionales» ni usan la mejor información disponible, y a veces se reacciona a grupos de presión aunque presenten argumentos erróneos. En algunos casos los tomadores de decisiones son quienes lideran el proceso. En otros sólo reaccionan a las iniciativas de otros actores. Lo ideal sería que ejercieran un liderazgo claro y democrático, abriendo el proceso de toma de decisiones a la participación de todos los afectados e involucrados en el tema y tomando las decisiones adecuadas a este proceso, de manera oportuna.
- **Los afectados directamente por la epidemia** (personas que viven con VIH, sus familiares, huérfanos y viudas/os y quienes se hacen cargo de ellos), que suelen ser los grupos más vulnerables desde el punto de vista social, necesitan acumular mayor poder para ser ellos mismos quienes participen en el proceso de diseño de las políticas que los afectan. Muchas veces esto no sucede precisamente por la carencia de los medios necesarios para hacerlo, sean éstos económicos, escolares, la conciencia de derechos o bien la aceptación pasiva del estigma del que son víctimas. Ante esta situación generalmente son otros quienes los representan o les prestan su voz, siendo de vital importancia en ese caso preguntarse quiénes son, desde dónde

- hablan, qué discurso tienen y con qué bases lo sostienen. Por lo general se trata de personas líderes que provienen de otros sectores sociales, grupos u organizaciones (académicos, activistas, abogados, trabajadores sociales, entre otros), que tienen más herramientas para enfrentarse a una esfera pública selectiva en los temas y exigente en los códigos que acepta, pero que no siempre han vivido o viven la experiencia de quienes representan. Ello hace que, muchas veces, la idea de empoderamiento que proponen a los afectados esté más de acuerdo con su propia realidad social que con la de éstos últimos, aun con las mejores intenciones. ¿Qué tan factible es, por ejemplo, para una mujer ama de casa de escasos recursos y baja escolaridad, abandonar una pareja violenta que la pone en riesgo pero al mismo tiempo la mantiene? ¿Puede pensarse en alternativas de empoderamiento desde la propia realidad de los afectados? ¿Cómo lograr que ellos mismos accedan al lugar de la enunciación y sean quienes formulan las propuestas? Este sigue siendo uno de los principales retos con relación al papel de los actores sociales clave.
- **La sociedad civil organizada**, que a veces coincide con los propios afectados pero muchas otras no, en general tiene un discurso más articulado con relación a los primeros y logra defender demandas con mayor firmeza y convicción. Existen innumerables tipos de organizaciones y temas específicos que las reúnen, y aun cuando éste sea un rasgo positivo, en el sentido de que refleja una mayor pluralidad social, es crucial evitar la fragmentación excesiva de los temas e intereses, y encontrar elementos aglutinantes entre ellos, basados en temas abarcadores como el desarrollo, los derechos humanos, la diversidad sexual, el género, la prevención y atención del VIH, etc. Se trata de otro desafío por enfrentar: el de intentar articular los diversos problemas y necesidades sociales en

corrientes de comunicación más fuertes y políticamente atendibles, pero sin desvirtuar las reivindicaciones particulares ni subordinar unos grupos (por lo general los más vulnerables) a otros.

- **La comunidad científica** necesita articularse mejor con los tomadores de decisiones, y esto supone una gran cuota de voluntad de ambas partes. Aunque existan pocos incentivos formales para hacerlo, los científicos deben poder ir más allá de las «reglas del juego» que impone el campo académico en muchos países, estimulando la publicación de resultados sólo en revistas científicas del mundo desarrollado (Trostle, 2000) y orientar sus productos también a los actores sociales y políticos que potencialmente se beneficiarán de esos resultados. Por otra parte, la investigación que echa mano de organizaciones no gubernamentales en la generación de información debe reconocer los méritos de ésta y fundamentalmente el hecho de que permite acceder a información a la que la investigación por sí sola no podría.
- **Los divulgadores**, tanto hacia la opinión pública como hacia los tomadores de decisiones tienen un papel clave en este proceso. En el primer caso, porque de acuerdo con varios estudios los medios de comunicación (televisión, radio y prensa escrita, en ese orden) constituyen la principal fuente de información en VIH/sida para la población de adolescentes de ambos sexos y de amas de casa, dos de los grupos más vulnerables. En el segundo, porque existe evidencia de que «los tomadores de decisiones no tienen tiempo de leer reportes de investigación, y más cuando son de investigación en sexualidad, que son muy largos» (Magis, 2000), lo que lleva a preguntarse por las fuentes alternativas de información que manejan, y a explorar más el papel de los medios masivos, también en la formación de opinión de estos actores.

## EL PROCESO A MEJORAR

En un trabajo anterior planteábamos las restricciones que tienen los sistemas políticos complejos como los contemporáneos, para convertir necesidades sociales en temas políticos y eventualmente en políticas y programas (Bronfman & Herrera, 2000). Allí señalábamos al menos un tema que es necesario retomar aquí: el hecho de que la mayor complejidad de la esfera política actual genera dos tendencias opuestas: burocracia, racionalización y aumento de la comunicación altamente especializada, por un lado, y demanda de mayor participación de la sociedad civil organizada alrededor de temas cada vez más diversos, por el otro. En este caso la participación se amplía y restringe a la vez. Se amplía porque incluye nuevos canales: además de votar, grupos de la sociedad civil se organizan para influir en las decisiones a través de la opinión pública y para crear o promover nuevos derechos, así como para favorecer u obstaculizar los procesos de toma de decisiones en distintas áreas de interés. Se restringe porque para entrar a la consideración de la política, las necesidades deben estar formuladas en el código de la política -ser parte de la opinión pública, ser capaces de transformarse en derechos o trascender a las personas biográficas para convertirse en «temas políticos»-. Sin este código, las demandas no tienen chance de entrar al circuito político (Bronfman & Herrera, 2000).

En otro estudio (Bronfman, Trostle & Langer, 2000) abordamos también el problema de la difícil traducción de los resultados de la investigación (formulados en el código de la ciencia que distingue idealmente entre lo verdadero y lo falso) al ámbito de las decisiones políticas (que maneja otro tipo de códigos, importando aquí si aportan o no legitimidad a quienes las implementan, o si resuelven o no problemas prioritarios, etc.). En el caso del VIH/sida en particular, a los problemas de comunicación entre investigadores y tomadores de decisiones se debe añadir el papel de las llamadas organizaciones de la sociedad civil. En este diálogo cada actor habla un lenguaje e interactúa de diversas maneras. Creemos que desde nuestra posición como académicos es posible influir más directamente en los actores y en el *contenido* de las políticas, y menos directamente

en el *contexto* y *proceso* de formulación de las mismas, aunque también en ellos cabe incidir de algún modo.

## APORTANDO AL CONTENIDO Y A LOS ACTORES: EL CENTRO COLABORADOR DE ONUSIDA EN EL INSP

Como señalábamos al comienzo, en el proceso que nos interesa se vuelve clave el papel de la generación de conocimiento operativo, la capacitación y sensibilización de los actores principales y la coordinación de esfuerzos de investigación, capacitación y asistencia técnica, todo lo cual apunta principalmente a enriquecer el *contenido* de las políticas y respuestas sociales que se generen.

Un diseño incipiente de elaboración de respuesta a las necesidades de fortalecimiento e interacción entre actores clave en este proceso, desde una perspectiva múltiple, es el del Centro Colaborador de ONUSIDA en el Instituto Nacional de Salud Pública de México.

El Centro Colaborador de ONUSIDA del INSP es una unidad de coordinación interdisciplinaria ubicada en el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Creado en 1999, es uno de los centros colaboradores de ONUSIDA en la región de Latinoamérica y el Caribe, y tiene tres áreas principales de actividad: investigación, educación superior y coordinación de redes a nivel regional.

Este centro se propone aportar a la respuesta social a la pandemia en México y la región, mediante trabajo dirigido a diferentes actores clave: tomadores de decisiones, organizaciones de la sociedad civil organizada e investigadores y académicos. El perfil específico de una institución como el INSP hace que su ventaja comparativa en este proceso sea la generación, sistematización, difusión e intercambio de conocimiento operativo para fortalecer la capacidad de respuesta ante el VIH/sida en la región.

Esto lo realiza mediante diferentes proyectos que aportan información potencialmente relevante para formuladores de políticas, gerentes de nivel medio y operativo, prestadores de servicios, grupos de la sociedad civil y, en algunos casos, medios de comunicación.

Los proyectos que conforman este esfuerzo, siguen dos líneas básicas de orientación:

1. La investigación para la toma de decisiones.
2. El fortalecimiento de las capacidades de los actores clave para una respuesta más efectiva.

La primera línea, orientada más al *contenido* de las políticas, está representada por los siguientes proyectos:

1. Migración y VIH/sida en México, Centroamérica y Estados Unidos: una investigación multipaís y multisectorial que, realzando la vinculación entre pobreza, desarrollo, derechos humanos y vulnerabilidad al VIH, se orienta principalmente al desarrollo de políticas, aportando conocimientos clave sobre los progresos de la pandemia en circunstancias muy concretas, con una población que aumenta cada día más en el mundo: los migrantes por razones económicas. Este estudio intenta comenzar a llenar uno de los más graves vacíos que aún persisten en la investigación social en VIH/sida: la ausencia de enfoques que tomen realmente en serio el contexto socioeconómico más amplio de la transmisión del VIH y que exploren «dos mecanismos precisos por los cuales fuerzas como el racismo, el género, la desigualdad, la pobreza, la guerra, la migración, la herencia colonial, los golpes de estado e incluso los programas de ajuste estructural, se encarnan en riesgos crecientes» (Farmer, 1999). El estudio busca trascender los enfoques de salud pública que vinculan la migración con el perfil de la epidemia mediante la identificación del origen de los migrantes, para enfatizar, desde un enfoque cualitativo, las condiciones de vida durante el trayecto y en el lugar de destino que incrementan la vulnerabilidad de los y las migrantes.

2. Sida y Economía en América Latina: es un proyecto que promueve la investigación y el intercambio de resultados entre investigadores en el área de economía, con énfasis en el impacto social y económico del VIH/sida y en la generación de información importante para la toma de decisiones, incluyendo análisis de costo-efectividad de intervenciones, análisis de gastos nacionales en sida y de políticas al respecto, determinantes socio-económicos de prácticas de riesgo en grupos específicos, entre otros. Este proyecto también busca cubrir un vacío en la región, y aportar al análisis de la vinculación entre VIH/sida y Desarrollo, mostrando vías por donde introducir cambios en las políticas nacionales para mejorar la asignación de recursos y lograr una mayor equidad.

Al mismo tiempo, el Centro Colaborador de ONUSIDA en el INSP trata de fomentar una mayor inversión en investigación en Salud Pública dirigida a VIH/sida en la región, mediante proyectos de fundamentación del tema dirigidos a fundaciones y agencias públicas y privadas de financiamiento, y mediante la tarea de facilitar vínculos entre agencias e investigadores en Latinoamérica y el Caribe.

La segunda línea, orientada más a los *actores*, incluye:

1. Coordinación de la red «Grupo Latinoamericano de Trabajo en Mujeres y VIH/sida»: un proyecto que busca fortalecer las iniciativas de investigación y acción preventiva, la colaboración entre sociedad civil y gobierno y el intercambio de información en este tema en particular, desde una perspectiva macrosocial, que enfatiza la vulnerabilidad social, económica y cultural en que se encuentran las mujeres en la región. Se trata de incrementar el potencial que ha demostrado tener el sector de las organizaciones no gubernamentales, a través de la información, el apoyo técnico y financiero a proyectos, la creación de redes y la promoción del diálogo y la gestión del tema

ante las instancias gubernamentales encargadas de las decisiones en VIH/sida. Este trabajo permite también tener un mejor entendimiento de los esfuerzos concretos desplegados por los grupos de la sociedad y hacer un análisis comparativo de las respuestas al VIH en diferentes contextos sociales.

2. Coordinación de la «Red Latinoamericana y del Caribe de Planificación Estratégica en VIH/sida»: un proyecto que trabaja directamente con tomadores de decisiones del mayor nivel en VIH/sida en la región (jefes de programas nacionales de sida), con un enfoque multisectorial y participativo. Este proyecto quizás sea el más directamente relacionado con lo que denominamos el proceso de diseño de políticas, ya que a través de medios como la asesoría técnica directa, la elaboración de documentos de apoyo, el intercambio de información y la convocatoria a un espectro amplio de actores relevantes en VIH/sida, busca facilitar y mejorar el proceso de elaboración de respuestas nacionales y regionales estratégicas al VIH. Este trabajo permite aportar también a un eventual análisis comparativo de políticas, que identifique los factores sociales, políticos e institucionales que parecen

haber logrado que algunas respuestas nacionales al VIH/sida sean más eficaces que otras y en consecuencia contribuir al mejoramiento de las últimas.

3. Formación de recursos humanos: ésta es una tarea permanente del INSP, y en el caso concreto del VIH/sida, la mejor expresión es el diseño e implementación de un diplomado de verano, orientado a la formación de gerentes de programas estatales y funcionarios de nivel medio en el área, entre otros participantes, para mejorar su conocimiento y habilidades en relación a la planeación, implementación y evaluación de programas en VIH/sida. El éxito obtenido en la primera de las generaciones formadas en 2000, alentó a continuar ofreciendo este diploma con una frecuencia anual.

También se incluye contenidos de VIH/sida en los cursos habituales de maestría y doctorado, y se está desarrollando una especialización en VIH/sida dentro del programa de maestría que ofrece el INSP.

Retomando las categorías de análisis que venimos utilizando, que distinguen entre *actores*, *contenido*, *contexto* y *proceso* de la elaboración de políticas y, en nuestro caso, de vinculación de actores en el mismo, podemos sintetizar el trabajo del Centro Colaborador con el siguiente cuadro:

PROYECTOS	CONTENIDO	ACTORES	CONTEXTO	PROCESO
Migración y sida	XX	XX	XX	X
Mujer y sida	X	XX	X	X
Economía y sida	XX	XX	X	XX
Planificación Estratégica en VIH/sida	X	XX	XX	XX
Formación de recursos humanos en VIH/sida	XX	XX	X	X

Las cruces dobles muestran las fortalezas específicas de cada una de estas líneas de trabajo, y las simples, las áreas parcialmente cubiertas que podrían fortalecerse en el futuro. Del cuadro puede deducirse que el proyecto, tomado en términos globales, tiene una fuerte inclinación a trabajar con y/o fortalecer a los actores principales en VIH/sida, en primer lugar generando conocimiento operativo para su tarea cotidiana y, en segundo, facilitando el mismo proceso de interacción entre ellos. En algunos casos la incidencia en el contexto es más directa que en otros, como sucede con el proyecto Migración y sida, que al fortalecer o fomentar la creación de organismos de derechos humanos que defiendan los derechos de los migrantes, entre otras cosas, contribuye a disminuir la discriminación y trato desigual de que son objeto. Por su parte la red de Planificación Estratégica, al trabajar directamente con los encargados de las políticas nacionales, tiene un impacto importante en la reducción de algunas desigualdades que son producto de una planeación inadecuada de programas y políticas, o «vulnerabilidad programática» (Mann *et al.*, 1996).

Dada la relativa corta edad de este centro, es difícil todavía evaluar su impacto en las diferentes áreas en las que intenta incidir. No obstante, creemos que su principal logro es precisamente el haberse constituido como tal, cubriendo una importante brecha en la región y comenzando a hacerse notar como un centro de referencia para muchos actores, tanto del sector académico como del área de políticas y de la sociedad civil. Parte de este reconocimiento lo revela el hecho de que se ha logrado interesar e involucrar a importantes agencias públicas y privadas de financiamiento para la mayor parte de sus proyectos. Se ha iniciado además un interesante proceso de acercamiento con actores clave de toda la región, que promete revertir la tendencia al aislamiento —tanto geográfico como disciplinario y sectorial— que caracterizó los comienzos de la epidemia en esta parte del mundo como en otras. El principal reto consiste en hacer de éste un centro de excelencia sobre VIH/sida para la región latinoamericana y del Caribe y estimular la creación de otros similares.

## LA AGENDA PARA EL FUTURO

Hacia el futuro, son muchas las tareas y desafíos que se presentan para la región, de los que enumeraremos sólo algunos:

### EN EL ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

Hace falta más estudios que analicen en profundidad la relación entre pobreza y VIH/sida, y en especial los factores que median entre ellos.

En el tema específico de las poblaciones móviles y VIH, se ha notado una gran ausencia de estudios que exploren el impacto social de las migraciones masivas por trabajo, particularmente de los hombres, en muchas áreas rurales del mundo y un desconocimiento casi total, por ejemplo, de los patrones de conformación de las redes sexuales que surgen en los pueblos cuando la mayor parte de sus jóvenes se ausenta durante meses o más (Decosas & Adrien, 1997). A este problema deberían atender nuevos diseños de investigación en el futuro.

Siguiendo en la línea que vincula problemas de desarrollo estructural con VIH/sida, es necesario explorar mejor las nuevas formas de trabajo sexual y, en particular, el creciente número de niños involucrados en esta estrategia de supervivencia vinculada a la pobreza en América Latina.

Dentro del área de género, hace falta explorar los cambios en las relaciones de género que se relacionan con el empobrecimiento, y sus consecuencias en las prácticas de riesgo.

### EN EL ÁREA DE TRABAJO CON ACTORES:

El sector no gubernamental ha sido clave en la respuesta a la epidemia, aun con conflictos y cambios en la relación con otros actores, especialmente el gobierno: si al inicio cubrió huecos y enfrentó los estragos de la epidemia en el nivel individual y grupal, luego se vinculó de diversas maneras con autoridades de salud y los resultados alientan a apoyar un desarrollo más colaborativo entre ambos sectores, así como una mejor vinculación entre ellos y la investigación. Esto implica continuar el esfuerzo de apoyar a

las ONG en su incursión en nuevos territorios, como las acciones orientadas a las políticas y promoción y defensa de necesidades en la esfera pública, desde una concepción más abierta de la política. También urge apoyar liderazgos propositivos y no sectarios, promoviendo la solidaridad social ante la fragmentación de las demandas y reivindicaciones. Finalmente es prioritario fortalecer a las mujeres, cuyas nuevas cargas y responsabilidades ante la epidemia aún permanecen ocultas.

En lo que respecta al sector gubernamental, fortalecer la respuesta nacional sigue siendo un reto en muchos países de la región. No ha sido fácil revertir la tendencia inicial de los líderes nacionales y gobiernos a negar o guardar silencio sobre el problema del VIH/sida, lo que comenzó a cambiar en parte gracias a la disponibilidad de información sobre la epidemia.

Los resultados de investigación sobre VIH/sida deben integrarse más a las políticas, y dejar de ser sólo fuente de créditos académicos. Finalmente, el trabajo de lograr el convencimiento de las autoridades debe continuar, en lugar de ser dado por hecho, como muchas veces ocurre.

La epidemia de VIH/sida ha demostrado tener una creciente complejidad y capacidad de transformación en el tiempo, transformándose a la vez los problemas vinculados a ella y en consecuencia los desafíos que plantea para el futuro. Los que acabamos de exponer son por tanto relativos al momento y contexto actuales, y seguramente cambiarán en el futuro. Pero una respuesta social más articulada y eficaz sin duda contribuirá a que en ese futuro no nos encontremos con una acumulación de viejos y nuevos problemas, sino con la superación de unos y con mejores herramientas para manejar los otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnett, T., Decosas, J. & Whiteside, A. (2000). The Jaipur Paradigm: a conceptual framework for understanding social susceptibility and vulnerability to HIV. *Journal of the South African Medical Association*, 90, November. (Citado por Collins, J. & Rau, B. [2000]. *AIDS in the Context of Development*. UNRISD, paper number 4. December).
- Bastos, F. & Landman, C. (2000). «AIDS e Pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas». Presentación al Seminario Violencia Estructural, Desigualdade Social e vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS, Río de Janeiro: ABIA, Abril.
- Bronfman, M. & Herrera, C. (2000). Descentralización y Participación en Salud: Nuevos aportes para la discusión. En: Briceño-León, R., Minayo, M.C.S. & Coimbra, C.E.A. (Coord.). *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Bronfman, M., Trostle, J. & Langer, A. (2000). *De la Investigación en Salud a la Política: La difícil traducción*. México: INSP – Manual Moderno.
- Brown, M. (1999). Reconceptualizing Public and Private in Urban Regime Theory: Governance in AIDS Politics. *International Journal of Urban and Regional Research*, 23(1): 70.
- Collins, J. & Rau, B. (2000). *AIDS in the Context of Development*. UNRISD, paper number 4. December.
- Decosas, J. & Adrien, A. (1997). Migration and HIV. *AIDS*, 11, supp.A.
- Elwood, W.N. (Ed.). (1999). *Power in the blood: a handbook on AIDS, Politics and Communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Epstein, S. (1996). *Impure science: AIDS, activism and the politics of knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (1999). *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Luhmann, N. (1997). *Teoría Política en el Estado de Bienestar*. Madrid: Alianza Universidad.



- Magis, C. (2000). Enlace entre políticas e investigación. El caso del SIDA. En: Bronfman, M., Trostle, J. & Langer, A. (op.cit.).
- Mann, J. *et al.* (1996). *AIDS in the World*. New York: Oxford University Press.
- Tehranian, M. (1982). Open Planning: The uses of Communications in Participatory Development. En: *Development and Peace*, Vol.3.
- Trostle, J. (2000). International Health Research: The Rules of the Game. En: Whiteford & Manderson (Eds.). *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.



# VI

VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD



## INTRODUCCIÓN

# LA VIOLENCIA, EL EMBARAZO Y EL ABORTO. CUESTIONES DE DERECHOS DE LA MUJER Y DE SALUD PÚBLICA

---

*María de Bruyn \**

---

Las estadísticas disponibles asombran y causan horror. Se calcula que entre el 10 y el 50% de todas las mujeres en el mundo han sufrido violencia física de sus parejas [1]. Las niñas y las mujeres también son agredidas físicamente por extraños y gente que conocen, tales como sus parientes, vecinos, maestros, jefes y compañeros de trabajo. Según las encuestas de población, entre el 12 y el 25% de las mujeres sufren un intento de violación o una violación, al menos una vez en sus vidas [2].

La carencia de violencia es un derecho humano básico. No obstante, la violencia en diversas formas afecta a mujeres de todo tipo de etnia y clase socioeconómica en todos los países. Los riesgos de sufrir violencia son aún mayores para las mujeres desamparadas y las que viven en situaciones de desorden civil, conflicto y guerra.

La edad no es ninguna barrera. Pero son las mujeres en edad reproductiva las que afrontan las consecuencias mayores, porque la violencia puede estar asociada con la incapacidad de evitar embarazos no deseados, con el embarazo en sí, con la pérdida del embarazo (aborto espontáneo y parto de un feto muerto), con el aborto y con el abuso de mujeres que se presentan para recibir servicios de aborto. Sin embargo, los posibles vínculos entre la violencia, el embarazo y el aborto continúan siendo un asunto de políticas y servicios de salud pública que no ha recibido suficiente atención.

Mediante el presente trabajo, basado en un estudio más extenso de la literatura que fue publicado en noviembre de 2001, se procura motivar a los investigadores a incrementar sus esfuerzos por tratar el problema de la violencia en relación con el embarazo y el aborto. La primera sección se dirige al contexto del problema, mientras que la segunda muestra cómo se puede utilizar un modelo conceptual para examinar la asociación entre la violencia, el embarazo y el aborto. En la

---

\* Antropóloga. Senior Policy Advisor, IPAS. 300 Market Street, Suite 200. Chapel Hill, NC 27516. EE.UU. E-mail: [debruynm@ipas.org](mailto:debruynm@ipas.org)

tercera sección se proporciona ejemplos de dichos vínculos en las Américas; el trabajo concluye con recomendaciones para investigaciones<sup>1</sup>.

## I. EL CONTEXTO

La violencia contra la mujer suele estar basada en el género: en la mayoría de los casos, los que abusan son hombres y los comportamientos violentos que ellos imponen en las mujeres son reflejo de sesgos basados en género. No todos los hombres abusan, por supuesto. Sin embargo, las normas comunes basadas en el género que colocan énfasis en la 'superioridad' y el predominio del hombre frente a la 'inferioridad' y subordinación de la mujer, llevan a percepciones de que el hombre tiene derecho a utilizar cualquier medio necesario para controlar a la mujer. Muchos hombres también han sido incentivados para ejercer comportamientos arriesgados, tales como la adicción al alcohol y a otras sustancias. Dichos factores pueden llevar a algunos hombres a expresar su frustración y rabia escogiendo a otras personas como víctimas: las mujeres y los niños suelen soportar la peor parte de este abuso.

Las mujeres sobrevivientes de la violencia sufren repercusiones que pueden tener efectos para toda la vida. Las mujeres que han sido objeto de abuso durante la niñez corren mayor riesgo que otras mujeres de convertirse en víctimas de la violencia como adultas. Cuando la mujer sufre continuo abuso doméstico por parte de su pareja íntima, los hijos corren un riesgo considerable de convertirse en víctimas también, lo que puede significar el inicio de un ciclo repetitivo.

En el caso de las mujeres abusadas en edad reproductiva, los efectos se agravan. Puede que las adolescentes y mujeres adultas que son agredidas física y sexualmente tengan que afrontar VIH/ITS, embarazo no deseado, aborto espontáneo, parto de feto muerto e incluso la

muerte. En el caso del embarazo que es resultado de una violación, los efectos psicológicos pueden ser devastadores, particularmente en el caso de las niñas para quienes la violación fue su primera experiencia sexual. Más aún, las adolescentes que quedan embarazadas a una edad muy precoz afrontan riesgos a su salud porque el desarrollo del esqueleto en muchas mujeres es incompleto hasta los 18 años de edad, mientras que el conducto pélvico a veces no madura hasta los 20 ó 21 años de edad. La tasa de mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre aquéllas de 20 a 29 años de edad [3]. Además, las mujeres que quedan embarazadas debido a una violación deben tomar decisiones que afectarán el resto de su vida [4]:

- Ellas pueden optar por llevar el embarazo a término y quedarse con el niño que nazca.
- Ellas pueden optar por llevar el embarazo a término y dar al niño en adopción.
- Ellas pueden optar por tener un aborto. Algunos países y estados no permiten el aborto en casos de violación e incesto; otros lo permiten pero tienen reglas que dificultan ganar acceso al aborto.

### DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La Declaración de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, define la violencia contra la mujer como: «*Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada.*»

Utilizando esta definición como punto de partida, los siguientes términos serán empleados en este documento (y el término 'abuso' será utilizado como un término general) [5].

<sup>1</sup> En el presente trabajo no se abarca casos de abuso, tal como el 'homicidio para salvar el honor' en casos de embarazo fuera del matrimonio y de aborto, y el aborto como selección coercitiva del sexo, los cuales ocurren principalmente en otras regiones del mundo.

- **La violencia psicológica** incluye amenazas de daño, violencia física o sexual y abandono; intimidación; humillación; insultos y críticas constantes; acusaciones; atribución de culpa; hacer caso omiso de la persona, no prestar suficiente atención a las necesidades de la víctima o ridiculizar dichas necesidades; controlar lo que la víctima puede o no puede hacer; negar las necesidades básicas (tales como comida, albergue y atención médica) y privación de la libertad.
- **La violencia física** comprende el uso de fuerza física o armas en ataques que lesionan o hieren a la mujer, incluso golpear, patear, halar el cabello, morder, tirar ácido, quemar, atacar con armas y objetos, y matar.
- **La violencia sexual** comprende acciones que obligan a una persona a participar en actos sexuales contra su voluntad, sin su consentimiento; incluye el acoso sexual, el sexo coercido económicamente, la violación durante una salida social (incluso administrar drogas a la mujer), la violación marital, la violación en gangas, el incesto, el embarazo forzado y el tráfico en la industria sexual.

**La violencia institucional** también ha sido definida como una forma específica de abuso. Comprende daño físico y psicológico a personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en instituciones y sistemas públicos. Está estrechamente relacionada con la calidad de la atención a la salud—el Artículo 14.2(b) de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) declara que los Estados deben tomar medidas para garantizar que la mujer tenga acceso a instalaciones de salud adecuadas. También está relacionada con el derecho a estar libre de tortura u otro tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante [6-8].

Las diversas formas de violencia están interrelacionadas y suelen ocurrir a la misma vez, especialmente en relaciones íntimas. Más aún, la violencia psicológica, física, sexual e institucional puede ser exacerbada por otros factores tales como el racismo, el sexismo y la discriminación étnica.

En los últimos años, se han realizado numerosos estudios, incluso encuestas nacionales sobre la salud, para investigar los niveles de violencia contra la mujer. Los protocolos de investigación aún no han sido estandarizados; las definiciones de la violencia, los métodos para la selección de muestras y las metodologías para la recolección de datos varían, lo cual explica parcialmente la gran variación en las estadísticas. Por ejemplo, los estudios sobre la violencia física y sexual por parte de las parejas incluyen informes que varían desde el 16% de las mujeres en Camboya y el 19% en Colombia, hasta el 53% en Portugal. Los porcentajes de mujeres que informan haber sufrido algún tipo de agresión física o sexual varían desde el 9% en Polonia hasta el 68% en Bélgica [9-13].

Las adolescentes y las niñas sufren altos niveles de violencia sexual, a menudo en su propio hogar. En un estudio realizado por UNICEF en São Paulo, Brasil, más del 75% de los ataques sexuales denunciados por menores a una ONG entre 1988 y 1993 fueron cometidos por miembros de la familia [14].

#### **LA VIOLENCIA COMO UNA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA MUJER**

Algunos tratados internacionales sobre los derechos humanos, tal como el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, fueron adoptados sin una perspectiva específica de género; no obstante, proveen una base para tratar la violencia contra la mujer [15]. Además, varios tratados internacionales y declaraciones de consenso más recientes, aprobados por los Gobiernos, se han dirigido específicamente a la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos. Entre ellos figuran la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la Convención Interamericana sobre la Prevención, el Castigo y la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo (1994), y la Plataforma para la Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín (1995). Comités de Monitoreo

## II. UN MODELO CONCEPTUAL PARA VINCULAR LA VIOLENCIA AL EMBARAZO Y EL ABORTO

Un modelo conceptual creado por Heise determina cuáles son los factores en distintos niveles que pueden contribuir a la violencia contra la mujer [20]. El campo individual en el modelo incluye factores que pueden incrementar el riesgo de una persona de perpetrar o sufrir violencia, mientras que el ambiente del microsistema incorpora factores que afectan las relaciones interpersonales. El exosistema incluye factores en el entorno inmediato de la gente, por ejemplo, la comunidad, las redes sociales y las instituciones que prestan servicios. Los factores del macrosistema incluyen valores y creencias culturales que influyen en los otros tres niveles. En los siguientes párrafos se ilustra cómo se puede aplicar el modelo a la violencia en relación con el embarazo y sus resultados.

### EL CAMPO INDIVIDUAL

La violencia está asociada indirectamente con el embarazo no deseado mediante su efecto en el uso de anticonceptivos por parte de la mujer. Por ejemplo, los estudios han demostrado que las mujeres con antecedentes de abuso durante la niñez posiblemente tienen relaciones sexuales sin protección con mayor frecuencia. La violación y el incesto pueden causar directamente embarazos no deseados, y considerables números de mujeres que han sido violadas optarán por interrumpir dichos embarazos.

### EL MICROSISTEMA O NIVEL INTERPERSONAL

La mujer que teme o sufre violencia por parte de su pareja suele creer que es difícil o imposible hablar sobre la anticoncepción con su pareja; puede

establecidos por la ONU evalúan las gestiones de los Gobiernos para implementar y acatar las disposiciones estipuladas en los tratados internacionales.

### LA TOLERANCIA SOCIAL DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En muchas sociedades, existe una 'tolerancia' general del abuso, la cual tanto la mujer como el hombre incorporan como una norma. La violencia dentro de la esfera doméstica suele ser considerada como un 'asunto privado', que no se debe tratar fuera del hogar. Cuando una mujer sufre violencia sexual, suele ser culpada por haberla causado ella misma. Tales percepciones se deben parcialmente a las normas de género mencionadas anteriormente, que hacen hincapié en la 'superioridad' del hombre y en la 'inferioridad' de la mujer: se hace referencia al comportamiento de la mujer como un mecanismo que provoca 'justificables' actos de violencia, en vez de referirse al comportamiento aberrante e inaceptable por parte de los perpetradores. Los profesionales en diversos sectores y las personas en puestos de autoridad que también reflejan dichas actitudes pueden impedir la coacción de leyes pertinentes y de sanciones contra los perpetradores de la violencia contra la mujer.

Puede que las mujeres que sí reconocen la violencia como un delito carezcan de conocimientos sobre las leyes pertinentes que pueden ayudar a remediar su situación. Y aun cuando ellas saben cuáles son sus derechos jurídicos, la falta de confianza en el sistema jurídico puede impedir que ellas denuncien el abuso<sup>2</sup>. En encuestas de África, Asia, América Latina y los países industrializados se reveló que entre el 22 y el 70% de las mujeres no informaron a nadie de haber sido abusadas antes de participar en los estudios o que nunca entablaron una demanda oficial con la policía [1, 19].

<sup>2</sup> Entre otras razones figuran la dependencia económica en una pareja abusiva; el temor a la discriminación, estigmatización y retaliación; la falta de apoyo de su red social; el amor por una pareja íntima abusiva; y las creencias de que la mujer debe evitar agobiar a la familia con problemas adicionales.



que ella también tema o realmente sufra abuso si usa métodos anticonceptivos sin el permiso del cónyuge.

tratamiento de un aborto incompleto afronten abuso por parte de los prestadores de servicios.

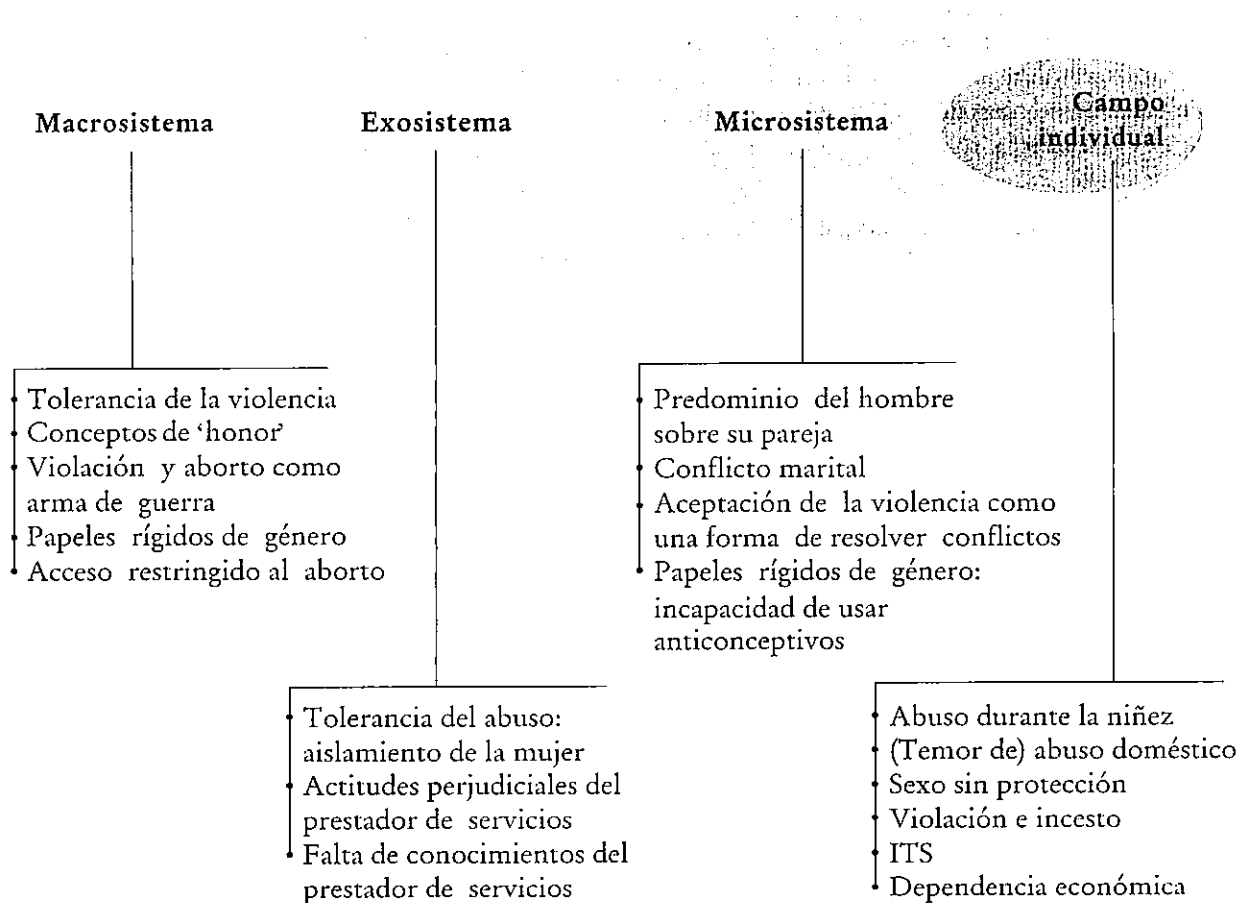
### EL EXOSISTEMA O NIVEL INSTITUCIONAL/COMUNITARIO

El ambiente social de una mujer puede implicar violencia relacionada con el aborto en diversas formas. Es el caso, por ejemplo, de algunas mujeres que son obligadas a tener un aborto mediante intimidación o amenazas de sus parejas, miembros de la familia y otras personas. Puede que las mujeres que intentan obtener abortos permitidos por ley o que procuran

### EL NIVEL DEL MACROSISTEMA

Las normas culturales relacionadas con el predominio del hombre y el derecho del hombre sobre la mujer contribuyen a las asociaciones directas entre la violencia, el embarazo y el aborto. Las adolescentes y las mujeres adultas son violadas tanto por hombres que conocen como por extraños; la violación es utilizada como un arma de guerra (lo cual lleva al embarazo no deseado y a embarazos forzados relacionados con conflictos étnicos).

### Marco conceptual ecológico de factores interrelacionados que pueden afectar los vínculos entre la violencia, el embarazo y el aborto (adaptado de Heise [20])



### III. LOS VÍNCULOS ENTRE LA VIOLENCIA, EL EMBARAZO Y EL ABORTO

#### LA VIOLENCIA ASOCIADA CON EL EMBARAZO

La violencia puede estar asociada con el embarazo en distintos niveles del modelo conceptual ecológico. A nivel individual, existe evidencia de que uno de los resultados del abuso durante la niñez es la tendencia a que, más adelante en su vida, la mujer víctima participe en comportamientos arriesgados que puedan afectar su uso de métodos anticonceptivos. A nivel del microsistema, la violencia y el temor de abuso por parte de las parejas que se oponen a limitar el número de hijos también pueden impedir que la mujer use anticonceptivos.

Cuando las mujeres y niñas que no usan anticonceptivos son violadas, el embarazo puede ser un resultado directo. Más aún, si se les niega la opción de anticoncepción de emergencia, aun cuando acudan a un hospital o clínica inmediatamente después del evento traumático, ocurre violencia institucional a nivel del exosistema.

El embarazo en sí también puede ser un factor que precipite violencia por parte de las parejas de algunas mujeres. Y algunas mujeres sufren violencia psicológica o física como 'castigo' por haber quedado embarazadas, especialmente si el embarazo ocurrió fuera del matrimonio.

#### LA VIOLENCIA COMO UN FACTOR ASOCIADO AL NO USO DE LA ANTICONCEPCIÓN

En algunos estudios se ha mostrado que las mujeres que sufrieron abuso sexual cuando eran jóvenes, presentan más probabilidades de tener más embarazos no planeados o no deseados que otras mujeres. Lo mismo puede ocurrir con las mujeres que viven en situaciones de violencia doméstica habitual, tanto psicológica como física. Múltiples son las razones sugeridas: el abuso ha sido asociado

con baja autoestima, pérdida de control, ansiedad, temor y drogadicción. Todos estos factores pueden contribuir a un comportamiento sexual arriesgado (tener relaciones sexuales sin usar condones o anticonceptivos), perjudicar la capacidad de una mujer de utilizar anticonceptivos de manera continua y constante, o dificultar que ella hable con su pareja sobre el uso de anticonceptivos. Por tanto, la violencia se convierte en un factor indirecto que contribuye al embarazo no deseado.

En una encuesta de 1,193 mujeres entre 20 y 50 años de edad realizada en EE.UU., se mostró que las mujeres que con frecuencia sufrían violencia física eran 1.5 veces más propensas a tener un primer embarazo 'accidental' que las mujeres que no fueron abusadas [21].

Una mujer que intenta tomar decisiones independientes sobre el uso de anticonceptivos quizá tenga que afrontar violencia por parte de su pareja, especialmente en sociedades donde las normas prevalecientes de género dictan que el hombre debe tomar las decisiones relacionadas con la fertilidad y los asuntos de familia. Durante discusiones de grupos focales en México y Perú, las mujeres dijeron que no hablan con su marido sobre la planificación familiar por temor a ser abusadas [22].

Mientras que en algunos casos los hombres prefieren dejar a la mujer la responsabilidad de usar métodos anticonceptivos, suelen creer que son ellos quienes deben decidir si se debe usar o no un método. La decisión independiente de la mujer de usar anticonceptivos puede entonces ser vista como un esfuerzo por escapar el control del hombre o como prueba de que la mujer es infiel o piensa serlo. Las mujeres saben que dichos retos a la autoridad del hombre pueden propiciar amenazas, golpizas y abandono.

#### LA VIOLACIÓN COMO CAUSA DEL EMBARAZO NO DESEADO/FORZADO

Cuando las niñas y mujeres que no usan anticonceptivos sufren incesto y violación, pueden

verse confrontadas con embarazos no deseados<sup>3</sup>. Algunos investigadores prefieren hablar ahora de 'embarazo forzado' en todos los casos de violación, mientras que otros usan el término para referirse específicamente al embarazo que resulta del uso de la violación como un arma de guerra [24]. En muchos lugares, el sexo coercido en un matrimonio no es considerado como una violación. Dicho abuso y muchos casos de violación 'reconocida' por perpetradores que no son las parejas íntimas, no son denunciados. Por tanto, el número de embarazos que resultan de la violación sólo puede calcularse aproximadamente. Indudablemente, algunos posibles embarazos son prevenidos por mujeres que tienen conocimiento de la anticoncepción de emergencia y acceso a ella; sin embargo, muchos lugares carecen del conocimiento y la disponibilidad de esta opción anticonceptiva.

En los datos de diversos estudios de México, se ha encontrado que entre el 7.4 y el 26% de las mujeres que sufren violencia sexual quedan embarazadas como resultado [25-28]. En un hospital de maternidad en Lima, Perú, hasta el 90% de las jóvenes entre 12 y 16 años de edad, informaron haber sido violadas, la mayoría por miembros de su propia familia [29].

#### **VULNERABILIDAD EXACERBADA: EL PAPEL DE LA ECONOMÍA**

La pobreza que fuerza a la mujer hacia situaciones en las que la violencia física y sexual es común ha sido denominada 'violencia económica'. Las mujeres desamparadas y las niñas de la calle suelen estar sujetas a la violencia económica en el sentido de que pueden ser forzadas a participar en trabajo sexual a fin de ganar ingresos. Su situación particularmente vulnerable resulta en la extrema dificultad para exigir o negociar el uso del condón por parte de sus clientes; más aún,

ellas también son susceptibles de ser violadas por hombres en la calle e incluso por la policía.

#### **LA VIOLACIÓN Y EL EMBARAZO FORZADO COMO UN ARMA DE GUERRA**

La ONU y las organizaciones que trabajan con refugiados reconocen que la violación y el embarazo forzado se han convertido en armas de guerra y retaliación; esta forma de abuso ha sido documentada en conflictos que ocurren en Bangladesh, Chechenia, Guatemala, Corea, Liberia, Rwanda, Sierra Leona, Somalia y la antigua Yugoslavia. UNIFEM señala que las mujeres son forzadas a llevar a término embarazos no deseados que son el resultado de una violación, dado que son detenidas por tanto tiempo que consecuentemente no pueden interrumpir el embarazo de manera segura o porque simplemente no tienen acceso a servicios de aborto en condiciones adecuadas [30].

#### **EL ABUSO INSTITUCIONAL: CUANDO SE IMPIDE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO QUE ES EL RESULTADO DE UNA VIOLACIÓN**

Cuando las organizaciones que prestan o financian servicios de salud reproductiva para los sobrevivientes de violación se oponen a la provisión de anticoncepción de emergencia o la impiden, esto puede verse como una forma de abuso institucional. Las instituciones pueden optar por no prestar este servicio, pero deben tener mecanismos implantados para referir a las pacientes, de manera segura y conveniente, a otras instalaciones que sí lo prestan [31].

La Iglesia Católica ha tomado medidas para influenciar las políticas de salud reproductiva ofrecidas por las organizaciones internacionales

---

<sup>3</sup> La literatura sobre la salud reproductiva se refiere a los embarazos que no son planeados, no son intencionales y no son deseados. Estos términos a veces son usados de modo intercambiable, aunque un estudio sugirió que la planeación y la intencionalidad del embarazo están asociadas con la preparación, las metas para la vida y la educación de la gente, mientras que el hecho de que un embarazo sea deseado está vinculado a los valores de esa persona con respecto a la maternidad y a su relación con su pareja y la comunidad. Los estudios necesitan definir estos términos para que los datos puedan ser interpretados con mayor precisión [23].

a los refugiados. En 1999, un portavoz del Papa erróneamente afirmó que los organismos de la ONU estaban promoviendo abortos al distribuir anticoncepción de emergencia a las mujeres refugiadas de Kósovo que habían sido violadas; el Vaticano ya había retirado sus contribuciones financieras a UNICEF porque dicho organismo proveía la 'píldora de la mañana siguiente' a las mujeres refugiadas durante la guerra de Bosnia [32-33].

### LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

Relativamente pocos estudios se han concentrado específicamente en la violencia durante el embarazo; por tanto, algunos de los datos disponibles proceden de investigaciones sobre la violencia en general y de estudios sobre la morbilidad relacionada con el embarazo. Otros datos se basan en registros mantenidos por servicios que ofrecen asistencia a los sobrevivientes de la violencia.

Los cálculos relacionados con la violencia sufrida por las mujeres embarazadas varían considerablemente; esto se debe en parte a las diferencias en metodologías de investigación y en métodos para la recolección de datos. Los informes proporcionados por las mujeres, por tanto, varían entre el 1 y el 20% en Brasil, el 13 y el 17% en Chile, el 21% en Canadá y el 37% en México [34-39]. Hay ciertas indicaciones de que si las investigaciones sobre la violencia durante el embarazo fueran a incluir al asesinato como una causa de la mortalidad materna, los cálculos podrían aumentar. Por ejemplo, en algunos estudios de EE.UU. se ha determinado que la prevalencia de la violencia durante el embarazo ocurre entre el 3.9 y el 8.3% de las mujeres; no obstante, tres investigaciones de mortalidad asociada con el embarazo revelaron al homicidio como causa de muerte entre el 13 y el 25% de los casos estudiados [40-42].

Hasta la fecha, no hay ninguna prueba conclusiva de que el embarazo en sí puede provocar mayor violencia contra la mujer en términos epidemiológicos. Sin embargo, en un análisis de los datos disponibles en 1998, se señaló ciertas indicaciones de que la prevalencia del abuso físico y sexual es mayor y más grave entre

las mujeres embarazadas que entre otras mujeres [34]. Aunque es posible que el embarazo no sea un factor de riesgo de violencia atribuible a la población -lo cual indica que el porcentaje general del problema sería reducido si el factor de riesgo fuera reducido- en el caso de cada mujer individual, el embarazo, efectivamente, puede ser el momento en que ella empieza a sufrir violencia por parte de una pareja íntima.

### LA VIOLENCIA ASOCIADA CON LA PÉRDIDA DEL EMBARAZO

La violencia contra la mujer puede contribuir tanto directa como indirectamente a la pérdida de un embarazo. A nivel del macrosistema, las normas sociales que fomentan la tolerancia de la violencia pueden hacer difícil o imposible que la mujer denuncie el abuso físico y sexual durante el embarazo. A nivel del exosistema, puede que la falta de detección de violencia por parte de los profesionales de la salud inadvertidamente ayude a perpetuar la violencia.

Pese al hecho que las normas culturales atribuyen gran valor a la maternidad en todas las sociedades, el embarazo no siempre parece ofrecer 'protección' contra la violencia perpetrada por parejas íntimas abusivas. Por el contrario, la mujer puede sufrir más o peor violencia durante el embarazo que en cualquier otro momento. Más aún, la mujer puede sufrir aborto espontáneo y parto de un feto muerto como resultado de las ITS transmitidas durante relaciones sexuales forzadas sin protección.

### LA FALTA DE RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA COMO UN FACTOR CONTRIBUYENTE

Es difícil encontrar información y estadísticas sobre la contribución de la violencia física y sexual a la pérdida del embarazo. Por un lado, la falta de datos puede ser atribuida a la renuencia de la mujer a denunciar el abuso cuando ella procura tratamiento de las lesiones. Por otro lado, muchos profesionales de la salud no tratan este asunto, ya sea porque simplemente no lo consideran o porque desean evitar discutir un tema 'sensible'.

No obstante, a pesar de la falta de datos, parece ser que la violencia durante el embarazo en efecto contribuye al aborto espontáneo. En un estudio de 1995 de 17 parteras en Morelos, México, las respondedoras mencionaron la violencia como una causa importante del aborto espontáneo [43]. Durante investigaciones cualitativas, las mujeres aymara y quechua de Perú citaron la violencia doméstica, y especialmente el abuso del cónyuge que resulta en aborto espontáneo, como uno de sus principales problemas de salud reproductiva [44]. Y en Costa Rica, el 7.5% de las mujeres golpeadas informaron que el abuso fue responsable de sus abortos espontáneos [45].

#### **LA VIOLENCIA ESPECÍFICA DURANTE EL EMBARAZO**

No toda violencia sufrida por una mujer embarazada lleva a la pérdida del embarazo. Sin embargo, las investigaciones muestran que el tipo de violencia habitual sufrida por las mujeres puede cambiar durante el embarazo: en vez de recibir golpes en la cabeza, ellas sufren golpizas dirigidas hacia el abdomen y el pecho [46]. En León, Nicaragua, el 31% de 194 mujeres que sufrieron abuso físico por parte de sus parejas fueron agredidas durante el embarazo, la mitad de las cuales recibieron golpes en el abdomen [19]. Los investigadores en México señalaron que: «*El efecto [de la violencia] puede ser no sólo para el embarazo actual sino además convertirse, dependiendo del tipo de lesión física, en un riesgo reproductivo para embarazos subsecuentes*» [28].

Es este tipo de violencia específica la que posiblemente explique el hecho que, en algunos estudios, se vean tasas más altas de aborto espontáneo entre las mujeres abusadas que entre las no abusadas. En un estudio brasileño de mujeres con una historia de abuso, se mostró que ellas tenían una tasa significativamente más alta de aborto espontáneo que las otras mujeres [34]. Puede que las mujeres viviendo en situaciones de violencia extrema, como la guerra o en barrios con drogas, etc., también estén más expuestas al aborto espontáneo.

#### **LA VIOLENCIA Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

Los investigadores en EE.UU. informaron que entre el 4 y el 30% de las víctimas de violación contraen una ITS [47]. La infección por sífilis contribuye al parto de un feto muerto; cuando una mujer contrae clamidia genital mediante una violación, puede que sufra subsecuentemente de enfermedad pélvica inflamatoria, lo cual a su vez puede incrementar sus riesgos de embarazo ectópico, causante del 1 al 5% de la mortalidad materna [48].

#### **LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO Y LA VIOLENCIA**

Muchas mujeres y niñas (y sus padres) no desean llevar a término un embarazo si es el resultado de una violación. Si no hay anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo, estas mujeres procurarán un aborto. Por ejemplo, el 17% de 249 mujeres casadas que tuvieron abortos en EE.UU. afirmaron haber sido violadas, y mientras más ocurría esto, mayor era la probabilidad de que la mujer decidiera tener un aborto [47].

#### **EL ABORTO FORZADO**

Las mujeres son obligadas a tener abortos por diversas razones, entre ellas la infección por VIH/sida, los embarazos que son socialmente estigmatizados, los embarazos que resultan en el parto de una hija, y el acatamiento de las políticas gubernamentales sobre la población [49-51].

El aborto forzado también puede ser utilizado como un arma de guerra. En Guatemala, por ejemplo, se reportó que los soldados involucrados en destruir poblados bajo sospecha de albergar opositores armados, arrancaban a los fetos de las mujeres embarazadas frente a su familia, para mostrar que ellos destruirían el movimiento guerrillero desde sus inicios [52].

#### **LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL ASOCIADA CON LOS SERVICIOS DE ABORTO**

Las mujeres que buscan atención postaborto, sea éste espontáneo o inducido, suelen

afrontar violencia institucional dentro del sistema de salud. Puede que las mujeres que procuran abortos previstos por ley también sufran dicha violencia, tanto en el sector jurídico como en el sector de salud. Por ejemplo, los jueces y profesionales de la salud pueden causar atrasos excesivos en otorgar permiso para el procedimiento y en efectuarlo, usando la autoridad para intimidar y maltratar psicológicamente a las mujeres. Cuando la razón de una mujer para interrumpir un embarazo no deseado es que fue el resultado de una violación o incesto, ella vuelve a ser victimada en el exosistema.

La mujer puede sufrir daños físicos cuando se retrasa la atención postaborto o cuando es tratada inadecuadamente. No obstante, el daño más común afrontado por las mujeres que solicitan servicios de aborto cuando tratan con el sistema jurídico y el sistema de salud, es de naturaleza psicológica; incluye amenazas de daño e intimidación, negación de un derecho básico tal como la atención médica que incluye medicamentos para el manejo del dolor, y el tratamiento inhumano y degradante, en forma de acusaciones, atribución de culpa, humillación e insultos.

### DAÑOS FÍSICOS Y MENTALES

Muchas son las mujeres en el mundo entero que necesitan atención para las complicaciones del aborto incompleto, que si no son tratadas pueden llevar a altas tasas de morbilidad. Por ejemplo, en Perú un 30% de las camas de gineco-obstetricia en 1994 se usaban para tratar a las mujeres por complicaciones de aborto [53]. Ese mismo año, se necesitó el 27% de la sangre disponible y el 29% de las camas de gineco-obstetricia para tratar las complicaciones del aborto en toda América Latina [54]. El 13 por ciento de la mortalidad materna del mundo se debe al aborto en condiciones de riesgo, lo que equivale a 70,000 muertes, y el 99% de dichos abortos ocurren en países en desarrollo.

Cuando se retrasa el tratamiento de las complicaciones del aborto incompleto, puede que la mujer afronte serios daños a su salud, tales

como graves infecciones, esterilidad e incluso la muerte. Esto puede ocurrir cuando los reglamentos colocan innecesarias restricciones en el tipo de profesional de la salud que puede prestar atención postaborto. Las actitudes punitivas por parte de los profesionales de la salud también pueden llevar a retrasos en la prestación de servicios. Cuando una mujer sufre dolor innecesario debido a las actitudes negativas de los profesionales de la salud, esto puede considerarse como abusivo. Por ejemplo, en un estudio peruano sobre las actitudes de los prestadores de servicios se declaró: «El grupo de profesionales médicos indicó que la falta de anestesia adecuada [para la atención postaborto] es un tipo de maltrato que la mujer debe soportar...» [55].

### AMENAZAS DE DAÑO E INTIMIDACIÓN

La violencia en forma de amenazas e intimidación puede afectar tanto a las mujeres que reciben servicios de aborto como a los profesionales de la salud que prestan dichos servicios.

**La mujer como objeto de intimidación:** El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité de la ONU para el Monitoreo de CEDAW, declaró en mayo de 1999: «En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue al aborto, a fin de abolir las disposiciones punitivas impuestas en las mujeres que se hayan sometido a abortos.» [56]. La recomendación del comité surgió del hecho que, en los países donde el aborto inducido es legalmente restringido, puede requerirse que los profesionales de la salud reporten los abortos a las autoridades jurídicas y, por ende, las mujeres pueden ser encarceladas como resultado de decidir si deben o no tener un hijo y cuándo deben tenerlo.

**Los profesionales de la salud como objeto de intimidación:** Algunos profesionales de la salud tienen que afrontar amenazas de medidas jurídicas contra ellos si prestan servicios de aborto legal en países con muchas restricciones, o si se solicita que presten atención postaborto, lo cual siempre es legal. Los prestadores de servicios de aborto en América Latina han

reportado amenazas de violencia, así como intentos de extorsión [57].

#### EL TRATAMIENTO INHUMANO Y DEGRADANTE

La violencia institucional en la prestación de atención postaborto incluye tratamiento inhumano y degradante en forma de acusaciones, humillación y agresión psicológica. Puede que los profesionales de la salud presionen a las mujeres que presentan complicaciones de aborto incompleto para que ellas admitan ‘culpabilidad’ con respecto a su estado. En contraste, las mujeres que procuran atención postaborto en un hospital católico de Bolivia han sido forzadas a decir que están sufriendo un aborto espontáneo, a fin de recibir tratamiento [58]. En Brasil, las mujeres que tuvieron abortos inducidos han denunciado casos de negligencia, falta de privacidad durante el examen físico, e incluso abuso sexual por parte de los prestadores de servicios [59].

En Argentina, se ha declarado que «*evitar el aborto es la meta institucional de los hospitales*»; por consiguiente, algunos médicos intentan mantener un embarazo siempre que sea posible en vez de consultar con la mujer y efectuar el aborto si eso es lo que ella desea [60]. Un oficial del sector de salud boliviano comentó: «*lo único que vamos a lograr [con las medidas represivas] es que las complicaciones del aborto provocado pasen a la clandestinidad de la misma manera que su práctica, con lo cual elevaremos inmediatamente las tasas de mortalidad de la mujer*» [58].

#### IV. ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS INVESTIGADORES?

Dado que no existe mucha información sobre los vínculos específicos entre la violencia, el embarazo y las cuestiones relacionadas con el aborto, puede que algunos elaboradores de políticas crean que el problema no es ‘cuantitativamente significativo’ y, por ende, no sea un problema de salud pública. Por tanto, ellos necesitan recibir datos para poder revisar las políticas, los reglamentos y la legislación correspondiente.

**Las investigaciones sobre la violencia y el embarazo:** Conforme a las directrices establecidas por la OMS, la mortalidad materna ha sido definida como muertes que están relacionadas con o agravadas por las complicaciones que ocurren durante el embarazo o dentro de los primeros 42 días después de terminado el embarazo (salvo las causas accidentales o incidentales). Dado que esta definición es bastante estrecha, algunos investigadores ahora están abogando por el uso del término ‘muerte asociada con el embarazo’ en los protocolos de las investigaciones, puesto que esto proporcionará una visión más amplia para considerar factores tales como la violencia contra la mujer como una causa de la mortalidad materna. A fin de capturar los resultados no fatales de dicha violencia, los estudios podrían investigar más detenidamente ‘la morbilidad asociada con el embarazo’.

En las recomendaciones preparadas para los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU., se ha sugerido los siguientes temas para investigación [40]:

- metodologías de investigaciones estandarizadas relacionadas con la violencia, que permiten realizar comparaciones entre las mujeres embarazadas y las no embarazadas
- la prevalencia de la violencia relacionada con el embarazo
- las características de dicha violencia
- causalidad: ¿cuándo y por qué precipita el embarazo la violencia, y con cuánta frecuencia es el embarazo el resultado de la violencia sexual?
- riesgo o factores protectivos para la victimización
- resultados adversos de la violencia durante el embarazo.

Otros temas que pueden ser agregados incluyen:

- la influencia de las normas de género en la tolerancia de la violencia por parte de la comunidad, especialmente con respecto a las cuestiones de embarazo y aborto
- la influencia de la violencia en la experiencia de la mujer con el uso de anticonceptivos, el embarazo no deseado y las formas de lidiar con él

- las percepciones, creencias y actitudes de los prestadores de servicios (jurídicos y de salud), así como de otros actores pertinentes, tales como jueces y policías, con respecto a la violencia relacionada con el embarazo y el aborto
- la prevalencia de violencia institucional sufrida por mujeres que recurren a los servicios jurídicos, sociales y de salud para recibir atención y asistencia en conexión con la violencia física y sexual vinculada con el embarazo y el aborto
- las barreras percibidas en distintos sectores con respecto a la colaboración intersectorial para tratar el problema, así como el resultado e impacto de los esfuerzos de la colaboración intersectorial.
- el resultado e impacto de las intervenciones institucionales y comunitarias para cambiar las normas de género con respecto a la violencia, el embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo. Los indicadores útiles incluirían la cantidad de mujeres que son examinadas para la detección de violencia en distintos servicios de salud, la cantidad de referencias realizadas para ayuda psicológica, legal y de otra índole, y las reducciones en la cantidad de abortos espontáneos.

**Las investigaciones sobre la violencia y el aborto:** Es importante que las investigaciones específicamente relacionadas con el aborto también examinen el asunto de la violencia. En estudios realizados en países con pocas restricciones sobre el aborto legal (por ejemplo, en China y Cuba) referentes a las razones de la mujer para interrumpir un embarazo, generalmente se incluye o bien categorías de contestaciones amplias y poco específicas ('embarazo no planeado', 'problemas de familia o del matrimonio') o bien contestaciones más específicas que no incluyen la violencia (falla anticonceptiva, ser soltera, problemas económicos,afección fetal, problemas de salud) [61-62].

En los lugares donde el aborto es legalmente restringido y también muy estigmatizado, puede que las investigaciones sobre el aborto sean más difíciles y que los investigadores

se vean forzados a excluir un segundo tema si éste es 'sensible', tal como la violencia. Incluso en las preguntas relacionadas con las causas del aborto espontáneo suele omitirse el abuso como una posible causa. Resulta bastante común que los investigadores supongan que la falla de la mujer en indicar la causa del aborto espontáneo simplemente indica su renuencia a admitir haber tenido un aborto inducido; ellos no parecen considerar que la violencia puede estar implicada. Esta escasez de datos pertinentes llevó a los participantes de un congreso nacional sobre la violencia y la salud reproductiva, celebrado en EE.UU. en 1999, a recomendar que los investigadores examinen la violencia y el embarazo que no se lleva a término, dado que *«los mayores conjuntos de datos (...) sólo examinan los embarazos que resultan en partos vivos, por ende excluyendo los embarazos que no resultan en partos vivos»* [63].

La investigación operativa sobre la violencia y el aborto puede contribuir al desarrollo de atención adecuada y de protocolos de referencia a los servicios de salud y a las instituciones que ayudan a las sobrevivientes de la violencia. Dichos estudios deberían investigar las percepciones y necesidades de la mujer con respecto al tratamiento del aborto incompleto y al aborto inducido. Desde una perspectiva de género, también es importante incluir, con el consentimiento válido de la mujer, a los pacientes y la pareja de la mujer. Ampliar el universo del estudio de esta manera puede contribuir a un mejor entendimiento de los tabúes y los prejuicios que impiden discusiones sobre la violencia y el aborto. Además, puede ayudar a determinar qué factores debe abarcarse mediante intervenciones con hombres y mujeres. También se necesitan datos sobre las perspectivas, actitudes, conocimientos y necesidades de los profesionales de la salud, de manera que se pueda idear intervenciones adecuadas para ayudarlos a tratar el asunto de la violencia y referir a otros servicios a las pacientes que procuran atención postaborto y aborto inducido.

**Las responsabilidades éticas de los investigadores:** Diversos investigadores han reconocido sus responsabilidades éticas hacia las mujeres que participan en estudios de asuntos sensibles tales como la violencia y el aborto [40,



64]. Se debe garantizar la seguridad de las respondedoras, no preguntándoles sobre la violencia frente a otros miembros de la familia, sino entrevistándolas en privado y garantizando su confidencialidad. Se puede adoptar técnicas para garantizar el carácter anónimo. Por ejemplo, en un estudio de India sobre el aborto inducido, se incluyó tanto a las mujeres que habían sido identificadas por haberse sometido al procedimiento, como otras mujeres en las mismas comunidades ('respondedoras placebo'). A todas las mujeres se les dijo que serían entrevistadas sobre los problemas de la salud, y se utilizó el mismo cuestionario con todas ellas. Cuando las 'respondedoras del estudio' mencionaron sus abortos, los investigadores entonces prosiguieron a cuestionarlas sobre sus experiencias [65]. Tales métodos también pueden resultar útiles en investigaciones sobre la violencia, el embarazo y el aborto. Los investigadores deben contar con mecanismos para referir a las respondedoras a organizaciones que les puedan ofrecer apoyo y servicios, por ejemplo, pequeñas tarjetas (que se puedan esconder con facilidad) con información sobre servicios de asistencia [64].

La OMS señala además que: «*Los investigadores y los donantes tienen una obligación ética para ayudar a garantizar que sus resultados se interpreten adecuadamente y que se usen para impulsar el desarrollo de políticas y programas*» [66]. Por ejemplo, los hallazgos de los estudios pueden relacionarse con los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos, como una forma de abogar por mayor atención a la violencia, el embarazo y el aborto como un problema de salud pública.

**Además, es importante que los investigadores colaboren con el sector jurídico y el sector de salud, así como con las ONGs y las comunidades, para desarrollar intervenciones que traten con la violencia, el embarazo y el aborto.** En resumen, las medidas que pueden tomar los investigadores incluyen:

- Promover y realizar investigaciones sobre la violencia relacionada con el embarazo y el aborto.
- Promover y realizar investigaciones operativas para evaluar el resultado y el

impacto de las intervenciones que abordan el problema, en colaboración con el sector jurídico, el sector de salud y las ONGs.

- Garantizar que toda investigación sobre la violencia vinculada al embarazo y al aborto acate los estándares éticos.
- Proporcionar datos de investigación a los gobiernos y a las ONGs para su inclusión en informes a los organismos de monitoreo de los tratados internacionales y a los comités nacionales de derechos humanos.
- Difundir ampliamente los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir al reconocimiento de la violencia relacionada con el embarazo y el aborto como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos (mediante conferencias, publicaciones y la Internet).

## CONCLUSIÓN

La literatura estudiada indica que se está incrementando el reconocimiento de la violencia contra la mujer como un problema de salud pública. No obstante, no hay ninguna indicación de que la prevalencia general de dicha violencia esté disminuyendo. Tampoco hay suficiente reconocimiento del hecho que, cuando una mujer es sujeta a la violencia asociada con el embarazo, el aborto y la atención relacionada con el aborto, sus derechos son violados doblemente: su integridad, su seguridad y su vida son arriesgadas, mientras que sus derechos sexuales y reproductivos son negados.

Como se mostró anteriormente, cuando una mujer es abusada psicológica y físicamente, tiene que afrontar circunstancias que dificultan su uso de anticonceptivos; su derecho a escoger si debe tener una familia y cuándo tenerla, mediante decisiones que son voluntarias y libres de coerción, es violado. Cuando las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas se convierten en víctimas de violación e incesto, no sólo se viola su derecho a integridad y seguridad corporal, sino que nuevamente ellas tienen que afrontar el prospecto de embarazo no deseado y forzado.

Una vez que una mujer queda embarazada como resultado de la violencia, posiblemente tenga que afrontar más abuso. Para considerables números de mujeres en situaciones de abuso continuo, el embarazo no ofrece ninguna protección contra dicha violencia; efectivamente, para algunas mujeres, el embarazo es el momento en que el abuso físico comienza, se intensifica o empeora. En algunas sociedades, cuando el embarazo ocurre fuera del matrimonio, las mujeres también afrontan violencia, tanto psicológica como física, lo cual lleva en casos extremos a la muerte. Las mujeres embarazadas que desean llevar el embarazo a término pueden ser coercidas a abortar, bien mediante presión directa y abuso por parte de la pareja, los miembros de la familia o los profesionales de la salud, o bien mediante presiones empleadas por las normas sociales que favorecen el parto de hijos frente al de hijas. Por otro lado, cuando otras mujeres embarazadas desean evitar o interrumpir un embarazo no deseado mediante la anticoncepción de emergencia o el aborto, vuelve a surgir la posibilidad de violencia, esta vez a nivel institucional. Puede que se les niegue sus derechos al uso de anticonceptivos y aborto permitido por ley, y que afronten abuso al procurar atención.

Por tanto, son complejas las formas en que la violencia puede estar relacionada con el embarazo y el aborto. No obstante, esta complejidad no significa que no se puede tratar el problema. Se debe intensificar las investigaciones sobre los aspectos epidemiológicos del problema, así como los estudios sobre los efectos de dicha violencia en la vida de las mujeres. Las medidas combinadas pueden basarse en la premisa de que debe garantizarse a toda mujer su derecho a protegerse contra la violencia y la libertad de tomar decisiones reproductivas libre y voluntariamente. Para lograr esto, los gobiernos, los distintos sectores sociales, las instituciones de investigación, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades deben colaborar para idear enfoques intersectoriales, de manera que se implementen políticas congruentes y que las mujeres vean la continuidad en los esfuerzos de prevención y en las intervenciones para lidiar con las consecuencias de la violencia. Dichas medidas requieren un compromiso a lidiar con dos asuntos que aún están rodeados de tabúes, prejuicio y polémica: la violencia contra la mujer y el aborto. Pero los beneficios para la salud y la vida de la mujer, así como para su familia y comunidad, justifican dicho compromiso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Heise, L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Reports*, Series L(11).
- 2 WHO. (2000). *Violence against women. Fact sheet No. 239*. Ginebra: OMS.
- 3 WHO. (1998). *The second decade: improving adolescent health and development*. WHO/FRH/ADH/98.18. Ginebra: WHO, Programa de la Salud y el Desarrollo del Adolescente.
- 4 Ladi Londoño, M., Ortiz, B., Gil, A. M., Jaramillo, M., Castro, R. & Pineda Londoño, N. (2000). *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Cali: Si-Mujer e ISEDER.
- 5 Venguer, T. et al. (1998). *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. Documentos de Trabajo N° 24. México D.F.: Population Council/IMIFAP.
- 6 Matamalda Vivaldi, M. I. (1998). Institutional violence in health: a violation of human rights. *Women's Health Journal*, 4: 32-33.
- 7 Ynoub, R. C. (1998). Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1).
- 8 United Nations General Assembly. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. A/RES/48/104, Article 3, 20 de diciembre.

- 9 European Women Lobby. (1999). *Unveiling the hidden data on domestic violence in the European Union*. Bruselas: European Women Lobby.
- 10 WHO. (1997). *Violence against women*. WHO/FRH/WHI/97.8. Ginebra: OMS.
- 11 The Women's Rights Center. (1999). *Poland: official data and its limitations*. En: <http://www.wave-network.org>; accedido 3 Abril 2001.
- 12 Stahmer, S. A. (1998). Accident and emergency medicine. *British Medical Journal*, 316: 1071-1074.
- 13 Kishore, S. (2001). *Domestic violence: a response*. bo! lista de correspondencia electrónica, 24 Febrero.
- 14 United Nations Inter-Agency Campaign. de Andrade Linhares, L. (consultora). (1999). *National and regional reports. Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean*. En: <http://www.undp.org/rblac/gender/brazil.htm>; accedido 3 Abril 2001.
- 15 Coomaraswamy, R. (2000). Combating domestic violence: obligations of the State. En: Kapoor, S. Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, N° 6. Florencia: UNICEF Innocenti Research Centre.
- 16 Gaul, E. (1998). *Legislative guide: domestic violence against women. Reports on 17 Soroptimist countries*. Filadelfia: Soroptimist International of the Americas.
- 17 Contreras Ch. et al. (1998). *La mujer maltratada: la punta del iceberg de la violencia intrafamiliar*. Maracay.
- 18 Chu, M. & Vásquez, A. (1994). Determinantes socio-culturales del aborto inducido en países en desarrollo. Caso peruano. En: Comité Coordinador. *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Determinantes del aborto y factores asociados*. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- 19 Ellsberg, M. et al. (1996). *Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*. Managua: Proyecto de Educación e Investigación sobre la Violencia Doméstica.
- 20 Heise, L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological model. *Violence against Women*, 4: 262-290.
- 21 Reuters, 13 Octubre 1999. Childhood abuse linked to unintended pregnancy in adulthood. En: [http://www.foxnews.com/js\\_index.sml?content=/health/101399/abuse.sml](http://www.foxnews.com/js_index.sml?content=/health/101399/abuse.sml); accedido 16 Noviembre 1999.
- 22 Epstein, H. (1998). *The intimate enemy: gender violence and reproductive health*. Panos Briefing N° 27. Londres: Panos Institute.
- 23 Bachrach, C. A. & Newcomer, S. (1999). Contraceptive failure and unintended pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 31(5). En: <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3125199.html>; accedido 3 Abril 2001.
- 24 Chiarotti, S., García Jurado, M. & Schuster, G. (1997). El embarazo forzado y el aborto terapéutico en el marco de los derechos humanos. En: *Aborto no punible, concurso de ensayo: «peligro para la vida y salud de la madre. Su significación actual»*. Buenos Aires: Foro por los Derechos Reproductivos.
- 25 Hall Martínez, K. et al. (1997). «Women's reproductive rights in Mexico: a shadow report». 18<sup>th</sup> Session of the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). Washington DC, Center for Reproductive Law & Policy & Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).
- 26 Shrader Cox, E. (1992). «La violencia hacia la mujer centroamericana y su impacto en la salud reproductiva». Conferencia de Maternidad Segura en Centroamérica. Ciudad de Guatemala, Guatemala, 27-31 de enero de 1992.
- 27 Vernon, R., Schiavon, R. & Llaguno, S. (1998). *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*. Documentos de Trabajo, N° 1. México: Population Council.
- 28 Valdez-Santiago, R. & Sanín-Aguirre, L. E. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, 38(5): 352-362.
- 29 Radhakrishna, A. et al./Saldaña Rivera, A. et al. (1999). *Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado, VIH/SIDA y aborto en condiciones de riesgo*. Temas en el Tratamiento del Aborto N° 4. Chapel Hill: Ipas.
- 30 UNIFEM. (2000). *Violence against women around the world. Everyday acts, innovative solutions*. Nueva York: UNIFEM.

- 31 Cook, R. & Dickens, B. M. (2000). *Considerations for formulating reproductive health laws 2000*. WHO/RHR/00.1 Ginebra: OMS.
- 32 AFP, 16 Abril 1999. *Germans slam Vatican stance on 'morning-after' pill*. Beijing95-L lista de correspondencia electrónica, 17 Abril 1999.
- 33 The Guardian. 13 Mayo 1999. *The Vatican stance on contraception for rape victims attacked*. IPPF Newsnewsnews lista de correspondencia electrónica.
- 34 Lucas d'Oliveira, A. F. (1999). Violence during pregnancy. En: France, N. (red). *Elimination of violence against women. In search of solutions. WHO/FIGO Pre-Congress Workshop, 30 July-31 July 1997*. WHO/HSC/PVI/99.2. Ginebra: OMS.
- 35 Ritter A., P. (1999). Detección de violencia doméstica en mujeres Mapuches, Comuna de Panguipulli. *Mujer y desarrollo. «Dilemas, desafíos y aprendizaje»*. Valdivia: Universidad Austral de Chile.
- 36 Arcos, E., Molina, I., Repossi Fasola, A. Uarac, M. Ritter, P. & Arias R., L. (1999). *Detección de violencia doméstica en mujeres embarazadas*. Valdivia: Universidad Austral de Chile.
- 37 Battered Women's Support Services. *Violence against women in relationships. A British Columbia fact sheet*. En: <http://www.bwss.org/fact.html>; accedido 3 Abril 2001.
- 38 Valdez-Santiago, R. (1997). Donde más duele: violencia durante el embarazo. *Salvia; Boletín Mensual del Instituto Nacional de Salud Pública [México]*, 2(13): 1-2.
- 39 Duarte, P. (1994). *Sinfonía de una ciudadana inconclusa. El maltrato doméstico y la ciudadanía*. México: COVAC.
- 40 Petersen, R. et al. (1998). *Key scientific issues for research on violence occurring around the time of pregnancy*. Atlanta: Centers for Disease Control. En: [http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/wh\\_violenc.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/wh_violenc.htm); accedido 3 Abril 2001.
- 41 Horon, I. & Cheng, D. (2001). Enhanced surveillance for pregnancy-associated mortality – Maryland, 1993-1998. *Journal of the American Medical Association*, 285(11): 1455-1459.
- 42 Frye, V. (2001). Examining homicide's contribution to pregnancy-associated deaths. *Journal of the American Medical Association*, 285(11): 1510-1511.
- 43 Billings, D., Castañeda Camey, X., Romero Guerrero, X., Blanco Muñoz, J., Saldaña Rivera, A., Chambers, M. V. & Voorduin, P. (1999). Traditional midwives and postabortion care services in Morelos, Mexico. En: Huntington, D. & Piet-Pelon, N. (reds). *Postabortion care: lessons from operations research*. Nueva York: Population Council.
- 44 Feringa, B. (1996). Domestic violence toward women. *Women talk. ReproSalud occasional report on qualitative research findings*. Lima: ReproSalud.
- 45 Isis International Documentation and Information Center. Health: the risks of gender-based violence. En: <http://www.undp.org/rblac/gender/genderbased.htm>; accedido 3 Abril 2001.
- 46 deLahunta, E. A. et al. Partner abuse: recognition, evaluation, and management of battered women in the emergency setting. *Women's health source book II*.
- 47 Russo, N. F. & Denious, J. (1999). Understanding the relationship of violence against women to unwanted pregnancy and its resolution. En: Beckman, L. J. & Harvey, S. M. (reds). *The new civil war: The psychology, culture, and politics of abortion*. Washington, D.C.: The American Psychological Association.
- 48 WHO. (1995). *STD case management workbook 1. Programme introduction to the transmission and control of STD/HIV*. WHO/GPA/TCO/PMT/95.18A. Ginebra: OMS.
- 49 de Bruyn, M. (1999). Prevention of perinatal HIV transmission. En: Gómez, A. & Meacham, D. (reds). *Women, vulnerability and HIV/AIDS. A human rights perspective*. Women's Health Collection 3. Santiago: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- 50 Shallat, L. (2000). Democracy in the nation, but not at home. En: Mirsky, J. & Radlett, M. (reds). *No paradise yet. The world's women face the new century*. Londres: Panos Institute.
- 51 Aliaga Bruch, S., Quitón Prado, M. & Gisbert, M. E. (2000). *Veinte historias, un mismo tema: aborto*. La Paz: Population Council y Taller de Estudios Sociales.
- 52 CEH (1999). Guatemala memory of silence (Tz'inil Na 'Tab'al). Report of the Commission for Historical Clarification Conclusions and Recommendations. Guatemala, CEH

- 53 Tamayo, G. *et al.* (1998). *Women's sexual and reproductive rights in Peru: a shadow report*. 19<sup>th</sup> Session of the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). Lima: CLADEM/CRLP/DEMUS.
- 54 Pizarro, A. M. (1994). La experiencia de los servicios alternativos en relación con el aborto. En: *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Servicios y prácticas del aborto*. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- 55 Gárate, M. R. & Aliaga, E. (1998). *Percepciones de la atención del aborto incompleto no complicado en el Hospital Daniel A. Carrión del Callao*. Documentos de Trabajo N° 23. México: Population Council.
- 56 Committee on the Elimination of Discrimination Against Women. (1999). Recommendations for government action regarding Article 12, paragraph 31. Twentieth Session, May.
- 57 Berer, M. (2000). Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5): 580-592.
- 58 Rance, S. (1994). «No me vas a pensar esas cosas»: actitudes y prácticas que inciden en el embarazo no deseado y el aborto inseguro en Bolivia. En: *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Impactos demográficos y psicosociales del aborto*. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- 59 Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde). (s/f). *Dossiê violência contra a mulher: violência institucional*. En: <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/vi-vinstit.html>; accedido 3 Abril 2001.
- 60 Ramos, S. & Viladrich, A. (1994). Abortos hospitalizados – entrada y salida de emergencia. En: *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Atención hospitalaria y costos del aborto*. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- 61 Luo, L. *et al.* (1999). First-trimester induced abortion: a study of Sichuan Province, China. En: Mundigo, A. I. & Indriso, C. (eds). (1999). *Abortion in the developing world*. New Delhi: WHO.
- 62 Alvarez, L. *et al.* (1999). Abortion practice in a municipality of Havana, Cuba. En: Mundigo, A. I. & Indriso, C. (eds). (1999). *Abortion in the developing world*. New Delhi: WHO.
- 63 Session C5: violence against women and unintended pregnancy. *Highlights of National Conference on Violence and Reproductive Health: Science, Prevention and Action, June 14-16, 1999*. En: [http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/wh\\_violence.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/wh_violence.htm); accedido 3 Abril 2001.
- 64 Heise, L. *et al.* (1995). *Sexual coercion and reproductive health. A focus on research*. Nueva York: Population Council.
- 65 Ganatra, B. & Hirve, S. (2001). Ethical dilemmas in social science research – a community based study on induced abortions. *Issues in medical ethics*. (En prensa).
- 66 OMS. (1994). *Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*. Ginebra: OMS.



## PRESENTACIÓN

La violencia contra las mujeres es uno de los ejes de reflexión – acción con los que resurge el feminismo en América Latina a finales de los años sesenta en el siglo XX (Fem, 1984-85, 1987; Barroso, 1988; Bedregal, 1991a; Mujer/Fem Press, 1992). Es insoslayable reconocer este origen del tema para comprender su desarrollo conceptual, las características de la investigación empírica al respecto y los modelos de atención - intervención que se han puesto en marcha en los últimos 30 años. La idea fuerza que orientó la búsqueda de material bibliográfico y el orden de exposición de este texto es que, en gran medida, el desarrollo del tema como objeto de conocimiento puede comprenderse en tanto no surge de alguna de las ciencias sociales, ni del ámbito de las ciencias de la salud.

Desde luego, ésta no es una característica exclusiva del tema de la violencia contra las mujeres. De hecho, todos los temas que fueron dando cuerpo al campo de los estudios sobre la mujer o de género tienen su origen en la agenda de malestares que levantó el feminismo contemporáneo. Esto significa que los temas derivados de dicha agenda fueron entrando al mundo académico vistos con el recelo con el que suelen verse los temas que no surgen del medio académico. Por ello, legitimar la situación de las mujeres como asunto de conocimiento ha significado, si se permite la metáfora, generar y sostener una suerte de guerra de guerrillas al interior de las instituciones académicas. Lo que ha supuesto desplegar toda una gama de tácticas y estrategias con el fin de validar la compleja problemática que se esconde en la situación de las mujeres.

Sin embargo, no todos los temas corrieron la misma suerte en el mundo académico. Sin haber sido fácil fue menos tortuoso colocar en la mesa del debate académico temas como el del trabajo

## LA INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN AMÉRICA LATINA: ENTRE EL EMPIRISMO CIEGO Y LA TEORÍA SIN DATOS<sup>1</sup>

---

Roberto Castro\* • Florinda Riquer\*\*

---

---

\* Sociólogo. Profesor / Investigador del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

\*\* Profesora / Investigadora de la Universidad de la Ciudad de México.

<sup>1</sup> Una versión preliminar apareció publicada bajo el mismo título y por los mismos autores en *Cadernos de Saúde Pública* 19(1), 2003. Agradecemos a Rodrigo Mariscal, estudiante de la Universidad Iberoamericana, su apoyo en la lectura y sistematización de materiales bibliográficos.

femenino, por mencionar sólo un ejemplo. En contraste, el tema de la violencia contra las mujeres, que a pesar de ser -junto con el de la (re)apropiación del cuerpo de la mujer- de los primeros sobre el que se puso un dedo en la llaga, empezó a ser materia de reflexión académica hace no más de una década. No obstante haber llegado al mundo académico una vez lograda una relativa legitimidad de los estudios sobre la mujer o de género, su acogida no ha estado exenta de problemas.

En lo que sigue presentaremos el resultado de un ejercicio de revisión bibliográfica de materiales sobre el tema. Al revisar la literatura producida en la región de América Latina, es posible constatar una paradoja. Por una parte, encontramos que el número de investigaciones existentes por país es sumamente bajo y un número aún menor reporta sus resultados en revistas científicas de circulación internacional. Ello hace que resulte particularmente difícil acceder a la información y hace también que haya varios países del subcontinente para los cuales simplemente desconocemos si existe alguna información disponible de este tipo. Pero, por otra parte, es posible constatar que existe una suerte de agotamiento del tema aun antes de haberse dado respuestas más o menos definitivas acerca de la naturaleza y características del problema, así como de las mejores maneras de intervenir para eliminarlo. Esto es, la investigación realizada hasta ahora no se ha traducido en teorizaciones más o menos sólidas (*teorizar es explicar*) sobre las causas del fenómeno y las mejores estrategias para enfrentarlo.

Tal vez la investigación sobre el problema de la violencia contra las mujeres participa del trágico atributo que Bourdieu señala como distintivo de la investigación social en muchos países: «quizás nunca ha sido tan grande como hoy en día -señala el autor- la distancia entre lo que en los Estados Unidos y en todos los países dominados por el modelo académico americano se llama *teoría* y lo que se denomina *investigación empírica*» (Bourdieu, 2000a:64-65; cursivas nuestras).

Ese es el argumento que queremos desarrollar en este trabajo. En un tema para el que el acceso a los reportes de investigación resulta complicado, es difícil pretender realizar un *Estado del Arte*. Pero lo que sí podemos intentar es realizar

un análisis de los diversos materiales que hemos recolectado, provenientes de diversos países de la región, y fundamentar, en base a ello, nuestra propuesta central. Por razones de mera conveniencia práctica, proponemos que es posible diferenciar tres grandes vías de aproximación al problema de la violencia contra las mujeres: los acercamientos teóricos, la investigación empírica, y las intervenciones de atención a las mujeres. Es nuestra impresión que tales aproximaciones se desarrollan de manera independiente entre sí, esto es, cuentan con muy pocos -o nulos- puntos de contacto. En otras palabras, la investigación teórica no está orientando a la investigación empírica; ésta última, a su vez, no está alimentando con sus hallazgos el desarrollo de la teoría; y ambas no parecen tener vinculaciones claras con las estrategias de intervención prevalecientes en la región.

En las siguientes secciones daremos sustento a estas hipótesis y buscaremos proponer algunas alternativas que permitan enriquecer y dinamizar la investigación y la acción en este campo.

## I. DE LA URGENCIA DE LA INTERVENCIÓN A LA CONCEPTUALIZACIÓN: ¿UN SALTO AL VACÍO?

Como hemos señalado, los estudios sobre el tema son consecuencia del activismo del movimiento feminista que contribuyó de manera decisiva a visualizar el fenómeno como un problema social (no individual), de orden público (no privado), con competencia de los tribunales (no sólo de las familias), y que exige políticas públicas con obligaciones específicas para diversas instituciones, incluidas, desde luego, las de atención a la salud.

El esfuerzo sostenido durante más de tres décadas por el feminismo, logró que hoy en día el problema de la violencia contra las mujeres sea reconocido por los organismos internacionales de Naciones Unidas. Este reconocimiento ha llevado a que una parte significativa de sus países miembros, incluidos los latinoamericanos, haya suscrito compromisos concretos para su combate (Conferencias de Belém do Pará, El Cairo, Beijing).



Sostenemos, sin embargo, que el reconocimiento por parte de los organismos de Naciones Unidas de la violencia contra las mujeres como un problema que requiere de políticas públicas para hacerle frente, no es proporcional, ni concomitante, a su lugar y desarrollo en la agenda académica de las ciencias sociales ni de las ciencias de la salud ni tampoco en las agendas de los gobiernos de Latinoamérica. Dicho de otro modo, la importancia dada al tema en los foros internacionales no guarda relación con el desarrollo de la temática, con la acumulación de conocimientos, con la cantidad y calidad de los estudios empíricos. Este desfase no tendría mayor importancia, salvo porque nunca como ahora el desarrollo científico estuvo tan supeditado, por una parte, a las prioridades temáticas establecidas por organismos internacionales que, sobre todo en nuestros países, se asumen con velocidad acrítica como problemas locales. Por otro, a una visión «utilitarista» del desarrollo científico que presiona a la producción de conocimientos para resolver problemas.

Es imposible no recordar el planteamiento de Weber sobre el científico y el político y plantear, a propósito de su reflexión, que a pesar de dichas exigencias, la lógica -que incluye los tiempos- de la producción de conocimientos sigue siendo distinta a la de la producción de políticas públicas y, en general, de todo mecanismo de intervención. Quizá de un modo romántico, todavía pensamos que un desarrollo forzado, desde fuera de la dinámica del pensamiento científico y, por ello, forzosamente pobre de conocimientos, difícilmente produce diagnósticos adecuados para el diseño de políticas públicas y otras intervenciones. Ese es nuestro temor, en este caso, en relación con el problema de la violencia contra las mujeres.

En ese contexto en América Latina y específicamente en México, Brasil y Perú, países en los que desde finales de los años sesenta y principios de los setenta brotó la semilla del feminismo contemporáneo, algunas mujeres, simplemente, tomaron por su cuenta la atención de otras, víctimas, en concreto, de violación. Con más decisión, voluntad y coraje que recursos económicos y preparación profesional, crearon centros de apoyo. El apoyo era básicamente, y

sigue siendo en muchos casos, de carácter psicológico, combinado generalmente con asesoría legal. Estamos hablando de un momento en el que la legislación sobre violación en nuestros países y los mecanismos institucionales para su denuncia y adecuado curso, eran menos que incipientes y más que inadecuados. Por ello, en paralelo, algunas mujeres se dieron a la tarea de revisar las disposiciones legales y hacer las primeras propuestas de reformas (Mogrovejo, 1989; Bedregal, 1991b). Fuera, desde luego, de las instancias socialmente legítimas para ello, parlamentos, y de las instituciones académicas y asociaciones profesionales.

La propia práctica, la exigencia de la experiencia misma, condujo a algunos grupos de activistas a realizar algún nivel de sistematización de sus «casos» y experiencias (Silva, 1986; Saucedo, 1991; Bedregal *et al.*, 1991; Rojas, 1991; Duarte, 1992) así como a realizar los primeros estudios sobre la magnitud y prevalencia de la violencia contra la mujer (Bedolla, 1987; PROFAMILIA, 1990; Valdez & Shrader, 1992; Larraín, 1993; Ramírez & Uribe, 1993; Granados, 1996). Tanto la sistematización como los estudios parecen haber estado más inspirados en contar con elementos para la denuncia pública y política del fenómeno, que por un afán de conocer más y mejor la problemática. Esto ocurría en medio de una ruptura entre activistas feministas y mujeres que en el medio académico intentaban legitimar la situación de la mujer como tema de conocimiento (Riquer, 1993). Por otra parte, cabe mencionar que la violencia estaba lejos de ser un tópico relevante en los primarios núcleos de estudios sobre la mujer que se iban conformando.

La anécdota permite comprender que las primeras sistematizaciones y estudios empíricos no necesariamente se realizaran bajo las reglas del juego, teóricas y metodológicas, de las ciencias sociales. Explica, en consecuencia, por qué la circulación de los resultados no pasara por las revistas de difusión científica. Ahora bien, el que los primeros acercamientos al tema estuvieran motivados por la necesidad de evidenciar la importancia social y política de la problemática y lejos o al margen de los medios de sanción de la investigación científica, no significa que no se partiera de nociones o conceptualizaciones, así

como de hipótesis, acerca de los porqués y los cómo de la violencia contra la mujer.

Pocos consensos ha habido al interior del debate feminista, el cual, nunca está de más recordarlo, no es un movimiento con una sola visión o perspectiva sobre los porqués de la subordinación femenina. Uno de ellos ha sido acerca de la causa, última, de la violencia contra la mujer. Esa causa se denominó «patriarcado» y en la actualidad «dominación masculina». Bajo esa denominación, la violencia contra las mujeres ha sido concebida como la expresión más lacerante y desde luego más brutal del patriarcado o de la dominación masculina. Llevado el argumento hasta sus últimas consecuencias, en toda sociedad, porque en principio todas son sociedades de dominación masculina o patriarcales, están dadas las condiciones para que toda mujer viva en riesgo de ser violada, toda esposa de ser golpeada, toda empleada y estudiante hostigada sexualmente por su superior. Al tiempo que todo varón está en riesgo de constituirse o convertirse en un violador, un golpeador o un hostigador.

En clave política, el patriarcado como causa última de la violencia contra la mujer ha tenido alguna eficacia, en la medida en que ha alertado, insistimos, sobre todo a organismos de Naciones Unidas, sobre la gravedad del problema. Pero como explicación del fenómeno es a todas luces insuficiente. Una causa última, aun pudiendo mostrar que lo es, no necesariamente constituye la explicación del fenómeno en cuestión.

No sabemos si ante la insuficiencia de tal explicación, las pioneras de la investigación sobre violencia contra la mujer, de manera propositiva buscaron teorizaciones *ad hoc*. Lo que podemos decir, a la luz del material revisado y de nuestro propio trabajo en el tema, es que de aquella macro explicación, «se bajó» a una suerte de comprensión individualista de la violencia contra la mujer. Esto es, a pensarla como una conducta del varón hacia la mujer, determinada por sus características individuales. Lo paradójico es que, afirmando que se trata de una consecuencia o resultado de un fenómeno social -el de dominación masculina presente en toda sociedad- se buscara en las características de los varones los indicadores de su conducta para explicar el fenómeno. El caso

es que así se establecieron relaciones entre la edad, el nivel educativo, el ingreso, el consumo de alcohol y de drogas, entre los indicadores más conspicuos, con la violencia contra la mujer.

En nuestra interpretación, por esa vía los intentos de conceptualización quedaron atrapados en una falacia metodológica. Al tratar de evidenciar que la violencia contra las mujeres es un fenómeno social se establecieron indicadores individuales para mostrarlo. Volveremos sobre el problema metodológico de la investigación del tema más adelante; por ahora, lo que interesa señalar es que quizá esa falacia se debe a que no se considera, o no se sabe que hay que considerar, las mediaciones entre fenómenos a los que se les atribuye carácter estructural y su expresión en la conducta individual. Lo que equivale a decir que a la investigación sobre violencia contra la mujer le faltaba comprensión sociológica. Una explicación alternativa o complementaria, según se la vea, es que los primeros intentos de explicación del fenómeno se dieron en el marco de la psicología.

Coincidimos con Piaget (1977) en que prácticamente cualquier fenómeno puede construirse como objeto de estudio en el marco de las diferentes ciencias o disciplinas. Su ejemplo se refiere a un padecimiento mental que puede ser analizado como objeto de la biología, lo mismo que de la psicología, la sociología o la historia. Sin embargo, como el autor propone, cada recorte científico o disciplinar supone una redefinición del objeto y no una simple sumatoria o agregado de lecturas derivadas de varias disciplinas. La referencia tiene sentido porque nos parece que en el tratamiento conceptual de la violencia contra la mujer, aún se está lejos de redefinir el problema como objeto de estudio en los marcos de la sociología. Lo que parece que ha ocurrido es, justamente, que se van agregando interpretaciones o lecturas presumiblemente sustentadas en las distintas ciencias sociales.

En esa perspectiva encontramos que se ha pasado de concebir a la violencia contra la mujer como un problema de conducta individual a pensarla como el resultado de un desequilibrio de poder a escala social e individual (Corsi, 1994) o como resultado de la tensión entre el poder

del hombre y la resistencia de la mujer (The British Council, 1999). Sin negar que hay un avance entre considerar el fenómeno como resultado, casi mecánico o sin mediaciones, del patriarcado a concebirlo como resultado de un desequilibrio de poder o de la tensión producto de tal desequilibrio entre hombres y mujeres, a fin de cuentas es sólo una manera más fina o refinada de decir lo mismo. En última instancia, patriarcado o dominación masculina alude, justamente, a la asimetría social basada en la diferencia sexual y, en consecuencia, al desigual acceso y uso de diversos recursos y al poder por parte de cada género.

De hecho, en gran medida los avances teóricos que ha propiciado el debate feminista se deben a haber partido del supuesto de que en toda sociedad conocida y hasta nuevo aviso, sobre la base de la diferencia sexual se ha montado la desigualdad de género. En consecuencia, los hombres y las mujeres concretos, histórica y socialmente situados, no tienen el mismo acceso, no pueden hacer el mismo uso, ni tienen el mismo control de una diversidad de recursos. Tampoco tienen la misma capacidad de decisión sobre sí mismos y el entorno que les rodea; no tienen, pues, el mismo poder.

Pero como hemos intentado argumentar, no ha bastado con ese supuesto de carácter general para conceptualizar la violencia contra la mujer. Lo que falta, como lo señalamos, es una construcción del objeto en clave sociológica que contribuya, por una parte, a superar la falacia metodológica ya planteada y, por ende, a establecer las variables y los indicadores del fenómeno *ad hoc* a una comprensión sociológica. Lograrlo pasa por superar las visiones atomistas de lo social, que suelen estar presentes, de manera consciente o no, en los análisis psicológicos y aun de psicología social, del fenómeno. Pensar sociológicamente la violencia contra la mujer supone, entonces, definirla como un fenómeno relacional, como un producto de la interacción entre individuos. Lo que supone, a su vez, concebir lo social como un sistema de relaciones ente sujetos y objetos y entre sujetos entre sí que en su interactuar van reproduciendo y /o modificando reglas o normas, valores y cogniciones.

En los últimos años hay indicios de que la comprensión de la violencia contra la mujer apunta, de alguna manera, en esa dirección. Cuando menos, las propuestas más elaboradas se postulan por una comprensión si no sociológica sí más holista, como es el caso, en la Región, de Corsi (1994:51-55). El autor, con base en la propuesta de Brofenbrenner (1987) desarrolla un «modelo ecológico» compuesto por cuatro dimensiones:

1. La dimensión cognitiva, que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo.
2. La dimensión conductual, que abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.
3. La dimensión psicodinámica, que se refiere a la dinámica intrapsíquica en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente).
4. La dimensión interaccional, que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Para el autor, estas cuatro dimensiones deben considerarse en su relación recíproca con tres niveles: el contexto más amplio (macrosistema) que remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular. El segundo nivel (exosistema), que está compuesto por la comunidad más próxima, incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad. El contexto más reducido (microsistema), se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima de la persona. Dentro de esa red, juega un papel privilegiado la familia, entendida como estructura básica del microsistema.

El problema central, desde nuestra perspectiva, que tiene este tipo de modelos, es que no parten de concebir que el individuo, los hombres y las mujeres concretos, son portadores de sociedad. Esto es, somos producto de lo que

el autor llama «macrosistema»; en otra acepción, somos producto de un tiempo y unas circunstancias. Nuestra cognición, conducta e interacciones están ligadas, son parte, de las cogniciones y las prácticas dominantes en un tiempo y espacio determinado.

Si bien con fines analíticos puede ser útil la distinción entre los «niveles» que propone el autor en este caso, el riesgo es confundirlos con ámbitos con existencia empírica, distinguibles con claridad en la realidad. De confundirse el ejercicio analítico con la conformación empírica de la realidad, se corre el riesgo de haber sofisticado la comprensión del fenómeno para, a fin de cuentas, seguir explicándolo a partir de correlaciones basadas en datos de la conducta de los individuos. En otras palabras, se corre el riesgo de no salir de la paradoja metodológica ya señalada. Aunque, dicho sea de paso, no parece que tal cosa ocurra porque, como también señalamos, hay una suerte de diálogo de sordos/as entre quienes intentan complejizar la comprensión teórica o conceptual de la violencia contra las mujeres y quienes realizan investigación empírica. En términos generales, como veremos adelante, la investigación empírica poco tiene en cuenta los intentos de desarrollo conceptual.

Llegados a este punto y con el fin de señalar un camino para avanzar en una sociología de la violencia contra la mujer, sugerimos la necesidad de plantearse preguntas distintas a las que parecen haber guiado la investigación empírica. Básicamente lo que se ha preguntado es: cuántas mujeres son violadas, con qué frecuencia y cuáles son las características del violador; en cuántos hogares el cónyuge golpea, atemete psicológica y sexualmente a su mujer, con qué frecuencia y qué características tiene el marido; en cuántas oficinas, fábricas y escuelas se hostiga sexualmente a mujeres, con qué frecuencia y quién es el hostigador. Lo que parece que no se pregunta y habría que hacerlo es qué factores se conjugan para que dada la asimetría entre los géneros, en nuestras sociedades se siga violando mujeres, golpeando esposas y concubinas y hostigando empleadas y estudiantes. Se trata de una pregunta simple en busca de un nicho dentro de la teoría sociológica.

## II. LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Como se ha señalado ya, ésta no pretende ser una revisión exhaustiva de la literatura empírica sobre el problema de la violencia contra las mujeres en América Latina. En esta sección nos proponemos hacer una caracterización del rumbo que ha tomado este tipo de trabajos, así como señalar algunas de las principales dificultades y limitaciones que, a nuestro juicio, se enfrenta actualmente en este terreno. Nuestro análisis se centrará básicamente en los estudios que buscan explorar las *causas* de la violencia contra las mujeres, esto es, qué factores la producen, y dejaremos de lado los estudios sobre las *consecuencias* de la misma.

### EL PROBLEMA DE LA PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Como es lógico suponer, para poder responder a la pregunta de por qué se da la violencia contra las mujeres, un primer problema que ha preocupado a los investigadores latinoamericanos se refiere a la magnitud del problema. Los reportes revisados en este sentido pueden clasificarse según el tipo de mujeres estudiadas: a) mujeres en general, y b) mujeres de poblaciones específicas.

Las investigaciones sobre grupos específicos de mujeres serán discutidas más adelante. Respecto a los estudios con *mujeres en general*, las prevalencias reportadas presentan cierta variación pero normalmente dentro de un determinado rango. Algunas de las primeras investigaciones de la década pasada reportaban prevalencias superiores al 50% (60% en Chile, según Larraín, 1993; 74% en Guatemala, según Coy, 1990; 54% en Costa Rica, según Chacón et al., 1990; 57% en el área rural de Jalisco, México, según Ramírez & Uribe, 1993; 56% en Guanajuato, México, según Tolbert & Romero, 1996). Al paso de los años, quizás como efecto de un mejor diseño de los instrumentos de medición, las prevalencias reportadas se han centrado en un rango que va del 10% al 50% (26% en Colombia, según Klevens, 2001; 46%

en Guadalajara, México, según Ramírez & Patiño, 1996; 42% en Durango, México, según Alvaro-Zaldívar *et al.*, 1998; y excepcionalmente 52% en Nicaragua, según Ellsberg *et al.*, 1999, 2000).

Cabe, sin embargo, hacer una crítica general a los estudios de prevalencia. La mayoría de ellos no reporta haber diferenciado a la violencia que sufren las mujeres entrevistadas en términos de severidad. Ello hace que los autores reporten como «prevalencia» lo mismo a casos de mujeres que sufren *formas «moderadas» de violencia episódica*, que a casos de mujeres que, en el otro extremo, reportan sufrir *formas graves de violencia crónica*. Ello significa que el rango de prevalencias reportado en la actualidad (que oscila, como dijimos, entre un 10% y 50%) constituye en muchos casos un dato poco preciso que clama por una elaboración más refinada. Pues una mujer que reporta haber sufrido *una vez una bofetada* de parte de su pareja —y no queremos minimizar en lo absoluto la gravedad de cualquier forma de violencia contra las mujeres— se puede parecer más, para fines analíticos, a las mujeres que nunca han recibido una agresión física, que a aquéllas que la han experimentado de manera grave y variada durante años. A menos que se introduzca índices de severidad que permitan distinguir tanto a las mujeres que sufren violencia moderada de las que sufren violencia severa, como a las que sufren violencia episódica de las que sufren violencia crónica, seguiremos obligados a considerar a las tasas de prevalencia como indicadores más bien débiles, poco precisos, con valor sólo indicativo, de la gravedad del problema de la violencia contra las mujeres.

#### VARIABLES MÁS COMÚNMENTE ASOCIADAS A LA VIOLENCIA

Al tomar al problema de la prevalencia como una cuestión medular, muchos de los estudios publicados han optado por un diseño más epidemiológico que sociológico para la «explicación» del problema. A ello se debe el relativo desorden que se advierte en el listado de variables que se reportan como asociadas de manera estadísticamente significativa al problema de la violencia. Las variables más frecuentemente citadas en esta calidad son el nivel

socioeconómico, la escolaridad y el grupo de edad (en todos los casos mientras más bajo, más riesgo), el estado civil (las mujeres no casadas en más riesgo), el haber sufrido abuso o violencia durante la infancia o el haber sido testigo de ella (tanto la mujer como su pareja), la condición de ocupación de la pareja (si está desempleado más riesgo) así como de la mujer (si trabaja fuera de la casa menos riesgo); el número de hijos, el número de años de la unión y el consumo de alcohol (en los tres casos, mientras más alto más riesgo de violencia); y, finalmente, la existencia de una marcada asimetría de poder en la pareja, así como la existencia de una ideología de los roles de género (Moreno, 1999; Firestone *et al.*, 2000; de la Garza & Díaz-Michele, 1997; Díaz-Olavarrieta *et al.*, 1999, 2001; Meneghel *et al.*, 2000; Klevens, 2001).

En la mayor parte de los casos, las estrategias preferidas son el análisis estadístico bivariado y los modelos de regresión logística. Más allá de que siempre es útil identificar las variables que se asocian estadísticamente a la violencia que sufren las mujeres, no es difícil advertir el limitado alcance de estos trabajos. Al carecer de una teoría sociológica que ordene y jerarquice a las variables relevantes —en el marco de una teoría del actor, de la acción, de la estructura social, del conflicto, de género, y de la historia— estos trabajos sólo aciertan a reportar la fuerza de las asociaciones encontradas. Pero más grave aún, al carecer de tal marco, estas investigaciones no suelen dejar bien en claro los criterios que llevaron a los autores a explorar ciertas variables y no otras en su asociación con la violencia.

Quizás a ello se debe la doble preocupación que inevitablemente se tiene al revisar esta literatura: por una parte, la sensación de que no se está acumulando conocimiento nuevo en esta línea desde hace ya varios años, pues los diversos estudios tienden a reportar cosas semejantes; y, por otra, la sensación de que se ha procedido con cierta arbitrariedad en la selección de las variables a estudiar (seguramente haciendo eco a estudios previos), lo que a su vez está limitando el desarrollo de otros diseños que de manera bien fundamentada se arriesguen a explorar en nuevas direcciones.

## ESTUDIOS COMPARATIVOS ENTRE POBLACIONES ESPECÍFICAS

Los estudios con *mujeres de poblaciones específicas*, por su parte, permiten establecer comparaciones, en términos de prevalencia, entre mujeres de diversos grupos, o entre mujeres de un grupo en particular con respecto a la población en general. Este tipo de comparaciones -a veces realizadas por los propios investigadores y a veces a cargo de los lectores- permiten conocer si determinado grupo de mujeres está expuesto a un riesgo mayor de violencia que el resto. Sin que siempre sea éste el objetivo explícito de los autores, este tipo de trabajos permite una lectura más sociológica de los resultados, debido a que trabajan con grupos sociales, más que con mujeres individuales agrupadas artificialmente mediante meros procedimientos estadísticos. A esta corriente pertenecen, entre otros: i) los estudios que exploran la prevalencia de violencia entre mujeres embarazadas; ii) los estudios que se centran en mujeres con problemas específicos de salud; iii) los estudios con mujeres atendidas por los servicios públicos de salud; y iv) los estudios con mujeres de diferentes grupos étnicos, etc.

- i) Respecto a las mujeres embarazadas, existen en la región varios estudios que buscan explorar si el embarazo constituye un factor de riesgo o, a la inversa, un factor de protección frente a la violencia masculina. Más allá de que se trata de un grupo de población vulnerable al que interesa proteger, la idea de centrarse en las mujeres embarazadas no carece de fundamento sociológico: como ha sido establecido en la literatura, el embarazo es un rol social bien establecido que genera expectativas específicas en la población (Miller, 1978). La hipótesis es que, de encontrarse un patrón en la relación embarazo-violencia, es posible rastrear en los atributos del rol algunas de las explicaciones de este problema, o bien, identificar otros roles sociales de las mujeres que también se asocian a la violencia y explorar después si poseen todos ellos algo en común.

Los resultados, sin embargo, como ha sido señalado ya para otros países (Moore,

1999), no pueden ser más confusos. Por ejemplo, una investigación reciente en Chile encontró claramente que el embarazo funciona como un factor de protección (Arcos *et al.*, 2000). Simultáneamente, una investigación realizada por nosotros mismos en México (Castro & Ruiz, 2001) muestra que, en términos de prevalencia, el embarazo no hace ninguna diferencia, toda vez que tanto antes como durante el embarazo se encontró una prevalencia del 25%. Ello, al mismo tiempo que en otras latitudes se reporta que el embarazo constituye, por el contrario, un factor de riesgo para la violencia (Goodwin *et al.*, 2000).

La función del embarazo con relación a la prevalencia de violencia sigue siendo, pues, un problema científico que requiere de mucha más investigación. Esta debe considerar tres cuestiones muy importantes para avanzar. Primero, que las prevalencias reportadas en este ámbito son, en última instancia, similares a las reportadas entre las mujeres no embarazadas; por ejemplo, un estudio entre mujeres embarazadas de Nicaragua (Ellsberg *et al.*, 2000) encontró una prevalencia de 31%, de manera que la medición de las diferencias, si las hay, exige de una precisión que hasta ahora no se ha alcanzado. Segundo, que —como señalamos en el apartado anterior— la diferencia que puede hacer el embarazo no necesariamente debe ubicarse en términos de prevalencia, sino que puede ser incluso más importante la diferencia en términos de severidad. En efecto, en la investigación previamente citada (Castro & Ruiz, 2001) encontramos que si bien la prevalencia se mantiene constante antes y durante el embarazo, la severidad de la violencia varía según el tipo de violencia: mientras que la severidad de la violencia física y sexual disminuye durante el embarazo, la severidad de la violencia emocional aumenta significativamente. Y tercero, que la indagación sociológica en esta línea debe resistir la tentación epidemiológica de

limitarse a la mera exploración de asociaciones; debe, por el contrario, adentrarse en el ámbito de la teoría social y desde ahí formular las preguntas que guíen la investigación. Por ejemplo: ¿la condición de embarazada traduce un cambio en la identidad –adscrita y autopercebida– de parte de las mujeres? O bien: ¿la condición de embarazo traduce un cambio en el nivel del discurso cotidiano –conjunto de saberes y prácticas– de la pareja? Si es así, ¿en qué dirección se dan esos cambios, y cómo se asocian con los patrones de violencia detectados?

- ii) Los estudios que se centran en mujeres con problemas específicos de salud pueden ayudar a explorar si esta condición, la de la enfermedad, constituye un factor de riesgo adicional para las mujeres frente a la violencia. Al igual que en el caso anterior, el recorte del objeto de estudio no carece de fundamento, no sólo porque las mujeres enfermas son también un grupo vulnerable con derecho a la protección, sino porque el del enfermo es –bien lo sabemos– un complejo rol social.

En este sentido, se ha explorado la situación de las mujeres con sida, la de mujeres con problemas neurológicos, y otras. Y los resultados también son inciertos: al parecer, algunas condiciones de salud, como el sida, se asocian con un mayor riesgo de sufrir violencia (Herrera & Campero, 2000), mientras que otras, como el padecimiento de desórdenes neurológicos crónicos (Díaz-Olavarieta *et al.*, 1999) parecen asociarse, según los escasos estudios disponibles, a tasas de prevalencia semejantes a las reportadas para la población en general (alrededor del 30%).

Es evidente que esta línea de investigación requiere ser enriquecida. La indagación desde esta perspectiva debe nutrirse de los esclarecedores avances logrados en el campo de la enfermedad como rol social. Desde ahí hemos aprendido que hay enfermedades estigmatizantes junto a

otras discapacitantes; que algunas enfermedades son propias de la pobreza mientras que otras no parecen distinguir clases sociales; que, tan importante como el padecimiento biológico en sí, es la legitimación que dan los otros para poder adoptar el papel del enfermo; que diversos padecimientos dan lugar a carreras y conductas del enfermo cuyos patrones son discernibles; en fin, que en tanto que la enfermedad es una entidad sujeta a diversas formas de control social, el concepto de *rol del enfermo* es «un poderoso instrumento para el análisis de la cultura y la desviación social» (Turner, 1987:58). En consecuencia, es posible hipotetizar que ciertos padecimientos y ciertas condiciones de salud de las mujeres se asocian a un mayor riesgo de sufrir violencia, mientras que otros padecimientos pueden no generar ningún efecto (ni protector ni de riesgo). ¿Es correcta esta hipótesis? Si es así, ¿cómo se agrupan esos padecimientos, en términos de sus propiedades sociológicas? ¿qué hay de común al interior de cada grupo de esos padecimientos que pueda sugerir una explicación sobre el efecto que producen con relación a la violencia?

- iii) Los estudios que se centran en la violencia que sufren las mujeres en los servicios públicos de salud constituyen una oportunidad excepcionalmente valiosa para explorar la lógica y la dinámica que articula los mecanismos tanto estructurales como interaccionales que facilitan la aparición de la violencia. Son pocos, sin embargo, los trabajos de este tipo de los que tenemos noticia. Quizás el más relevante es el bien conocido reporte publicado por el CLADEM en Perú (CLADEM, 1998), cuyo título contiene las primeras pistas en cuanto a la dirección, en términos sociológicos, en la cual hay que buscar las explicaciones: «Silencio y complicidad». El libro documenta de manera muy detallada los mecanismos de abuso y violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las

mujeres a manos del personal de salud, así como las estrategias de encubrimiento y obstaculización de la justicia que despliegan las instituciones. Otro trabajo en Brasil ha documentado también la existencia de serias agresiones contra las mujeres en los servicios de salud (Diniz & d'Oliveira, 1998). Y nosotros mismos estamos llevando a cabo ahora una investigación en las salas de labor y parto de dos hospitales públicos de Cuernavaca (México), con miras a documentar las diversas formas en que se violan los derechos de las mujeres en ese lugar, así como los mecanismos de diverso tipo que lo hacen posible (Castro & Erviti, 2001).

En las instituciones de salud se puede observar con claridad varios mecanismos que se asocian estrechamente a la producción de la violencia: la agrupación y el funcionamiento de los médicos en el marco de una profesión; las estrategias de complicidad que ese marco permite; la difusión de un discurso ideologizante que legitima una forma de hacer medicina (la occidental) y descalifica a las otras; la existencia de jerarquías rígidas e incuestionables entre médicos y pacientes; la introyección, por parte de las mujeres, del discurso dominante (la forma extrema de la violencia simbólica, en términos de Bourdieu); etc., etc.

La investigación en esta línea tiene dos rutas paralelas por recorrer: por una parte, es indispensable realizar muchos más estudios, en diversas instituciones de salud, de diversos niveles de atención, públicas y privadas, con el fin de explorar y combatir esta forma específica de violencia contra las mujeres. Pero por otra parte, debe proveer de conceptos y modelos a la investigación general sobre violencia contra las mujeres. ¿De qué manera se organizan los hombres en la sociedad en general, tal como lo hacen los médicos en su profesión? ¿Qué formas de complicidad les permite ese o esos tipos de asociación a los hombres violentos? ¿Qué discurso ideológico legitima su proceder violento contra las mujeres? ¿Cuáles son los

mecanismos de internalización del discurso de la violencia masculina por parte de las mujeres? Sostenemos que el mismo tipo de preguntas que orientan la investigación sobre violencia en un hospital, pueden servir de guía para una agenda de investigación de mayor alcance. En otras palabras, a partir de una exploración más sistemática del fenómeno de la violencia contra las mujeres en instituciones de salud, es posible derivar conceptos sensibilizadores o «direcciones en las cuales mirar» (diría Blumer) para explorar el problema, en términos sociológicos, en la sociedad en general.

- iv) Finalmente, los estudios que comparan la prevalencia de la violencia entre mujeres de distintos grupos étnicos contienen un potencial explicativo aún pendiente de agotar. Un diseño común suele explorar el papel de la «aculturación» en relación con la violencia. Si bien estos estudios se han realizado sobre todo en Estados Unidos, los que aquí comentamos han incluido a mujeres provenientes de varios países de América Latina, razón por la cual resultan de nuestro interés.

Los resultados, sin embargo, también aquí son inciertos. Por ejemplo, una investigación en Arizona entre mujeres embarazadas originarias de México, encontró que a mayor grado de aculturación de las mismas, mayor era la incidencia de violencia, incluso en comparación con las mujeres que permanecieron en México (Mattson & Rodríguez, 1999). Otro estudio, en cambio, también con mujeres de origen mexicano pero en el estado de California, encontró que la prevalencia de violencia durante el embarazo es prácticamente igual tanto en California como en Morelos (entre 26% y 29%), mientras que la severidad es mayor en Morelos: es decir, la aculturación, en este caso, sí está sirviendo de factor protector entre las mujeres mexicanas residentes en California (Castro *et al.* 2001).

Otros trabajos han analizado las características de las mujeres golpeadas de origen latino en comparación con las de



las mujeres de origen anglosajón en diversas ciudades de Estados Unidos. Se reporta que víctimas de origen latino son significativamente más jóvenes, con menor nivel de escolaridad, y más pobres que las mujeres anglosajonas (Ellsberg *et al.*, 1999). Lo cual quiere decir que entre las anglosajonas la violencia se asocia más débilmente con la edad, la educación y la clase social. ¿Qué explica entonces, entre éstas últimas, la existencia de la violencia? La información, con todo y su carácter exploratorio, parece sugerir que la violencia no siempre es función de las variables aparentemente más establecidas que identificamos al principio de este trabajo; y que, por el contrario, las variables relevantes varían entre un grupo étnico y otro. La comparación entre mujeres de diversa procedencia étnica permite orientar la investigación en la dirección que los datos anteriores sugieren, esto es, buscando en el dominio de lo cultural las explicaciones requeridas. Y si bien algunas investigaciones sugieren tímidamente esta posibilidad (Gaffney *et al.*, 1997), otras, en cambio, han adoptado una estrategia netamente antropológica (Pérez, 2000) o cualitativa (Watts & Shrader, 1998), pero al costo de renunciar a la posibilidad de realizar comparaciones estadísticas entre dos o más poblaciones diferentes.

La investigación en esta línea puede enriquecerse enormemente, pensamos, a partir de una adecuada integración de métodos cuantitativos (que recuperen los datos «duros» en términos de prevalencia, incidencia y fuerza de las asociaciones entre variables) y cualitativos (que exploren en profundidad la lógica de las normas, los valores y las diversas expresiones culturales que se asocian a la producción de la violencia).

En síntesis, es poco lo que se puede concluir en términos de conocimientos sólidos en torno a las causas de la violencia. Además de la falta de contenido sociológico y antropológico en los reportes sobre el tema, existe otra serie de

problemas que caracteriza a mucha de esta investigación, la misma que discutiremos brevemente en el siguiente apartado.

### III. PROBLEMAS VIGENTES

La revisión que hemos elaborado de la literatura sobre las causas de la violencia contra las mujeres en América Latina, nos ha permitido también identificar varios problemas sobre los que conviene reflexionar.

#### CONFUSIÓN OPERACIONAL

En la búsqueda de variables «independientes» que puedan explicar el problema de la violencia contra las mujeres, algunos autores incurren en lo que se denomina «confusión operacional». Esto no significa más que confundir, al momento de operacionalizar, a las variables independientes con la variable dependiente. Por ejemplo, una investigación reporta que «la frecuencia de conflictos entre la pareja» y la existencia de un alto número de «prohibiciones» de parte de los hombres hacia sus parejas, son las que más claramente explican, en términos estadísticos, el surgimiento de la violencia (Klevens, 2001). Sin embargo, ¿no es el hecho de imponer prohibiciones a la pareja una forma concreta de ejercer violencia contra ella? Si es así, ¿no es entonces del todo esperable que ambas «variables» estén fuertemente asociadas? El problema de fondo es que, con toda probabilidad, no estamos aquí frente a «dos» variables, sino más bien frente a dos manifestaciones de la misma variable.

En otro caso se reporta como variables independientes el tener actitudes que justifiquen el uso de la violencia y el contar con escasas habilidades para resolver los conflictos interpersonales (Moreno, 1999). Y nuestro comentario va en el mismo sentido: ¿no es el uso de la violencia una demostración de una falta de habilidades para resolver un conflicto en otros términos? Si es así, ¿qué aporta realmente, en términos de esclarecimiento de las causas del

problema, el sugerir que la dificultad de no ser violento es lo que explica la conducta violenta?

Y en un caso más se señala que existe una fuerte asociación entre la adopción de normas que justifican el uso de la violencia y el uso de la violencia propiamente tal, si bien se reconoce que en este estudio «las normas y actitudes son medidas por la capacidad de la pareja de controlarse a sí misma y de actuar de una manera no violenta» (Briceño-León *et al.*, 1999). Esto es, el autor mismo reconoce que una misma medición le sirve para construir dos variables, a saber, la conducta violenta y, en su defecto, la existencia de normas y actitudes contrarias a la violencia. Estrategia que contradice el principio metodológico fundamental que postula la necesaria independencia de las mediciones que se busca asociar si se quiere contar con ciertas garantías sobre la validez de la asociación encontrada.

### INCONSISTENCIA DE RESULTADOS

Un segundo problema que caracteriza a la investigación actual sobre las causas de la violencia contra las mujeres se refiere a la inconsistencia de los resultados que se reportan. Por ejemplo, en una investigación en Nicaragua no se encontró una asociación significativa entre la violencia de la pareja masculina y la edad, el nivel educativo y la ocupación de la mujer (Ellsberg *et al.*, 1999). Lo cual difiere totalmente de lo encontrado en otras investigaciones que, como señalamos más arriba, han llevado a establecer precisamente a éstas como algunas de las variables más claramente asociadas al problema. En otro estudio se señala que el hecho de que no vivan en el mismo hogar otros miembros de la familia se asocia con un mayor riesgo de violencia (Klevens, 2001), hallazgo que se opone al reportado por nosotros mismos en el sentido de que en las familias «reconstituidas» hay un riesgo significativamente mayor de que la mujer sufra violencia que en las no reconstituidas (Castro & Ruiz, 2001).

Las inconsistencias encontradas en términos de lo que pueden ser las variables independientes que expliquen el problema de la violencia pueden atribuirse, entre otras, a dos grandes causas sobre las que es urgente intervenir:

La primera de ellas se refiere a la inexistencia de instrumentos homogéneos y estandarizados, debidamente validados, que permitan hacer comparaciones con la certeza de que se está hablando del mismo tipo de datos. En ese sentido, existen esfuerzos por adaptar y validar en nuestros países instrumentos que han demostrado ser de utilidad en Estados Unidos (Reichenheim *et al.*, 2000), pero el camino por recorrer en este sentido es aún largo.

La segunda causa nos remite, de nueva cuenta, a la falta de una orientación más socio-antropológica en este tipo de investigaciones. Mientras no contemos con marcos teóricos más sólidos que orienten tanto la selección como la operacionalización de nuestras variables, no podremos sino optar por la perplejidad como respuesta frente a estos enigmáticos resultados. Pues en efecto, es poco lo que se puede hacer o decir ante estudios que se limitan a reportar las asociaciones encontradas sin adentrarse en una explicación de las mismas apoyada en la teoría.

### OBVIEDAD DE LOS HALLAZGOS Y LAS RECOMENDACIONES

Junto a los dos problemas anteriores, una tercera cuestión que preocupa se refiere a la frecuente obviedad tanto de los hallazgos como de las recomendaciones que se derivan de los mismos. Sorprende, por ejemplo, que en una investigación se reporte que entre estudiantes de nivel preparatoria los principales factores de riesgo para incurrir en conductas antisociales o violentas son el hecho de ser hombre, consumir alcohol y utilizar otro tipo de drogas (Juárez *et al.* 1998). ¿No lo sabíamos?

En otros trabajos, tras la presentación de los hallazgos, se formula una serie de recomendaciones aparentemente orientadas a combatir y prevenir la violencia en la pareja. Como los estudios muestran que el desbalance de poder en la pareja se asocia a este problema, se recomienda... ¡balanccar dicho poder! Como los hallazgos muestran que las actitudes violentas se asocian al uso de la violencia, se recomienda... ¡cambiar las actitudes! Y en el mismo tenor, es posible encontrar recomendaciones para reducir los factores que estresan a la pareja y enseñar a

los hombres a manejar conflictos sin violencia (Moreno, 1999; Firestone *et al.*, 2000).

Sin duda les asiste alguna razón a todas estas sugerencias de intervención. Pero no es posible evitar la sensación de que es poco lo que contribuyen a esclarecer la naturaleza del problema. Pues la pregunta de investigación que seguimos sin resolver es precisamente qué sostiene el desbalance de poder entre hombres y mujeres, qué alimenta las actitudes agresivas, por qué el estrés se asocia a la violencia, etc. Y como lo hemos venido haciendo a lo largo de todo este trabajo, sostenemos que es la falta de una teoría social más sólida que sirva de anclaje a toda esta investigación, lo que confiere esa sensación de orfandad a las recomendaciones que se formulan.

### VACÍO DE INVESTIGACIÓN CON HOMBRES

Paradójicamente, junto a la dificultad para distinguir con claridad las variables dependientes de las independientes, junto a la producción de resultados inconsistentes que contribuyen a incrementar nuestro desconcierto, y al lado de los hallazgos reiterativos y obvios, la investigación sobre el problema registra un asombroso vacío: la investigación «río arriba», centrada en el origen del problema, la que tome a los propios hombres como los sujetos de la investigación y explore en ellos directamente las preguntas que nos inquietan.

Sólo recientemente se han iniciado los estudios sobre «masculinidad» en América Latina, pero falta aún mucho por explorar en este sentido. No es difícil entender por qué las investigaciones se han centrado hasta ahora en las mujeres. Primero, porque son el grupo agredido y es urgente trabajar en la defensa y vigencia de sus derechos. Segundo, porque son un grupo mucho más accesible, más fácilmente entrevistable que el de los hombres. Y tercero, porque la gravedad del problema exige el desarrollo urgente de intervenciones de apoyo para las mujeres que les permitan salirse de las situaciones de alto riesgo y romper con las ataduras que las mantienen en situaciones tan complejas y peligrosas.

Pero, claramente, el problema no empieza con ellas. Sostenemos que sólo en la medida en

que la investigación sobre la violencia se amplíe francamente hacia los hombres, tomando como base los desarrollos recientes de la teoría social en el campo de la masculinidad, estaremos en condiciones de dar con nuevos hallazgos, genuinamente relevantes, que contribuyan a esclarecer mejor la naturaleza de este problema.

## CONCLUSIÓN

Para concluir retomemos justo lo que señalábamos en el párrafo anterior. ¿Por qué es difícil hacer investigación sobre violencia con hombres? En primer lugar, por supuesto, porque se quiere evitar generar situaciones de riesgo que pondrían en peligro, una vez más, la seguridad de las mujeres. Pero en segundo lugar, y esto no es menos importante, porque los hombres se resisten más a hablar del tema que las mujeres. Una investigación sobre este problema entre médicos en Argentina reporta una tasa de no respuesta ¡del 40%! De la misma manera, en el reporte de resultados del proyecto ACTIVA (Fournier *et al.*, 1999) se señala que más hombres que mujeres declinaron participar, lo que se traduce en una muestra con sobre-representación de mujeres de clase media y baja. Se trata de dos casos de resistencia a la participación, de poblaciones diferentes, pero que tienen algo en común: los médicos por razones profesionales, y los hombres por cuestiones de género, son grupos con poder. La imposibilidad de la investigación está asociada, entonces, al mismo mecanismo que genera el problema (la violencia) que se desea explicar. Esa imposibilidad, a su vez, puede estar contribuyendo a perpetuar el carácter simultáneamente pobre y reiterativo de la investigación actual, pues a fuerza de no poder medir lo que se quiere investigar se termina por investigar lo que se puede medir. El viejo error de buscar el anillo perdido bajo el farol de luz, aunque éste se haya caído en la oscuridad.

Como bien señala Bourdieu: *«corremos el peligro, por tanto, de recurrir, para concebir a la dominación masculina, a unos modos de pensamiento que ya son el producto de la dominación. Sólo podemos confiar en salir de ese círculo si encontramos una estrategia práctica*

para efectuar una objetivación del tema de la objetivación científica» (Bourdieu, 2000b:17). El gran reto de la investigación actual sobre el problema de la violencia contra las mujeres radica, a nuestro juicio, precisamente en la solución de este problema.

Para ello, es necesario en primer término entender dicho problema, visualizarlo, comprender sus implicaciones. Sin afán de menospreciar los aportes de la salud pública y de la epidemiología, podemos decir que no es desde esas perspectivas como daremos con la respuesta. Como se señala en el proyecto ACTIVA, «el enfoque de la salud pública para resolver los problemas incluye cuatro pasos: la definición del problema, la identificación de los factores de riesgo, el desarrollo y evaluación de las intervenciones en poblaciones determinadas, y la aplicación de las estrategias que han probado ser eficaces en las etapas previas para la comunidad entera» (Orpinas, 1998:3). Este enfoque es, por lo menos, ingenuo para un

problema con tan hondas implicaciones epistemológicas como las aquí señaladas. Es la propia dominación masculina que queremos explicar la que nos impide investigar ahí donde podríamos dar con las verdaderas claves.

Ante problemas como éste, las ciencias sociales no son sólo un instrumento, un apoyo, para hacer nuestra investigación: son el núcleo de nuestro quehacer, y constituyen la única posibilidad de salir del enorme atolladero cognoscitivo en que nos encontramos. La pobreza y las limitaciones de los resultados de investigación hasta ahora alcanzados en el tema de la violencia contra las mujeres son consecuencia del abandono de nuestro propio patrimonio: a menos que nos comprometamos de lleno con el corpus conceptual y metodológico de nuestras propias disciplinas, seguiremos condenados a oscilar entre la trivialidad y la perplejidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvaro-Zaldívar, G., Salvador-Moysen, J., Estrada-Martínez, S. & Terrones-González, A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Pública de México*, 40(6): 481-6.
- Arcos, E., Molina, I., Repossi, A., Uarac, M., Ritter, P. & Arias, L. (2000). *Detección de violencia doméstica en mujeres embarazadas*. Disponible en: [http://www.hsph.harvard.edu/grhf/\\_Spanish/gender/docs/deteccion.html](http://www.hsph.harvard.edu/grhf/_Spanish/gender/docs/deteccion.html)
- Barroso, I. (1988). Hostigamiento sexual. *Fem*, marzo.
- Bedolla, P. (1987). Hostigamiento sexual en los espacio laborales. *Casa del Tiempo*, III (73).
- Bedregal, X., Saucedo, I. & Riquer, F. (1991). *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*. México: CICAM.
- Bedregal, X. (1991a). El Centro de Apoyo a la Mujer (CAM) de Colima. En Bedregal, X., Saucedo, I. & Riquer, F. (Comp). *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*. México: CICAM.
- ——— (1991b). Anexo Jurídico. En Bedregal, X., Saucedo, I. & Riquer, F. (Comp). *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*. México: CICAM.
- Bourdieu, P. (2000a). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée.
- ——— (2000b). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Briceño-León, R., Camardiel, A., Avila, O.B., De Armas, E. (1999). Domestic violence in Caracas: social and cultural predictors. *Acta Cient Vénez*, 50(2): 132-43.
- Brofenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Castro, R. & Ruiz, A. (2001). Violencia contra mujeres embarazadas en el estado de Morelos: hallazgos preliminares. En: Espinoza, G., López, M. P., Rico, B. & Mercado, P. (Coord.). *Género y políticas de salud en México. Una propuesta para el Plan Nacional de Salud*. México: OPS, UNIFEM, SSA (En prensa).

- Castro, R. & Erviti, J. (2001). La violación de los derechos reproductivos durante la atención del parto: un estudio introductorio. En: Espinoza, G., López, M. P., Rico, B. & Mercado, P. (Coord.). *Género y políticas de salud en México. Una propuesta para el Plan Nacional de Salud*. México: OPS, UNIFEM, SSA (En prensa).
- Castro, R., Peek-Asa, C., García, L. & Ruiz, A. (2001). «Social factors associated with violence against pregnant women: a comparative study between Morelos (Mexico) and California (United States)». Paper # 1422, Congress of Epidemiology, Toronto.
- Chacón, K., Herrera, F., Rojas, A. M. & Villalobos, M. (1990). Características de la mujer agredida atendida en el patronato Nacional de la Infancia (PANI). Citada por: Heise, L. *Violencia contra la mujer. La carga oculta sobre la salud*. Washington: OPS, OMS.
- CLADEM (1998). *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: CLADEM y CRLP.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- de la Garza-Aguilar, J. & Díaz-Michele, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación. *Salud Pública de México*, 39(6): 539-45.
- Díaz-Olavarieta, C., Campbell, J., García de la Cadena, C., Paz, F. & Villa, A.R. (1999). Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Arch Neurol*, 56(6): 681-5.
- Díaz-Olavarieta, C., Paz, F., de la Cadena, C. G., Campbell, J. (2001). Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurses' aides in Mexico. *Arch Med Res*, 32(1): 79-87.
- Diniz, S.G. & d'Oliveira, A.F. (1998). Gender violence and reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet* 63, Suppl 1: S33-42.
- Duarte, P. (1992) «La violación y su impacto en la salud integral de la mujer. Aspectos psicológicos». Ponencia presentada en el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.
- Ellsberg, M., Caldera, T., Herrera, A., Winkvist, A. & Kullgren, G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist*, 54(1): 30-36.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J., Winkvist, A. (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 51(11): 1595-610.
- Fem (1984-85). *Mujer y violencia*, 8 (37).
- Fem (1987). *Violencia en casa*, 11 (54).
- Firestone, J., Harris, R., Vega, W. (2000). The impact of gender role ideology, male expectancies and acculturation on wife abuse. *American Sociological Association* (Abstract).
- Fournier, M, de los Ríos, R., Orpinas, P., Piquet-Carneiro, L. (1999). Multicenter study on Cultural Attitudes and Norms towards violence (ACTIVA project): methodology. *Rev Panam Salud Publica*, 5 (4-5): 222-31.
- Gaffney, K.F., Choi, E., Yi, K., Jones, G.B., Bowman, C., Tavangar, N.N. (1997). Stressful events among pregnant Salvadoran women: a cross-cultural comparison. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 26(3): 303-10.
- Goodwin, M.M, et al. (2000). Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2): 85-92.
- Granados, M. et al. (1996). *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género; el caso de la Zona Metropolitana de Monterrey*. México: Asociación Mexicana de Población.
- Herrera, C. & Campero, L. (2000). Violencia, mujeres y VIH/SIDA. *GLAMS. Mujeres y SIDA. Boletín Informativo*, 4(3): 3-4.
- Juárez, S., Medina-Mora, E., Berenzon, S., Villatoro, J.A., Carreno, S., Lopez, E.K., Galvan, J., Rojas, E. (1998). Antisocial behavior: its relation to selected sociodemographic variables and alcohol and drug use among Mexican students. *Subst Use Misuse*, 33(7): 1437-59.

- Heise, L. (1994). *Violencia contra la mujer. La cara oculta de la salud*. Washington, D.C.: Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud.
- Klevens, J. (2001). (Sin título). *Rev. Panam Salud Pública*, 9(2): 78-83.
- Larraín, S. (1993). *Estudio de frecuencia de la violencia intrafamiliar y la condición de la mujer chilena*. Santiago de Chile: OPS.
- Larraín, S. & Rodríguez, T. (1993). Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. En: Gómez Gómez, E. *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, D.C.: OPS.
- Mattson, S. & Rodríguez, E. (1999). Battering in pregnant Latinas. *Issues Ment Health Nurs*, 20(4): 405-22.
- Meneghel, S.N., Camargo, M., Fasolo, L.R., Mattiello, D.A., da Silva, R.C., Santos, T.C., Dagord, A.L., Reck, A., Zanette, L., Scottili, M. & Teixeira, M.A. (2000). Women caring for women: a study at the «Viva María» shelter, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3): 747-57.
- Miller, R.S. (1978). The social construction and reconstruction of physiological events: acquiring the pregnancy identity. *Studies in Symbolic Interaction*, 1: 181-204.
- Mogrovejo, N. (1989). La violación en el Perú. Realidad y tratamiento jurídico. En: Koschutzke, A. (Org.). *¿Y hasta cuándo esperaremos manda-díran.dirun-dán? Mujer y poder en América Latina*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Moore, M. (1999). Reproductive health and intimate partner violence. *Family Planning Perspectives*, 31(6): 302-312.
- Moreno, F. (1999). Violence between couples. *Rev. Panam Salud Pública*, 5(4-5): 245-58.
- Mujer/ Fem Press (1992). N° 127.
- OMS/OPS (1998). *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Washington D.C.: OMS/OPS, junio.
- Orpinas, P. (1998). *Informe de avance del proyecto multicéntrico sobre violencia (ACTIVA)*. Washington: OPS.
- Pérez, L.R., (2000). Fiesta as tradition, fiesta as change: ritual, alcohol, and violence in a Mexican community. *Addiction*, 95(3): 365-73.
- Piaget, J. (1977) *Estudios Sociológicos*. Barcelona: Colección Demos, Ariel.
- PROFAMILIA (1990). *La violencia y los derechos humanos de la mujer. Encuesta de prevalencia demografía y salud. Violencia Intrafamiliar*. Bogotá: PROFAMILIA, Servicio de Consultoría Jurídica.
- Ramírez, J.C. & Uribe, G. (1993). Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Pública de México*, 35(2): 148-160.
- Ramírez, J.C. & Patiño, M.C. (1996). Mujeres de Guadalajara y violencia: resultados de un estudio piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3): 405-409.
- Reichenheim, M.E., Moraes, C.L. & Hasselmann, M. H. (2000). Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the screening of violence against pregnant women. *Rev Saude Pública*, 34(6): 610-6.
- Riquer, F. (1991). La agresión masculina contra la mujer: notas para seguir pensando. En: Bedregal, X., Saucedo, I. & Riquer, F. *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia la mujer*. México: CICAM.
- \_\_\_\_\_ (1993). El estado mexicano, las feministas y los estudios de la mujer. En: Serrano, C. (Coord.) *La investigación sobre la mujer en América Latina. Estudios del Género y Desafíos de Sociedad*. República Dominicana: INSTRAW/UNESCO/CIPAF.
- Riquer, F. et al. (1996). Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública. En: Langer & Tolbert, K. (Eds.) *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. México: Population Council/EDAMEX.
- Rojas, R. (1991). Experiencia en San Cristóbal de las Casas Chipas. En: Bedregal, X., Saucedo, I. & Riquer, F. *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*. México: CICAM.
- Saucedo, I. (1991). El difícil camino a la individuación: Procesos grupales en el feminismo. En: Bedregal, X., Saucedo, I. & Riquer, F. *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*. México: CICAM.

- \_\_\_\_\_ (1996). Mujer y violencia. Entorno familiar y social. En: García, M. & Pulido, A. (Comp.) *Humanismo, mujer, familia y sociedad*. México: Sociedad Provalores Humanos, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Silva, U. (1986) Éramos asombrosamente felices. En: *Mujer y violencia*, Cuadernos de la Mujer, N° 3. Quito: Ceplades.
  - Tolbert, K. & Romero, M. (1996). Violencia Sexual y Familiar en México. Resultados de una encuesta en San Miguel de Allende, Gto. *Hombres y Familias*, 3.
  - The British Council (1999). La violencia contra las mujeres: Un documento informativo sobre cuestiones y respuestas internacionales. Manchester, Reino Unido.
  - Turner, B.S. (1987). *Medical power and social knowledge*. London: Sage Publications.
  - Valdez, R. & Shrader, E. (1992). Características y análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una microregión de Cd. Nezahualcóyot. En: *Aún la luna a veces tiene miedo*. México: Centro de Investigación y lucha contra la violencia doméstica A.C.
  - Watts, Ch., & Shrader, E. (1998). How to do (or not to do)... The genogram: a new research tool to document patterns of decision-making, conflict, and vulnerability within households. *Health Policy and Planning*, 13(4): 459-464.





## RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

---

*Ana Gúezmes García \**

---

*Después de investigar la violencia oculta contra la mujer,  
ya no puedo mirar a la comunidad con los mismos ojos*  
*Ligia Alencastre*  
*(CADEP «José María Arguedas», Cusco)*

La violencia basada en el género no es un problema reciente. Ha sido constante a lo largo de la historia. Lo que es nuevo es el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos, como un problema de salud pública y de justicia social.

Un conjunto convergente de fuerzas y organizaciones ha colocado la violencia contra la mujer en el escenario mundial. Indudablemente, la más importante ha sido el surgimiento y la acción creciente del movimiento de mujeres, a pesar de la indiferencia inicial de la comunidad política. La acción organizada contra la violencia comenzó con pequeños grupos locales de mujeres feministas que sintieron que sus demandas y necesidades quedaban sistemáticamente marginadas en los partidos políticos y movimientos progresistas del momento, y fue luego asumida por organizaciones comunitarias de mujeres. El control sobre la sexualidad de las mujeres y la violencia fueron los focos más importantes del accionar de este incipiente movimiento. Durante las tres últimas décadas, las organizaciones feministas han trabajado para lograr el compromiso político y social para erradicar la violencia contra la mujer. El 25 de noviembre fue declarado *Día Internacional contra la Violencia hacia la mujer* en el primer Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe celebrado en Bogotá (Colombia) en julio de 1981. Esta fecha fue elegida en conmemoración del violento asesinato de las hermanas Mirabal (Patria, Minerva y María Teresa), tres activistas políticas asesinadas el 25 de noviembre de 1960 por la policía secreta del dictador Rafael Leonidas Trujillo en la República Dominicana<sup>1</sup>.

La violencia de género fue un tema prioritario de incidencia política durante la Década de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985). Uno de los mecanismos más importantes creados en este periodo fue la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer en 1979<sup>2</sup>. Sin embargo, es en la década de los noventa

---

\* Médica salubrista con especialidad en salud comunitaria, candidata a Maestra en Gerencia y Gobierno en Salud (UPCH). Coordinadora del Observatorio de la Salud del Consorcio de Investigaciones Económicas y Sociales. E-mail: aguezmes@consorcio.org

<sup>1</sup> Esta fecha ha cobrado carácter oficial en 1999 por el reconocimiento de las Naciones Unidas.

<sup>2</sup> El Perú ratificó esta Convención en 1982.

donde la violencia se convertiría en un tema central en los diferentes foros nacionales e internacionales, y cobraría relevancia en la legislación y políticas públicas.

Entre los esfuerzos más exitosos se encuentra la campaña para considerar la violencia contra la mujer como una violación de derechos humanos; la campaña que busca posicionarla como un problema de salud pública es más reciente y menos fortalecida, pero resulta prometedora en relación a los nuevos enfoques que incorpora.

Hacia fines de los ochenta, las mujeres se unieron para protestar por la negativa de la comunidad internacional a ocuparse de la discriminación de género como un tema de derechos humanos. La Campaña por los Derechos Humanos de la Mujer reunió a más de 2.000 grupos. En la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, las mujeres entregaron cerca de medio millón de firmas de más de 100 países. Finalmente, en el Programa de Acción se declaró que los derechos de la mujer son una *«parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales»* y se reconoció que la violencia contra las mujeres constituía una violación de sus derechos humanos. Se consideró también que la violencia contra la mujer es un obstáculo para el desarrollo de las mujeres y niñas y para la plena aplicación de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Por recomendación de esta Conferencia, se aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia contra las Mujeres adoptada por la Asamblea General en diciembre de 1993. En esta declaración se define la violencia contra la mujer como *«cualquier acto de violencia basada en género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada»*.

Abarca, sin carácter limitativo, a *«la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la*

*mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra»*.

En 1994, esta vez por iniciativa de la Organización de los Estados Americanos, se suscribió la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o «Convención de Belém do Pará», siendo la primera región que cuenta con un tratado específico sobre el tema. Las mujeres maltratadas pueden contar y recurrir a una instancia supranacional como la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Fueron también mujeres activistas las que en forma simultánea empezaron a considerar los vínculos entre la violencia y la salud, a partir de las evidencias de investigación que crecían en número y profundidad. Las políticas enfocadas a reducir la fecundidad así como la epidemia del VIH, obligaron por primera vez a los investigadores en salud a preguntar en profundidad acerca de la vida sexual de las mujeres. Fue así como la violencia y la coerción más escondida —aquella que se da en la esfera íntima de la sexualidad— apareció con una relevancia inesperada desde aproximaciones no feministas.

Así, el reconocimiento del serio limitante que significa la violencia para la vida, la salud y el ejercicio de derechos por parte de las mujeres sería reconocido en los siguientes Foros de las Naciones Unidas de la década: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y, principalmente, en la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) donde se dedica un capítulo a este tema.

En 1994, la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, organizada por la Organización Panamericana de la Salud y co-

auspiciada por el Banco Interamericano de Desarrollo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización de los Estados Americanos, la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, que convocó a gobiernos de la región, representantes de comunidades científicas, culturales y sociales, consideró que la violencia es *«un creciente problema de salud pública demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones»*.

A partir de esta fecha, el enfoque desde la salud pública está cobrando relevancia en las agendas internacionales y con rango de prioridad, como muestra la resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud en 1996: *«(...) Reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países (...) DECLARA que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo...»*. La violencia contra la mujer tuvo así un papel relevante en dicha Asamblea.

La violencia hacia las mujeres basada en el género refleja la fragilidad de la organización social y la situación de subordinación y discriminación en que se encuentran las mujeres y las niñas. Afecta su integridad física, emocional, afectiva y social, y por tanto tiene un impacto directo en su salud, calidad de vida y opciones de desarrollo. Además de todas las formas de violencia de género contra la mujer en el mundo laboral, social y político, encontramos que para la mujer adulta, la forma más frecuente de violencia es la ejercida por parte de otro miembro de su familia, en especial la violencia conyugal por parte del esposo, conviviente o compañero íntimo que se expresa en formas de violencia física, sexual y psicológica.

El campo de la salud pública tiene amplia experiencia en investigación e intervenciones para modificar actitudes y prácticas de la población, destrezas sumamente necesarias para erradicar la violencia. Agrega, además, un énfasis importante sobre la «prevención» de la violencia, en lugar de concentrarse exclusivamente en las afectadas. Por

último, los servicios de salud a través de la atención al embarazo, parto y puerperio o de los servicios de anticoncepción, mantienen contactos frecuentes con las mujeres; este vínculo de las mujeres con las instituciones puede convertirse en muchos casos en el espacio ideal para detectar precozmente la violencia.

Reconociendo la complejidad del tema y las muchas formas existentes de violencia contra la mujer, este trabajo se centra principalmente en la violencia conyugal y sexual. Para valorar el problema desde la perspectiva de salud pública, se aborda cuatro aspectos: la magnitud del problema, el impacto en la salud y en la vida de las mujeres, los factores que intervienen y las posibilidades en la prevención y atención. Finalmente se plantea algunos puntos de discusión que la comunidad académica, los tomadores de decisión y la sociedad en general tendrán que abordar en un futuro próximo.

## LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

*Ha habido casos; a sea a veces el marido es tan sanguíneo que a veces de un sólo golpe priva a la mujer y ahí quedó, y en horarios de noche donde los niños están durmiendo, nadie se da cuenta; eso hay, pues. Parece que la que sería en mayor magnitud es la que no sale como propaganda, lo que está ahí escondido, lo que está soportando ese malestar social, es un tipo de violencia oculta que hay en el hogar. (Hombre de la Comunidad del Valle del Chira-Piura)*

La violencia es un problema generalizado y creciente en casi todos los países. Adopta muchas formas y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto. Sin embargo, la violencia, sea quien sea su víctima, es ejercida y perpetrada principalmente por hombres. En concreto, la violencia que afecta a las mujeres y las niñas procede principalmente de hombres a quienes conocen y se produce en el contexto de la familia. La más predominante es la violencia por compañeros íntimos -violencia conyugal-incluyendo el abuso físico, psicológico y sexual de la mujer (Heise *et al.*, 1994).

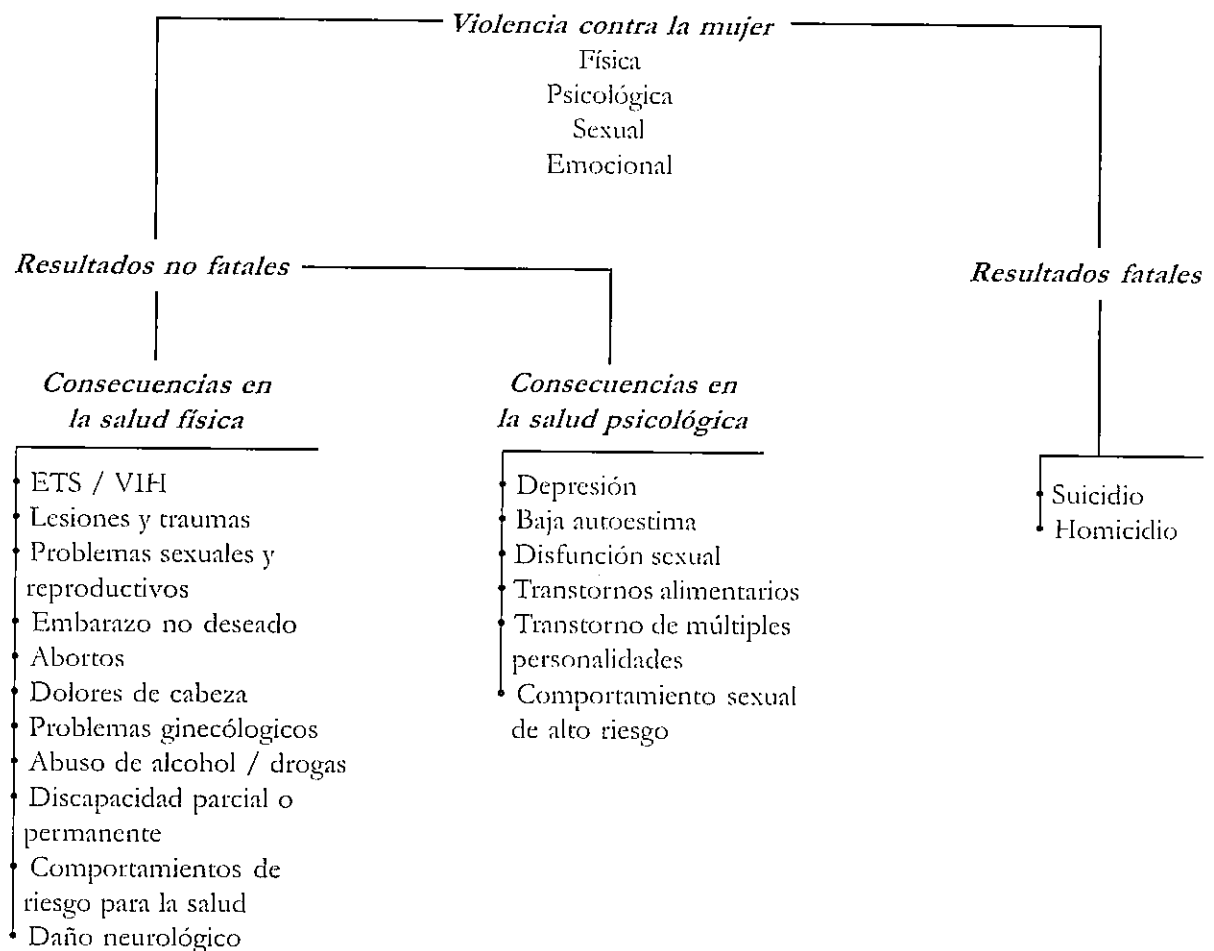
La revisión de distintos estudios de prevalencia indica que entre el 15% y 52% de mujeres que han estado unidas alguna vez, informa haber sufrido alguna forma de violencia física por parte de sus parejas (Heise *et al.*, 1994; WHO, 1997) y una de cada cinco mujeres se ha visto forzada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad (WHO, 1997). Es probable que las estimaciones realizadas sean incluso moderadas debido a elementos como la tolerancia social, el temor a hablar sobre el maltrato, el miedo a la represalia si el agresor averigua que la mujer reporta violencia, la vergüenza, así como otros vinculados a las dificultades éticas y técnicas de investigaciones cuantitativas para estimar prevalencia de violencia.

## EL IMPACTO EN LA SALUD Y EN LA VIDA DE LAS MUJERES

*Siempre en las noches así recuerdo, cuando me rolteo me duele la espalda, me duelen los brazos, entonces digo, cómo he pensado que mi esposo iba a ser mi compañero, iba a ser mi apoyo, mi amparo, pero fue mi verdugo, durante todos los once años que he vivido con él nunca he tenido un día de tranquilidad, un día de alegría.* (Mujer afectada, Cusco)

Las investigaciones existentes revelan que la violencia basada en el género causa más muerte y discapacidad entre las mujeres de 15 a 44 años de edad que el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito y la guerra (Panos Briefing, 1998). La

Figura 1. Consecuencias de la Violencia Contra la Mujer en la Salud



violencia contra las mujeres afecta a todas las esferas de su vida: su autonomía, su productividad, su capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos, y su calidad de vida. Su impacto se extiende a los hijos, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Como demuestra la figura 1, las consecuencias físicas y de salud mental son numerosas, pudiendo ser tanto fatales como no fatales (adaptado de Heise *et al.*, 1994).

La violencia contra la mujer genera también costos financieros y sociales. Sólo Canadá ha calculado el costo de la violencia en el hogar en US\$ 1.600 millones por año, lo que incluye atención médica y pérdida de productividad (BID, 1997). En Estados Unidos el cálculo de los costos directos osciló entre US\$ 5.000 y US\$ 67.000 millones, diferencia que se debe a la diversidad de métodos utilizados (García-Moreno, 2000). La violencia aumenta también el uso y costo de los servicios; según estudios hechos en Nicaragua y los Estados Unidos, las mujeres maltratadas tienen de dos a tres veces más probabilidades de usar los servicios de salud (WHO, 1997). Además de los costos indirectos expresados en pérdida de productividad, existen otra serie de costos de difícil medición como el dolor, el sufrimiento, la depresión, la pérdida de oportunidades, entre otros, que deben ser tenidos en cuenta a pesar de su «intangibilidad» (García-Moreno, 2000).

Mientras que el aumento de las enfermedades físicas y mentales de las mujeres maltratadas disminuye su productividad, la falta de ingresos puede agravar su situación. Un estudio nicaragüense reveló que 41% de las mujeres que no percibían ningún ingreso eran víctimas de graves maltratos, en comparación con 10% de las que trabajaban fuera del hogar y percibían algún ingreso (BID, 1997).

En el campo de la salud, se ha asociado con frecuencia la violencia con diferentes lesiones; las mujeres ingresan repetidas veces en las emergencias con abrasiones, heridas, lesiones profundas y traumatismos de diferente grado de severidad. Los patrones de las lesiones hacen difícil ignorar su origen; su impacto en la salud sexual y reproductiva está haciéndose cada vez más visible en los últimos años. Por ejemplo, la violencia sexual produce embarazos no deseados, aumenta el

riesgo de ETS, incluido el VIH/sida y provoca tanto lesiones físicas como serios traumas emocionales.

Otro ejemplo es el impacto de la violencia durante el embarazo. Los estudios sugieren que en relaciones violentas, la violencia física contra la mujer aumenta durante el embarazo y se focaliza en el abdomen y los senos. Para las mujeres que muchas veces están desnutridas o anémicas, con sobrecarga de trabajo y carecen de acceso a una adecuada atención de salud, la golpiza durante el embarazo puede tener un efecto aún mayor en su salud. Se ha probado la asociación de violencia con abortos «espontáneos», parto prematuro, infecciones, anemia, bajo peso al nacer y en general impacto en las habilidades psicosociales de la mujer frente al embarazo (WHO, 1997).

Un tercer ejemplo muy conocido se refiere a la relación entre violencia contra la mujer, embarazo no deseado y aborto provocado. Esta asociación puede ser directa, como consecuencia de la violencia o coerción sexual cotidiana de la que muchas mujeres son víctimas, o en forma indirecta, ya que muchas mujeres limitan el uso de la anticoncepción por miedo a las represalias masculinas (Dixon-Mueller, 1992). Los hombres muchas veces rechazan los métodos anticonceptivos porque piensan que es la señal de la intención de la mujer de ser infiel. Si bien la aprobación masculina no siempre es factor decisivo, los estudios de países tan diferentes como Bangladesh, México y Sudáfrica, han indicado que la aceptación del compañero es la variable individual de mayor fuerza predictiva del uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres (WHO, 1997). Cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de buscar una salida recurriendo al aborto. En los países donde el aborto es ilegal, costoso o difícil de practicar, como es el caso de Perú, las mujeres recurren a abortos clandestinos, a veces con consecuencias graves para su salud y su vida.

Por último, no resulta sorprendente que la violencia masculina pueda obstruir la habilidad de las mujeres para protegerse a sí mismas del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). La violencia puede aumentar el riesgo de contagio para las mujeres a través del sexo no consensual o forzado o al limitar su voluntad o

su capacidad de lograr que su compañero sexual use un preservativo. En muchas culturas, sugerir el uso del preservativo es aún más peligroso que plantear la planificación familiar en términos generales, porque los preservativos están ampliamente asociados con la promiscuidad, la prostitución y la enfermedad (WHO, 1997).

Para las mujeres que conviven con compañeros violentos, la posibilidad de sexo coercitivo es aún más pronunciada. En los Estados Unidos, 10% a 14% de las mujeres casadas informa haber sido físicamente forzada a tener relaciones sexuales contra su voluntad, pero entre las mujeres golpeadas la prevalencia de relaciones sexuales coercitivas es de por lo menos 40% (Campbell & Alford, 1989). En Bolivia y Puerto Rico, 58% de las esposas golpeadas informa haber sido agredida sexualmente por su compañero (ISIS Internacional, 1988), mientras que la tasa reportada en Colombia es de 46% (PROFAMILIA, 1990). Considerando el porcentaje mundial de mujeres que conviven con compañeros físicamente abusivos, la coerción sexual en uniones consensuales es, probablemente, común.

A pesar de que la violación dentro del matrimonio es considerada delito penal en el Perú, desde la experiencia del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, muchas mujeres consideran como parte de «las obligaciones» de una esposa o conviviente el tener sexo aun si ella no lo desea. Para las mujeres, la denuncia por violencia sexual cuando el agresor es el cónyuge o pareja, significa enfrentarse a procesos de negación, incredulidad e incluso agresión en las instancias públicas.

Finalmente, la violencia contra la mujer en familias puede ser fatal. Datos obtenidos de varios países demuestran que la mayoría de las mujeres asesinadas lo ha sido por una pareja actual o anterior (Heise *et al.*, 1994). Además, las mujeres pueden suicidarse como un último recurso para escapar de su situación violenta. En una investigación realizada en Perú (Castro *et al.*, 1998) las mujeres entrevistadas mencionaban que el mayor riesgo de suicidio o de agresión severa se produce cuando deciden terminar con la situación de violencia buscando ayuda fuera de la relación; en Cusco, dicha investigación reportó varios casos

de este tipo en las comunidades de estudio. Sin embargo, es importante mencionar que en el mismo estudio, los principales factores que impulsan a las mujeres a iniciar una «ruta crítica» para enfrentar la situación de violencia son los que tienen que ver con la violencia misma, cuando ésta se hace tan intensa, frecuente o afecta a terceros, haciendo que la mujer sienta realmente peligrar su vida o la de sus hijos. Finalmente, el riesgo aparece doblemente asociado a la intensidad creciente del ciclo de la violencia y al hecho que el agresor se sienta descubierto. Este elemento resulta clave en la atención a víctimas de violencia en los servicios: las mujeres acuden muchas veces en una profunda crisis emocional, cuando su vida puede estar en peligro.

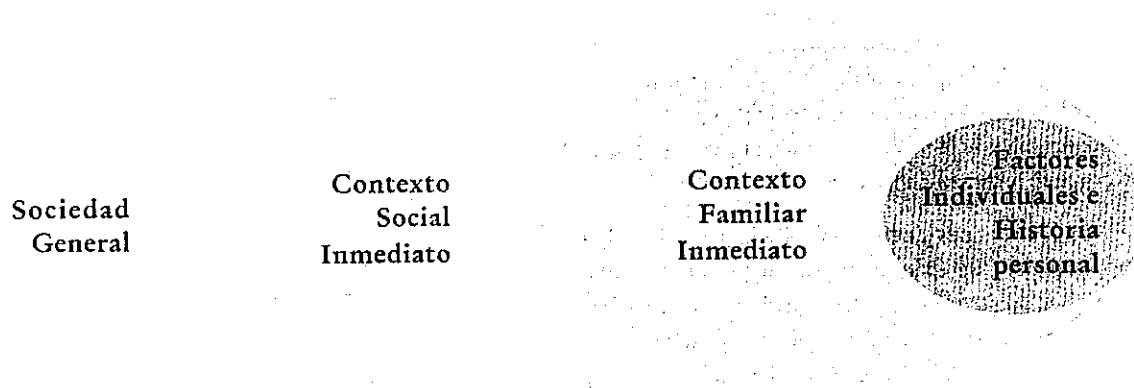
## LOS FACTORES QUE INTERVIENEN

*En la casa el padre es, digamos así, que le gusta maltratar a la mujer, entonces el hijo ve eso y dice: -Mi padre ha hecho así, entonces yo también haré lo mismo, no?. (Mujer afectada, Lima)*

Aunque resulte una obviedad, el principal factor de riesgo de la violencia contra la mujer es, precisamente, el hecho de ser mujer. Afecta a las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales, de todas las religiones y de todos los grupos étnicos (Güezmes, 1999; García-Moreno, 2000)

Para comprender las diferencias entre la prevalencia y las características de la violencia, existen factores individuales, familiares y sociales que sitúan a la mujer en un mayor riesgo o protección de sufrir actos violentos y al hombre de desarrollar conductas violentas. Es probable que un conjunto de factores, representados en diferentes niveles, ayuden a facilitar la violencia y apoyar su perpetuación. Heise se apoya en el trabajo de otros autores (Garbinio, 1977; Belsky, 1980; Cichetti & Lynch, 1993 [Cit. en WHO, 1999]) para proponer un modelo teórico, «un marco ecológico integrado» sobre factores de riesgo y protección para la violencia contra la mujer. Este marco estudia los factores que actúan en cuatro ámbitos diferentes: individual, familiar, comunitario y sociocultural

Gráfico 1. Marco ecológico de la violencia



(Heise, 1997). Lo novedoso del modelo es que conceptualiza la violencia como un fenómeno multifactorial y organiza heurísticamente las evidencias existentes. El gráfico 1 muestra la representación del marco ecológico.

Las normas y valores culturales que perpetúan la discriminación contra la mujer refuerzan la violencia. La inequidad de género, a pesar de tener especificidades en cada cultura, es la pieza clave para entenderla. Heise, en el artículo mencionado, identifica como posibles factores de riesgo la construcción de la masculinidad ligada a la dominación, la agresión y la dureza, el sentido de derecho o propiedad del hombre sobre la mujer, los roles de género rígidos y la aceptación social del castigo físico y de la violencia interpersonal.

Los factores dentro del contexto social inmediato incluyen características de la comunidad, como el bajo estatus social de la mujer, la tolerancia social de la violencia contra la mujer, la falta de servicios de apoyo, altos niveles de desempleo y delincuencia, el aislamiento de la mujer y la presencia de violencia en la comunidad.

Dentro del contexto familiar inmediato, los factores que pueden contribuir a la violencia incluyen la dominación masculina en la familia, el control masculino de bienes, los conflictos conyugales y el aislamiento de la mujer en la familia.

Los posibles factores en la historia personal del hombre incluyen el haber sido testigo de niño de la violencia entre sus padres, la propiedad de armas, el uso de alcohol u otras sustancias, la pérdida del estatus socio-económico, y la asociación con pares delincuentes. Aunque el rol del alcohol como un factor de riesgo para la violencia es comúnmente enfatizado, la relación entre la violencia doméstica y el uso de alcohol es controversial (Galbraith & Rubinstein, 1996). Algunos hombres usan alcohol o drogas como una excusa para la violencia, o como un mecanismo para obtener suficiente valor para ser violentos. Sin embargo, algunos estudios muestran que los hombres violentos que abusan del alcohol usan la violencia con mayor frecuencia e impacto que los agresores que no abusan de esta sustancia (Heise, 1998).

Los factores protectores han sido menos explorados en investigaciones epidemiológicas. En Nicaragua, por ejemplo, se documentó la importancia de disponer de una familia capaz de intervenir (Ellsberg *et al.*, 1999); en Perú, un estudio cualitativo consideró como factores impulsores a buscar una salida a la violencia el hecho de pertenecer a una organización de mujeres, el disponer de ingresos propios y, principalmente, el apoyo de familiares, amigos y de la comunidad. Los apoyos facilitadores son en su mayoría femeninos (Castro *et al.*, 1998).

El modelo planteado por Heise no es definitivo ni completo, pero sí aporta a la comprensión de la investigación existente, todavía escasa. El «Estudio multicéntrico sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica», promovido por la OMS, pretende llenar esta laguna identificando y comparando factores de riesgo y protección de la violencia contra la mujer, dentro y entre diferentes países<sup>3</sup>.

Una pregunta frecuente de los proveedores de diferentes servicios se relaciona con las razones por las cuales las mujeres permanecen en una relación violenta. Además del miedo de propiciar más violencia, muchas mujeres pueden sentir que no tienen un lugar a dónde ir, quedarse por motivos económicos, por tener hijos pequeños que dependen de ellas o sentirse paralizadas y abrumadas por el trauma físico y psicológico. La mujer puede quedarse también porque piensa que la violencia es su culpa -si tan sólo pudiera ser una mejor esposa, él dejaría de maltratarla-, o debido a valores culturales o religiosos que alientan a que la familia se mantenga unida a cualquier costo. En ocasiones quiere quedarse porque todavía quiere a su pareja -no desea que la relación termine, sólo que la violencia cese-. En las zonas rurales, donde las unidades familiares son a su vez unidades productivas, pero también en las zonas urbano- marginales, las mujeres preguntan: ¿por qué somos nosotras las que nos tenemos que ir perdiéndolo todo? En una entrevista, una mujer de Lima sugirió la posibilidad de tener casas de refugio para hombres maltratadores (Güezmes, 1998).

A pesar de un conjunto de características del ámbito comunal, relacional y personal, las mismas mujeres que están viviendo en situación de violencia reconocen que su principal limitante se relaciona con barreras externas: la limitada oferta de servicios, la complejidad y los costos de los procedimientos, las respuestas contenedoras y disuasoras encontradas en los prestatarios (*ibidem*). A pesar de la alta prevalencia

de la violencia contra la mujer y los impactos en su salud y vida, los datos nos muestran dramáticamente las limitadas opciones existentes.

## LAS POSIBILIDADES EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

*Yo cuántas veces no he podido hablar; tal vez por dentro yo quería contarle a alguien pero no podía, un buen día dije esto va a cambiar, una tiene que aprender a defenderse. (Mujer afectada, Lima)*

La respuesta de la sociedad a las distintas formas de violencia es variable. Por ejemplo, a pesar de los avances internacionales, mientras se considera que la violencia en la calle es un delito y se justifica la intervención del Estado, muchos de los tomadores de decisiones dudan cuando se trata de actuar e incluso legislar contra la violencia familiar y sexual. Al ocurrir en la «esfera privada» del hogar, la violencia es difícil de demostrar y prevenir y, por supuesto, mucho más fácil de ignorar. Otro fenómeno frecuente es constatar, en el discurso público de los funcionarios, un avance hacia el cambio producto de capacitaciones en el tema, pero una actitud que perpetúa el «deber ser» de la mujer al interior de la familia en su vínculo directo con los varones. Así, la persistencia de la violencia contra la mujer es favorecida por la presencia de impunidad y tolerancia social.

Otra dificultad es que las respuestas son fragmentadas y tienden a centrarse en la legislación y en los servicios para las mujeres que ya sufrieron violencia, más que en los aspectos preventivo-promocionales hacia un cambio cultural y social. En muchas ocasiones, los planes y programas no cuentan con los fondos necesarios y existen pocos estudios sobre la efectividad de las intervenciones y la posibilidad de replicar actividades. En países de marcada tradición centralista, pero con una gran diversidad cultural

<sup>3</sup> Los primeros resultados de este estudio estarán disponibles a finales de este año (2001). En América Latina se está llevando a cabo en Brasil y Perú, en este último país a cargo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, que tendrán los primeros datos nacionales en el mes de junio del 2001.



y étnica como el Perú, la búsqueda de estrategias de prevención eficaces debe ser descentralizada, pluralista y con participación efectiva de la sociedad civil para lograr mayor eficacia.

Sin embargo, y a pesar de las dificultades, existen múltiples acciones que impactan positivamente en la reducción de la violencia. Desde las iniciativas de los ochenta que impulsaban a las mujeres a «romper el silencio» y buscar ayuda, hasta las acciones comunicacionales masivas de «tolerancia cero a la violencia», la violencia contra la mujer ha ido poco a poco develándose y ocupando las agendas públicas, asumiéndose su eliminación como objetivo político de decisores, proveedores de servicios y comunidad en general. Las mujeres violentadas han encontrado espacios alternativos y oficiales para ser escuchadas y buscar opciones a sus problemas. Los avances son multifacéticos: los cambios legislativos tomaron un papel protagónico pero se han desarrollado también mecanismos novedosos desde las organizaciones locales de mujeres para aumentar la sanción social sin depender exclusivamente del sistema de justicia, como tocar silbatos o marcar las casas de los agresores, imponer castigos comunales tales como hacer que el hombre barra la plaza del pueblo, use ropa especial o realice otras tareas públicas que develan su carácter de agresor. Algunas críticas a estos métodos se refieren a la posibilidad de trivialización del problema y reclaman el aumento de sanciones penales; sin embargo, estas estrategias locales son efectivas cuando se acompañan de no impunidad y control social, sobre todo en los casos en que las mujeres no quieren que su pareja sea encarcelada pero sí reclaman un «escarmiento» para que la violencia cese. Las mujeres violentadas tienen un mundo muy restringido, ya que la violencia opera como un mecanismo de control y represión. Para muchas de ellas, el solo hecho de pertenecer a una organización, poder visitar a sus familiares o saber que cuentan con apoyo en sus comunidades pueden ser detonantes para la búsqueda de salidas. Para hacerlo, es de suma importancia que la mujer se identifique como mujer maltratada y no justifique los actos violentos de su pareja. Un contexto inmediato donde se sanciona la violencia puede ser un gran estímulo para que la mujer logre romper con la perpetuación del ciclo de la violencia.

Como mecanismos de prevención, el sector educación juega un papel clave, a través

de los programas de educación no sexista que potencian modelos de crianza y socialización que generan habilidades para construir relaciones igualitarias, y que aumentan la conciencia de que la violencia, sea como castigo, correctivo, forma de control o forma de resolver los conflictos, es siempre inadmisibles.

Las reformas estructurales que favorecen la democracia y la justicia social basadas en principios de interculturalidad y equidad son los contextos más propicios para avanzar en la eliminación de la violencia. Las acciones concertadas entre gobierno, poder legislativo, sociedad civil, gobierno local, agencias de cooperación y organizaciones locales para promover una cultura de respeto mutuo y paz son altamente costo efectivas.

El desarrollo de redes comunitarias para prevenir y atender la violencia es una estrategia que viene siendo respaldada en la región por la Organización Panamericana de la Salud desde 1993. En el Perú existen a la fecha una Mesa Nacional para la prevención y atención de la violencia familiar, cerca de 15 Mesas departamentales de Trabajo y un número indeterminado de articulaciones distritales (redes, mesas, cabildos, consejos, etc.), así como alianzas funcionales para impulsar acciones o campañas concretas. El enfoque en la comunidad es sumamente importante, en primer lugar, para evitar el aislamiento de la mujer violentada, articular las acciones y servicios entre los diferentes sectores, pero en especial para desarrollar estrategias de prevención culturalmente aceptables y promovidas por los propios actores del desarrollo local. En el ámbito comunitario, cobra especial relevancia apoyar las estrategias que las mujeres usan para resolver las situaciones de violencia y respaldar iniciativas locales.

## PUNTOS DE DISCUSIÓN FINAL

Por último, existen algunos puntos de debate para mejorar las acciones desde la investigación, la toma de decisiones, el trabajo comunitario o la incidencia política en el campo de la salud.

## LA VIOLENCIA COMO FACTOR DE RIESGO O COMO CONSECUENCIA (PROBLEMA) EN LA SALUD

La violencia es consecuencia de una serie de factores que se imbrican, como se postuló anteriormente, en un complejo modelo explicativo, y desde ese punto de vista puede ser abordada como un importante problema de salud de las mujeres. Opera, a la vez, como un factor de riesgo relacionado con un conjunto de problemas de salud mental, psicológica y sexual.

Existen muchas formas en las que la violencia se reproduce; por ejemplo, la violencia conyugal se asocia a la pobreza, pero también perpetúa la pobreza de las mujeres porque opera reduciendo su movilidad, su capacidad para trabajar (García-Moreno, 2000) y, principalmente, porque reduce su acceso y sobre todo el control sobre todo tipo de recursos, desde los internos (autoestima, asertividad, autonomía) a los recursos educativos, productivos y sanitarios, entre otros. En otro plano, existe por ejemplo una alta asociación entre la violencia y la depresión. La violencia genera depresión producto del aislamiento, la anulación y la baja de autoestima, entre otros; a su vez, la depresión limita las capacidades de las mujeres de salir del círculo de la violencia. Es así como la violencia entabla círculos viciosos de reproducción con un conjunto de problemas de salud.

Sin embargo, existe un consenso creciente en abordar la violencia principalmente como un elemento que tiene una serie de resultados graves sobre la salud, para no focalizar las intervenciones en las lesiones específicas o desconocer que la violencia contra la mujer, en especial la perpetrada por compañeros íntimos, deja profundas huellas en la salud y en la vida de las mujeres. Este enfoque evita reducir las acciones sobre la violencia a algunos sectores sociales y, en el caso del sector salud, medicalizar la atención de la violencia o dejarla en manos de especialistas.

## MAGNITUD DE LA VIOLENCIA Y DEFINICIONES

A pesar del consenso en las definiciones generales, existen algunas limitantes. No existe una definición operacional que permita compartir criterios y por tanto comparar resultados de diferentes estudios. En la mayoría de los países, además del sub-reporte, existe el problema de la mala calidad de las estadísticas y registros y la inexistencia de modelos integrales de identificación o notificación de violencia que permitan agregar los resultados de quienes desde los sectores públicos y privados atienden directa o indirectamente la violencia.

Con relación a la violencia psicológica o emocional, existe una dificultad aún mayor debido a la frágil línea que separa la discriminación de género que sufre cotidianamente la mayoría de mujeres y la violencia como un hecho recurrente. Una proveedora de salud de Lima mencionaba que el 100% de las mujeres ha experimentado violencia en algún momento de su vida, dato que es difícil de negar. Respecto a la violencia física y sexual, existen en la mayoría de sociedades formas de violencia socialmente admisibles, y dependiendo del momento del ciclo de violencia en el que se encuentre la mujer, las mujeres pueden considerar o no que son víctimas de violencia. Por ello, los y las investigadoras han optado por documentar actos o comportamientos específicos como una manera de agregar la violencia percibida y la que no lo es social o individualmente. Las investigaciones cualitativas están produciendo un conjunto de evidencias que nos permiten comprender mejor cuáles son los mecanismos y procesos que perpetúan y reproducen la violencia en diferentes contextos económicos, sociales y culturales. Otra dificultad metodológica es que si bien se suele desagregar la violencia en física, psicológica, sexual y económica, en la realidad de la vida de las mujeres estas violencias se agregan y se potencian entre sí. Las historias de vida nos muestran cómo, a medida que se repiten los ciclos de la violencia, se añaden formas más severas y diferentes de violencia. La violencia sexual sigue siendo la forma más oculta. Muchas mujeres reportan en los estudios, por primera vez, violencia sexual

en la infancia al ser entrevistadas en un clima de confianza y respeto cuando son adultas (Castro *et al.*, 1998).

### **PROGRAMAS DE ATENCIÓN VERSUS ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA**

El sector salud se ha incorporado recientemente en las acciones para prevenir y atender la violencia. El énfasis sigue estando en la atención directa de afectadas y sus familiares, más que en las acciones de prevención, identificación temprana o recuperación. Dada la magnitud de la violencia y el impacto en la vida de las mujeres, la atención tiene un papel relevante siempre que se opere a través de equipos multidisciplinarios, estrategias intersectoriales y el foco vaya desplazándose en forma planeada a las acciones de prevención y promoción de una cultura de paz. El enfoque clínico de la salud, la superespecialización y la provisión de cuidado centrada en los servicios no ayudan a este cambio. La detección temprana es un rol que le compete principalmente al sector; sin embargo, esta estrategia será efectiva sólo si se ha capacitado previamente a los proveedores encargados de hacer el tamizaje. Las intervenciones deben estar siempre basadas en no producir un aumento del daño o sanción a la mujer que habla de sus experiencias.

La violencia es, en esencia, un problema social y político que tiene carácter estructural y transcultural. Es más importante buscar y concentrar un enfoque transversal en salud que focalizar en un programa vertical: salud reproductiva, salud mental, etc. Mantener el foco en la prevención y modificación de conducta, en el diálogo intercultural con los diferentes actores sociales, es clave. La concentración de la práctica sanitaria en la lesión, la enfermedad y la muerte, impide visualizar los complejos aspectos individuales, relacionales, contextuales y sociales que operan sobre la violencia.

Un elemento que debemos resolver es la idea de la judicialización del ámbito social. Hasta ahora, los principales proveedores son policías, jueces, abogados que muchas veces refuerzan estereotipos que discriminan a las mujeres. Sin desconocer la importancia de las rutas legales y la

necesidad de seguir trabajando con estos proveedores, es importante escuchar las necesidades expresadas por las propias mujeres. Las afectadas reclaman servicios integrales donde puedan resolver sus problemas sin aumentar los costos indirectos y directos, demandan más servicios psicológicos para ellas, sus hijos y sus parejas y, en las zonas donde la desconfianza hacia los servicios es alta, solicitan orientadoras que puedan escucharlas con respeto y entiendan sus historias en sus propios contextos culturales.

Para las organizaciones feministas que focalizamos nuestros esfuerzos en lograr el cambio legislativo y político, parece cada vez más cierta la necesidad de impactar en cambios culturales de corto y mediano plazo y en la transformación de los mecanismos de poder que operan en las relaciones cotidianas de hombres y mujeres, por cierto uno de nuestros intereses primigenios.

Es interesante tomar como referente las lecciones aprendidas en las estrategias de lucha contra el sida, que desde el inicio focalizaron la acción en la prevención primaria y secundaria, desarrollando estrategias cada vez más sofisticadas a la vez que organizaron servicios familiares y comunitarios de apoyo para las personas viviendo con VIH.

### **LA TRANSFORMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES**

Las instituciones reflejan los mecanismos de poder que operan en el conjunto de la sociedad, reproducen los mismos estereotipos de género, y albergan en su interior a hombres y mujeres del mismo planeta con relaciones marcadas por el poder y la desigualdad. Existen diferentes barreras, razones y reservas que las instituciones y los profesionales tienen para abordar la violencia contra la mujer cuando ésta proviene de alguien cercano. Desde el trabajo de Flora Tristán, encontramos que los y las profesionales se muestran sensibles a esta problemática pero muchas veces desconocen -en particular los profesionales de la salud- la manera de dar una respuesta adecuada, aunque en la interacción con las mujeres, sepan o no, todos se sienten con la legitimidad suficiente para

«aconsejar», siendo en la mayoría de casos una respuesta contenedora para preservar la pareja «por encima de todo». Las razones más frecuentemente aducidas para no preguntar sobre violencia son el considerar que se trata de un tema que no atañe a los profesionales de la salud y es más un ámbito de los «psicólogos»; las limitaciones de tiempo; el temor a abrir la «caja de Pandora» y no saber cómo manejarlo; el temor a ofender a la mujer; el no saber qué hacer si se confirma el maltrato o pensar que lo que se haga no será de gran ayuda.

Desde nuestras experiencias en capacitación hemos aprendido que el foco no es la sensibilización y transferencia de conocimientos; se requiere partir de las barreras de las personas y sus instituciones y generar procesos profundos que permitan aludir a la vida personal de los proveedores, deconstruir la socialización, la rigidez de los roles de género y las jerarquías familiares. En muchos casos, las personas requieren acercarse desde nuevos enfoques a sus propias historias y conflictos antes de poder relacionarse en forma horizontal y comprensiva con las mujeres. Las capacitaciones son importantes, pero de nuevo el foco debe modificarse hacia la coeducación y promoción de una cultura de paz en la curricula de los niveles básicos y en los estudios de pregrado de los profesionales. Un aspecto que reviste especial importancia es el seguimiento y apoyo emocional a las personas que trabajan en estos temas, principalmente en la atención directa.

### INCORPORANDO A LOS HOMBRES

Muchos hombres se sienten incómodos al hablar de violencia. También ellos son víctimas de violencia; por ejemplo, el homicidio es la primera causa de muerte en los hombres de 15 a 44 años de edad en las Américas (OPS, 1998). Sin embargo, es importante mencionar que la mayor violencia es perpetrada por los hombres. Durante la década pasada, las organizaciones de mujeres estaban muy recelosas de que se dirigiera fondos al trabajo con hombres teniendo en cuenta la magnitud del impacto de la violencia en la vida de las mujeres y los pocos fondos disponibles. En la actualidad, las posiciones están cambiando;

cada vez más organizaciones de hombres están involucrándose en esta problemática, aunque repitiendo la acumulación de actividades para la recuperación de hombres violentos a través de grupos de ayuda, terapia individual y otros mecanismos que en muchos países son una alternativa a la sanción penal. Poco a poco se están construyendo sinergias entre los diferentes movimientos para lograr que se aumenten los fondos destinados a diferentes grupos: hombres, jóvenes, niños, sin disminuir los escasos fondos que se invierten en las mujeres. Al mismo tiempo, los actores sociales son cada vez más conscientes de la efectividad de acciones tempranas de prevención y atención.

Considerando que la violencia es una conducta aprendida y que el principal factor de predictibilidad para que un hombre sea violento es que haya sido testigo de ella en la infancia, una actividad impostergable es trabajar con los hijos de mujeres afectadas por la violencia.

Sin embargo, los cambios sociales de carácter estructural que nos ayuden a comprender y generar nuevas propuestas de masculinidad son los que mayor impacto podrán tener en el futuro inmediato. Una mujer de Lima decía: «*En mi familia y en la comunidad, él es el hombre perfecto, el perfecto padre y esposo, tiene un buen trabajo y se ocupa de nuestras necesidades económicas. Cuando fui a un servicio y me vieron desaliñada, nerviosa y sin parar de llorar, lo primero que pensó el policía es que yo estaba loca y no tenía derecho a quejarme*» (Güezmes, 1998).

### ACCIÓN SOCIAL VERSUS TRABAJO SOCIAL

Por último, se debe mencionar que el cambio social, económico y cultural hacia una sociedad democrática y plural, con equidad social, de género, intercultural y otras, requiere de una gran concertación y compromiso social. Con la idea de la profesionalización en la agenda social se corre el riesgo de tecnificar las intervenciones y perder el componente de la movilización social que inicialmente enfocaron las organizaciones de mujeres. Las acciones comunitarias donde los servicios de salud, los educativos, los servicios legales, jurídicos y policiales, los municipios, las iglesias y principalmente las organizaciones comunitarias y de

la sociedad civil diseñen, implementen y evalúen programas contra la violencia estructural de todo tipo y otros específicos contra la violencia hacia la mujer -que disminuye pero no se resuelve sólo con la equidad socioeconómica- son aspectos de fundamental importancia.

Como postularon las feministas chilenas, queremos y luchamos por «la democracia en el país, en la calle, en la casa y en la cama». Definitivamente no hay respuestas fáciles, pero con sensibilidad y compromiso desde múltiples espacios podemos construir la diferencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (1997). *Domestic Violence*. IDB Special Report.
- Campbell, J.C. & Alford, P. (1989). The dark consequences of marital rape. *American Journal of Nursing*, July.
- Canadian Panel on Violence Against Women. (1993). *Changing the landscape: Ending violence-Achieving equality*. Ottawa: Ministry of Supply and Services.
- Castro, A., Alencastre, L., Güezmes, A., Boyle, E. (1998). *Ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia familiar*. Lima: CMP «Flora Tristán», Centro CADEP «Jose María Arguedas», Cooperación Técnica Holandesa, Diaconía para la Justicia y la Paz, Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Dixon-Mueller, R. (1993). The sexuality connection in reproductive health. *Studies in family Planning*, 24.
- Ellsberg, M., Clavel, C., Montenegro, T., Nonori, L. & Quintanilla, M. (1998). *¿Cómo atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica?* Managua: Red de mujeres contra la violencia, Departamento de medicina preventiva y salud pública de la facultad de medicina de la UNAN-León.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Winkvist, A. & Hullgren, G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaragua women: Results from a population-based study. *American Psychologist*, 54:30-36.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. & Winkvist, A. (1999). Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 89:241-244.
- Galbraith, S. & Rubinstein, G. (1996). Alcohol, drugs and domestic violence: confronting barriers to changing practice and policy. *JAMWA*, 51 (3).
- García-Moreno, C. (2000). *Violencia contra la mujer: Género y equidad en salud*. Washington, D.C.: Harvard Center for Population and Development Studies, Organización Panamericana de la Salud.
- Güezmes, A. (1998). «Ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia familiar». Informe de investigación de Lima. (Inédito).
- \_\_\_\_\_ (1999). «La violencia familiar y los servicios de salud reproductiva». Lima: CMP «Flora Tristán», Ministerio de Salud. (Inédito).
- Güezmes, A. & Vargas, L. (2000). «Línea de Base del Proyecto Previsere». Lima: Inppares
- Güezmes, A. & Loli, S. (2000). *Violencia familiar, enfoque desde la salud pública: Módulo de capacitación*. Lima: CMP «Flora Tristán», Cooperación Técnica Holandesa, Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Heise, L.L., Pitanguy, J. & Germain, A. (1994). *Violence against women. The hidden health burden*. Washington, D.C.: World Bank. Discussion Papers N° 255. (traducido al español por HDW/OPS).
- Heise, L.L. (1997). «Violencia contra la mujer: Una propuesta de un modelo que contribuye a la prevención primaria». Documento para la discusión en la reunión de puntos focales del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud.
- ISIS Internacional (1988). *Campaña sobre la violencia en contra de la mujer*. Boletín. Santiago de Chile: ISIS Internacional, RSMLAC.

- Larrain, S. (1993). *Estudio de frecuencia de la violencia intrafamiliar y la condición de la mujer en Chile*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud.
- Mesa Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar. (2001). *Por un camino de concertación para deconstruir la violencia Familiar en el Perú*. Lima: Organización Panamericana de la Salud.
- Naciones Unidas (1994). *Programa de Acción: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. Cairo: Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (1995). *Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing: Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). *La salud en las Américas*. Vol. I. Washington, D.C.: OPS. (Publicación Científica N° 569).
- Panos Briefing. (1998). *The intimate Enemy: Gender violence and reproductive health*. Disponible en línea: <http://www.oneworld.org/panos/briefing/genviol.htm>
- PROFAMILIA (1990). *Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud*. Bogotá: PROFAMILIA
- World Bank (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. New Oxford University Press.
- World Health Organization. (1996). *Violence against women*. WHO Consultation. Geneva, 5-7 February, 1996. Geneva: WHO. (FRH/WHO/96.27).
- \_\_\_\_\_ (1997). *Violence against women. A priority health issue*. Geneva: WHO. (WHO/FRH/WHO/97.8).
- \_\_\_\_\_ (1999a). *WHO Multi-country study of women's health and domestic violence*. Core protocol. Geneva: WHO. (WHO/EIP/GPE/99.3).
- \_\_\_\_\_ (1999b). *Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva: WHO. (WHO/EIP/GPE/99.2).

# VII

SALUD MENTAL Y VIOLENCIA ESTRUCTURAL





### VIOLENCIA POLÍTICA Y SALUD EN LAS COMUNIDADES ALTO-ANDINAS DE AYACUCHO, PERÚ

---

Duncan Pedersen <sup>a</sup> • Jeffrey Gamarra <sup>b</sup>  
María Elena Planas <sup>c</sup> • Consuelo Errázuriz <sup>d</sup>

---

De la revisión de la literatura científica sobre secuelas de trastornos específicos relacionados con la violencia política, se observa que la mayoría de estudios han sido hechos sobre personas refugiadas en otro país, generalmente distante del sitio de origen u ocurrencia de los hechos de violencia. Según una revisión reciente de la literatura mundial sobre la epidemiología del síndrome de estrés post-traumático (PTSD), de 135 estudios incluidos en la revisión, sólo ocho (6%) fueron conducidos en poblaciones *in situ*. Es interesante señalar además que de éstos, sólo tres estudios se reportan para la región latinoamericana, en los que se intentó determinar las secuelas post-traumáticas en víctimas de desastres naturales: uno sobre el terremoto de México y dos sobre la erupción del volcán Armero en Colombia (De Girolamo & McFarlane, 1996)<sup>1</sup>.

Hasta donde sabemos, en los países latinoamericanos se han efectuado muy pocos estudios sobre los efectos de mediano y largo plazo de la violencia política en la salud de las personas, en los que se haya intentado establecer un enlace directo entre la exposición a la violencia y la experiencia de trauma, medida a través de la presencia de síntomas o secuelas post-traumáticas u otros trastornos mentales o problemas de salud en las poblaciones directamente afectadas. A pesar del creciente número de conflictos armados de uno u otro tipo que surgen periódicamente en los países, resulta paradójal que no se haya prestado suficiente atención a la evaluación del impacto sobre la salud y las consecuencias psicosociales de la violencia política y las guerras en la población civil, a nivel de comunidades urbanas o rurales y grupos étnicos específicos (Pedersen, 1999).

---

<sup>a</sup> Médico. Investigador en medicina social y psiquiatría transcultural. Douglas Hospital Research Centre, McGill University, Montreal (Canadá). E-mail: peddun@douglas.mcgill.ca

<sup>b</sup> Antropólogo. Instituto para la Paz y el Desarrollo de Ayacucho, Ayacucho (Perú)

<sup>c</sup> Antropóloga. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima (Perú)

<sup>d</sup> Socióloga. Douglas Hospital Research Centre, McGill University, Montreal (Canadá)

<sup>1</sup> Esta situación ha cambiado significativamente en los últimos años por el incremento exponencial de la violencia tanto en sectores urbanos (i.e. Brasil, El Salvador, Argentina) como rurales (i.e. narcotráfico y violencia en Colombia) de la región, y particularmente después de los episodios ocurridos el 11 de Setiembre de 2001 en los EE.UU.

En síntesis, la magnitud y distribución de los problemas de salud relacionados directa o indirectamente con la violencia política, así como la «carga» psicosocial que estos problemas representan en la sociedad latinoamericana, se desconocen. En la literatura científica, salvo algunas excepciones, la tendencia de los investigadores ha sido mantenerse al margen de la discusión o simplemente ignorar el tema. Otro tanto ocurre con las agencias internacionales, el sector oficial y las ONGs, que han enfocado su atención sobre programas asistenciales y de socorro, soslayando la cuestión del impacto en la salud colectiva. Si bien la retórica sobre la violencia como un problema de salud pública se ha hecho ostensible, por lo general el tema se ha visto circunscrito a la violencia delincuencia (i.e. homicidios y lesiones por causas externas), a la violencia contra la mujer y al abuso infantil, sin reconocer la significancia de la violencia política en la salud humana.

El desafío que se nos presenta hoy demanda, en primer lugar, examinar los efectos de la violencia política no sólo en términos de las secuelas y problemas de salud derivados, sino además hacer el enlace entre estos efectos y los determinantes sociales, económicos o políticos que son sus precursores irrevocables. En segundo lugar, es imperativo documentar el amplio rango de respuestas individuales y colectivas, incluidos los idiomas locales de aflicción y las respuestas de afronte, no sólo en el corto, sino también en el mediano y largo plazo. En relación con esto último, interesa tanto explicar por qué la exposición a la violencia aumenta el riesgo de trauma en algunos individuos (y no así en otros), como también por qué la mayoría de los expuestos no desarrollan síntomas, ni secuelas de trauma y se mantienen sanos.

Por otra parte, dados los fenómenos de globalización de la economía de mercado y de modernización que hoy prevalecen en los países, es necesario mantenerse en guardia con el fin de prevenir la ampliación desmesurada de los estresores -generalmente alimentada por los medios de comunicación y las agencias internacionales- y así evitar la excesiva medicalización de las intervenciones (con medicamentos antidepressivos o psicoterapias de apoyo), inspiradas en un modelo médico

occidental, no suficientemente validado y con frecuencia de poca relevancia para las poblaciones locales.

La evaluación del impacto de mediano y largo plazo de la violencia política sobre la salud de los pueblos y el desarrollo de estrategias e intervenciones apropiadas, deberían tener una alta prioridad en la agenda de investigaciones médico-sociales por la experiencia vivida en estas últimas décadas en muchos de los países de la región. Sin duda, la experiencia del caso peruano puede hacer aportes originales y significativos en esta materia, dada su historia de violencia estructural y política y experiencia de trauma, así como el nivel de impacto y resiliencia manifiesto en las poblaciones más afectadas.

En la investigación que presentamos a continuación, que fue realizada en las comunidades alto-andinas de Huanta en Ayacucho (Perú) en los años de 1999-2001, se intenta, de una parte, responder a algunos de los interrogantes señalados más arriba y, de otra, proponer nuevas hipótesis de trabajo que puedan orientar la agenda de investigación y acción en este campo.

## EL CONTEXTO REGIONAL: LA SOCIEDAD AYACUCHANA Y LAS COMUNIDADES ALTO-ANDINAS

La provincia de Huanta, situada en el extremo norte del Departamento de Ayacucho, constituye un enclave geográfico en la región surandina del Perú, en el que se distinguen dos grandes espacios: hacia el noroeste, se encuentra la región del valle del Mantaro, con unos 2000 metros de altura promedio; y hacia el centro y norte, se extiende una vasta región montañosa de macizos andinos, con alturas que van de los 3300 hasta los 4800 metros sobre el nivel del mar, conocida también como «las alturas de Huanta». En el extremo oriente de la provincia se halla una franja de selva alta o zona de colonización, que forma parte del valle del río Apurímac.

Existe poca información sobre las alturas de Huanta durante el periodo colonial, aunque se

conoce que esta región fue utilizada como refugio por aquellos que querían evadir la tributación impuesta por la corona española. Luego de la batalla de Ayacucho en 1824, con el advenimiento de la independencia y la vida republicana, se produce una importante expansión del latifundio en la región, con un deterioro de la economía regional en un contexto de guerra<sup>2</sup> y crisis fiscal. Por esos años, los pobladores alto-andinos se vieron afectados por una serie de disposiciones impositivas y se rebelaron contra las nuevas autoridades del gobierno central, por lo que fueron reprimidos en forma violenta.

En las siguientes décadas los conflictos por tierras y por el pago de tributos y *diezmos*<sup>3</sup> se suceden en varias partes de la provincia y con frecuencia los campesinos alto-andinos se sublevan contra las autoridades, lo que es reprimido con encarcelamientos y distintos hechos de violencia, incluido el asesinato de dirigentes indígenas, en lo que algunos historiadores describen como las «rebeliones *iquichanas*» (1826-1839). En el imaginario colectivo, los comuneros alto-andinos adquirieron desde entonces una reputación de levantiscos y rebeldes, por lo que se les identificó por su lugar de procedencia como «*iquichanos*» (de Iquicha) o en forma despectiva «*chutos*», literalmente «salvajes, ignorantes o brutos», término peyorativo que ha sobrevivido hasta hoy<sup>4</sup>.

La guerra con Chile ahondó las divisiones existentes en la sociedad ayacuchana: por una parte, los hacendados, los mestizos o *mistis*, y los empleados públicos se plegaron en favor de los chilenos y, por otra, la población indígena, conformada principalmente por artesanos y campesinos de Huanta (también denominados montoneros), se organizaron en guerrillas y se

sumaron a las fuerzas locales para repeler la ocupación chilena (Galdo, 1992). Hacia fines del siglo, durante la llamada «rebelión de la sal»<sup>5</sup>, unos 2,000 campesinos de las alturas de Huanta atacaron y ocuparon la ciudad capital, por lo que el gobierno central enviaría una expedición «pacificadora» con el fin de escarmentar a la «indiada de Huanta» (Coronel, 1986). La represión implantada por la expedición militar terminó en el juicio sumario y muerte de los cabecillas de la guerrilla, además del fusilamiento de unos 400 indígenas escogidos por el sistema de «*quintado*», es decir, uno de cada cinco campesinos capturados luego de la toma de un foco rebelde (Galdo, 1992). Desde entonces, hasta bien entrado el siglo veinte, las sucesivas rebeliones, la represión y las expediciones punitivas, las distintas formas de explotación y la secular marginación social y económico, constituyen parte importante del contexto histórico de las comunidades alto-andinas de Huanta.

## SENDERO LUMINOSO Y LA REPRESIÓN MILITAR EN LA REGIÓN ALTO-ANDINA DE AYACUCHO

En Ayacucho, que fue epicentro del movimiento subversivo, se estima que entre 1983 y 1992, unas 10,000 personas fueron asesinadas o desaparecieron y alrededor de 180,000 (cifra que representa el 36% de la población total del departamento) fueron desplazadas y forzadas a buscar refugio en otras ciudades y pueblos de la región o ciudades de la costa (del Pino, 1996). Más de la mitad de las muertes y desapariciones ocurrieron entre 1983

<sup>2</sup> Se refiere a las guerras de la independencia y a las que se desarrollaron entre caudillos militares después de 1824.

<sup>3</sup> El diezmo representa un tributo recolectado por la prefectura, «de cada diez uno», tanto de las cosechas como del ganado, los jornales y hasta de las gallinas de los pobladores (Galdo, 1992:172).

<sup>4</sup> El término *chuto* es de uso extendido entre los mestizos al referirse a los indígenas. Los dirigentes senderistas se referían a la matanza de campesinos alto-andinos en la comunidad de Uchuraccay en los siguientes términos: «...hemos barrido a esos *chutos* de mierda» (del Pino, 1999).

<sup>5</sup> En 1896, el gobierno peruano, con el fin de recaudar fondos para el rescate de Arica y Tacna ocupadas por las fuerzas chilenas, dictó una ley en la que se estableció el monopolio del estado peruano sobre la producción y comercialización de la sal, por lo que se crearon impuestos para el consumo doméstico. Los campesinos indígenas alto-andinos se rebelaron en contra de estas medidas y se resistieron al pago del impuesto a la sal.

y 1985, con un nuevo incremento a principios de la década de los noventa (Manrique, 1999). La región de las alturas de Huanta estuvo entre las más afectadas por las incursiones senderistas y la represión militar.

El año 1983 marca una nueva fase de desenvolvimiento de las comunidades alto-andinas, en un contexto de extrema violencia política y el inicio de una guerra «sucia», en la que las comunidades quedaron visiblemente expuestas a dos frentes simultáneos: entre SL y las Fuerzas Armadas<sup>6</sup>. Las incursiones senderistas sembraron la muerte y el terror, utilizando métodos brutales de exterminio: trituraban la cabeza de autoridades locales, torturaban y degollaban a los «saplores», acuchillaban a los desertores y a sus familias, mientras los militares arrasaron poblados enteros en los que torturaron y mataron indiscriminadamente a culpables e inocentes.

Por otra parte, la estrategia político-militar utilizada por SL generó grandes choques con la realidad estructural social y cultural del mundo andino. La imposición de valores ajenos y rígidas «reglas» de comportamiento con las que se pretendía regular las relaciones sociales y familiares, (por ejemplo la prohibición de rezar, llorar, celebrar la Navidad, la abolición de las festividades religiosas, etc.), el reemplazo de las formas tradicionales de autoridad y otras medidas verticalmente implantadas, generaron resistencias y fricciones entre senderistas y campesinos (del Pino, 1999).

Igualmente importantes fueron las repercusiones sociales del conflicto en las economías locales. En la región alto-andina, la violencia política y el conflicto armado generaron un éxodo masivo, con el consiguiente despoblamiento del área rural. En nuestra zona de estudio, de un total de 52 comunidades rurales, 48 se vieron forzadas a desplazarse en forma temporal o permanente, y de éstas unas 30 buscaron refugio en la ciudad de Huanta.

El éxodo rural y el consecuente abandono de tierras de cultivo y de pastoreo, la imposición de «granjas colectivas» y cuotas reducidas de producción para el autoconsumo, la destrucción de equipos y herramientas de trabajo agrícola, la matanza indiscriminada de animales y la quema de cosechas, condujeron al desabastecimiento de productos básicos, con graves consecuencias para la seguridad alimentaria de las familias. Se estima que entre 1980 y 1992, la superficie cultivada se redujo en más del 58 por ciento en el departamento de Ayacucho (Coronel, 1998a). A esto se agregan el bloqueo o destrucción de caminos, puentes y otras obras de infraestructura (servicios de salud, escuelas, viviendas, etc.); la clausura de ferias locales, el sabotaje de sistemas de agua potable y de suministro de electricidad; la confiscación de propiedades e imposición de tributos (tales como el pago de «peaje» y cuotas sobre excedentes agrícolas para el «partido»), que exacerbaban las condiciones de violencia estructural y pobreza extrema con efectos aún más graves que la violencia política en la población local.

Al mismo tiempo, se restringió severamente la movilidad de las personas mediante controles de entrada y salida de las zonas «liberadas», con lo que se alteró mecanismos vitales para la supervivencia, tales como el llamado «control vertical andino». Desde épocas pre-hispánicas las poblaciones andinas se desplazan periódicamente entre distintos pisos ecológicos, lo que permite un manejo eficiente del espacio y a la vez maximizar el aprovechamiento de la variada ecología andina (Murra, 1985). Si bien las comunidades alto-andinas son básicamente agro-pastorales y sedentarias, los hombres se desplazan periódicamente hacia otras áreas como los valles interandinos o la zona de colonización en la selva alta, en donde venden su fuerza de trabajo como braceros en la cosecha de *coca* u otros cultivos locales como el *cacao*, *yuca*, etc. En estos

<sup>6</sup> Entre 1983 y 1985 se arrasó con más de 420 asentamientos y comunidades rurales en Ayacucho, la mayoría de ellas en la sierra y otras en la selva central (Coronel, 1998).

desplazamientos se establecen relaciones comerciales y se tejen densas redes de solidaridad y reciprocidad con el trueque de productos y de trabajo comunal, formando también redes de parentesco simbólico (como el compadrazgo) y paisanaje, las que aumentan significativamente la cohesión y el capital social de estas comunidades.

Con la presencia de columnas senderistas y patrullas militares en la zona, las comunidades alto-andinas quedaron confinadas a moverse dentro de un espacio restringido. El acceso a *chacras* distantes y plantaciones de los valles interandinos, a los *cocales* de la selva alta y a otros cultivos, se vio limitado de tal forma que prácticamente se destruyó la base productiva, se desarticulaban los mecanismos de intercambio comercial campo-ciudad y se resintieron o debilitaron las redes sociales de apoyo con pérdida de la cohesión social.

Con la guerra sucia en su apogeo y la implantación del bloqueo, la situación socioeconómica se deterioró rápidamente. Las condiciones de pobreza se hicieron críticas y a la privación material se sumó la privación psicosocial, lo que aumentó considerablemente el estrés y la inseguridad de las familias. La presencia de estresores múltiples<sup>7</sup> y la persistencia de éstos en el tiempo terminó afectando negativamente los niveles de salud y nutrición de las poblaciones alto-andinas —en particular de las mujeres y niños. Es difícil estimar el exceso de muertes ocurridas en esos años, pero casi todas las fuentes coinciden en señalar tanto el aumento de la malnutrición y la reaparición de la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, así como el aumento significativo en la mortalidad general e infantil (del Pino 1999; Coronel, 1998a).

Hacia mediados de la década de los 80, el descontento de la población local se hizo evidente y la resistencia pasiva de los primeros años se

hizo más activa y confrontacional, en contra de los cuadros senderistas que fueron percibidos —paradójicamente— ya no como los salvadores, ni los «justicieros», sino como los enemigos del pueblo. Hacia 1988, los campesinos de las alturas de Huanta se organizaron en Comités de Autodefensa Civil y adoptaron como estrategia contrainsurgente la vigilancia de los asentamientos rurales más vulnerables. Las patrullas o «rondas campesinas» estaban constituidas en general por jóvenes comuneros, conocidos como «*ronderos*», encargados de la vigilancia y defensa de los asentamientos rurales expuestos a las incursiones senderistas (Coronel & Loayza, 1992). SL acabaría asumiendo la nefasta tarea de «limpieza étnica» en contra del mismo pueblo que intentó en sus comienzos movilizar contra el «decrépito Estado explotador» y liberar de la opresión y explotación. El imaginario colectivo terminó «demonizando» a los senderistas, identificándolos con el mismo demonio o el «anticristo», homólogo del *ñakay* o *pishtaco*, seres sobrenaturales de la mitología andina<sup>8</sup>. Otro tanto sucedió con las fuerzas especiales de la Marina y los mercenarios extranjeros, quienes fueron demonizados por los campesinos, con atributos extraídos de los superhéroes de tira cómica o de los «rambos de video» (Degregori, 1999).

En la actualidad las comunidades alto-andinas se desenvuelven en un contexto de post-guerra en el que todavía se perciben tensiones entre los distintos actores sociales. Una realidad que se puede constatar en los registros departamentales es el significativo incremento de la violencia delictiva y de la población penal en Ayacucho en el periodo de post-guerra. Según los registros, los delitos más frecuentes son el tráfico ilícito de drogas, el asalto y el robo. Aparentemente, la región de mayor incidencia delictiva es la zona de colonización del río Apurímac, por estar directamente asociada al

<sup>7</sup> En este documento, utilizamos el concepto de «estresores múltiples» para significar la presencia de otros estresores además de la violencia política, como son la extrema pobreza, la privación material, la exclusión social y las condiciones ecológicas adversas (altitud y temperatura).

<sup>8</sup> En el mundo Quechua, estos seres mitológicos deambulan por los Andes a veces disfrazados de campesinos, y tienen como atributos el comer la carne y chupar o extraer la grasa de sus víctimas, con el fin de alimentar los aviones y fábricas en los EE.UU., y así pagar la deuda del Perú.

cultivo de la hoja de *coca* y elaboración de pasta básica de cocaína (Coronel, 1998b). Según informantes de Chaca, el abuso de alcohol y la violencia doméstica, el robo de ganado y el uso indebido de campos de pastoreo y el narcotráfico son comportamientos delictivos que han aumentado en forma considerable en el contexto actual de post-guerra.

### PATRONES ESPACIALES DE DESPLAZAMIENTO Y CONCENTRACIÓN DE LAS COMUNIDADES ALTO-ANDINAS

Para completar la descripción del contexto regional es necesario distinguir las distintas modalidades de desplazamiento y concentración de la población en el espacio alto-andino. La primera respuesta frente a las distintas formas de violencia ejercitada en contra de la población local por las incursiones senderistas y la represión militar, fue de resistencia o fuga hacia abrigos naturales o refugios en los cerros, usualmente para pernoctar durante la noche. Estos desplazamientos temporales fueron muy frecuentes y efectivos en evitar la violencia y reducir el riesgo de los más vulnerables en el corto plazo. No obstante, muchos optaron por el desplazamiento permanente con la familia (y sus animales) hacia asentamientos más concentrados, ya sea en la comunidad «madre» o en pueblos vecinos a su sitio de origen, los que ofrecían menor vulnerabilidad que los asentamientos dispersos. Estos comuneros fueron tratados como «insertados» por las comunidades receptoras y aceptados a regañadientes, ya que fueron percibidos como competidores potenciales de los escasos recursos disponibles (campos de pastoreo, alimentos, vigilancia, etc.) y por lo tanto excluidos o marginados de la vida comunal. La característica principal de los comuneros *insertados* es que, situados estratégicamente con respecto a los campos de cultivo, pudieron continuar la explotación de sus parcelas y así mantener su práctica como agricultores (Coronel, 1998a). La mayoría de estos desplazados mantuvieron su integridad familiar (aunque algunos enviaron sus hijos a la ciudad) y conservaron en parte sus redes

de apoyo y paisanaje. No obstante, todos fueron afectados por igual por las condiciones de bloqueo impuesto por SL y la represión militar.

Un segundo tipo de desplazamiento ocurrió hacia las ciudades de Huanta y Ayacucho, y en menor número hacia Huancaayo u otras ciudades de la costa (Ica, Lima, etc.). Estos desplazamientos fueron permanentes y los comuneros que se asentaron en las áreas urbano-marginales en calidad de refugiados o *desplazados*, lo hicieron en condiciones de precariedad e inseguridad material y con un alto costo social por el aislamiento relativo y la desintegración familiar, la pérdida de las redes de apoyo, el abandono y pérdida de sus parcelas, el desempleo, la falta de alimentos, y los riesgos crecientes de enfermedades transmisibles (i.e. tuberculosis, etc.). En nuestro estudio este tipo de desplazamiento está representado por el asentamiento urbano-marginal de Nueva Jerusalén, en las afueras de la ciudad de Huanta, capital provincial.

El tercer tipo de asentamiento comprende a una minoría de los comuneros alto-andinos que se pertrecharon en las comunidades originales y resistieron los embates de la violencia senderista y la represión militar. Estos asentamientos «resistentes» dieron pruebas de resiliencia y resistencia con la organización de los Comités de Autodefensa Civil y las patrullas de vigilancia, pero tuvieron un costo exagerado por la pérdida de vidas de hombres y mujeres en plena edad productiva, en particular de hombres jóvenes que fueron reclutados por la fuerza, «desaparecidos» o torturados y muertos brutalmente. En nuestro estudio, esta modalidad corresponde a la comunidad de Chaca, que contiene en su mayoría población *resistente*.

Al mejorar las condiciones de seguridad a partir de 1990 se produjo el retorno gradual de los comuneros desplazados a las comunidades de origen, a los que se llamó «*retornantes*». Según datos de la Mesa Nacional de Desplazados, hasta 1997 retornaron al departamento de Ayacucho unas 35,000 personas desplazadas. Los *retornantes*, provenientes de distintas partes del país y de ciudades vecinas, adoptaron distintas modalidades de retorno y se reinsertaron en la región con diferentes grados de éxito. En muchos casos los nuevos asentamientos de *retornados*

adoptaron un patrón concentrado de ocupación del espacio, usualmente en un sitio distinto al asentamiento original disperso<sup>9</sup>. Los *retornantes* se instalaron aprovechando el apoyo coyuntural de los programas de re-asentamiento para desplazados ofrecidos por el gobierno y las ONGs. Las familias *retornantes* desde Lima u otras ciudades mayores se habituaron a la vida urbana pero perdieron muchas de sus destrezas como agricultores y se reinsertaron con dificultades en la economía campesina, por lo que en su mayoría fracasaron en su intento y regresaron a la ciudad. Otros *retornantes* de ciudades menores y comunidades rurales vecinas mantuvieron su vinculación con las tareas agrícolas y sus competencias en las tareas que demanda la vida en el campo, por lo que tuvieron más éxito en el retorno y reinsertión. Por fin, algunos de estos *retornantes* adoptaron una modalidad de inserción «pendular» alternando periodos entre la *chacra* y la ciudad, donde se ocupan en trabajos eventuales para complementar sus ingresos (Coronel, 1998b). En general, los *retornantes* se caracterizan por mostrar signos de modernización en su estilo de vida y cultura material, y por la tendencia hacia la adopción de innovaciones (teléfono, antena parabólica, criaderos de trucha, etc.) y demanda por servicios. En sus prácticas religiosas, predominan las denominaciones evangélicas (pentecostales, presbíteros, evangélicos, testigos de Jehová, etc.). En nuestro estudio, las comunidades de Cunya y Huaynacancha (y en menor escala Huaychao) están compuestas por *retornantes* en su mayoría.

## ABORDAJE METODOLÓGICO

Nuestro estudio se propuso explorar la interacción entre las dimensiones contextuales (históricas y sociales) y los planos micro-social e individual y medir el impacto psicosocial resultante en una muestra de familias con mayor

(y menor) exposición a la violencia. Además, nos interesamos en examinar los idiomas locales de aflicción y sufrimiento, identificar la magnitud de los trastornos traumáticos relacionados y hacer una búsqueda activa de casos con secuelas post-traumáticas en las comunidades seleccionadas para el estudio. Por fin, quisimos examinar más de cerca las iniciativas de reconstrucción de la vida civil, de más reciente implantación por el sector gubernamental y por ONGs y hacer una estimación del impacto de la violencia en la utilización de servicios de salud (los resultados de estos dos últimos objetivos serán objeto de una comunicación posterior).

Con el fin de medir el impacto psicosocial en la muestra de familias con mayor (y menor) exposición a la violencia política nos hicimos las siguientes preguntas: ¿Cuál es la magnitud y distribución de problemas de salud mental, de depresión y ansiedad, y de trauma en las comunidades alto-andinas? ¿Qué efectos tienen los patrones de asentamiento (concentración y desplazamiento), la exposición a la violencia, la densidad de las redes sociales de apoyo, en la experiencia de trauma? ¿Qué características socio demográficas están relacionadas con la presencia (y con la ausencia) de trauma? ¿Cuáles son los determinantes sociales del trauma y cuáles son sus consecuencias en el largo plazo? ¿Qué implicancias tienen estas relaciones de causa y efecto para el diseño de intervenciones y programas de asistencia?

La estrategia de investigación utilizada fue interdisciplinaria (en la que se combinaron el método etnográfico con instrumentos derivados de la epidemiología y de la clínica) y participativa: con participación de las organizaciones locales, líderes e informantes locales de las comunidades seleccionadas. Se utilizó métodos cualitativos y cuantitativos: revisión de fuentes documentales y registros censales, observación participante y entrevistas etnográficas y una encuesta epidemiológica-clínica transversal. Para la

---

<sup>9</sup> En los asentamientos de *retornados* las casas se disponen en una o más hileras, concentradas alrededor de una plaza o espacio central de usos múltiples: utilizado como sitio de reunión y convocatoria, formación militar, izamiento de la bandera y diversos actos cívicos, además de feria y cancha de fútbol.

preselección de comunidades, se hizo una cuidadosa prospección de la región norte y central del departamento de Ayacucho. Finalmente se seleccionó cuatro comunidades rurales alto-andinas en la provincia de Huanta, a lo largo del camino de cintura entre Huanta y Ccarhuahuran (Chaca, Cunya, Huaychao y Huaynacancha) y un asentamiento urbano-marginal (Nueva Jerusalén) en Huanta, la ciudad capital de la provincia del mismo nombre, las que representan distintos tipos de desplazamiento y concentración espacial, según se explica en la sección precedente.

Se completó una etnografía regional y una etnografía focalizada que apuntó a examinar los idiomas locales<sup>10</sup> y redes semánticas que expresan el dolor y sufrimiento relacionados con la experiencia de «eventos traumáticos» a los que las comunidades alto-andinas estuvieron expuestas durante «el tiempo de la violencia» (*sassachacty*).

Se hizo un total de 45 entrevistas en profundidad (a informantes de ambos sexos) en idioma quechua, en las cinco comunidades seleccionadas, que luego se tradujeron al español y fueron transcritas para el análisis cualitativo, utilizando un programa de procesamiento electrónico de datos (N-vivo).

Los cuestionarios utilizados en la encuesta transversal fueron traducidos (inglés-español-quechua) y re-traducidos (quechua-español-inglés), y luego sometidos a una validación semántica y de contenido con un panel de personas quechua hablantes, previo a la prueba de campo. Una vez hechos los ajustes, se elaboró un manual de encuesta y se entrenó a seis estudiantes universitarios bilingües en la aplicación de los instrumentos de encuesta. La

encuesta transversal comprendió los siguientes instrumentos: 1) un cuestionario familiar (con información socio-demográfica, grado de exposición a la violencia y redes sociales de apoyo); 2) un cuestionario general abreviado de 12 síntomas indicativos de trastornos psiquiátricos o problemas de salud mental reales o potenciales (General Health Questionnaire-12; GHQ-12); y un listado de 25 síntomas de ansiedad y depresión (Hopkins Symptom Check List-25; HSCL-25); y 3) un cuestionario de trauma<sup>11</sup> modificado de la versión camboyana del Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica *et al.*, 1987).

La aplicación en el terreno de todos los cuestionarios se hizo bajo la supervisión del equipo de investigadores. El HTQ fue administrado por el equipo de entrevistadores bajo supervisión de un profesional médico que se mantuvo disponible durante todo el trabajo de campo.

Con estos instrumentos se encuestó un total de 200 familias, que comprenden la totalidad de familias presentes al momento de la encuesta en los cinco poblados seleccionados. Se entrevistó un total de 373 personas mayores de 14 años de edad<sup>12</sup> presentes en la casa al momento de la visita domiciliar, por lo que la mayoría de entrevistas fue hecha de madrugada o por la noche. Los niveles de rechazo fueron insignificantes (0.8%), en general por razones de salud (fiebre, dolor, etc.) o ausencia del jefe de familia.

Todos los datos recolectados fueron verificados *in situ*, con repetición de la entrevista en caso necesario. Un tercer grupo de observaciones se hizo en los consultorios

<sup>10</sup> Los signos, síntomas y categorías diagnósticas se construyen de acuerdo con un contexto sociocultural definido y están mediados por sistemas de atribución: interpretaciones o explicaciones causales, lógicas, analógicas y metonímicas (Kirmayer *et al.*, 1994).

<sup>11</sup> El desarrollo de un instrumento de medida con propiedades psicométricas aceptables, válido y aplicable en un contexto cultural diferente, representa un gran desafío metodológico, ya que éste debe ser sensible a un rango muy variado y amplio de experiencias y eventos traumáticos. Por ejemplo, las experiencias de trauma de *refugiados* camboyanos son distintas a las de los presos políticos en Chile o Argentina, y a su vez diferentes a las de campesinos Quechuas alto-andinos. El HTQ no tiene validez universal como instrumento y tuvo que ser adaptado y validado en la población Quechua local. Esta adaptación requiere de un conocimiento cabal sobre la cultura local, las experiencias de violencia y trauma y los idiomas locales de aflicción que surgieron de la etnografía focalizada.

<sup>12</sup> La encuesta se limitó a este grupo etario por corresponder con aquellos directamente expuestos a la violencia política durante los años de 1982-1986.



externos del Hospital Regional de Huanta en el que se entrevistó una muestra por conveniencia de 60 pacientes mayores de 14 años que demandaron atención médica por primera vez. Finalmente, los datos de la encuesta transversal fueron revisados, codificados y procesados electrónicamente utilizando el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Los resultados parciales y preliminares del estudio cualitativo y de la encuesta transversal se presentan a continuación.

## NARRATIVAS DE SUFRIMIENTO Y TRAUMA

Como era de esperarse, en las comunidades Quechuas alto-andinas no existen los términos «estrés», «trauma» o sus equivalentes, por lo que en el abordaje del tema se hizo necesario efectuar un *detour* metodológico (Planas, 1998). Se adoptó entonces las categorías «evocadoras» en Quechua: *sassachacuy* (dificultad) y *sassachacuy tiempo* (literalmente, el tiempo de las dificultades o tiempos difíciles), *ñakary* (sufrimiento) y *llaki* (pena, tristeza), para explorar el campo semántico del sufrimiento y la aflicción, esperando poder evocar a través de estas categorías los discursos locales sobre la experiencia de «trauma». En efecto, los campesinos entrevistados coinciden en señalar que están tristes o «tienen *llaki*» cuando recuerdan la violencia sufrida durante el *sassachacuy tiempo*, es decir, en los tiempos difíciles sufridos durante la década de la violencia. Al recordar, por ejemplo, la muerte de sus familiares y vecinos o la destrucción o pérdida de sus animales, cosechas o bienes materiales, todas estas situaciones conducen al *llaki*. Los entrevistados señalan en forma reiterada que durante el *sassachacuy tiempo* «vivían con pena, miedo y preocupación».

La condición *llaki* aparece además relacionada con la «*vida pobre*», que según un informante «...*equivale a la vida sin familia, sin techo, vestido y comidas*». Muchos de los informantes, sobre todo las viudas, señalan con insistencia que por la violencia se han quedado pobres<sup>13</sup>, es decir, «...*no tienen manera de trabajar*», ni pueden intercambiar su trabajo en reciprocidad con otros, ni forma de garantizar su propio sustento, ni el de su familia. Las mujeres solas o viudas enfrentan una situación de inseguridad material y exclusión social, por lo que se sienten «*pobre*» y vulnerables.

*La mujer no es como el hombre... y así cuando se muere el señor entonces la mujer también se queda sola, entonces así triste estás... ¿Cómo voy a criar (a mis hijos)? ¿cómo voy a trabajar?... ¿cómo voy a barbechar?... cuando no llega la lluvia, ¿cómo voy a golpear y romper esta tierra dura?... cuando en las noches se roban la cosecha... con eso lloramos, tenemos pensamiento (pensamientawan)... para el hombre su trabajo es normal, pero no es así con la (mujer) señora, así (solas) no podemos trabajar, por eso estamos con más pensamiento, más tristes y con pena. (Hermenilda, 50 años, CA14).*

Otros aluden a la «*vida pobre*», al hecho de vivir en el campo como una vida llena de dificultades y de pobreza. Así, de una manera más amplia, estos relatos de *llaki* se enmarcan en una concepción de la vida en la cual la pena y tristeza son emociones cotidianas y están relacionadas tanto a la inseguridad material como a los conflictos interpersonales que amenazan la tranquilidad y el equilibrio de la vida familiar y de la comunidad. En este sentido, muchos de los relatos de *llaki* recogidos, si bien se relacionan a la experiencia concreta de eventos traumáticos durante la época de la violencia, se vinculan de manera más profunda a una concepción que entiende el sufrimiento como experiencias cotidianas que aumentan la inseguridad material y el riesgo social.

<sup>13</sup> No es casual que 'huérfano' y 'pobre' en quechua se traduzcan en un mismo término: *waqcha*. En las comunidades alto-andinas la capacidad de generar riqueza se sustenta en el intercambio de fuerza de trabajo entre parientes y sobre todo entre varones, lo que permite entender la difícil situación de las viudas y los huérfanos, quienes no pueden pagar, ni intercambiar, trabajo con terceros.

Al parecer existe una continuidad entre la 'pena' propiamente traumática y extraordinaria y la 'pena' cotidiana y ordinaria. *Llaki* es una categoría que incluye la experiencia de eventos traumáticos y al mismo tiempo la sitúa en un espacio mayor continuo con el sufrimiento cotidiano y ordinario propio de la «vida pobre»<sup>14</sup>. En este sentido, *llaki* es una emoción central en la experiencia de sufrimiento de las familias alto-andinas que debe entenderse no sólo como una expresión de malestar o trastorno, sino también como una apelación activa, nunca totalmente consciente, para que los otros actores sociales acusen recibo de la pérdida individual e implementen esfuerzos para reintegrar al que sufre en el cuerpo social promoviendo sentimientos de solidaridad y reciprocidad<sup>15</sup>.

Los campesinos alto-andinos refieren que «... cuando están apenados andan con *pensamientwan* (*pensamientos, recuerdos*)». Estos pensamientos, de manera consistente con lo ya señalado, se refieren tanto al recuerdo de eventos pasados, amenazantes, desafortunados o traumáticos, como a la preocupación por la vida presente y futura. Los campesinos señalan que al estar con *pensamientwan*, se debilitan y experimentan una serie de síntomas físicos que identifican como 'irritación', que de ir agravándose terminan por limitar su capacidad de trabajo e interacción social, características propias de aquél que en el discurso popular se considera «loco» o *manan pensamientwan* (privado de pensamientos, sin pensamiento).

Como fue señalado más arriba, las categorías *ñakary* y *llaki* configuran el campo semántico del sufrimiento, la pena y la tristeza en el mundo quechua alto-andino. Los términos relacionados con este campo sirvieron, por una parte, para evocar la experiencia de trauma y mapear los idiomas locales de aflicción y sus

significados y, por otra, para aumentar la validez semántica y la sensibilidad y especificidad cultural de los cuestionarios utilizados en la encuesta transversal.

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA TRANSVERSAL

Con fines de ordenar la presentación de resultados de la encuesta transversal, vamos a revisar en primer lugar datos sobre el perfil sociodemográfico de la población encuestada y luego presentaremos datos parciales sobre la magnitud y distribución de los problemas y trastornos mentales en las comunidades alto-andinas, para terminar con una discusión sobre las interrelaciones entre patrones de asentamiento, exposición a la violencia, densidad de las redes sociales de apoyo y experiencia de trauma.

### A) CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

Las características socio-demográficas de la población encuestada se presentan en la Tabla 1. Como ya se señaló más arriba, se entrevistó un total de 200 familias, con un tamaño familiar promedio de 1,86 por familia, lo que equivale a un total de 373 individuos mayores de 14 años. El rango de edades es entre 14 y 90 años de edad y el grupo etario más numeroso está compuesto por los de 20 a 49 años, que constituyen el 67% de la población encuestada. La mayoría de los respondientes son mujeres (60%), casados o en unión estable, con bajos niveles de escolaridad (86% con primaria incompleta o nula) y alto analfabetismo, especialmente entre

<sup>14</sup> Aunque no es materia del presente artículo, cabe señalar que otras categorías relacionadas como el '*susto*' parecieran estar delineando un espacio propio dentro del campo semántico de *llaki*. Consideramos que '*susto*' como categoría diagnóstica podría considerarse como parte del discurso local de trauma andino. También es importante señalar que cada vez más se escucha en las comunidades las palabras '*trauma*' y '*traumadu*' para referirse sobre todo a los niños que al haber presenciado eventos violentos, tienen hoy problemas de aprendizaje o muestran comportamientos antisociales.

<sup>15</sup> Para un análisis detallado del *llaki* (pena) y la reciprocidad andina, se puede consultar el trabajo de Tousignant & Maldonado (1989) entre los indígenas Quichuas de la sierra ecuatoriana.

las mujeres (el 55% de los respondientes de ambos sexos declara no saber leer/escribir). Si bien la mayoría se declara practicante en alguna de las denominaciones evangélicas (54%), estas proporciones son diferentes entre las distintas comunidades. En Cunya y Huaynacancha, que son comunidades *retornantes*, los evangelistas constituyen la amplia mayoría, mientras que en Chaca (*resistentes*) y Nueva Jerusalén (*desplazados o insertados*) algo

más de la mitad de la población se denomina católico. La economía familiar es agropastoral en las comunidades rurales, con una amplia mayoría de trabajadores independientes y familiares no remunerados (usualmente mujeres y niños dedicados al pastoreo y cuidado de los animales), mientras que en el asentamiento urbano-marginal de Nueva Jerusalén aparece un número importante de estudiantes (sin ingresos), asalariados y pequeños comerciantes.

TABLA 1

PERFÍL SOCIO DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA (N=373)

	n	%		n	%
<b>Grupos etarios</b>			<b>Sabe leer/escribir</b>		
14 a 19 años	40	.11	Si	168	.45
20 a 29 años	88	.24	No	204	.55
30 a 49 años	160	.43	Se ignora	1	.003
50 y mas	85	.23			
<b>Sexo</b>			<b>Religión</b>		
Hombres	147	.40	Católica	170	.46
Mujeres	226	.61	Evangélica <sup>1</sup>	203	.54
<b>Estado civil</b>			<b>Tipo de trabajador</b>		
Casado	284	.76	Independiente	163	.44
Soltero	47	.13	Asalariado	27	.07
Madre soltera/separado	25	.07	Familiar no remunerado	168	.45
Viudo	17	.05	Otro <sup>2</sup>	13	.04
<b>Nivel de Instrucción</b>			<b>Ocupación</b>		
Ninguna	173	.45	Pastora/tejedora/chacra	134	.36
Primaria incompleta	152	.41	Agricultor	126	.34
Primaria completa	27	.07	Su casa	48	.13
Secundaria incompleta	14	.04	Oficios	11	.03
Secundaria completa	5	.01	Pequeño comerciante	19	.05
Se ignora	2	.004	Pastor	10	.03
			Funcionario/ administrativo	4	.01
			Servicio doméstico	2	.005

<sup>1</sup> Esta categoría incluye pentecostales, presbíteros, evangélicos, etc.

<sup>2</sup> Esta categoría incluye estudiantes y jubilados.

Cada familia fue clasificada en uno de tres tipos de desplazamiento espacial: *resistentes*, *retornantes* y *desplazados/insertados*, según la historia residencial y el desplazamiento o no de la familia (Tabla 2). A continuación se estableció el grado de exposición a la violencia (GEV), a partir de un listado de 15 eventos reconocidos como extremadamente violentos o perturbadores, vividos durante la época de la violencia (herido de gravedad; torturado; amenazado de muerte; muerte violenta de familiares, amigos o vecinos; forzado a huir a los cerros; incendio o robo de la casa, animales, etc.). Con fines de análisis, se separó las familias encuestadas en dos grupos: de menor (GEV 1 a 9) y mayor (GEV 10 a 15) grado de exposición a la violencia según el número de eventos traumáticos reportados. Dado que las comunidades seleccionadas estuvieron en el epicentro de las incursiones terroristas y de la represión militar, todas las familias sin excepción estuvieron expuestas a la violencia política en algún grado. Si bien todos los grupos fueron expuestos a la violencia, las familias que experimentaron un mayor GEV se encuentran entre los *desplazados/insertados* (66%), y en proporción decreciente entre los *retornantes* (54%) y *resistentes* (47%), aunque las diferencias no son significativas (Tabla 2). Como veremos más adelante, los integrantes de familias con un mayor grado de exposición a la violencia tienen una mayor presencia de trastornos mentales (ansiedad o depresión) y de secuelas post-traumáticas.

Por último, cada familia entrevistada reportó el número y clase (autoridad, vecino, amigo, pariente, etc.) de personas con las que interactúa y

la frecuencia de encuentros (densidad de la red) y otros aspectos referidos a la calidad de los intercambios (apoyo afectivo o psicológico, apoyo material o económico y participación ciudadana), con el propósito de dimensionar la red social de apoyo (RSA) de los entrevistados. Consistente con este hallazgo, los respondientes de la categoría separado/viuda/madre soltera y asalariados tienen una RSA significativamente menos densa que los casados y trabajadores independientes.

## B) MAGNITUD Y DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

El Cuestionario General de Salud (GHQ-12) es un listado de 12 ítems que ha sido diseñado para ser utilizado en encuestas de población general o en pacientes en la clínica, con el fin de detectar la presencia de reales o potenciales trastornos mentales. El GHQ no es un instrumento diagnóstico, sino que sirve para identificar dos clases de problemas: la incapacidad de acarrear las tareas o funciones habituales y la aparición de una manifestación considerada como anormal o fuera de lo habitual. Un GHQ positivo expresa la mayor probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico o un problema de salud mental. Este instrumento ha sido ampliamente validado por distintos investigadores en diferentes países y la versión abreviada (GHQ-12) ha demostrado una buena capacidad psicométrica con alta sensibilidad (.94) y especificidad (.79) comparado con diagnósticos clínicos (Goldberg, 1972).

TABLA 2

### GRADO DE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA (GEV), SEGÚN TIPO MIGRACIONAL (N = 200 FAMILIAS).

Tipo migracional	N	GEV			
		Bajo (1-9)		Alto (10-15)	
		n	%	n	%
Resistentes	32	17	.53	15	.47
Retornantes	95	44	.46	51	.54
Desplaz./insertados	73	25	.34	48	.66
Total	200	86	.43	114	.57

TABLA 3

REDES SOCIALES DE APOYO (RSA) SEGÚN TIPO MIGRACIONAL  
(N = 200 FAMILIAS)

<i>Tipo migracional</i>	N	REDES SOCIALES DE APOYO			
		Bajo (8-17)		Alto (18-25)	
		n	%	n	%
Resistentes	31	7	.23	24	.77
Retornantes	95	17	.18	78	.82
Desplaz./insertados	73	34	.47	39	.53
Total	199	58	.29	141	.71

En las comunidades alto-andinas se aplicó el GHQ-12 en 370 personas mayores de 14 años, de las cuales 270 obtuvieron un puntaje igual o mayor de 2. Si bien la magnitud de los problemas de salud mental (reales o potenciales) detectados por este método se presenta como muy elevada (73%)<sup>16</sup>, estos resultados deben interpretarse con cautela. Algunos respondientes tuvieron problemas de comprensión en los items 3 y 4 del cuestionario<sup>17</sup>, por lo que algunos casos se quedaron sin respuesta. El punto de corte de 2 (que adoptamos tras la primera prueba de campo), puede haber influido en los resultados ya que aumenta la probabilidad de incluir falsos positivos entre los casos detectados.

El Listado de Hopkins-25 (conocido como Hopkins Symptom Check List-25: HSCL-25), que contiene un listado de 25 síntomas para detectar ansiedad y depresión, ha sido utilizado con éxito en pacientes de consulta externa, en refugiados y torturados, y en población general. Aunque el HSCL-25 no se usa con fines

diagnósticos, sirve para detectar o reconocer síntomas asociados con ansiedad y depresión. La sensibilidad y especificidad del HSCL-25, comparado con diagnósticos clínicos (Axis I del DSM-III) es muy alta: .93 y .76 respectivamente. El HSCL-25 fue aplicado en todos los casos detectados como positivos por el GHQ-12 (n=270), de los cuales 144 presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión.

El Cuestionario de Trauma (Harvard Trauma Questionnaire: HTQ) fue originalmente desarrollado por Mollica et al. (1987) y aplicado en la valoración clínica de personas torturadas y víctimas de violencia política. En nuestro estudio utilizamos una versión modificada por nosotros en tres secciones: a) historia del evento de trauma; b) items 1-16 que exploran la presencia de síntomas de PTSD; y c) items 17-32 que exploran la presencia de síntomas culturalmente específicos para trauma (idiomas locales de aflicción: ILA), los que fueron derivados de las entrevistas etnográficas y de las narrativas de sufrimiento y

<sup>16</sup> En diferentes encuestas entre adultos, los trastornos mentales muestran por lo general una prevalencia elevada. La prevalencia de vida es con frecuencia alrededor del 50% de la población y la prevalencia anual (últimos 12 meses) tiene un rango entre 15 y 25% (Robins & Regier, 1991).

<sup>17</sup> Estos items corresponden a las preguntas: ¿se ha sentido que juega un papel útil en su vida? y ¿se ha sentido capaz de tomar decisiones? En el mundo andino, toda persona se considera «útil» en el sentido estricto y las decisiones importantes no son individuales sino que por lo general se adoptan en pareja.

trauma reportadas más arriba. El HTQ tiene como objeto obtener una historia de los incidentes traumáticos vividos, explorar la presencia de síntomas de trastornos mentales asociados a experiencias traumáticas tales como depresión clínica, ansiedad, etc. y medir la presencia y el grado de severidad de PTSD (Post traumatic stress disorder).

Se encuestó con el HTQ un total de 142 personas, que fueron previamente detectadas como positivas para ansiedad y/o depresión por

el HSCL-25. En este artículo nos limitaremos a presentar los valores de PTSD obtenidos en la encuesta (Tabla 4). El número de casos posibles de PTSD alcanza a 92, lo que representa una tasa de prevalencia (puntual) del orden del 25% de la población general encuestada y expuesta a la violencia (n=370). Nuestra encuesta arrojó una proporción de 24.8% de la población expuesta con un puntaje positivo para PTSD (DSM-III-R), cifra que se coloca en el extremo superior del rango de prevalencia de PTSD en población expuesta reportado en la literatura sobre trauma.

TABLA 4

NÚMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS CON HTQ MODIFICADO (PTSD E ILA) POSITIVO/NEGATIVO, SEGÚN TIPO MIGRACIONAL

<i>Tipo migracional</i>	N	HTQ MODIFICADO															
		PTSD(+)				PTSD(-)				ILA(+)				ILA(-)			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Resistentes	21	11	.52	10	.48	21	6	.29	15	.71							
Retornantes	68	51	.76	16	.24	68	46	.67	22	.33							
Desplaz./insertados	53	30	.57	23	.43	53	32	.60	21	.40							
Total	142	92	.65	49	.35	142	84	.59	58	.41							

TABLA 5

COMPOSICIÓN MIGRACIONAL, SEGÚN COMUNIDADES ALTO-ANDINAS (N=200 FAMILIAS)

<i>Comunidades</i>	N	Resistentes		Retornantes		Desplazad/insertados	
		n	%	n	%	n	%
Cunya	28	-	-	27	.94	1	.04
Huaynacancha	41	1	.02	36	.88	4	.10
Huaychao	31	8	.23	22	.71	1	.03
Chaca	52	23	.44	10	.19	19	.37
Nueva Jerusalén	48	-	-	-	-	48	1.00
Total	200	32	.16	95	.48	73	.37

El patrón de desplazamiento forzado afectó un número significativo de pobladores alto-andinos (como se señala más arriba, se estima que unas 180,000 personas fueron desplazadas por la violencia política en Ayacucho). Resulta evidente de la información cualitativa, que los patrones espaciales de desplazamiento adoptados por las comunidades alto-andinas representan distintas respuestas y estrategias de sobrevivencia frente a las experiencias de violencia política, por lo que encontramos distinto grado de exposición a la violencia y diferencias en la densidad de las redes de apoyo entre unos y otros tipos de desplazamiento espacial (Tabla 5).

En los datos cualitativos aportados por la etnografía regional y focalizada, que en parte fueron verificados con los datos de la encuesta, se observa que el tipo de desplazamiento espacial (*retornante, desplazado o insertado y resistente*) y el tipo residencial (disperso vs. concentrado) tiene una considerable influencia en el grado de exposición a la violencia, la densidad y configuración de las redes sociales de apoyo, y en la presencia de otros factores derivados de la posición social y del grupo que determinan la presencia o ausencia de trastornos traumáticos o problemas derivados de la exposición a estresores múltiples.

Según nuestra experiencia, los mayores riesgos de experimentar trastornos post-traumáticos (PTSD) están en aquellos con mayor grado de exposición a la violencia y baja densidad de redes sociales de apoyo. La población más afectada por la experiencia de trauma se encuentra entre los adultos mayores de sexo femenino; analfabetos/as; viudos/as, separados o divorciados; y entre los trabajadores familiares no remunerados. Por último, llama la atención que de la población expuesta a la violencia política, la mayoría (75%) no reporta síntomas o secuelas post-traumáticas detectables por los instrumentos utilizados.

## CONCLUSIONES

La experiencia de extrema violencia política y trauma ineludible que excede o agota la capacidad de respuesta, sumada a la presencia de estresores múltiples sostenidos por más de una

década, ha tenido sin lugar a dudas consecuencias dañinas para la salud de las poblaciones de la región alto-andina e importantes repercusiones en la mortalidad, morbilidad y discapacidad global, así como efectos psicológicos duraderos en un sector significativo de la población general.

La prevalencia de los problemas de salud mental (reales o potenciales) detectados en la encuesta transversal es muy elevada y representa el 73 por ciento (n=270) de la población adulta encuestada (aunque como se señaló más arriba, estos resultados deben interpretarse con cautela ya que el punto de corte adoptado podría haber influido en los resultados obtenidos aumentando el número de falsos positivos). Algo más de la mitad de las personas que reportaron problemas, obtuvieron puntajes positivos para depresión y/o ansiedad, con una mayoría de mujeres entre la población más afectada.

En relación con la presencia de síntomas compatibles con el síndrome de estrés post-traumático (PTSD) en la población expuesta, nuestro estudio arrojó una prevalencia del 24.8%, lo que significa que una de cada cuatro personas mayores de 14 años presenta síntomas o secuelas compatibles con la presencia de trauma psicológico. En general, la proporción de población expuesta a trauma y población afectada por PTSD varía según los estudios, en parte debido al método empleado. Cuando se compara esta cifra con los hallazgos reportados en otros estudios, vemos que la cifra se coloca en el extremo superior del rango de prevalencia de PTSD en población adulta, que por lo general no excede de un cuarto del total de los expuestos (Breslau, 1998). No obstante, tiene poca validez comparar nuestro hallazgo en poblaciones alto-andinas con las cifras de PTSD reportadas en otros países, en poblaciones expuestas a otro tipo de estresores, con otra duración y con un método diferente al utilizado por nosotros.

Al mismo tiempo, es importante destacar que tres de cada cuatro personas adultas expuestas no reportaron secuelas o problemas de ningún tipo. Estos resultados demuestran la coexistencia de dos aspectos fundamentales: de un lado, la capacidad de muchos en lograr una recuperación sin secuelas aparentes y, por otro, la resiliencia de la población local.

Podemos afirmar, además, que las implicaciones de la violencia política y la guerra en la salud y el bienestar de las poblaciones afectadas van mucho más allá de la pérdida de vidas y destrucción de la infraestructura local. La guerra implica por sobre todo la devastación del tejido social y económico y, en consecuencia, sus efectos se deben buscar en la historia social, entre los intersticios de la pobreza y la vida cotidiana del grupo y en las trayectorias individuales e idiomas locales de dolor y sufrimiento. De los datos cualitativos, se pone en evidencia que entre los pueblos quechuas alto-andinos de Ayacucho, las secuelas de la violencia política se expresan en síntomas y signos que van más allá de los estrechos límites del llamado PTSD y que se manifiestan en diversas expresiones de aflicción y sufrimiento (*llaki, ñakary*) y en somatizaciones de diferente configuración, fuertemente modeladas por la cultura y la experiencia histórica de estos pueblos. La cultura contribuye de muchas formas a la mayor o menor fragilidad o resistencia frente a las consecuencias de la violencia política.

El abordaje metodológico utilizado en nuestro estudio nos ha permitido explorar el trauma no sólo como un simple «marcador» de violencia política, sino además como un producto de la desigualdad social y de la exclusión. En efecto, el trauma experimentado en las comunidades alto-andinas puede ser visto no sólo como resultado de la violencia política de la década de 1980, sino además como producto de la presencia de estresores múltiples, muchos de ellos de tipo estructural (extrema pobreza, desigualdad social y exclusión, rebeliones seguidas de violenta represión) vigentes en la región alto-andina por algo más de cuatro siglos. Por el momento, todavía estamos lejos de dar respuesta a la pregunta de cuál proporción o cuánto de las quejas y síntomas reportados se deben a desigualdad socioeconómica, cuánto a la exclusión y cuánto a la experiencia traumática. Quizás sea imposible o innecesario tratar de dar una respuesta a esta pregunta. Sin embargo, cabe preguntarse ahora: ¿Cuáles son las conexiones o canales de relación entre el contexto social y los estresores múltiples con la salud y sus productos? ¿Cómo esta telaraña de causas y efectos, enlaces e interconexiones determina los niveles de

sufrimiento, trauma, enfermedad y muerte en una población dada? ¿Por qué mecanismos las fuerzas sociales —la pobreza, la exclusión social y la violencia política, se «corporizan» en la experiencia individual? Como vimos más arriba, los efectos indirectos de la guerra, tales como la desintegración de la familia y de las redes sociales de apoyo, la dislocación de los sistemas locales de producción alimentaria y el éxodo (o eliminación) de la fuerza de trabajo, tuvo repercusiones significativas en la sociedad local y en la economía campesina. El terror y la violencia instaurada por los dos frentes en conflicto, la fragmentación y polarización de las comunidades, la militarización de la vida cotidiana, el choque de valores y la instalación de una economía de guerra, introdujeron cambios profundos en el estilo de vida de la población civil, los que son difíciles de medir y atribuir significancia en términos de años de expectativa de vida, morbilidad y carga social resultante (por ejemplo, discapacidad).

No obstante, cualesquiera sean los factores estructurales que están río arriba en la secuencia de causas y determinantes de trastornos mentales y de trauma, en algún punto —río abajo— existen procesos psicológicos y fisiológicos (neuroendocrinos e inmunológicos) en acción, enlazando los determinantes macro del contexto (la economía política) con el nivel molecular o micro de la experiencia individual. Los resultados que reportamos aquí son compatibles con el modelo de «determinantes sociales de la salud», que fuera sugerido por Marmot & Wilkinson (1999). El contexto histórico (remoto y más reciente) y la estructura social de las comunidades alto-andinas se conectan con la salud y enfermedad a través de dos rutas principales. La primera es la ruta más directa, que podemos denominar «material», y que comprende el medio natural, la vivienda, la economía familiar, la alimentación, etc., y la segunda ruta comprende el ambiente «social», que incluye la familia, el ambiente de trabajo y la organización social. Estas grandes rutas o canales están a su vez mediados por dispositivos o factores de naturaleza biológica (neuroendocrinos e inmunológicos), psicológica y comportamental. Factores asociados con los primeros años de vida, con la cultura y con el



equipamiento genético, tienen también una influencia importante en el estado de salud física y mental resultante. La distinción entre rutas o canales materiales y psicosociales, es pertinente para nuestro estudio en el que se observa que problemas sociales como la violencia política (actuando a través de estresores múltiples, aflicciones o preocupaciones) pueden afectar la salud de las personas en formas tan reales y concretas como los agentes infecciosos o los problemas de contaminación ambiental (Wilkinson, 1996). Si bien es obvio que la violencia política acrecentó las condiciones de privación material, generando una mayor inseguridad material para las personas y en consecuencia mayor pobreza y peor nivel de salud, se debe reconocer que la violencia política representa además una privación psicosocial agregada, que ejerce una influencia negativa con efectos aún mayores que la simple privación material.

La inseguridad se deriva no sólo del deterioro económico producido por la guerra, sino además de las aflicciones de la postguerra, como por ejemplo: la soledad y la exclusión social de la viudez; la angustia agregada por morosidad en el pago de deudas o préstamos recibidos; el miedo al retorno de la violencia senderista y de la represión militar, los cuales se transforman en una continua fuente de estrés y representan una amenaza constante en la vida cotidiana de los comuneros alto-andinos, reflejada en las narrativas del *ñakary* (sufrimiento): debilidad y baja autoestima, *wakecha* (pobre, huérfano), *llaki* (pena, tristeza), y *pensamientawan* (preocupación, recuerdos recurrentes).

En las comunidades alto-andinas, el trauma no constituye un fenómeno que se distribuye al azar, ni tampoco afecta a todos por igual. Esto se confirma por la variabilidad que se encontró en la población con (y sin) trauma en nuestro estudio. Los eventos traumáticos se distribuyen en forma diferencial entre los distintos grupos: el desplazamiento forzado, la muerte de familiares, amigos y vecinos, están fuertemente asociados con la presencia de trauma y la población más afectada se encuentra entre los adultos mayores de sexo femenino, analfabetos/as, viudos/as o separados, y entre los trabajadores familiares no remunerados. Por fin, dos conjuntos

factoriales muestran una fuerte asociación con la presencia (y ausencia) de trauma: el grado de exposición a la violencia y las redes sociales de apoyo. En la encuesta transversal, las familias con un mayor grado de exposición a la violencia tienen una significativamente mayor presencia de trastornos mentales (ansiedad o depresión) y de secuelas post-traumáticas. La densidad de las redes sociales de apoyo muestra una fuerte correlación inversa con la presencia de trastornos mentales y de trauma; es decir, a mayor densidad de la red, menor número de trastornos mentales reportados y secuelas post-traumáticas (y viceversa).

Para terminar, podemos concluir que: (1) las comunidades alto-andinas de Ayacucho han dado una vez más pruebas de sus valiosas reservas en materia de resiliencia, así como de distintas estrategias de afronte y sobrevivencia frente a una prolongada exposición a la violencia política; (2) para evaluar la presencia de trastornos relacionados con trauma en distintos nichos culturales, es necesario adoptar un enfoque etnográfico en la exploración de los problemas y trastornos relacionados con la experiencia de sufrimiento, incluidos las categorías e idiomas locales de aflicción, las redes semánticas y los sistemas de significado; (3) los resultados revelan la presencia de trastornos mentales y de secuelas de trauma psicológico persistentes por efectos de la violencia política, consistentes con la exposición diferencial a la violencia, la densidad de las redes sociales de apoyo, y la presencia de otros estresores de tipo estructural: extrema pobreza, desigualdad social y exclusión; (4) la población afectada hoy representa una fracción relativamente pequeña de la población expuesta a violencia política, y de ésta, sólo una parte muestra limitaciones en la funcionalidad (i.e. tareas domésticas, trabajo, rutinas de la vida cotidiana, etc.); y, por último, (5) las voces y el discurso popular del sufrimiento de los campesinos alto-andinos nos enfrenta con la ineludible responsabilidad de encontrar respuestas innovadoras, dispositivos terapéuticos e intervenciones de reparo y de conciliación que se construyan a partir de las estrategias y recursos locales, que sean efectivas, culturalmente sensibles y socialmente relevantes en el plano de la salud individual y colectiva.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se desarrolló gracias al generoso apoyo de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur. Hacemos extensivo nuestro agradecimiento al Instituto para la Paz y el Desarrollo de Ayacucho (IPAZ), al equipo de asistentes de investigación de campo: Nori Córdor A., Doris Castillo G., Julián Berrocal F., Freddy Garamendi R., Aparicio Carrión J., Noemí Cabana S. y Adriel Rojas G. y a las mujeres y hombres de las comunidades alto-andinas que participaron en el estudio y compartieron con nosotros sus experiencias de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Americas Watch and Physicians for Human Rights (1991). *Guatemala: getting away with murder*. N.Y., Americas Watch and Somerville, MA: Physicians for Human Rights.
- Amnesty International (1980). *Testimony on secret detention camps in Argentina*. London: A.I. Publications.
- Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. En: Yehuda, Rachel (Ed.). *Psychological Trauma*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- CONADEP (Comisión Nacional sobre la Desaparición de las Personas) (1984). *Nunca más: Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de las Personas*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Coronel, J. & Loayza, C. (1992). Violencia política: formas de respuesta comunera en Ayacucho. En: Degregori, C. I. et al. (Eds.) *El problema agrario en debate*. Lima: Sepia.
- Coronel, J. (1986). «Huanta: poder local, mistis e indios: 1870-1899». Ayacucho. (Tesis UNSCH).  
\_\_\_\_\_ (1998a) «La movilidad de las poblaciones campesinas afectadas por la violencia política en Ayacucho: 1983-1997». Ponencia presentada en el Taller Internacional de Investigación y Estudios Comparativos sobre la Reconstrucción del Tejido Social en Perú, Guatemala y Africa del Sur. Huancayo, marzo de 1998. (Mimeo).  
\_\_\_\_\_ (1998b) «Seguridad ciudadana en el área rural de Ayacucho». Ponencia presentada en el Seminario Nacional Descentralizado sobre fortalecimiento institucional en zonas afectadas por la violencia política. Mesa Nacional sobre Desplazamiento, 23-24 de octubre de 1998. (Mimeo).
- De Girolamo, G. & McFarlane, A.C. (1996). The epidemiology of PTSD: a comprehensive review of the international literature. En: Marsella, A.J., Friedman, M.J., Gerrity, E.T. & Scurfield, R.M. (Eds.) *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: issues, research and clinical applications*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Degregori, C.I. (1992). The origins and logic of Shining Path: two views. Return to the Past. En: Palmer, D. S. (Ed.) *The Shining Path of Peru*. London: C. Hurst & Co.  
\_\_\_\_\_ (1999). Cosechando tempestades: las rondas campesinas y la derrota de Sendero Luminoso en Ayacucho. En: Stern, S.J. (Ed.) *Los senderos insólitos del Perú: guerra y sociedad, 1980-1995*. Lima: IEP/UNSC.
- del Pino H., P. (1999). Familia, cultura y 'revolución'. Vida cotidiana en Sendero Luminoso. En: Stern, S.J. (Ed.) *Los senderos insólitos del Perú: guerra y sociedad, 1980-1995*. Lima: IEP/UNSC.
- Galdo G., V. (1992). «Ayacucho: conflictos y pobreza. Historia regional (siglos XVI-XIX)». Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- Garfield, R. & Williams, G. (1989). *Health and revolution. The Nicaraguan experience*. Oxford: Oxfam.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford Univ. Press.
- Kirmayer, L.J. (1996). Confusion of the senses: implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. En: Marsella, A.J., Friedman, M.J., Gerrity, E.T. & Scurfield, R.M. (Eds.) *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorders: issues, research and clinical applications*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Lira, E. (Ed.) (1994). *Psicología y violencia política en América Latina*. Santiago de Chile: Ediciones Chile América.
- Lundgren, R.I. & Lang, R. (1989). There is no sea, only fish: effects of United States policy on the health of the displaced in El Salvador. *Social Science & Medicine*, 28 (7):697-706.
- Manrique, N. (1999) La guerra en la región central. En: Stern, S.J. (Ed.) *Los senderos insólitos del Perú: guerra y sociedad, 1980-1995*. Lima: IEP/UNSC.
- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (Eds.) (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin-Baró, I. (1989). Political violence and war as causes of psychosocial trauma in El Salvador. *International Journal of Mental Health*, 18 (1): 3-20.
- Mollica, R.F., Wynshak, G., Marneffe, D., Khuon, F. & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144:1567-1572.
- Murra, J. (1985) «El archipiélago vertical» revisited. En: Masuda, S. Shimada, I. & Morris, C. (Eds.) *Andean ecology and civilization: an interdisciplinary perspective on Andean ecological complementarity*. Tokyo: University of Tokyo Press.
- Pedersen, D. (1999) El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud mental de los pueblos indo-americanos. En: Bronfman, M. & Castro, R. (Eds.) *Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX.
- Planas, M. (1998). «Desnutrición infantil en un distrito popular de Lima, Perú». (Tesis de maestría). Departamento de Antropología, Universidad de Montreal. Montreal, Canadá.
- Robins, L.N. & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Tousignant, M. & Maldonado, M. (1989). Sadness, depression and social reciprocity in highland Ecuador. *Social Science & Medicine*, 28 (9): 899-904.
- van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2 (1): 7-22.
- Wilkinson, R. G. (1996) *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.



## SALUD MENTAL Y VIOLENCIA ESTRUCTURAL EN VARONES DE SECTORES URBANOS POBRES

---

*Miguel Ángel Ramos Padilla\**

---

Este trabajo incluye una reflexión sobre la manera en que la pobreza y los problemas de empleo -como expresiones de la violencia estructural- repercuten en la salud mental de los varones adultos que viven en diversos sectores urbano populares del Perú. Discutiremos también cómo, en el contexto de condiciones precarias de vida, los problemas de salud mental interactúan con otras dimensiones de la salud entre las que destaca la salud sexual, teniendo como trasfondo de las diversas interacciones la manera en que se ha construido culturalmente al género masculino en nuestra sociedad. Presentaremos testimonios de los propios varones de sectores populares de tres ciudades del Perú sobre el modo en que viven el rol socialmente asignado de proveedores, en condiciones de desempleo y subempleo generalizado, y las consecuencias que perciben en su salud mental y en su desempeño en todos los demás espacios en los que desarrollan su vida.

Generalmente, cuando se habla de las consecuencias de la pobreza y las precarias condiciones de empleo en la vida de las personas, se circunscribe la atención pública y privada a los problemas de desnutrición, hambre, a la proliferación de enfermedades físicas, epidemias, etc., pero no así a las secuelas en la salud mental, tan graves como las otras. Hay poco interés en enfrentar los problemas de salud mental, incluyendo a muchos expertos internacionales en salud, que los excluyen de las evaluaciones que realizan. Esto trae como consecuencia una disposición muy reducida de recursos en los presupuestos generales nacionales para prevenir y controlar esos problemas, sin considerar los riesgos que representan. Las estadísticas nacionales e internacionales de salud no reflejan la enorme cuota de sufrimiento impuesta por los trastornos mentales, en tanto éstos no son la causa inmediata de mortalidad (Desjarlais, 1997).

Se ha planteado como razón de esta actitud la escasez de recursos fiscales y la priorización del gasto. Pero, en el fondo, se trataría

---

\* Sociólogo. Maestro en Demografía, especialista en salud sexual y reproductiva y violencia de género. Docente de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. E-mail: mramos@upch.edu.pe

del manejo de una concepción restringida y no integral de la salud, de las necesidades y del bienestar humano.

Los aspectos sociales influyen de modo importante en el equilibrio psíquico, en el bienestar y en la participación comunitaria del individuo, los mismos que constituyen la esencia de la salud mental, entendida como un estado de bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad. El hombre es un ser pensante; su experiencia interior vinculada a la experiencia del grupo interpersonal -en otras palabras, la vida mental- es lo que da valor a las vidas de las personas. Ser humano es pensar, sentir, aspirar, desear y conseguir, y ser social. En consecuencia, el fomento de la salud no sólo ha de dirigirse a preservar el elemento biológico del organismo humano, sino que además ha de ocuparse de estimular su vida mental (OPS, 1983).

El bienestar dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales, las cuales son finitas, pocas y clasificables. La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan. Así, las necesidades de subsistencia y protección suponen, entre otros aspectos, un estado de salud física y mental, lo cual exige a la vez tener como satisfactores alimentación, abrigo y trabajo adecuados. Además, están las necesidades de afecto, identidad, participación y libertad, entre otras señaladas. De esta manera, por ejemplo, cuando la necesidad de subsistencia está poco satisfecha, toda otra necesidad queda bloqueada. A la vez, la ausencia total de afecto o la pérdida de identidad puede llevar a las personas hasta extremos de autoaniquilación, como veremos más adelante (Max Neef, 1986).

El desempleo prolongado perturbará totalmente el sistema de necesidades fundamentales de las personas. Debido a los problemas de subsistencia, la persona se sentirá cada vez menos protegida; las crisis familiares y los sentimientos de culpa pueden destruir las relaciones afectivas; la falta de participación dará cabida a sentimientos de aislamiento y marginación y la disminución de la autoestima puede fácilmente

provocar crisis de identidad (Max Neef, 1986). De esta manera, enfrentar sólo las consecuencias más visibles e inmediatas de la pobreza y la salud, cuando éstas ya han producido efectos más profundos en otras dimensiones humanas imposibilitando la participación sostenida de los sujetos mismos en la búsqueda de salidas que resuelvan sus problemas, resulta un paliativo y no una solución integral.

## VIOLENCIA ESTRUCTURAL, POBREZA Y PROBLEMAS DE EMPLEO

Una entrada teórica fundamental para la comprensión del estado de la salud mental de las personas es el de la violencia en todas sus formas y sus consecuencias en el logro del bienestar. Se ha definido como violencia a *«una presión de naturaleza física, biológica o espiritual, ejercitada directa o indirectamente por el ser humano sobre el ser humano que, pasado cierto umbral, disminuye o anula su potencial de realización, tanto individual como colectivo, dentro de la sociedad de que se trate»* (Mac Gregor, 1990). La violencia daña al sujeto en cualquiera de sus dimensiones humanas con repercusiones en su integralidad, en su salud física y en su salud mental.

Consideramos que quienes viven en situación de pobreza y específicamente carecen de empleo o no tienen uno que les permita satisfacer sus diversas necesidades humanas, sufren violencia.

La actividad económica permite a una sociedad producir los bienes y servicios necesarios para la satisfacción de necesidades sociales, familiares e individuales, y la participación en esa actividad económica permite a cada persona producir o tener capacidad de adquirir los bienes y servicios que necesite. Por ello, entendemos como una situación violenta, desde el punto de vista de la economía, aquella que excluye a las personas que necesitan o desean trabajar, la que priva o impide el acceso a bienes y servicios y la que despoja a quien legítimamente detenta los medios adecuados para satisfacer sus necesidades, o bien la que restringe o anula las posibilidades de procurárselas (Vega Centeno, 1985). Existe violencia cuando algunos pueden ejercer el

derecho de ser usuarios eficientes de la propiedad de su fuerza de trabajo y otros están limitados o excluidos. En economía la violencia se expresa en formas de privación, exclusión y despojo (Mac Gregor, 1990).

Si bien la violencia desde el ámbito económico -con sus características excluyentes y generadoras de pobreza y desempleo- es producto de relaciones entre seres humanos, se hace difícil identificar un actor que comete dicha violencia, ya que es más bien el sistema en su conjunto el que la ejerce de manera estructural. En este tipo de violencia, llamada estructural, la presión al ser humano emerge de las formas como se relacionan los seres humanos entre sí, y de las reglas (aceptadas o no) que regulan dichas relaciones.

## **VIOLENCIA ESTRUCTURAL Y RELACIONES DE GÉNERO**

Hay otro tipo de violencia que también emerge de las mismas estructuras de la sociedad y que forma parte de nuestra actual cultura. Constituye deformación aceptada de la vida cotidiana, conducta social legítima. Esto alude a que este tipo de violencia se halla internalizada como correcta en los sujetos que la padecen. Por otro lado, no sólo resulta aceptable socialmente, sino también jurídicamente. Son violencias socialmente pactadas, organizadas y reguladas, es decir, forman parte de la institucionalidad de la sociedad (Mac Gregor, 1990). Las relaciones de género, social y culturalmente construidas, forman parte de este tipo de violencia estructural institucionalizada, aceptada socialmente, con efectos profundos, en muchos casos invisibles, no evidentes de manera directa, en las potencialidades y en el bienestar humano.

El género ha sido conceptualizado como una construcción simbólica que contiene el conjunto de atributos asignados en nuestra sociedad a las personas a partir del sexo. Género no es sólo tener un sexo determinado, sino la valoración que social y culturalmente se le otorga a cada uno, y es a través de esa valoración que se construye la desigualdad social. Las características

asignadas al género son aprendidas y todo lo que es ser mujer o ser hombre, es histórico. Cada criatura que nace tiene que convertirse en mujer o varón. Nuestro sistema de géneros agrupa a los sujetos como cuerpos sexuados en dos géneros, que son el femenino y el masculino, y considera que la pertenencia a cualquiera de esas clasificaciones hace a los sujetos absolutamente diferentes entre sí. La condición de género está organizada en torno a un eje central que es la sexualidad, a partir del cual se construye en cada sujeto un conjunto de cualidades, aptitudes, esquemas y destrezas diferenciadas. Así, las mujeres han sido especializadas en la maternidad y la procreación, en la reproducción de otros seres. Mientras tanto, el varón tendrá el rol de proveedor del ámbito reproductivo, a través de actividades productivas en la esfera de lo público. Su dominio de lo público, lo único socialmente considerado como creativo, le otorga poder frente a las mujeres, seres especializados en la reproducción, en un mundo social y económicamente desvalorizado. Las actividades reproductivas no son consideradas creaciones culturales, pues se considera que todo les fue dado así por la naturaleza (Lagarde, 1992).

Los privilegios de los que han gozado los varones frente a las mujeres a lo largo de la historia han sido una fuente constante de violencia y de opresión femenina. Sin embargo, los varones también sufren de la violencia estructural, a través de la manera misma en que se ha construido el género masculino, con implicancias muy graves para su salud y bienestar en general. El modelo hegemónico de masculinidad provoca incomodidad y molestia en algunos hombres y fuertes tensiones y conflictos en otros, debido a las exigencias que impone. Si bien hay varones que tratarán de alejarse de este referente, esto no resulta muy fácil dado que, así como representa una carga, también les permite hacer uso del poder y gozar de mejores posiciones en relación a las mujeres (Valdés & Olavarría, 1998). Según Kaufman (1997), existe en la vida de los hombres una extraña combinación de poder y privilegios, dolor y carencia de poder.

La internalización del género masculino se iniciará desde el momento en que, apenas identificado el recién nacido como varón por sus

genitales, la sociedad tratará de hacer de él lo que ésta entiende por varón. Se trata de fomentarle unos comportamientos, de reprimirle otros y de transmitirle ciertas convicciones sobre lo que significa ser varón (Marqués, 1997). El proceso de construcción social del género masculino nunca termina, sino que implica el paso por una serie de «pruebas», la mayoría de ellas violentas (Kaufman, 1989), en las que hay que convencer al entorno, principalmente a otros hombres, así como a sí mismo, que se es lo suficientemente hombre, como un atributo que siempre está en peligro de perderse.

Desde la adolescencia, la sexualidad es un campo privilegiado para explorar por dónde va la «hombria». El adolescente que está aprendiendo a ser hombre, experimenta y se juzga a sí mismo en el terreno de la sexualidad, a partir de lo que fantasea sobre lo que pudieran estar pensando de él otros hombres. Sus primeras experiencias están permeadas por la presencia de otro hombre que está juzgando lo que hace o no hace. De la opinión de los demás en torno a su sexualidad, depende su masculinidad (Hernández, 1995).

En el varón adulto se añade otra dimensión en este mismo proceso: la de tener la capacidad de ser proveedor. El empleo y la capacidad de proveer aseguran la condición de adulto al varón, que constituye el condicionante para poder establecer una familia y es la principal fuente de reconocimiento social. El fracaso en conseguir un empleo que sea adecuado a los ojos de los pares puede anular cualquier otra forma de logro personal y hacer que se convierta, ante sí mismo y ante los demás, en un «pobre diablo», es decir, alguien sin valor social alguno (Fuller, 1997). De esta forma, es la opinión de los pares sobre su competencia en ambos campos la que formará su percepción sobre su masculinidad. Vamos a referirnos sólo al segundo campo, es decir a la manera cómo los varones viven, en un contexto de pobreza y extrema pobreza, su capacidad de ser proveedor y las interrelaciones que se desarrollan con su salud en general y su salud mental en particular.

Una preocupación central en el varón adulto es su rol como proveedor, severamente afectado desde principios de la década del 80 por la grave situación económica por la que atraviesan los sectores populares, y principalmente por la falta de empleo y/o la inestabilidad laboral. En la construcción social del género masculino, y en especial en Latinoamérica, para el varón adulto con esposa e hijos es más importante la capacidad de ser proveedor para demostrar su virilidad que el propio ejercicio de la sexualidad. Un hombre adulto y sin trabajo se siente «menos hombre», un «mantenido», y el miedo al ridículo frente a sus pares, así como la pérdida de autoridad frente a su mujer e hijos, lo persiguen y atormentan<sup>1</sup>.

## PROBLEMAS DE EMPLEO Y SALUD MENTAL

Ya anteriormente se han desarrollado diversos estudios sobre la relación entre desempleo, y/o precarias condiciones de empleo, y la salud mental, aunque sin incorporar la perspectiva de género que ayuda a entender mejor el porqué de las profundas heridas que esta situación produce en la salud mental de los varones. Así, en una monografía preparada en 1935 en un pequeño pueblo austriaco, Lazarsfeld permitió poner en evidencia las consecuencias sociales y psicológicas del desempleo.

Los sujetos de su estudio declararon sufrir de ansiedad, insomnio, apatía, irritabilidad, mayor nerviosismo y depresión. El desempleo provocaba también tensiones familiares que tendían a aumentar cuando la compresión financiera era más significativa.

El estudio concluye que el desempleo es nefasto para la salud mental y aumenta los síntomas mentales en un medio desfavorecido. De hecho, el desempleo parece influir en tres planos: trae consigo una pérdida de seguridad material; limita los contactos sociales de los desempleados; y afecta de

<sup>1</sup> Estudios en Colombia (Viveros, 1998), Chile (Valdés & Olavarría, 1998) y México (Vivas, 1993) confirman esta característica de la masculinidad hegemónica y los sentimientos que en los varones adultos latinoamericanos genera la posibilidad de no cumplir con su papel de proveedor.



manera importante la salud mental, ocasionando aburrimiento, pérdida de autoestima, culpabilidad y vergüenza, ansiedad, miedos, cólera, actitudes defensivas, depresión, y puede incluso llevar al abuso de alcohol o drogas y al suicidio (Robichaud, 1994).

En el Perú se han desarrollado también algunas investigaciones sobre las consecuencias de las situaciones de pobreza y desempleo en la salud mental. Así, por ejemplo, en un estudio elaborado en dos barrios pobres del distrito de San Martín de Porres en la ciudad de Lima, se concluye que «el principal estresor en las poblaciones donde se realizó el estudio (*Lampa de Oro*, 53.4%; *Jazmines de Palao*, 99.2%) está relacionado con la carencia material y la falta de empleo» (Jáuregui, 1996).

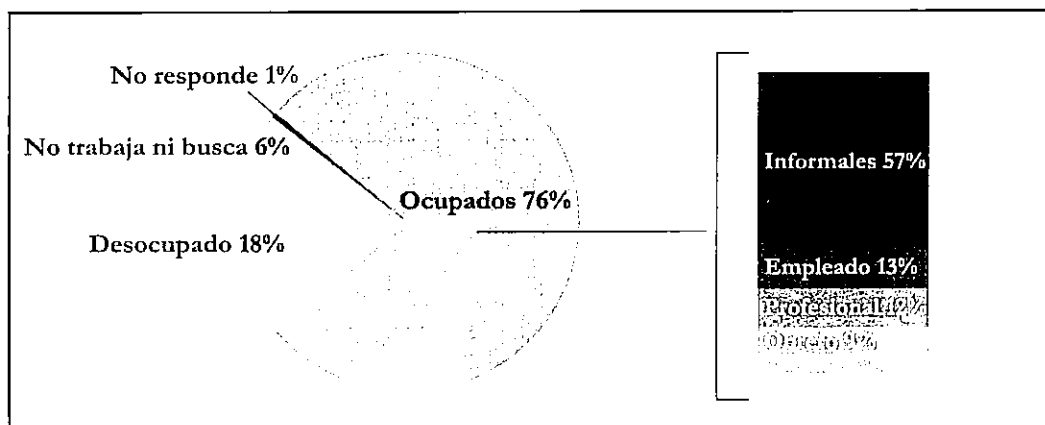
En otro estudio psicoanalítico realizado en zonas pobres del Perú, y en lo que se refiere específicamente a los varones, se concluye que las condiciones extremadamente precarias bajo las cuales se dan los procesos de socialización acentúan aún más los rasgos psicosociales de la conducta masculina. Hablamos de «la tendencia a la negación de los propios sentimientos y a descargar la agresión hacia fuera, con las concomitantes proyecciones y la búsqueda de chivos expiatorios; de la incapacidad de muchos varones de relacionarse empáticamente con los demás y, finalmente, de su orientación por valores («masculinos») como el éxito, la capacidad de logro social... Las extremadamente escasas posibilidades de realización personal de los pobladores conducen a que el intento de estar a la altura de las exigencias internalizadas del sexo

*masculino, generalmente resulte condenado al fracaso. Esto produce en los afectados un debilitamiento en las funciones yóicas y un acrecentamiento aún mayor de las tendencias proyectivas»* (Rodríguez Rabanal, 1995).

En una investigación que acabamos de concluir, que buscaba explorar en las percepciones de los hombres en pobreza y en extrema pobreza de tres ciudades peruanas -Callao, Huancayo e Iquitos- sus necesidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y sus estrategias para satisfacer estas necesidades, los mismos participantes plantearon, entre sus problemas prioritarios, aspectos vinculados a su salud mental (Ramos *et al.*, 2000). La exigencia de explorar la subjetividad de estos varones –a través de sus opiniones, creencias, costumbres, lenguaje y sus valores socialmente compartidos– nos hizo optar por utilizar la técnica cualitativa de los grupos focales<sup>2</sup>. Paralelamente, fue importante tomar en cuenta las características socioeconómicas y demográficas (edad, escolaridad, situación laboral y conyugalidad principalmente) porque nos plantean la diversidad de experiencias que viven los varones. Para ello se diseñó una encuesta, la cual fue aplicada a una muestra representativa de varones adultos de 22 a 50 años (342 encuestas) en las ciudades mencionadas.

En el gráfico siguiente podemos observar el alto nivel de desocupación en las zonas estudiadas, estando el 18% de desocupados muy

#### VARONES ADULTOS EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA DE LAS CIUDADES DE CALLAO, HUANCAYO E IQUITOS, SEGÚN SITUACIÓN OCUPACIONAL, Y OCUPADOS SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN. 2000



<sup>2</sup> Se realizó seis grupos focales, dos en cada una de las ciudades seleccionadas. El número de participantes por grupo estuvo entre 8 y 10 varones.

por encima del promedio de desocupación urbana a nivel nacional (7.6%). Si a esa cifra añadimos a quienes no trabajan ni buscan trabajo, porque probablemente ya perdieron la esperanza de hallarlo, nos encontramos con casi un cuarto del total de hombres adultos en pobreza y en extrema pobreza que no son proveedores. Pero la situación del 57% de quienes declaran estar ocupados es también precaria, pues se ubican en actividades informales, de muy baja rentabilidad, malas condiciones de trabajo y carácter temporal.

Los varones que participaron en todos los grupos focales manifestaron la conexión entre las enfermedades de salud mental y su situación de falta de trabajo y/o inestabilidad laboral:

*Al hombre le ataca la depresión cuando se encuentra sin trabajo, es una enfermedad tremenda que ataca al hombre, entonces ahí viene la desestabilización del hombre porque por medio de ella adquiere los vicios y por medio de los vicios adquiere las enfermedades (...) Todos los que son casados (en el barrio) se enferman de la preocupación, mayormente paran pensando y de ahí proviene el derrame cerebral (...) es bien común en el círculo que yo frecuento escuchar las preocupaciones para que no falte la plata, que no falte trabajo, que la mujer, que los hijos (...) Mayormente los hombres*

*están con la pensadora, paran pensando, preocupados por el trabajo y de ahí viene el derrame cerebral (GF, varones adultos, Callao).*

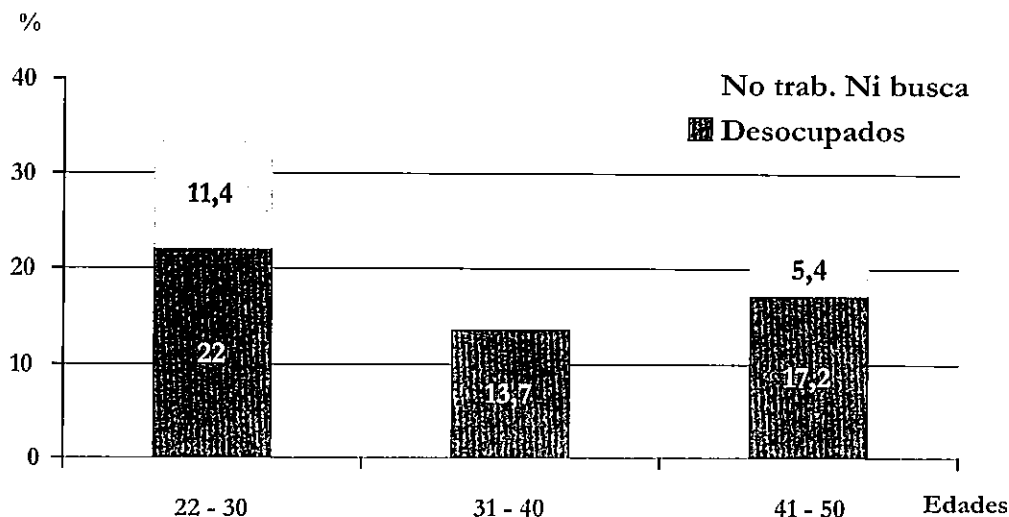
Se manifestaron, igualmente, sobre la competencia laboral necesaria en un mercado que los excluye por su edad:

*Digamos que de la edad de treintaicinco o cuarenta años para arriba, es un aspecto netamente emocional, digamos psicológico porque pasa que estamos viendo la competencia por conseguir trabajo y cuando por ejemplo uno lee los periódicos y dicen que buscan promedio de treinta años, es como que ya estamos ancianos y he notado en mis compañeros de esta edad un estrés emocional, de preocupación, de qué será el futuro, el futuro de tu familia, y es un estado emocional que te hace perder un poco ya esa salud (GF, varones adultos, Callao).*

Es también probable que muchos jóvenes de los sectores populares que por primera vez intentan insertarse en el mercado de trabajo, piensen que nunca podrán trabajar en su vida o que sólo trabajarán en forma precaria.

En la encuesta por muestreo en las tres ciudades estudiadas, precisamente se observa cómo el mayor porcentaje de desempleo se ubica entre las edades más jóvenes y los de más de cuarenta años:

#### VARONES ADULTOS EN POBREZA Y EXTREMA POBREZA DE LAS CIUDADES DE CALLAO, HUANCAYO E IQUITOS, SEGÚN SITUACIÓN OCUPACIONAL, Y OCUPADOS SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN. 2000



Estos varones perciben síntomas de estas enfermedades entre sus pares, las cuales se originan principalmente por esta preocupación al no conseguir trabajo y/o por la inestabilidad laboral. Incluso para algunos de ellos, estas enfermedades pueden deprimir de tal modo a los varones que pueden llevarlos a pensar en quitarse la vida. El fracaso en obtener un empleo que el grupo de pares considere adecuado y prestigioso, puede anular cualquier otra forma de logro personal y convertir al varón en alguien sin valor social alguno:

*Una persona con la preocupación por la falta de empleo, se ve en la esquina todo cabizbajo, no? (...) cuando uno se le busca conversación está destibado, como en otro sitio, trata de buscar un desfogue en el alcohol o en otras drogas (...) tenso, molesto, reniega (...) no te da hambre, estás pensando todo el día (GF, varones adultos, Callao).*

La baja autoestima se considera como un factor de vulnerabilidad en salud mental. Las personas que demuestran una baja autoestima se inclinan a tomar riesgos, a involucrarse en actividades peligrosas para evadirse de sí mismos y de su entorno. La autoestima no cae del cielo. Está en función del medio y de las condiciones de vida en las que evoluciona la persona (Robichaud, 1994). Este es uno de los factores importantes de la depresión que consideramos asociado con el alcoholismo, la toxicomanía, las enfermedades mentales y el suicidio, como vemos en el siguiente testimonio:

*Yo seguía y seguía buscando trabajo, pensando y pensando y me dio como una quemazón en la nuca, quema la cabeza todo el día de pensar qué voy a hacer para salir adelante, no tenía hambre (...) te preocupas por darle de comer a tus hijos, te da manía, los nervios, estás cabizbajo, yo inclusive pensé en matarme (GF, varones adultos, Callao).*

Durkheim, en su famoso trabajo sobre el suicidio, sostuvo que debía haber una correlación entre desempleo y suicidio. Su predicción fue confirmada por las estadísticas de desempleo y las tasas de suicidio registradas en países de Europa Occidental y Norteamérica, que revelaron una correlación positiva entre los dos fenómenos (Desjarlais et al., 1997). En estudios realizados en México se ha determinado que, de cada cuatro

suicidios registrados, más de tres son masculinos (Hernandez, 1989). Aunque el sentido común nos diga que este problema es más común en la mujer, la realidad es que de cada cuatro intentos de suicidio, tres son llevados a cabo por mujeres, mientras que de cada cuatro suicidios consumados, tres de los difuntos son hombres (de Keijzer, 1994). Es muy probable que una de las causas más importantes de los suicidios masculinos sea el sentimiento de haber fracasado como proveedores, lo cual significa no ser reconocido como verdaderos varones entre sus pares.

Las humillaciones cotidianas en medios desfavorecidos aumentan la vergüenza. Ahora bien, esto provoca un sentimiento de inferioridad, de desvalorización, de rechazo que conduce a la pérdida de la autoestima, de la dignidad, del respeto por sí mismo, del amor propio. Un ciclo de auto-inhibición se inicia: la vergüenza de no reaccionar confirma su propia nulidad, hace crecer la humillación y el sentimiento de que se es merecedor de desprecio. Es en este retorno contra sí mismo de los efectos de la miseria que la pobreza llega a ser una cuestión de salud mental. La miseria con frecuencia va acompañada de exclusión a través de la repulsión que provoca: nos alejamos de aquello que nos es aprehensivo; esto contribuye a reforzar los sentimientos de vergüenza, de baja autoestima y a comprometer más la salud mental (Robichaud, 1994). La vergüenza cumple un rol fundamental en la salud mental de los varones y constituye una expresión clave del sentimiento de frustración por no alcanzar los estándares exigidos por la norma en la conformación del género masculino:

*Te sientes opacado, a veces ante las amistades también te da vergüenza por no poder cubrir lo que otro hombre cubre, porque el otro tiene trabajo (GF, varones adultos, Iquitos).*

Según el psiquiatra Willard Gaylin (Citado por Kimmel, 1997), «los hombres se deprimen por la pérdida de posición social y de poder en el mundo de los hombres. No es la pérdida de dinero, o de las ventajas materiales que el dinero puede comprar lo que produce la desesperación que conduce a la autodestrucción. Es la vergüenza, la humillación, el sentimiento de fracaso personal... Un hombre se desespera cuando ha dejado de ser un hombre entre los hombres». En un estudio se

preguntó a mujeres y hombres qué era lo que más temían. Mientras que las mujeres respondieron temer ser violadas y asesinadas, los hombres contestaron que lo que más les asustaba era ser motivo de risa (Kimmel, 1997).

## PROBLEMAS DE EMPLEO, SALUD SEXUAL Y MENTAL

La pobreza y los problemas de empleo (desempleo y subempleo) con sus repercusiones en la salud mental de los varones, tiene también implicancias en otros aspectos de la salud, como es el caso de la salud sexual, el otro pilar clave de la masculinidad.

Tal como se vio anteriormente, la depresión y las preocupaciones laborales son problemas de salud muy presentes entre los varones. Estos problemas se consideran causas muy importantes para la presencia de las disfunciones, principalmente la impotencia:

*Yo tengo entendido que (la impotencia) es por derrame, por estrés, por preocupación (GF, varones jóvenes, Callao)*

*...a veces es por el problema de falta de trabajo, no? Tu pareja quiere estar contigo, tu estás preocupado, tratas de complacerla pero no logras porque estás preocupado (...) también te da cuando llegas cansado de buscar chamba, tratas de satisfacer a tu pareja y te sientes impotente de no poder satisfacer por completo porque estás cansado y preocupado (GF, varones adultos, Callao).*

Estas situaciones de disfunción en general son, para estos varones, causa de profundas depresiones y tienen implicancias negativas en la salud mental. Su presencia provoca el deterioro en las relaciones de pareja, el incremento de la violencia contra la mujer y los hijos y, en general, moviliza inseguridades en su salud y en su desempeño como hombre:

*Uno se siente mal de tener una demora en la erección, son cosas que nos suceden naturalmente, pero vamos a lo que nos sucede dentro de nosotros, en lo psicológico, me siento mal, me deprimó (GF, varones adultos, Huancayo).*

*... también cómo afecta esto en lo familiar, ya no es lo mismo, no tengo la misma conversación, de repente me convierto en una persona renegona, violenta, que no quiero saber nada con nadie (GF, varones adultos, Callao).*

En algunos estudios desarrollados en diversos lugares de América Latina se ha encontrado que los contextos familiares de mayor violencia física eran aquéllos en los que la mujer se hacía responsable de la manutención del hogar estando presente el marido. Al parecer, al sentirse fracasados en su papel de proveedores, los maridos reafirmaban su autoridad utilizando la violencia como último recurso (García, 1995). Peor aún, cuando sienten que no funcionan como seres sexualmente activos y con iniciativa permanente, la otra característica básica de la masculinidad, es muy probable que la espiral de la violencia se eleve.

En términos generales, los varones consideran que las disfunciones sexuales con sus múltiples causalidades les ocasionan problemas que exceden el ámbito sexual para abarcar toda la vida del sujeto. La presencia de cualquiera de estas situaciones es motivo de temor y angustia entre los varones. El no poder cumplir con este desempeño sexual «correcto» del varón los descalifica como tales no sólo en la intimidad sino en todos los otros espacios en los que el varón interactúa.

## CONCLUSIONES

Los hombres, en el estudio desarrollado por nosotros, han planteado sus necesidades de manera integral, es decir su salud sexual y mental como un todo que se retroalimenta. Todo esto se sustenta en condiciones materiales de vida y, a la vez, cualquier dificultad en alguna de ellas repercute en el conjunto.

En nuestra realidad latinoamericana, donde los hombres tienen cada vez menos posibilidades de insertarse adecuadamente en el mercado laboral, los varones se enfrentan a la crisis de no poder afrontar estas expectativas sociales, lo cual lleva a situaciones de frustración, depresión y vergüenza ante algo que consideran un «fracaso personal» y que puede llevarlos a la

violencia hacia los otros, principalmente hacia sus parejas, e incluso a la autodestrucción (de Keijzer, 1994). El estado de depresión y estrés que manifiestan los varones de los sectores populares —o, en sus propias palabras, la «pensadora» por no poder cumplir con estos imperativos de proveedor en un contexto de pobreza y extrema pobreza— tiene profundas implicancias, según sus testimonios, en su sexualidad, en la manera como viven la masculinidad, en su salud física y mental, y en conjunto en su bienestar. Con esto no se ha pretendido hacer una relación de causa — efecto, pues el estado de salud sexual y mental es resultado de múltiples condicionantes, sino explorar en la subjetividad de los varones, en el sentido y significado que ellos asocian a sus conductas y problemas.

La violencia estructural es sufrida por los varones de los sectores populares desde dos vertientes, la pobreza y la manera como la sociedad ha organizado y legitimado en la conciencia social los roles por género, los cuales se retroalimentan y componen un espiral destructivo de la salud mental masculina. Mayormente, se ha evidenciado a la mujer como el sujeto que más sufre dicha violencia desde ambas vertientes señaladas, incluyendo la violencia directa ejercida por los varones contra ellas, lo cual es muy cierto. Pero, este mundo que entraña poder y privilegios relativos a los hombres, tiene un alto costo también para ellos, causando dolor, aislamiento y alienación (Kaufman, 1997). Esta experiencia contradictoria abre posibilidades de cambio mediante una educación, desde la primera niñez, de mayor equidad entre hombres y mujeres, que cuestione lo asumido como natural y que enseñe a compartir roles en todos los ámbitos de la vida pública y privada.

Más, lo anterior por sí solo no basta, pues el avanzar en relaciones más equitativas de género en un contexto de pobreza ayudaría, ciertamente,

a hacerla más llevadera en algunos casos y, en otros, a enfrentarla en mejores condiciones; pero la subsistencia de condiciones precarias de vida limita el ejercicio de derechos y en general el desarrollo humano, manteniéndose de esta forma como fuente de constantes frustraciones.

Existe un reclamo, por parte de la mayoría de varones de sectores populares urbanos, de servicios de atención integral de salud con prestadores especializados en resolver problemas de salud física y mental propios de los varones (Ramos *et al.*, 2000). Esta demanda es legítima, ya que no ha habido preocupación del sector salud en atender a este segmento poblacional en sus necesidades específicas, lo que ayudaría, sin duda, a paliar el grave problema de la salud mental. Sin embargo, dadas las actuales circunstancias de crisis económica generalizada, es decir, dada la magnitud del problema, no podemos seguir pensando sólo en patologías individuales. Debemos necesariamente reconocer la existencia de patologías colectivas de la frustración producto de estructuras sociales violentas, para las cuales los tratamientos individuales han resultado hasta ahora no del todo eficaces (Max Neef *et al.*, 1986).

Los problemas en la salud mental como consecuencia de la situación de pobreza, de desempleo y/o subempleo, deberán ser enfrentados en sus raíces con modificaciones fundamentales en la estructura socioeconómica. No obstante, los cambios individuales que se logren a través de transformaciones en la manera de vivir la masculinidad, en las relaciones de género y en la atención integral en los servicios de salud, podrán crear las condiciones para que quienes sufren la violencia estructural se transformen en parte de la solución, mediante una participación más creativa en las diversas organizaciones de la sociedad civil e instituciones políticas, y contribuyan en los procesos de cambio social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- de Keijzer, B. (1994). «Morir como Hombres. La enfermedad y la muerte masculina desde una perspectiva de género». Ponencia para el Seminario de Masculinidad. PUEG / UNAM. México, agosto.
- Desjarlais, R. *et al.* (1997). *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington D.C.: OPS.
- Fuller, N. (1997). *Identidades Masculinas*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- García, B. (1995). «Dinámica Familiar y Calidad de Vida». V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, 5-9 de junio.
- Hernández Meijueiro, J. C. (1995). «Sexualidad Masculina y Reproducción. ¿Qué va a decir papá?». Coloquio Latinoamericano sobre Varones, Sexualidad y Reproducción. Zacatecas – México, 17-18 de noviembre.
- Hernández, H. (1989). *Las Muertes Violentas en México*. México D. C.: CRIM – UNAM.
- Jáuregui, H. (1996). Salud Mental y Pobreza en Asentamientos Humanos de San Martín de Porres. En: *Anales de la Salud Mental*, 12 (1 y 2). Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.
- Kaufman, M. (1989). *Hombres. Placer, poder y cambio*. Santo Domingo: CIPAF.
- \_\_\_\_\_ (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres, N° 24.
- Kimmel, M. (1997). Homofobia, Temor, Vergüenza y Silencio en la Identidad Masculina. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres, N° 24.
- Lagarde, M. (1992). «Identidad de Género». Curso ofrecido en el Centro Juvenil «Olof Palme». Managua – Nicaragua, 25-30 de abril. OCSO-OIT-OPS-AOS. (Mimeo).
- Mac Gregor, F. *et al.* (1990). *Marco teórico y conclusiones de la investigación sobre violencia estructural*. Lima: APEP.
- Márquez, J-V. (1997). Varón y patriarcado. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres, N° 24.
- Max-Neef, M. *et al.* (1986). Desarrollo a Escala Humana. Una Opción para el futuro. *Development Dialog*. Número especial 1986. Santiago de Chile: Cepaur – Fundación Dag Hammarskjöld.
- OPS. (1983). *Dimensiones Sociales de la Salud Mental*. Publicación Científica N° 446. México: OPS.
- Ramos, M., Chitinos, J., Vásquez, E. (2000). «Los hombres y la Salud Sexual y Reproductiva: Perspectiva de los hombres y de los proveedores de servicios. Identificación de necesidades». Lima: UPCH – UNFPA – MINSAL. (Inédito).
- Robichaud, J-B., Guay, L., Colin, C. & Pothier, M. (1994). *Les Liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion et l'équité*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Rodríguez Rabanal, C. (1995). *La Violencia de las Horas. Un Estudio Psicoanalítico sobre la Violencia en Perú*. Lima: Nueva Sociedad.
- Valdés, T. & Olavarría, J. (1998). Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo un mismo modelo. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO – UNFPA.
- Valdés, T., Olavarría, J. & FLACSO - Chile. (1998). «Los estudios sobre masculinidades en América Latina: Cuestiones en torno a la agenda internacional». Simposio sobre participación masculina en la salud sexual y reproductiva: nuevos paradigmas. Oaxaca, México.
- Vivas, M. W. (1993). «Del lado de los hombres. Algunas reflexiones en torno a la masculinidad». Tesis de licenciatura en etnología. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México D.F.
- Viveros, M. (1998). Quebradores y cumplidores: biografías diversas de la masculinidad. En: Valdés, T. & Olavarría, J. (Eds.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO – UNFPA.
- Vega Centeno, M. *et al.* (1985). Violencia y Pobreza: Una visión de conjunto. En: *Siete Ensayos sobre la Violencia en el Perú*. Lima: Fundación Friedrich Ebert – Asociación Peruana de Estudios e Investigaciones para la Paz. 2ª ed.

# VIII

MODELOS ETNOMÉDICOS, MEDICINA TRADICIONAL Y PRÁCTICAS ALTERNATIVAS





## INTRODUCCIÓN

### SISTEMAS EXPLICATIVOS SOBRE EL CUERPO Y LA SALUD E INTERVENCIONES EN SALUD REPRODUCTIVA

---

*Carmen Yon L.\**

---

Durante la segunda mitad de los 90, se han desarrollado en el Perú al menos una decena de estudios<sup>1</sup> que abordan como tema central o complementario los sistemas explicativos y las prácticas de salud reproductiva de las mujeres de diversas culturas y etnias del Perú. La mayoría de estas investigaciones ha tenido como propósito incorporar las perspectivas de las mujeres rurales del ande y la amazonía en el diseño e implementación de las intervenciones de salud reproductiva, siendo uno de sus principales objetivos comprender desde una perspectiva émica sus teorías, concepciones y conocimientos sobre el cuerpo y la salud. Estos estudios han abarcado, entre otros aspectos: la etiología de las enfermedades, las diferentes partes del cuerpo y su funcionamiento durante los procesos reproductivos y el modo en que se producen y explican los problemas asociados con éstos.

En esta ponencia no vamos a dar cuenta del impacto de las investigaciones realizadas en las políticas y programas, pues se carece de elementos suficientes para ello o se trata de iniciativas aún no concluidas. Nuestra finalidad es problematizar, a la luz de los resultados de los estudios, algunos de los supuestos que suelen estar presentes en los modelos de intervención y los discursos hegemónicos dirigidos a mejorar la salud reproductiva de la población de las zonas rurales, especialmente de las mujeres. Estos supuestos ponen especial énfasis en la falta de conocimientos biomédicos de la población y en las brechas culturales que la separan del sistema oficial de salud para explicar las razones por las cuales no acude a los servicios de salud. La vigencia de estas ideas habría cobrado mayor fuerza debido a que en los últimos años se ha hecho esfuerzos importantes por mejorar la cobertura y la capacidad operativa de los servicios de salud sin haber logrado necesariamente un incremento de la demanda en las zonas más pobres.

---

\* Socióloga. Asesora de Investigación del Proyecto ReproSalud del Movimiento Manuela Ramos. E-mail: cyon@manuela.org.pe

<sup>1</sup> Entre ellos se encuentran: Gárate *et al.* (1995, 1998), Movimiento Manuela Ramos (1996-2000), Larmé (1998), Dierna *et al.* (1999), Anderson (1999), Fuller (1998), Díez (1998), Yon (2000), Anderson (2001).

## REPROSALUD Y LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE SE BASA ESTE TEXTO

Estando convencidas de la importancia de los supuestos mencionados, pensamos que los estudios realizados nos permiten identificar de manera más precisa los términos en los que se dan las denominadas «brechas culturales» y el peso que éstas tienen en el acceso a los servicios de salud, lo que tiene consecuencias tanto a nivel de los conocimientos que se maneja sobre el tema, como en el diseño de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Los estudios en mención evidencian la necesidad de no focalizar nuestra mirada sólo en la población, sino también en considerar como objeto de estudio a los proveedores y el sistema de salud oficial, así como a las relaciones que aquéllos establecen con la población y otros sistemas de salud locales.

Los objetivos de esta ponencia son dos: a) realizar una suerte de balance de los resultados de los estudios realizados por Manuela Ramos a través del proyecto ReproSalud en comunidades andinas sobre los sistemas explicativos de las mujeres quechuas y aymaras y su relación con el sistema de salud oficial; y b) retomar algunas reflexiones de los debates sobre ciudadanía para analizar las implicancias de estos hallazgos respecto a la intervención en salud reproductiva en contextos culturalmente diversos y de exclusión social.

El texto está dividido en cuatro partes: La primera parte está dedicada a aspectos metodológicos y a una muy breve presentación del proyecto. En la segunda parte reseñamos los aportes de los estudios referidos. En la tercera parte evidenciamos la existencia de otros aspectos, adicionales a las denominadas brechas culturales, que median de modo importante en el acceso de las mujeres a los servicios del sistema de salud oficial. La cuarta parte contiene las conclusiones de la ponencia y propone algunos elementos para una re-lectura de los hallazgos de los estudios sobre sistemas explicativos en un marco del reconocimiento del ejercicio de los derechos ciudadanos de personas y pueblos culturalmente distintos.

El proyecto Salud Reproductiva en la Comunidad (ReproSalud) es un convenio entre el Movimiento Manuela Ramos, la ONG Alternativa y USAID, que se viene implementando en el Perú desde 1995. Es una iniciativa innovadora en el ámbito de la salud y los derechos reproductivos, que busca promover mejoras en la salud reproductiva de las mujeres rurales y periurbanas a través del empoderamiento individual y colectivo. Enfoca su trabajo en aquellos aspectos estructurales que impiden la utilización de servicios y otras intervenciones en salud, dentro de los cuales se ubican las inequidades de género y la falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones reproductivas, así como las distancias y jerarquías culturales y sociales entre las mujeres y los servicios de salud. Esta aproximación potencia y complementa las estrategias de provisión de servicios que están siendo llevadas a cabo por el Ministerio de Salud, organizaciones no gubernamentales y otras agencias donantes. Asimismo, aporta a la implementación de los acuerdos de las Conferencias del Cairo y Beijing, relativos al empoderamiento de las mujeres y al logro de la equidad de género (Feringa, 1997). Se ha implementado en 91 distritos de 8 departamentos de la sierra y selva del país e involucró hasta agosto de 2001 a más de 80 mil mujeres y 40 mil varones.

La información contenida en este documento proviene fundamentalmente de 185 autodiagnósticos en salud reproductiva realizados por 3,100 mujeres quechuas y aymaras, las cuales pertenecen a las organizaciones comunitarias de base contrapartes del proyecto ReproSalud en cuatro departamentos de la sierra del Perú: Puno, Ancash, Ayacucho y Huancavelica. Los autodiagnósticos son procesos de investigación participativa que permiten generar conocimientos sobre la vida y la salud reproductiva de las mujeres desde sus propias lógicas de pensamiento. A la vez, son procesos educativos que promueven que las mujeres de las organizaciones comunitarias de base ejerciten y desarrollen sus capacidades para reflexionar, expresarse y tomar decisiones acerca de los problemas que consideran más

importantes. Se realizan en cinco sesiones con grupos de 15 a 25 mujeres. Se emplea, de modo creativo, un conjunto de técnicas cualitativas y participativas, las mismas que se desarrollan en plenarios y en grupos pequeños de mujeres (5 a 6 participantes). En la primera sesión se busca generar una reflexión sobre la vida de las mujeres de la comunidad, para lo cual se solicita a las mujeres que elaboren, en grupos, la historia de una niña que nace en la comunidad, desde su nacimiento hasta su vejez. Asimismo, se busca identificar sus conceptos de bienestar y salud, trabajando en plenaria la pregunta: «¿cómo es una mujer feliz?». La segunda sesión se propone conocer las concepciones y conocimientos de las mujeres sobre los procesos de salud reproductiva (menstruación, embarazo, parto, menopausia). Se les solicita a las mujeres que reflexionen y describan los procesos reproductivos, incluyendo sus experiencias, conocimientos y concepciones sobre anatomía y fisiología. Para que las mujeres reflexionen y expresen gráficamente sus concepciones sobre los procesos fisiológicos de su cuerpo, se realiza un ejercicio que consiste en dibujar los órganos y procesos en un chaleco de papel o una camiseta de algodón. En la tercera sesión se busca que las mujeres reflexionen sobre sus problemas de salud reproductiva, los identifiquen y seleccionen, de acuerdo al criterio de frecuencia. Con esta finalidad se elabora una lista en base a sus experiencias que luego es completada por medio de una consulta a la comunidad (cada una de las participantes del autodiagnóstico pregunta a varias vecinas y parientes). Finalmente, se reúnen en grupos para profundizar sobre las características y tratamientos de los problemas de salud reproductiva más frecuentes. En la cuarta sesión, las mujeres, reunidas en grupos, analizan los cinco problemas más frecuentes de acuerdo a su nivel de gravedad. Luego, mediante votación individual, seleccionan cuál de todos ellos consideran como más importante y desean enfrentar con el apoyo de ReproSalud. En la quinta y última sesión, las mujeres expresan sus experiencias y conocimientos acerca del problema seleccionado y cómo lo enfrentan. Con este propósito, las mujeres, reunidas en plenaria, elaboran un árbol, donde el tronco representa el problema, las raíces las causas y los frutos las

consecuencias del mismo. Finalmente, se dividen en grupos y elaboran un mapa donde indican las rutas y recursos que utilizan para enfrentar el problema.

También incluimos en este documento algunos de los resultados de los estudios cualitativos complementarios a los autodiagnósticos que se realizaron en el marco de ReproSalud para profundizar y cubrir la agenda de investigación que éstos nos plantearon. Estos estudios fueron: «Salvarse o no salvarse, embarazo, parto y puerperio y complicaciones asociadas» (Diez, 1998); «Significados y prácticas sobre los descensos vaginales» (Fuller, 1998); «Preferencias Reproductivas y Anticoncepción: hablan las mujeres andinas» (Yon, 2000); «Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y los prestadores de salud» (Anderson, 2001).

Hacemos además referencias puntuales a investigaciones llevadas a cabo por otras personas e instituciones, que desde similares o diferentes perspectivas, abordan la salud sexual y reproductiva en comunidades rurales del área andina.

## SISTEMAS EXPLICATIVOS ANDINOS Y BIOMEDICINA

Las explicaciones de las mujeres sobre lo que significa estar sana y sus problemas de salud reproductiva dan cuenta de una «teoría del cuerpo» en la que podemos encontrar algunos factores constantes que serían diferentes y a veces opuestos a los de la biomedicina (lo que no niega su coexistencia). Esta teoría del cuerpo se caracteriza por una visión holística de la salud o totalizadora del mundo, la cual involucra la relación con el grupo social, con la naturaleza y con lo sobrenatural, e incluye lo fisiológico y psicológico; la noción de multicausalidad etiológica fuertemente influenciada por la relación con lo sobrenatural y la organización de la vida social y económica de las familias rurales en un contexto de pobreza, así como por la búsqueda de equilibrio térmico y de los fluidos esenciales del cuerpo, como la sangre.

Sin embargo, el sistema médico andino se revela como crecientemente ecléctico (Anderson, 2001), siendo evidentes las huellas de su coexistencia con el sistema biomédico y las instituciones públicas o privadas portadoras de otros sistemas explicativos (escuela, ONGs, etc.). Esto ocurre en el contexto de un largo periodo de convivencia de la cultura andina y la cultura urbana, criolla o «mestiza». Los intercambios culturales, préstamos y sincretismos han sido favorecidos por la migración interna, la diversificación de actividades económicas alternas al trabajo agrícola en la unidad doméstica, la expansión de los medios de comunicación, los servicios educativos y de salud, la presencia de proyectos de desarrollo de diversa índole en áreas rurales, entre otros factores.

Aproximarnos a los sistemas explicativos de las mujeres andinas nos ha remitido así a sus interacciones con el sistema biomédico, ya que no hallamos sistemas de explicación «puros», sino más bien una combinación de elementos de ambos, los cuales muchas veces son difíciles de distinguir como propios de uno u otro sistema. Especialmente en lo que respecta a la anticoncepción, el embarazo y el parto, se ha introducido conocimientos y términos biomédicos. Hay algunos conocimientos del sistema biomédico que tanto mujeres como varones andinos ya poseen y manejan adecuadamente (según este sistema). En las pruebas de conocimientos que se aplicaron hasta abril del 2001 en el proyecto ReproSalud, encontramos que en el pre-test (antes del inicio del proceso educativo), las mujeres obtuvieron un promedio de 34 puntos sobre 100 respecto al tema de la «regla blanca» (descensos); de 31 puntos en el caso del tema de «muchos hijos» y anticoncepción; y de 51 puntos en el caso del tema del embarazo, parto y puerperio, siendo éste el que más conocen. Sus parejas obtuvieron, en promedio, calificativos ligeramente mayores en el caso de la regla blanca (44) y en el tema de muchos hijos y anticoncepción (45), aunque un poco menores en el caso del embarazo, parto y puerperio (46 puntos).

Sin embargo, esta incorporación de conocimientos de la biomedicina se da

también de una manera bastante variada y no siempre se evidencia una apropiación de ellos. Así, el estudio de Diez (1998) muestra que en relación al embarazo, parto y puerperio hay una mezcla de conocimientos de ambos sistemas, muchas veces poco coherente, siendo las fuentes de información también diversas: la familia, los parteros y especialistas tradicionales, la capacitación de múltiples ONGs o el Ministerio de Salud, las amigas y amigos en el colegio, los maestros o la televisión. De modo similar ocurre con la explicación de la concepción y la anticoncepción, como veremos en el siguiente acápite.

De otro lado, no existe una homogeneidad sino, por el contrario, pueden apreciarse múltiples variantes en los sistemas explicativos, lo que estaría relacionado con la poca consolidación de un sistema explicativo común. Esto último sería expresión de un panorama cambiante, el cual varía según las heterogeneidades entre las mujeres andinas y las situaciones que ellas enfrentan (Diez, 1998; Yon, 2000; Anderson, 2001).

A continuación abordaremos cómo se expresan estos sistemas explicativos y sus nexos con el sistema biomédico respecto a dos problemas de salud reproductiva considerados como prioritarios por las mujeres que participaron de los autodiagnósticos realizados en el marco del proyecto ReproSalud: la «regla blanca» (descensos vaginales) y «los muchos hijos». Ambos problemas fueron seleccionados como los más importantes por un número mayor de organizaciones de base en las 185 comunidades quechuas y aymaras donde se realizó autodiagnósticos (38% en ambos casos), mientras que los problemas relacionados con el embarazo y el sufrimiento en el parto (20%) se ubican en tercer lugar. Es importante señalar que las mujeres establecen estrechos nexos entre los tres problemas de salud que consideran prioritarios (tener «muchos hijos», regla blanca y sufrimiento en el parto). Así, tener muchos hijos es una causa de sufrimiento en el parto porque debilita la «madre» o útero y el sufrimiento en el parto puede provocarles regla blanca, debido a que la matriz se maltrata.

## LA ANTICONCEPCIÓN: ¿CUAL SERÁ UN MÉTODO BUENO PARA NOSOTRAS?

La planificación familiar y la anticoncepción son conceptos que están presentes en la lógica de las mujeres que participaron de los estudios; la mayor parte de ellas señala que el tener «muchos hijos» se debe a la ausencia de planificación familiar, mientras que una minoría refiere causas externas a su voluntad y control, como la voluntad divina o mandatos culturales (Yon, 2000). No obstante, una de las principales razones por las que no acceden a los denominados métodos anticonceptivos «modernos», se encuentra asociada a procesos que entran en contradicción con el concepto de bienestar de las mujeres quechuas y aymaras: la introducción de una sustancia o cuerpo extraño (como en el caso de los dispositivos intrauterinos); la interrupción del curso normal de un proceso fisiológico que tiene una función específica para asegurar la salud (en tanto se considera que el flujo menstrual permite la limpieza del cuerpo); la destrucción de la *semilla* del varón y/o de la mujer en su interior asociada a la putrefacción de *su interior* y al cáncer; las molestias o enfermedades asociadas a los métodos «modernos» que limitan el desarrollo de sus labores cotidianas e incluso las pondrían en riesgo de muerte.

Es importante señalar que si bien la explicación de las mujeres sobre las consecuencias negativas en su salud de los métodos anticonceptivos «modernos», está permeada fuertemente por sus sistemas explicativos, también incorpora y reinterpreta términos y conceptos del sistema de explicación biomédico o del discurso que el personal de salud (con una formación biomédica) emplea con ellas. Así, la idea de la destrucción de las semillas debido al uso de inyecciones, píldoras o T de cobre es constantemente atribuida a proveedores(as) de los servicios de salud oficiales, quienes podrían estar simplificando los mecanismos de acción de los métodos «modernos» y terminarían, sin proponérselo, generando mayores temores a las mujeres.

Una segunda razón por la que las mujeres expresan que no usan métodos «modernos» es la oposición de sus esposos debido al temor a la infidelidad y a sus efectos en la salud de las

mujeres. Sin embargo, las mujeres no asumen siempre de modo pasivo las imposiciones o desacuerdos de su pareja. Esto depende de su propio convencimiento para el uso de métodos y de los recursos que posean para llevar adelante sus decisiones, sea persuadiendo a su esposo o actuando por su propia cuenta a escondidas de él. En varios casos, las mujeres aparecen tomando decisiones sobre el uso de la inyección, la T de cobre e incluso la ligadura de trompas, al margen y pese a la oposición del esposo. Las mujeres que tienen mayores certezas acerca de los efectos que tendrán los métodos anticonceptivos sobre su salud, asumen con menos temores el uso de métodos «modernos» y se encuentran en mejor posición para hacer efectivas sus preferencias frente a la oposición de su pareja.

De otra parte, la preferencia de las mujeres por el método del *ritmo* expresada en las encuestas de demografía y salud se ve corroborada en los estudios realizados, pero se aporta nuevos elementos para comprender las razones de su ineficacia en relación a los deseos de las mujeres de «cuidarse». La ineficacia del ritmo se ha asociado mayormente a la imposición de los deseos sexuales del varón en el marco de relaciones de género inequitativas; se ha prestado, sin embargo, poca atención a un aspecto que evidencian los estudios sobre sistemas explicativos: el hecho de que las mujeres y sus parejas usan el método del ritmo «al revés», debido a la fuerte asociación entre la menstruación y el periodo fértil («días de peligro»). La información obtenida en los autodiagnósticos es corroborada por la encuesta de la Línea de Base, donde el 41% del total de usuarias del *ritmo*, señala que su periodo fértil se encuentra cercano a la menstruación, mayormente después de la «regla» (35%) y en algunos casos antes o durante la menstruación. Esta cifra es más alta en Puno (departamento sur andino), donde alcanza a alrededor del 55% de las usuarias, tanto en la zona aymara como quechua. Se considera que la sangre de la mujer porta o constituye en sí la sustancia fértil de la mujer que contribuye a la formación del nuevo ser en la concepción. Se menciona que la sangre de la menstruación ejerce una función de limpieza de su cuerpo y queda aquella sangre («buena») de la que se forma el bebe. A la vez, se concibe la

menstruación como un momento en que el cuerpo se abre y, por lo tanto, permite el ingreso de la semilla o sustancia fértil masculina.

### «LA REGLA BLANCA» (DESCENSOS VAGINALES): VISIBILIZANDO UN PROBLEMA

El descubrimiento y comprensión de problemas de salud reproductiva prioritarios para las mujeres como la «regla blanca», que no aparecían en el escenario de la salud pública y, menos aún, en el de las prioridades trazadas para las zonas rurales, es otro de los resultados de los estudios cualitativos orientados a conocer y entender las necesidades y los propios sistemas explicativos de las mujeres. Los estudios de prevalencia realizados posteriormente a los primeros autodiagnósticos con mujeres de organizaciones comunitarias contrapartes del proyecto ReproSalud<sup>2</sup>, que no son consideradas como grupos típicos de riesgo, presentan altos porcentajes de Infecciones del Tracto Reproductivo (ITR), encontrándose vaginosis bacteriana en 40.8% de los casos (escala de Nugent), tricomoniasis en 16.5%, cervicitis micropurulenta en 29%, infección por clamidia en 6.8%, sífilis en 2.8% y gonorrea en 1.2% (Mov. Manuela Ramos / U. de Washington / USAID, 2000).

Para las mujeres andinas la «regla blanca» es una enfermedad que consiste en la presencia de descensos vaginales molestos y muchas veces con mal olor, asociados a un conjunto de síntomas que varían, como ardor, picazón e irritación en los genitales, dolor al orinar y al tener relaciones sexuales, heridas en los genitales, dolores e inflamación del «vientre» (aludiendo a la zona del cuerpo donde se encuentran sus órganos reproductores), escalofríos, quemazón de los pies, fiebre, dificultad para caminar, dolor de

cintura y de todo el cuerpo (que entra hasta los huesos). Así, la regla blanca estaría aludiendo a ITR pero, al parecer, también a síntomas asociados a infecciones urinarias (Movimiento Manuela Ramos, 1997). El descenso sería un producto de la «inflamación» o irritación –y en estados más graves, «infección» que puede terminar en cáncer– de la matriz, los ovarios y en algunos casos también de la vejiga y los riñones. La infección se relaciona con tener los órganos malogrados, podridos, con pus. Las causas de la «regla blanca» se relacionan con el sistema humoral, los golpes del esposo o producto de caídas, la higiene y el contagio, las cuales están a su vez vinculadas con las condiciones en que desempeñan cotidianamente sus roles de género en la casa y en la chacra, con los problemas de salud reproductiva que enfrentan (sufrimiento en el parto, sobreparto, prolapso, etc.) así como con las pocas posibilidades de tomar decisiones respecto a cuándo y cómo tener relaciones sexuales y de evitar el maltrato de su pareja. A su vez, la regla blanca tiene como consecuencia inhabilitarlas para cumplir con sus responsabilidades cotidianas, siendo además motivo de vergüenza y rechazo de parte de su pareja. De este modo, la regla blanca no es sólo una prioridad para las mujeres por la posibilidad de provocarles la muerte (por su asociación con el cáncer), sino porque afecta significativamente su capacidad de trabajo, su autoestima (el tema de la vergüenza frente a su pareja y los proveedores de salud es central) y las relaciones con su entorno inmediato. Se considera que es una enfermedad a la que están expuestas todas las mujeres y puede ser crónica, en tanto comparten similares condiciones de vida y se ubican en relaciones de género inequitativas.

Es importante señalar que el concepto de «cáncer» habría sido tomado del sistema biomédico, pero se hallaría resignificado, aludiendo fundamentalmente a una enfermedad

<sup>2</sup> El estudio se realizó entre diciembre de 1997 y junio de 1998 en zonas rurales de los departamentos de Ayacucho, Ancash, Huancavelica, La Libertad, Puno, San Martín y Ucayali. Involucró a 754 mujeres, quienes respondieron un cuestionario y se realizaron un examen pélvico estandarizado. Se colectó fluido vaginal para medición de pH, examen microscópico, coloración de Gram y cultivo para *Trichomonas vaginalis*; moco endocervical para coloración de Gram y prueba de reacción de cadena polimerasa para infección por clamidia y gonorrea; sangre para serología para sífilis; y frotis cervical para citología.

grave que puede causar la muerte y se expresa en el pudrimiento de sus órganos internos. La asociación entre descensos y cáncer, si bien se expresa en una consistente lógica de inflamación y pudrición interna en el sistema explicativo de las mujeres, requiere ser explorada en el discurso biomédico y en el de quienes serían sus voceros autorizados en las comunidades rurales, ya que se trata de una constante tanto en las comunidades andinas como en las amazónicas, donde es posible que se haya resignificado. Asimismo, la identificación de la higiene como una causa de la regla blanca coincide con el discurso de los prestadores de salud entrevistados en el estudio complementario de calidad de atención realizado por Anderson (2001).

### ASPECTOS POCO TRABAJADOS

Un aspecto poco trabajado en los estudios en mención, así como en los otros que listo en la primera página, es el análisis del cuerpo como metáfora de las relaciones y el ordenamiento social. A decir de Douglas (1982), el cuerpo es una forma simbólica poderosa, en tanto que es una superficie sobre la que se inscriben las reglas, las jerarquías y los conceptos. Excepciones son el estudio de Larmé (1998) realizado en el sur andino, el cual analiza las relaciones entre el sistema de género y las concepciones etnomédicas, llegando a la conclusión de que éstas simbolizan y refuerzan las inequidades de género. Otra excepción es el trabajo sobre narrativas de aflicción desarrollado por Anderson (2000), el cual analiza las dolencias de diferentes partes del cuerpo de las mujeres como metáforas que expresan procesos y relaciones sociales, y/o un intercambio entre el cuerpo y el mundo natural o espiritual del entorno.

Otra limitación de los estudios sobre sistemas explicativos, es el escaso abordaje crítico de las teorías, significados y prácticas de la biomedicina (y de quienes serían los portadores de sus sistemas explicativos) en tanto, como señala Mishler (1981), es también una «subcultura con sus creencias institucionalizadas, valores y prácticas». Ello se debería fundamentalmente al cuestionable supuesto de que ya existe conocimiento sobre ella y que su validez universal se encuentra debidamente

sustentada. Uno de los pocos estudios que indaga por los modelos explicativos de los proveedores de salud es el citado estudio de calidad de atención de Anderson (2000), el cual muestra que los proveedores de salud en las áreas rurales andinas se sirven no de lo biológico, sino del mundo social y relacional de los pobladores rurales para elaborar muchas de sus explicaciones acerca de las causas de sus problemas de salud. Algunos de ellos habrían sido impactados por las diferencias que perciben entre su forma de vida y la de las personas de la comunidad, siendo el contacto con ellos traumático en algunos casos. Quizá ésta sería la razón por la que hacen grandes esfuerzos por usar su conocimiento del entorno para explicar los problemas de salud. Un resultado interesante podría ser, como señala la autora, que los proveedores de salud encuentren motivos para dudar de la capacidad explicativa de la biomedicina que aprendieron.

### MÁS ALLÁ O ADEMÁS DE LAS BRECHAS CULTURALES Y LOS CONOCIMIENTOS

Los hallazgos de los estudios realizados muestran un panorama complejo en el cual la «brecha cultural» no es siempre el único y decisivo factor que explica las dificultades de las mujeres para acceder a los servicios de salud oficiales. Los estudios realizados nos hablan más bien de varios factores relacionados entre sí. Mencionamos aquí dos fundamentales que destacan en el estudio complementario de ReproSalud sobre calidad de atención: a) la competencia técnica de los proveedores(as) y la capacidad resolutoria de los servicios del sistema oficial de salud; y b) las relaciones de poder entre prestadores y sistema de salud oficial y la población pobre y culturalmente distinta.

### LA FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA: CASOS CRÍTICOS

Las mujeres que participaron de los autodiagnósticos reconocen el sistema de salud oficial como una necesidad y de hecho acuden a

él en determinadas situaciones y para ciertos problemas de salud que consideran que no pueden resolver de otro modo, fundamentalmente en casos de gravedad o emergencia. El citado estudio sobre calidad de atención muestra que la eficacia es el principal componente de los modelos de calidad de las mujeres rurales<sup>3</sup>, mientras que los proveedores dan por sentado la eficacia de la solución técnica que ejecutan directamente o que proponen a la usuaria, siempre y cuando ella colabore en la ejecución a posteriori y fuera del establecimiento. Las usuarias no asumen sin mayores evidencias que cualquier tratamiento, dado por cualquier trabajador de un establecimiento de salud, será necesariamente eficaz (Anderson, 2001).

Para muchas de las mujeres rurales el parto es un evento que no pasa por los servicios de salud salvo cuando se presentan complicaciones graves; según la última ENDES (2000), el 75% de mujeres que habitan en áreas rurales da a luz en su casa y sólo el 29% ha sido atendida por personal profesional o técnico del sistema de salud oficial. Es frente a emergencias obstétricas que se tiene la expectativa que los servicios de salud ofrezcan una solución. Sin embargo, el sistema de salud está diseñado de tal modo, que los servicios de primer nivel -que son los más cercanos a la población-, no están en la capacidad de resolver las emergencias y muchas veces no poseen un sistema de derivación eficaz (Movimiento Manuela Ramos, 1997; Diez, 1998; Anderson, 1999). Este tipo de experiencias alimenta la desconfianza de las mujeres en los servicios de salud, en la medida en que no se muestran capaces de resolver aquello que se considera una ventaja o aporte específico del sistema biomédico frente al tradicional. Una tarea pendiente es, entonces, re-pensar la estructura de las redes de servicios y sus sistemas de derivación, incluyendo a la comunidad, sus perspectivas, recursos y posibilidades de tomar decisiones en situaciones de emergencia.

## RELACIONES DE PODER ENTRE LAS MUJERES Y LOS PROVEEDORES DE SALUD: LA LECTURA DE LAS MUJERES

Los autodiagnósticos que analizamos en este texto, se realizaron entre el segundo semestre de 1996 y diciembre de 1999, coincidiendo con el periodo en que el Ministerio de Salud del Perú realizó campañas de esterilización quirúrgica, y con los años inmediatamente posteriores a éstas. Las campañas se llevaron a cabo en 1996 y 1997, dando lugar a serios cuestionamientos, quejas por irregularidades en la ejecución del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Ministerio de Salud y denuncias por violaciones de derechos humanos, las cuales han sido ampliamente documentadas por la Defensoría del Pueblo (1998, 1999) y CLADEM (1999).

Las mujeres han expresado su deseo de «cuidarse» para no tener muchos hijos y su disposición de usar un método anticonceptivo, e incluso algunas manifiestan la posibilidad de usar el que se les oferta en particular; sin embargo, el sentirse obligadas por los servicios de salud alimenta su desconfianza acerca de los métodos mismos y de las intenciones y la competencia técnica de los(as) proveedores(as) y los servicios de salud oficiales. Así, una mujer menciona:

*En el Centro de Salud nos obligan para hacernos operar. A nosotras no nos gusta que nos obliguen. Si estamos mal o estamos bien igualito nos obligan. Parece que nos obligan porque el gobierno nos quiere matar. Debe enviar a especialistas que nos revisen y recién nos den un método para usar con más confianza. (Mujer de un centro poblado rural, Autodiagnóstico de Pomata, Puno-zona aymara).*

Los efectos secundarios de los métodos percibidos como impuestos por los prestadores son vistos por un sector de mujeres como consecuencia de su falta de cuidado y competencia (por no revisarlas bien, hacerles los análisis o explicarles bien) e incluso, como un indicador de una despreocupación por su salud. Sentirse obligadas a usar un método, sin tomar

<sup>3</sup> El estudio se realizó en las zonas rurales de Ancash, Huancavelica y la sierra de La Libertad.



en cuenta sus temores y sin previa explicación detallada y culturalmente accesible de sus posibles efectos en la salud estaría contribuyendo, pues, a que se incrementen sus temores y desconfianzas respecto a la gravedad de los efectos de los métodos «modernos» y a la calidad de los servicios de salud. El testimonio siguiente es una muestra de ello:

*Yo no me explicaba, ni cómo ni cuándo era, por eso le dije a la señorita de la posta: -Así estoy enferma, yo ya no lavo ni los platos, yo ya no lavo ni la ropa, ni para cocinar ya no tengo ganas, sólo duermo y duermo, mi cabeza me duele, tengo mucho frío. Así mi esposo se cansará de mí, otra vez ya no me pongas estas cosas [la inyección]. Ella me dijo: -¿Qué cosa!, tú como una chancha vas a traer hijos, entonces cuando te pongas fea tu esposo te va a dejar. Así ya pues que me dijo, así como chancho vivirá pues. Le dije: -Sólo quiero estar sana para cocinar para mis hijos, para hacer mis cosas, ya no me puedes poner más, así me matarás. Examinándome bien, analizándome bien, me hubieras puesto [la inyección]. Ahora así tan enferma estoy. Me molesté y me fui. De eso habrá pasado unos 6 meses. Después tuve mi otro hijito, me recuperé y después de tiempo ya tuve el otro. Si a mi cuerpo hubieran hecho bien todos esos métodos, de acuerdo a cómo me hubieran visto bien, me hubieran analizado bien, entonces él nomás ya estaría. (Mujer de centro poblado rural, Autodiagnóstico de Acosvinchos, Ayacucho)*

Como señalan Ginsberg & Rapp (1995) (Citado por Hammer, 1996): «*La gente puede desear las posibilidades presentadas por los nuevos recursos, pero rechazan los sistemas de control a los que están insertados*». Es decir, puede que las mujeres quechuas y aymaras encuentren necesaria la anticoncepción e incluso los métodos «modernos» y que estén dispuestas a aclarar sus temores (como es el caso de varias participantes), debido a las posibilidades que les brindan de ya no tener *muchos hijos*. Sin embargo, el tener que someterse a un sistema donde encuentran presiones y exigencias del personal de salud unido a la desconfianza en su competencia técnica, podría estar provocando que ellas se desanimen e incrementen sus miedos y desconfianzas a los métodos, ya que quien provee y lo que es proveído (los métodos) son vistos como parte del mismo sistema. Los

temores ya no necesariamente estarían relacionados al mecanismo de acción del método mismo, sino a la calidad de los procedimientos. Sólo algunas de las participantes explicitan una separación entre sus temores respecto a los métodos de aquéllos relacionados con los(as) proveedores(as), planteando la posibilidad de buscar un servicio alternativo, el cual se encontraría en este caso en el sector privado, pero al cual se hace más difícil acceder económicamente.

## HACIA UNA RE-LECTURA DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD REPRODUCTIVA EN COMUNIDADES CULTURALMENTE DIFERENTES

*No se trata de ejercer una simple asesoría a la biomedicina para que complete su empresa de inculcación, sino de hacerle ver en su contraposición con los saberes populares, el juego de dominación en donde se inserta y de permitir, en una relación dialéctica, la intervención de los propios actores en los mecanismos de comunicación y transformación de las doctrinas en materia de salud. (Martínez, 1996, tomando como referencia a Sepilli, 1984 y Bartolli, 1989)*

A manera de conclusión, podemos señalar que los estudios sobre sistemas explicativos y prácticas de salud de las mujeres de comunidades andinas nos muestran que:

- a) Existen elementos de los sistemas explicativos de las mujeres andinas que se diferencian significativamente de los de la biomedicina y contribuyen a explicar la falta de uso de los servicios de salud para prevenir o enfrentar sus problemas de salud reproductiva. Sin embargo, la situación de salud de las mujeres andinas y el acceso a los servicios de salud no tiene siempre como único o decisivo obstáculo lo que se ha denominado barreras culturales o la carencia de conocimientos biomédicos, siendo fundamentales la falta de capacidad resolutoria y competencia

- técnica (pese a las mejoras en la ampliación de la cobertura y la capacidad operativa de los servicios hechas en los últimos años), así como los sistemas de control y de poder que se imponen a las usuarias. Las mujeres encuentran algunas ventajas en el sistema oficial de salud y sí lo consideran necesario en algunas circunstancias o situaciones, pero no están dispuestas a enfrentar los riesgos de la falta de competencia técnica o de no tener un mínimo de control sobre lo que ocurre con sus cuerpos y sus vidas. Existe heterogeneidad en los sistemas explicativos de las mujeres, pero una de sus características es la incorporación -en diferentes grados, formas y con distintos resultados- de términos, conocimientos, conceptos y procedimientos que provienen del sistema oficial de salud. Asimismo, las lógicas de prevención y resolución de sus problemas de salud reproductiva suelen incluir algunas de las posibilidades que ofrecen estos servicios para evitar tener «muchos hijos», para curarse del agravamiento de la «regla blanca» (descensos vaginales) y sus complicaciones o enfrentar circunstancias críticas asociadas al parto. La incorporación de elementos de la biomedicina y la relación con el sistema oficial de salud no siempre han sido experiencias enriquecedoras sino, por el contrario, también han sido desempoderantes y han tenido como consecuencias confusión, temores y mayores desconfianzas, en tanto los intercambios han sido desiguales y no han tomado en cuenta los conocimientos, necesidades y temores de la población.
- b) Son evidentes los límites del modo en que se ha entendido las denominadas barreras culturales, las cuales se han focalizado en la existencia de una cultura diferente que obstaculiza el acceso a los servicios y a los conocimientos de la biomedicina. Una reconceptualización tiene como telón de fondo no sólo la existencia de sistemas explicativos diferentes, sino sobre todo el tipo de relación que existe entre ellos y los sistemas de salud del cual forman parte.

Las barreras culturales no estarían sólo en «la cancha» de las mujeres; la falta de respuesta del sistema de salud oficial a los temores y lógicas de las mujeres y sus dificultades para incorporar luego de un análisis crítico, prácticas que son parte de los conceptos de bienestar y salud de otros sistemas explicativos, serían parte de las «barreras culturales» de los proveedores. En este sentido, resulta fundamental continuar desarrollando la veta planteada por Anderson en su estudio sobre calidad de atención, donde propone estudiar también los sistemas explicativos de los proveedores(as) de salud del sistema oficial, así como aquellos que éstos atribuyen a las mujeres y viceversa.

- c) Las explicaciones de las mujeres sobre sus problemas de salud reproductiva aluden constantemente, de modo directo o figurado, a su situación de pobreza y a las inequidades de género que enfrentan, mostrando lo que ya ha sido evidenciado de muchos modos: que éstas se encuentran a la base de las causas y posibilidades de prevención o curación de los mismos. Ni el sistema de salud tradicional, ni el oficial serán suficientes para hacerles frente.
- d) De este modo, los estudios sobre etnomedicina son útiles no sólo para mostrar las sistemas explicativos de un «otro» desconocido y diferente, sino también para: a) analizar sus relaciones con el sistema explicativo biomédico, sus encuentros, desencuentros, sincretismos y resignificaciones; así como b) mostrar las limitaciones del sistema biomédico para resolver los problemas de salud reproductiva de las mujeres rurales y, lo más importante, dar cuenta de sus posibilidades de enriquecerse desde un diálogo crítico con otros sistemas de salud y sus propios supuestos y modelos.

A partir de estos hallazgos, quisiera dejar planteadas algunas reflexiones para repensar las intervenciones en salud reproductiva. Estas se ubican en el marco del debate sobre el acceso a derechos universales de las personas y colectividades excluidas socialmente y diferentes

culturalmente y nos remiten inevitablemente al tema de las capacidades del sistema de salud oficial y de la sociedad civil para enfrentar estos retos. También alimenta estas líneas la experiencia de trabajo comunitario de ReproSalud.

### ¿DIAGNÓSTICOS INTERCULTURALES Y MODELOS DE SALUD UNIVERSALES?

El marco normativo vigente en el Perú y los lineamientos de la reforma de salud reconocen la responsabilidad del Estado de orientar el financiamiento público hacia acciones de salud pública y hacia la promoción del acceso universal a un paquete básico de prestaciones de salud para aquellos que no están en capacidad de costear su atención en los servicios de salud. Se trata de garantizar que los(as) ciudadanos(as) más pobres accedan a los mismos derechos universales que el resto de ciudadanos(as). Las mujeres de estas comunidades consideran necesarios los servicios y esperan que puedan resolver los problemas de salud por los que ellas acuden; a la vez, las cuestionan y desconfían de ellos porque no incorporan sus necesidades (como la resolución de emergencias obstétricas), sus temores (como los relacionados a los métodos anticonceptivos), así como los conocimientos y prácticas que consideran saludables (como cuidarse del frío y tomar mates calientes en el momento del parto para mantener el equilibrio). Así, lo que cuestionan es una forma de relación, en la que no se es tomada en cuenta ni individualmente ni como colectividad.

Los estudios revisados nos muestran la coexistencia de diversos sistemas explicativos y también las consecuencias de su incomunicación o subordinación, colocándonos ante el cuestionamiento de la universalidad de los modelos de atención en salud. ¿Cómo evitar que el acceso universal a los derechos se traduzca en una homogenización de los distintos? ¿Cómo una forma de integrar a los(as) diferentes y excluidos(as) se convierte en otra forma de excluirlos y desconocerlos? El concepto de **interculturalidad** empieza a asomarse entonces para abordar esta problemática; sin embargo, nos atrevemos a decir que sus implicancias no han sido suficientemente analizadas en el ámbito de la salud. El diálogo

horizontal, el enriquecimiento mutuo y la capacidad de distanciamiento crítico de la propia cultura y no sólo de las otras, elementos que definen la interculturalidad, van mucho más allá del reconocimiento de la diversidad cultural, sobre lo cual existe consenso, por lo menos a nivel de los lineamientos de políticas y programas de salud reproductiva. La interculturalidad supondría enriquecer los modelos de atención en salud sobre la base de un diálogo entre ciudadanos con iguales derechos. ¿Cómo es posible que se realice este diálogo cuando se constata la existencia de ciudadanos de primera, segunda y tercera clase y se asume la validez universal del sistema biomédico? Aquí vale la pena retomar el concepto de ciudadanía diferenciada que propone Iris Young (1989), el cual implicaría la existencia de medidas institucionales para el reconocimiento y representación explícitos de los grupos oprimidos, así como la existencia de políticas diferenciadas dirigidas a atender a los grupos excluidos o discriminados para enfrentar sus desventajas y posibilitar su inclusión y participación en las instituciones sociales (López, 1997). Retomando esta perspectiva, una forma de entender la construcción y el ejercicio de la ciudadanía en el ámbito de la salud es la participación de representantes de los diversos grupos culturales y etnias en las instituciones públicas a nivel de la toma de decisiones en el diseño, el monitoreo y evaluación de los servicios. De otro lado, plantea la integración de políticas de salud con aquellas dirigidas a la superación de la pobreza y las desigualdades de género.

•Otro debate es el de la colisión de los derechos humanos con el derecho a la diferencia, es decir, qué ocurre cuando en nombre del derecho a la diversidad cultural y a los intereses colectivos de los pueblos, se violan derechos considerados universales basados en necesidades básicas compartidas por todos y que son fundamentales para el pleno desarrollo de la vida humana (Heise *et al.*, 1999). Con relación a este debate, el movimiento de mujeres ha evidenciado que los intereses colectivos a los que aluden los culturalistas muchas veces no toman en cuenta los intereses de las mujeres. Usualmente el relativismo aparece para restringir y no para ampliar los derechos de las mujeres. Entonces, hace falta considerar tanto los intereses colectivos de los pueblos, como los de las mujeres y otros

grupos en desventaja. La Plataforma de Beijing reconoce la diversidad étnica, religiosa y cultural, pero también insta a que se adopten medidas para eliminar prejuicios y prácticas consuetudinarias que favorecen la vigencia de estereotipos de inferioridad para las mujeres; asimismo, los gobiernos se comprometen a condenar la violencia contra la mujer y abstenerse de invocar ninguna costumbre, tradición o consideración de carácter religioso para eludir las obligaciones con respecto a su eliminación (Montaño, 1996). Sin embargo, el debate no ha sido agotado. Una solución a estas contradicciones es, desde la perspectiva de Giusti, buscar un «consenso dialéctico» que resulte del reconocimiento de un conjunto de reglas comunes, para el que no sea necesario renunciar a los principios de la propia cosmovisión cultural. Las declaraciones de los Derechos Humanos, los consensos de Cairo y Beijing, en la medida en que han sido reconocidas y firmadas por Estados particulares serían, según este autor, una forma de consenso dialéctico (Giusti, 1999).

#### **DESDE LA SOCIEDAD CIVIL: LA CIUDADANÍA ACTIVA**

Como lo señala López (1997), otro de los debates sobre el concepto de ciudadanía es el balance entre derechos y responsabilidades. El concepto de ciudadanía tal como lo planteaba Marshall (1964), en tanto pone énfasis en los derechos y no en las responsabilidades y la obligación de participar en la vida pública, habría dado lugar a lo que se ha denominado una ciudadanía pasiva homogeneizadora. Frente a ello se propone reemplazar el ejercicio pasivo de los derechos ciudadanos con el ejercicio activo de responsabilidades ciudadanas y el desarrollo de ciertas virtudes ciudadanas como el civismo y la participación pública (López, 1997). En el contexto de la reforma de salud, que implica una restricción del rol del Estado, abordar este tema adquiere aún mayor vigencia. El debate sobre cuánto y qué corresponde al Estado y a los ciudadanos(as) no está cerrado, pero es evidente que la posibilidad de ejercer las responsabilidades y desarrollar virtudes ciudadanas depende también de barreras estructurales que dificultan el acceso a oportunidades de desarrollo personal y colectivo.

La participación y responsabilidad de las mujeres en el tema de la salud tiene una larga data. Las políticas de salud contemplan la corresponsabilidad de las personas y la comunidad en la salud individual y colectiva, habiendo sido las mujeres quienes fundamentalmente se han hecho cargo de la implementación de actividades funcionales a los objetivos y metas del sistema de salud oficial. Sin embargo, ni ellas ni los varones de su comunidad han ejercido el derecho ni la responsabilidad de participar en el diseño o evaluación de los servicios. Actualmente existe representación de la comunidad en los CLAS del Programa de Administración Compartida, pero la naturaleza de estos comités les permite incursionar fundamentalmente a nivel de su gestión

La posibilidad de ejercer una ciudadanía activa, de participar social y políticamente en defensa de los propios derechos individuales y colectivos, implica el desarrollo de una conciencia de estos derechos y capacidades que permitan negociar con el Estado y otros sectores de la sociedad civil. El desarrollo de estas capacidades ha sido impulsado desde el trabajo de diversas instituciones de la sociedad civil, lo que merece una reflexión especial, pues nos ofrece un ejemplo de cómo los resultados de las investigaciones sobre sistemas explicativos pueden ser el punto de partida de un proceso empoderador, de construcción y apropiación de conocimientos para ejercer derechos, así como de visibilización de agendas locales propias. Ello dista mucho de considerar los estudios de corte antropológico como funcionales al sistema de salud oficial, para «aculturara» con más facilidad a la población, sin dialogar con sus perspectivas y sin reconocer que sus concepciones y prácticas pueden enriquecer los modelos de atención existentes. Así, por ejemplo, las investigaciones realizadas por ReproSalud han servido para diseñar un proceso educativo que parte de las prioridades y conocimientos de las mujeres en relación a sus problemas de salud reproductiva y promueve la autoreflexión sobre ellos; han contribuido, también, a la identificación de agendas locales y a la elaboración de recomendaciones para políticas y programas con una perspectiva intercultural y de derechos. La estrategia educativa tiene como punto de partida un reconocimiento de los

conocimientos propios a la vez que ofrece conocimientos biomédicos que dialogan críticamente con los de mujeres y varones, teniendo como punto de llegada una reflexión sobre los derechos sexuales y reproductivos y sobre los contextos de relaciones de género y con los prestadores de salud que favorecen o dificultan su ejercicio. Al componente educativo le sigue el proceso de conformación de redes de defensoras de los derechos sexuales y reproductivos que tienen como rol el de la

vigilancia social. Este último busca potenciar habilidades de liderazgo y negociación y tiene como base el proceso educativo, que permite a las mujeres conocer mejor el sistema explicativo biomédico y sus posibilidades para enfrentar sus problemas de salud reproductiva, favorece un diálogo más equitativo con sus propios modos de entender el cuerpo y la salud, así como la reflexión sobre los derechos y responsabilidades que tienen individual y colectivamente frente a ellos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, J. (1999). *Mujeres de negro: La muerte materna en zonas rurales del Perú*. Proyecto 2000. Lima: Ministerio de Salud.
- \_\_\_\_\_ (2000). Narrativas de aflicción de mujeres andinas. En: *Allpanchis* N° 56. Segundo semestre del 2000. Cusco: Instituto de Pastoral Andina.
- \_\_\_\_\_ (2001) *Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los prestadores de los servicios de salud*. Lima: ReproSalud, Movimiento Manuela Ramos-USAID.
- Bartolli, P. (1989). Antropología en la Educación Sanitaria. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, N° 7.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). (1999). *Nada personal. Reporte de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú. 1996-1998*. Lima: CLADEM
- Defensoría del Pueblo (1997). *Anticoncepción quirúrgica voluntaria I. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Serie Informes Defensoriales. Informe N° 7. Lima
- \_\_\_\_\_ (1997). *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Serie Informes Defensoriales. Informe N° 27. Lima.
- \_\_\_\_\_ (2000). Resolución defensorial N° 03-DP-2000. 28 de enero de 2000. Lima.
- Dierna, R., Naccarato, P., Salazar, X. & Vargas, R. (1999). *Salvarse con bien: El parto de la vida en los andes y amazonía del Perú*. Proyecto 2000. Lima: Ministerio de Salud.
- Diez, A. (1998). «Salvarse o no salvarse: embarazo, parto y puerperio y complicaciones asociadas». Informe del estudio complementario encargado por ReproSalud. Movimiento Manuela Ramos. (Inédito).
- Douglas, M. (1982). *Natural symbols. Explorations in Cosmology*. Nueva York: Pantheon Books.
- Feringa, B. (1997). «Dos años en el campo: ReproSalud visto a través de los ojos de las mujeres». (Inédito).
- Fuller, N. (1998). «Significados y prácticas sobre descensos vaginales entre mujeres de áreas rurales y nativas del Perú». Informe del estudio complementario encargado por ReproSalud. Movimiento Manuela Ramos. (Inédito).
- Gárate, M.R., de la Peña, M. & Díaz, M. (1995). «Estudio cualitativo sobre inyectable Depo-provera en dos regiones del Perú». Informe final. The Population Council, INOPAL II-Perú. (Inédito).
- Gárate, M.R., Salazar, X. & Cobián, E. (1998). «Hombres como socios en la salud». Informe de investigación. The Population Council. (Inédito).
- Ginsberg, F. & Rapp, R. (Eds.) (1995). *Conceiving the New World Order: The global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press.

- Giusti, M. (1999). *Alas y raíces; ensayos sobre ética y modernidad*. Lima: PUCP.
- Hammer, P. (1996). «La curación casera confronta al cuidado clínico en el ruedo de los Foros de Salud Comunitaria». Ponencia presentada a la 95ta. Reunión Anual de la Asociación Americana Antropológica. San Francisco, California, noviembre. (Inédito).
- Heise, M., Landeo, L. & Bannt, A. (1999). *Relaciones de Género en la Amazonía Peruana*. Lima: Centro Amazónico de Antropología Aplicada.
- Larmé, A. C. (1998). Environment, vulnerability and gender in andean ethnomedicine. *Social Science and Medicine*, 47(8): 1005-1015, Gran Bretaña.
- López, S. (1997). *Ciudadanos reales e imaginarios: concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú*. Lima: Instituto de Diálogo y Propuesta.
- Marshall, T. H. (1964). *Class, Citizenship, and Social Development*. New York: Doubleday & Company.
- Martínez, A. (1996). Antropología de la salud. En: Prat, J. & Martínez, A. (Comp.). *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel.
- Mishler, E. (1981). Viewpoint: Critical Perspectives on the Biomedical model. En: Mishler, E. (Ed.). *Social Contexts of Health, illness and patient Care*. Cambridge.
- Movimiento Manuela Ramos. (1997). «Resúmenes de autodiagnósticos en salud reproductiva». Documento interno.
- Movimiento Manuela Ramos / Universidad de Washington / USAID. (2000). «Informe preliminar del estudio sobre infecciones del tracto reproductivo en mujeres de regiones rurales de la costa, sierra y selva del Perú». Lima. (Inédito).
- Montaña, S. (1996). Derechos reproductivos de la mujer. En: Guzmán, L. & Pacheco, G. (Comp.). *Estudios básicos de derechos humanos IV*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Sepilli, T. (1984). La medicina popular en Italia. *La Ricerca Folklorica*, N° 8.
- Young, I. (1989). Policy and Group Difference: A Critique of the Ideal of Universal Citizenship. *Ethics*, 99.
- Yon, C. (2000). *Preferencias reproductivas y anticoncepción: hablan las mujeres andinas*. Lima: Movimiento Manuela Ramos- ReproSalud.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos parece haver um novo recrudescimento de interesse pela medicina tradicional. Trata-se de uma temática que ocupa posição de destaque na bibliografia latino-americana relacionada à área das ciências sociais aplicadas à saúde. Esse fato é significativo, pois contrasta com as décadas de 70 e 80, período em que os estudos sobre medicina tradicional, campo favorito da antropologia, ocupavam um lugar menos expressivo na totalidade das pesquisas desenvolvidas pelos cientistas sociais. Mas é importante observar que, se os anos 70 e 80 refrearam o grande «boom» dos estudos sobre medicina tradicional dos anos 40 e 50, a década de 90 problematizou um conjunto de pressupostos na análise dessa temática. As pesquisas atuais sobre medicina tradicional não retomaram os mesmos objetos e modelos de análise desenvolvidos no seu período «clássico». E aqui temos uma pergunta fundamental: Quais as características ou tendências básicas desses estudos atuais? A pergunta é sem dúvida ambiciosa e certamente as respostas que podem ser dadas explicitam apenas grandes esquemas interpretativos que apreendem aspectos muito gerais da atual produção científica sobre medicina tradicional. O principal objetivo do presente artigo é contribuir com essa discussão.

## MEDICINA TRADICIONAL. UMA REFLEXÃO A PARTIR DOS CONCEITOS DE EXPERIÊNCIA E CORPO

---

*Paulo César Alves • Miriam Cristina Rabelo\**

---

## TRANSFORMAÇÕES NO ESTUDO SOBRE A MEDICINA TRADICIONAL

Para melhor compreender as transformações ocorridas nos estudos atuais sobre medicina tradicional, é interessante observar alguns aspectos institucionais e teórico-metodológicos na recente história da produção bibliográfica sobre ciências sociais aplicadas à saúde. Embora o interesse dos cientistas sociais sobre medicina

---

\* Professores/pesquisadores do Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde (ECSAS), Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia. E-mail: paulo.c.alves@uol.com.br e mcmrabelo@uol.com.br

tradicional date dos fins do século XIX, a consolidação desses estudos se deu entre 1930 até aproximadamente finais dos anos 50. Nesse período, os trabalhos desenvolvidos foram produzidos principalmente por pesquisadores formados em ciências sociais que trabalhavam em Museus Antropológicos ou em Institutos, Faculdades ou Cursos de Ciências Sociais ou Humanas. Grande parte dessas pesquisas tomava como principal referência teórica as abordagens «culturalista», «funcionalista» ou a chamada «escola de personalidade e cultura». Eram basicamente pesquisas descritivas, pouco críticas ao modelo biomédico, voltadas para explicar práticas e crenças etnomédicas. Enfatizavam as concepções médicas e sanitárias de grupos minoritários da população, principalmente grupos indígenas ou comunidades rurais. No Brasil, além dos pioneiros Charles Wagley e Kalervo Oberg, cabe destacar os trabalhos de Fausto Teixeira (1956), Jaime de Sá Meneses (1957), Osvaldo Cabral (1958), Alceu Maynard Araújo (1959), Fernando São Paulo (1970), entre outros. Na América Latina, lembramos Leon Cadocan (*Apuntes de medicina popular guaireña*, 1957), Carlos Monge Medrano e Mário Vasquez (*Antropología y medicina – Perú Indígena*, 1957), Gonzalo Beltrán (*Medicina y Magia*, 1963), Daniel Silver (*Enfermedad y curación en Zinacantan*, 1966) e Haydee Seijas (*El susto como categoría etiológica*, 1972). Grande parte dessa produção estava baseada em uma visão dualista em que contrastavam o urbano e o rural, o desenvolvido e o primitivo, o científico e o mágico, o racional e o irracional. Era também significativo o número de pesquisas destinadas a implementar projetos de desenvolvimento e modelos de organização nas comunidades.

A partir da década de 70, um novo quadro se esboça nas ciências sociais aplicadas à saúde. As pesquisas nessa área passam a dar mais atenção às questões urbanas, às políticas de saúde, ao processo de medicalização, ao trabalho e educação do médico, à «medicina comunitária» (Nunes, 1985). Busca-se analisar as formas de articulação das diversas modalidades de práticas médicas (medicinal estatal, preventiva, atenção primária, programas de saúde) com a estrutura econômica e político-ideológica das sociedades. A grande preocupação é estabelecer as relações entre os fenômenos da saúde e doença, a dinâmica das

classes sociais e o Estado, como atestam os trabalhos de Arouca (1975), Donnangelo (1979), Ribeiro da Silva (1976), Cordeiro (1976), Breilh (1979), Machado y Castellanos (1978), Laurell *et al.* (1977), entre outros. Nesse contexto, a antropologia perde lugar para a sociologia e para a epidemiologia. Os trabalhos desse período são desenvolvidos principalmente nos recém criados Programas de Pós-Graduação das Faculdades e Departamentos de Medicina Preventiva ou Escolas de Saúde Pública. Produzidas em grande parte por pesquisadores com formação médica, as investigações orientam-se pelo referencial macro-estrutural do materialismo histórico e, posteriormente, pelo estruturalismo. Os fenômenos estudados, portanto, são apreendidos de forma sistêmica e a preocupação era explicar o social em suas generalizações, lidando com grandes formalizações teóricas (Alves, 1995; Alves e Rabelo, 1998). Nessa perspectiva, as experiências dos atores sociais ocupam um segundo plano.

As ciências sociais aplicadas à saúde apresentam atualmente novos e diversificados quadros analíticos para lidar com questões relativas a saúde e doença (ver Castro, 2000). É fato digno de nota que nos últimos dez anos, aproximadamente, fica cada vez mais difícil enquadrar os estudos sócio-antropológicos sobre saúde e doença dentro de um único modelo teórico-metodológico paradigmático. Tais estudos são desenvolvidos por pesquisadores ligados institucionalmente às Escolas ou Faculdades tanto de Saúde Pública/Coletiva quanto de Ciências Sociais.

Acreditamos que, apesar da diversidade nos atuais quadros de referência teórica e de análise, é possível afirmar que um dos principais problemas compartilhados pelos pesquisadores diz respeito à questão mesma da definição de medicina tradicional. Em primeiro lugar, temos atualmente um problema com o termo «tradicional». É importante observar que boa parte das chamadas medicinas tradicionais dialoga diretamente com as não tradicionais, incorpora elementos modernos, enfim encontra-se continuamente em processo de transformação. Mesmo no que toca a preservação da tradição, pode-se observar a consolidação de uma classe de especialistas que está diretamente empenhada



na construção de uma «tradição pura». Assim é preciso cuidado para que o termo tradicional não conduza a uma desconsideração dos processos sociais que têm marcado e modificado diversas práticas médicas.

O termo medicinais tradicionais, portanto, cobre um campo difícil de precisar com clareza. Em termos empíricos, comporta uma diversidade de saberes e formas de organização: desde práticas relativamente dispersas até formas complexas e duradouras de relação social; desde agentes e grupos leigos até instituições religiosas. Em termos teóricos, o conceito tradicional também suscita dificuldades. Em parte porque, ao apontar para uma oposição com relação ao moderno, pode conduzir a uma visão equivocada de um conjunto de práticas e agentes que se mantêm imunes aos conhecimentos e técnicas médicas modernas, cada vez mais acessíveis em contextos de globalização. Ao invés dessa imagem de um nicho tradicional preservado, ou de uma sobrevivência do passado, assistimos em vários contextos médicos tradicionais a um diálogo continuado com práticas alheias às culturas locais (e especialmente com a biomedicina) e a formação de especialistas envolvidos reflexivamente nesse diálogo (ou em uma recusa explícita a ele) com vistas à construção e legitimação de um campo de atuação próprio nos quadros da modernidade.

A fluidez desse domínio que chamamos de tradicional exige, por um lado, uma abordagem sistêmica que considere sua inserção em um campo de relações desiguais e móveis com outras ideologias e práticas. O conceito de sistema de cuidados com a saúde (*health care system*) vai nessa direção. Para o antropólogo A. Kleinman (1978, 1980) três arenas ou setores compõem um sistema de saúde: *professional*, *folk* (tradicional) e *popular*. O entendimento de cada uma destas arenas requer uma análise de suas relações com as demais. Mas mesmo uma abordagem integrada do sistema de cuidados com a saúde pode conduzir à reificação de características e formas de relação que são construções históricas. Assim faz-se necessário também que se preserve a perspectiva histórica no estudo das arenas (suas definições e re-definições internas) e das relações que mantêm entre si.

Entre as várias questões que muitos dos trabalhos antropológicos contemporâneos têm levantado no estudo das medicinais *folk* (usando aqui a terminologia de Kleinman) está a questão dos tratamentos desenvolvidos nesse setor do sistema médico (*health care system*), seus efeitos sobre os pacientes, e obviamente, sua significação em um contexto de desenvolvimento acelerado das técnicas de diagnóstico e tratamento da biomedicina. Permeando a discussão está, sem dúvida, a comparação entre os modos de atuar da biomedicina e das terapias *folk*. A análise dessa questão nos parece essencial para que possamos compreender melhor o significado de medicina tradicional. No presente artigo vamos explorar alguns aspectos dessa questão, ou melhor, vamos abordá-la a partir de uma discussão em torno do estudo dos *processos terapêuticos*. Ao logo do texto procuramos mostrar que uma das tendências significativas nos estudos contemporâneos sobre medicina tradicional parte do pressuposto que compreender os processos terapêuticos requer da análise ênfase na dimensão da experiência - dos pacientes, dos terapeutas e dos demais participantes do processo. Assim, esperamos chamar a devida atenção para algumas das questões levantadas por essa modalidade de análise. Para evitar os riscos de uma generalização excessiva restringiremos nossa discussão aos processos terapêuticos desenrolados no âmbito de instituições e grupos religiosos. Assim fazendo estamos não apenas cobrindo uma fatia significativa das práticas englobadas no termo medicina tradicional (ao menos na América Latina) como também tirando proveito de nossa experiência de pesquisa nessa área.

## TERAPIAS RELIGIOSAS E BIOMEDICINA

Vários estudos produzidos no âmbito da antropologia e sociologia da saúde têm apontado a importância das religiões nos processos de interpretação e tratamento das doenças nas mais diversas sociedades e épocas históricas. No Brasil a situação não é diferente: são várias as referências

às práticas terapêuticas desenvolvidas nos grupos religiosos do país (Rabelo e Alves, 1997; Minayo, 1994; Maués, 1994; Rabelo, 1994, 1993; Greenfield, 1992; Alves, 1990; Hale, 1990; Ngokwey, 1989; Droogers, 1989; Montero, 1985; Neves, 1984; Queiroz, 1980; Williams, 1979; Monteiro, 1977), e a importância destes grupos como serviço de saúde para uma ampla parcela da população não tem passado despercebido dos cientistas sociais (Canesqui, 1994; Greenfield, 1992; Queiroz, 1980; Loyola, 1983; Ngokwey, 1989; Leblond *et al.*, 1977).

A hipótese de que a demanda por terapias de base religiosa em várias sociedades teria como causa, por um lado, o caráter precário dos serviços oficiais de saúde existentes e, por outro, a existência de certas crenças e tradições populares ainda persistentes, mas fadadas ao desaparecimento com a crescente penetração da cultura científica entre a população, não logrou sustentar-se frente às evidências documentadas em investigações sobre o tema. Estas apontaram para uma prática corrente de uso combinado dos serviços médicos e religiosos, tomados por seus usuários como sendo, em vários aspectos, complementares (Kleinman, 1981; Harrel, 1991), bem como para uma demanda dos serviços religiosos de cura por parte de indivíduos de classe média, supostamente um grupo social com amplo acesso e conhecimento da biomedicina (McGuire, 1983; Glik, 1988; Danforth, 1989; Csordas, 1994)

Embora sejam oferecidos e ministrados serviços de cura nos mais diversos grupos religiosos (oferta que parece constituir um forte atrativo para a adesão religiosa), pouco se conhece acerca dos processos terapêuticos desenvolvidos nesses grupos. O estudo desses processos reveste-se de especial importância ao considerarmos que qualquer proposta de reestruturação do sistema médico de uma dada sociedade precisa levar em consideração o modo como os indivíduos utilizam os vários serviços disponíveis e os efeitos que estes produzem sobre suas experiências de doença. Apesar disso, as análises sobre o tema empreendidas por cientistas sociais e profissionais da área de saúde permanecem muito genéricas, pouco contribuindo para uma compreensão das experiências de tratamento desenvolvidas no âmbito dos grupos religiosos.

Essa lacuna pode ser melhor compreendida quando mapeamos os principais trabalhos voltados para uma compreensão desse importante entrelaçamento entre religião e terapia. Em linhas gerais dominam duas perspectivas básicas. De um lado, estão os trabalhos produzidos por cientistas e profissionais da área de saúde a partir da perspectiva biomédica. Reagindo contra o relativismo característico de boa parte dos trabalhos antropológicos, estes buscam ressaltar o fundamento biológico comum aos processos de doença e cura, ocultos por trás das diferentes roupagens culturais. Assim, tendem a aplicar categorias da medicina ocidental para analisar processos terapêuticos que escapam ao âmbito dessa medicina e terminam por desconsiderar seu fundamento cultural. Pouco sensíveis à dimensão cultural de todo processo terapêutico, reconhecem às terapias religiosas efeitos do tipo sugestão ou catarse (Mischel e Mischel, 1958; La Barre, 1964; Wittkower, 1970).

De outro lado, estão os estudos das ciências sociais. Estes têm alargado enormemente nossa compreensão acerca da variedade de terapias de base religiosa bem como de sua ancoragem na cultura e estrutura social. Oferecem análises meticolosas do simbolismo da doença e cura, insistindo na sua coerência interna e articulação com os demais campos do universo simbólico das culturas em questão. Ou seja, contentam-se, em geral, com a explicitação e análise dos aspectos simbólicos subjacentes às terapias praticadas nos grupos religiosos investigados (Roberts, 1991; Connor, 1982; Lebra, 1982; Turner, 1964). Excessivamente preocupados com questões relativas a representações sociais, tendem a negligenciar a base corporal de toda experiência terapêutica. Desnecessário dizer, muito pouco diálogo é possível entre essas duas perspectivas. Elas aproximam-se, entretanto, naquilo que negligenciam: ambas passam ao largo da questão central das experiências que são abordadas nos processos terapêuticos, nos modos específicos como se dão tais abordagens e nos seus efeitos mesmos sobre os sujeitos em questão.

Do ponto de vista das ciências sociais, a substituição do determinismo biológico por formas de determinismo social ou cultural revela-se claramente insuficiente. Continuamos sem saber

como as religiões ou determinadas práticas religiosas e rituais de fato operam como terapias (e não apenas como espelho e reforço da cultura). O papel na restauração da saúde de experiências alheias ao modelo biomédico, como sonhos, visões, formas de possessão (cultivadas no contexto de muitas terapias religiosas), por exemplo, é questão que tem intrigado pesquisadores de formação diversa e que sem dúvida ainda requer discussão. Na verdade, pouco sabemos acerca do tipo de conhecimento e técnicas que os terapeutas religiosos estão empregando no seu trabalho cotidiano e, mais particularmente, como tal saber é transmitido e transformado em modos próprios de atentar para e tratar a doença. Mais significativo ainda, permanecemos ignorantes acerca da interação entre os participantes do processo terapêutico e de como esta pode conduzir a uma transformação da experiência do doente.

Essas questões são particularmente importantes para uma compreensão efetiva do papel que as religiões desempenham na condução do tratamento dos doentes e, portanto, do lugar mesmo que ocupam no sistema médico de determinada sociedade. Apenas ao nos ocuparmos seriamente do tema poderemos vir a determinar, por exemplo, como, em contextos médicos plurais, interagem e, possivelmente, se complementam abordagens biomédicas e religiosas na condução da experiência de seus clientes.

Os trabalhos do antropólogo norte americano Arthur Kleinman (1978, 1980), contribuem de modo inovador para tal discussão. Procurando manter-se fiel à antropologia «interpretativista» de Geertz (1978), Kleinman desenvolveu uma abordagem culturalmente sensível e aberta ao trabalho comparativo, a um só tempo interessante para a antropologia e relevante para os profissionais de saúde engajados em um esforço de alargar o horizonte da medicina rumo ao diálogo com contextos médicos distintos do seu. Entre os conceitos utilizados pelo autor, tornou-se bastante popular o par *illness* e *disease* e seu correspondente *healing* e *cure*. *Disease* corresponde à doença tomada como realidade objetiva, a um modelo centrado no mal-funcionamento de processos biológicos ou

psicológicos e *cure* à intervenção que visa alterar ou deter os processos patológicos relacionados à doença. Na sociedade ocidental, este é o campo próprio da biomedicina. *Illness*, por sua vez, é a doença enquanto realidade subjetiva, é o entendimento e, é claro, sentimento, dos sujeitos de que estão em aflição; *healing*, é a proposta de reconduzir esse entendimento rumo a uma percepção de bem-estar. A partir desses conceitos, Kleinman e seguidores argumentaram que a medicina ocidental se especializou em *curing* e relegou a um segundo plano os processos de *healing*, bastante desenvolvidos em sistemas médicos não ocidentais.

Apesar de Kleinman falar de dois modelos culturais de abordar o campo das aflições e tratamentos, os seus pares conceituais facilmente conduziram à idéia de uma distinção empírica dos campos cobertos pela biomedicina e medicinas tradicionais. Assim, enquanto a biomedicina agiria preferencialmente sobre os determinantes biológicos da doença, as terapias tradicionais (e religiosas, particularmente) estariam dirigidas aos aspectos subjetivos de interpretação (*illness*); operariam modificando os contextos interpretativos da aflição e, assim fazendo, logriam alterar a relação do indivíduo com a doença e mesmo as reações dos outros frente a ele/a. Ora, com a absolutização desta distinção termina-se, inadvertidamente, por reforçar o abismo entre a biomedicina e as terapias de base religiosa: as primeiras agindo sobre a base orgânica da doença, as segundas produzindo efeitos psicológicos.

Há uma séria limitação nesse tipo de análise que gostaríamos de examinar mais detidamente aqui. Não estamos falando de sua inabilidade de tratar dos efeitos orgânicos das terapias religiosas – preencher essa lacuna exigiria apenas a aplicação de categorias do saber biomédico sobre outras formas de conhecimento e intervenção – mas ao fato de que, ao ser reificado nos estudos em antropologia médica, o par conceitual *illness* e *disease* repousa em e perpetua um conjunto de dicotomias clássicas do pensamento ocidental e bastante familiares às ciências sociais: corpo x consciência; objetivo x subjetivo; exterior x interior. A prevalência dessas dicotomias no estudo das terapias desenvolvidas nos distintos

campos da biomedicina e da religião não só obscurece os aspectos culturais/simbólicos inerentes à prática da biomedicina e sua dimensão teatral ou performativa (ambos apontados por vários estudiosos no âmbito da antropologia e sociologia médica), como também, e mais importante, passa ao largo da questão da experiência ou das experiências desencadeadas e constitutivas de cada uma dessas esferas terapêuticas.

### **O CORPO VIVIDO COMO CHAVE PARA A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA TERPÊUTICA E COMO MEDIAÇÃO PARA UM DIÁLOGO ENTRE A ANTROPOLOGIA E A MEDICINA**

A esta altura convém explicitarmos melhor o ponto de partida das considerações críticas que estamos tecendo. O nosso argumento é de que, tanto nos estudos de orientação médica quanto naqueles inspirados pelos modelos sócio-antropológicos clássicos, há uma omissão da dimensão «experiencial» do adoecer e tratar. Recuperar essa dimensão para análise requer reconsiderar a própria noção de corpo que permeia os estudos sobre terapias.

Há uma visão muito específica do corpo no campo das profissões médicas ou da saúde: aí o corpo interessa como um objeto universal que pode ser perscrutado, classificado segundo o desempenho de funções, identificado segundo estados patológicos ou normais, tratado de forma a prevenir, controlar ou deter a patologia. O comportamento é perfeitamente destacável dele e reaparece apenas no que toca a necessidade de se obter alguma colaboração dos pacientes para aderir às prescrições da ciência médica<sup>1</sup>. Ao lado dessa visão biomédica, que constitui o corpo como objeto ou fato biológico, encontramos uma visão própria das ciências sociais,

particularmente da antropologia, que o resgata enquanto fato cultural. É preciso ler o texto cultural elaborado sobre a matéria carnal, identificar a mensagem codificada nas posturas do corpo, nas formas de vestir, de comer, etc. (ver Lévi-Strauss, 1964 e Mary Douglas, 1970).

Curiosamente, ambas as abordagens transformam o corpo em objeto – seja dando-lhe atenção enquanto sistema vivo de órgãos e funções, seja transformando-o em simples suporte de símbolos. Entretanto, como autores da tradição fenomenológica têm argumentado, antes de ser objeto – organismo da ciência médica, suporte material dos significados culturais – o corpo é dimensão do ser que somos. Para explorar as implicações dessa noção de corpo vivido para o estudo das experiências terapêuticas é preciso nos deter um pouco mais no argumento.

O tema da corporeidade, agora bastante em voga nas ciências sociais, tem um lugar especial nas obras de Gabriel Marcel, Sartre e principalmente Merleau-Ponty. No domínio da experiência, argumentam estes autores, o corpo constitui o ponto de vista pelo qual nos inserimos no mundo. É a partir da perspectiva que ele fornece que nos orientamos no espaço (ou melhor, que somos no espaço) e apreendemos e manipulamos os objetos. Enquanto centro de instrumentalidade, o corpo não tem o mesmo status que os demais objetos que percebemos e empregamos na lida cotidiana; ele se confunde com nosso próprio ser.

Postular a imbricação necessária entre corpo e consciência não é para Merleau-Ponty retirar o corpo de seu lugar consagrado na natureza, para jogá-lo no terreno da subjetividade. Trata-se antes de redefinir os dois termos a partir desta sua «imbricação». Perpassado pelo subjetivo, o corpo não é mais matéria inerte ante o espetáculo da cultura, é «corpo vivido». Ancorada no corpo, por sua vez, a subjetividade já não pode mais ser tomada como interioridade, *locus* de onde emanam e onde são armazenadas representações

<sup>1</sup> Foucault situa o surgimento e consolidação da medicina ocidental moderna no contexto do exercício de um poder disciplinar que modela os corpos e torna-os dóceis para o desempenho das novas funções que lhe são exigidas no capitalismo.

acerca do mundo. O corpo enraíza no mundo da cultura e da história (mas também dos sensíveis), nos enreda nas ações de outros e faz os outros inevitavelmente participar de nossas ações. As várias dimensões da vida de cada indivíduo, observa Merleau-Ponty, guardam entre si uma relação fundamental (e precisam ser entendidas a partir dessa relação): «a vida da consciência – vida cognoscente, vida do desejo ou vida perceptiva – é sustentada por um 'arco intencional' que projeta em torno de nós nosso passado, nosso futuro, nosso meio humano, nossa situação física, nossa situação ideológica, nossa situação moral, ou antes, faz com que estejamos situados sob todos esses aspectos» (Merleau-Ponty, 1994:190).

O corpo é síntese das situações vividas pelo sujeito, mais ainda, é marca de sua inserção em uma tradição. As experiências adquiridas no jogo social, bem como os esforços acumulados para intervir no jogo são integrados, via uma síntese espontânea, em um esquema corporal, que expressa a modalidade particular de ser no mundo do indivíduo, enquanto membro de uma cultura ou de uma classe. Saber anônimo radicado no corpo e adquirido na prática, as formas rotineiras de engajamento no espaço e no tempo e os padrões de apreciação não são resultado nem de escolhas pessoais nem da determinação de condições externas; sinal de pertença inarredável a uma tradição, expressam como esta tradição fala através de cada um de nós. É assim que Bourdieu (1977, 1996) concebe o *habitus* como um corpo socializado, resultado de uma história coletiva que se inscreve nas posturas, nos movimentos, nos gostos, que educa os sentidos e marca distinções que são tão mais eficazes quanto menos passíveis de se tornarem objeto de reflexão.

O sujeito que, na experiência, orienta-se por um senso de cumplicidade com os espaços sociais que compõem seu mundo cotidiano compreende este mundo com o corpo ou justamente porque é corpo. Em *A Fenomenologia*

*da Percepção*, Merleau-Ponty fala de uma compreensão corporificada, explorando este conceito em uma reflexão preciosa sobre o hábito. Segundo o autor, o hábito não pode ser equiparado a uma forma de conhecimento, pois não envolve uma operação intelectual, nem a uma forma de automatismo, pois não é simplesmente uma resposta pré-determinada a uma situação singular. Trata-se de um saber que está no corpo, uma «praktognosia» (1994:200). Habituar-se a qualquer coisa é incorporar essa coisa à nossa existência, trazê-la no corpo ou torná-lo um prolongamento do nosso próprio ser. O hábito «*prime o poder que temos de dilatar nosso ser no mundo ou mudar de existência anexando a nós novos instrumentos*» (1994:199). Nesse sentido, expressa uma orientação do corpo para certos projetos, a qual, uma vez adquirido o hábito, se dá sem que tenhamos necessidade de colocar intelectualmente o problema a ser vencido ou a sua solução. A aquisição do hábito é um processo de remanejamento ou renovação do nosso esquema corporal. À medida que, nesse processo, incorporamos a nós – ao nosso corpo – um determinado tipo de situação, passamos a experimentar um acordo entre o que almejamos e o que nos é dado, entre nossa intenção e sua efetivação<sup>2</sup>. Projeto e situação fundem-se e retrocedem para o fundo opaco de nossas atividades, que é o nosso próprio corpo.

Ao conectar explicitamente o domínio da prática e a existência corporal, Merleau-Ponty fala de um sentido encarnado que não se funda em atividade de representação e não supõe uma cisão entre objeto e idéia, significante e significado. O corpo não duplica um sentido que é primeiro de ordem mental (seja esta definida como pensamento consciente ou como tecido inconsciente de representações), porque sentido é, antes de mais nada, direção: aponta para o movimento exploratório pelo qual o corpo se ajusta a uma situação e responde a seu apelo.» *Ter um corpo é, para uma pessoa viva, juntar-se a um meio definido, confundir-se com alguns projetos e engajar-se*

<sup>2</sup> «Quando a datilógrafa executa os movimentos necessários no teclado, esses movimentos são dirigidos por uma intenção, mas essa intenção não põe as teclas do teclado como localização objetiva. É verdade, literalmente, que o sujeito que aprende a datilografar integra o espaço do teclado a seu espaço corporal» (Merleau-Ponty, 1994:200-1).

*continuamente neles*» (Merleau-Ponty, 1994:94). Em virtude de nossa corporeidade estamos enraizados em uma situação, mas o corpo é também condição para transcender a situação; nas palavras de Sartre (1972), é ao mesmo tempo ponto de vista e ponto de partida<sup>3</sup>.

Assim o corpo nunca é simples empecilho à mudança ou matéria disforme modelada pela ação de forças econômicas e políticas, como sugerem algumas análises sociológicas: é também campo em que se articula a mudança e em que se elaboram formas de resistência à dominação. É certo que no âmbito das atividades cotidianas desenroladas em uma dada sociedade, o reforço mútuo entre disposições corporais adquiridas e espaços sociais produz uma naturalização das diferenças que operam nessa sociedade (que Bourdieu chama de trabalho de orquestração das práticas produzido pelo *habitus*). Por um lado, as situações cotidianas de ação e interação demandam certos modos de engajamento corporal, reforçando padrões de uso do corpo e, por outro, as disposições e habilidades corporais adquiridas descortinam as situações enquanto contextos adaptados a essas mesmas habilidades corporais e às classificações ou idéias estereotipadas que elas corporificam. Enquanto o ambiente social em que as práticas estão enraizadas permanece estável, argumenta o antropólogo Jackson (1989), hábitos corporais, idéias e experiências subjetivas formam um bloco igualmente estável. Entretanto, sugere o autor, alterações do ambiente social podem conduzir a mudanças nas disposições corporais, induzindo novas experiências e provocando novas idéias. Entre os Kuranko da Serra Leoa estudados por Jackson, os rituais de iniciação constituem instâncias importantes de uma desorganização do ambiente cotidiano, em que formas alteradas de uso do corpo funcionam como gatilhos para a produção de novas imagens e confronto com distintas possibilidades de organização do mundo social. Apoiado, como Jackson, em uma filosofia da encarnação, Stoller fala de uma memória

encarnada, que remete a um saber fazer relativo domínio do hábito. Entre os Songhay do Níger, observa Stoller, os ritos de possessão são um exemplo vivo da operação deste tipo memória. Ao fazer eclodir no corpo o passado, a possessão reativa sua potência, criando «*uma arena fenomenológica na qual a memória cultural é fabricada e re-fabricada para produzir e re-produzir poder*» (1997: 56). Evocando o passado através dos sentidos, observa Stoller, a possessão Songhay manipula o presente e provoca o futuro (1997: 65).

Vejam agora como essa discussão geral pode reorientar uma reflexão acerca das medicinas tradicionais, especialmente dos processos terapêuticos aí desenrolados, que evite perpetuar oposições fáceis como aquela entre intervenções e efeitos físicos (sobre a realidade orgânica da doença) e intervenções e efeitos cognitivos/psicológicos ou mesmo políticos (sobre a realidade cultural/simbólica da doença).

### COMPREENDENDO AS MEDICINAS TRADICIONAIS A PARTIR DE UM ENFOQUE CENTRADO NA EXPERIÊNCIA.

Desenvolver um estudo dos processos terapêuticos desenrolados no âmbito das religiões a partir de um enfoque centrado na experiência conduz a atenção para os modos de engajamento corporal que são cultivados na religião e ao longo da terapia (Csordas, 1993, 1994). Apesar de representarem contribuições valiosas para a compreensão do potencial terapêutico das práticas religiosas, muitas das abordagens do tema passam ao largo dessa questão.

Em geral, domina a analogia bastante atrativa entre cultura e texto, segundo a qual as culturas detêm propriedades semelhantes às dos textos e podem ser estudadas enquanto tal: neste aspecto, estruturalistas e não-estruturalistas diferem

<sup>3</sup> Comentando essa idéia de Sartre, Kogan oferece o seguinte exemplo: «tocar uma perna significa tocá-la com o objetivo de pôr uma roupa, curar uma ferida etc, ou seja, sobrepujá-la em direção a uma nova condição do sujeito» (Kogan, 1981:53).

apenas no modo de abordar o texto cultural. Não é de se estranhar que, dada tal abordagem, a «transformação» operada ao longo dos processos de tratamento seja pensada em termos de mudança na forma de interpretar ou *entender* a doença e seu contexto; i.e. que as práticas terapêuticas (muitas das quais dadas no contexto de rituais públicos) sejam pensadas como atuando sobre a mente. O corpo doente como objeto primário das intervenções terapêuticas dos especialistas e da performance mesma que eles conduzem é cuidadosamente esquecido na maioria das análises, recuperado apenas para ser, ele também, visto como matéria bruta em que é inscrito o texto cultural. Semelhante abordagem das terapias desenroladas na religião não só passa ao largo das opiniões, projetos e expectativas dos doentes e terapeutas, como também corre o risco de reduzir a sua experiência a uma dimensão puramente mental. Compreender o trabalho conjunto de doentes e terapeutas e seus efeitos sobre as experiências de ambos requer que a análise recupere a unidade fundamental entre corpo e consciência no estudo da experiência.

Embora a experiência terapêutica repouse em um campo de significados compartilhados, não pode ser adequadamente entendida como aquisição de novas idéias, representações ou esquemas interpretativos que, uma vez internalizados, reorientam a ação. O tratamento desenvolvido em contextos religiosos envolve sequências por vezes bastante elaboradas de medidas sobre o corpo: a repetição e, em muitos casos, o detalhamento dessas operações dificilmente passa despercebido por seus observadores. Na experiência que se desenrola nos rituais - espaço por excelência em que são encenadas as medidas terapêuticas - parece ter importância central um envolvimento gradativo em contextos de som, movimento, cores e cheiros (Stoller, 1997). Entretanto se a performance solicita e engaja o corpo, doentes, participantes e/ou espectadores não estão apenas reagindo aos vários estímulos a que são submetidos no seu decorrer. Na experiência, esses elementos são articulados em uma situação, cada um se destaca sob um certo horizonte de sentido e se podemos reverter a atenção de um para outro, da música para a dança, por exemplo, é porque são solidários e compõem um contexto

total, expressando uma certa atmosfera ou tom afetivo. Os modos como os pacientes apropriam, desenvolvem e integram à ação as imagens apresentadas através de múltiplos meios nesses contextos terapêuticos são determinantes do encaminhamento mesmo do tratamento.

Em muitas medicinas tradicionais, particularmente aquelas ligadas à religião, esta atenção ao corpo é, em geral, parte de um projeto mais amplo de reconstruir a pessoa, de dilatar o seu mundo, abrindo nele renovadas possibilidades existenciais. Entretanto, antes que uma mudança na forma de representar a doença, a transformação que se busca operar nesses tratamentos, refere-se a uma reorientação no modo de situar-se frente à aflição que é fundamentalmente corporal. Expressa uma nova compreensão do contexto de aflição que corresponde menos a uma apreensão intelectual desse contexto que a um novo modo de ajustar-se a ele (e de transcendê-lo). Em jogo nesse processo está uma reorganização das capacidades corporais, que pode ser melhor abordada enquanto processo de aquisição de um novo hábito. De certo modo, todo tratamento visa inculcar um novo conjunto de hábitos no paciente e participantes, de tal forma que o projeto de homem são (ao qual se superpõe por vezes o de homem salvo, liberto, etc) se torne um guia permanente para ação, sem precisar ser colocado intelectualmente.

Em sua discussão sobre a formação dos médicos nos hospitais universitários, Good (1994) observa que, ao longo do seu aprendizado, os estudantes não só adquirem um conjunto sistematizado de conhecimentos e técnicas para diagnosticar e curar, mas uma forma específica de abordar ou construir a realidade da doença. Os médicos aprendem a *ver* a doença em termos fortemente materialistas, observa Good, e é a partir desse pressuposto que seus procedimentos fazem sentido. Também os terapeutas religiosos durante sua formação - que pode ser bastante longa ou confundir-se com o estágio mesmo de plena atividade profissional - aprendem mais que receitas genéricas para interpretar e tratar a aflição. Todo sistema médico repousa em modos específicos de conceber a doença e, portanto, de construí-la enquanto realidade própria que demanda certo tipo de intervenção. Expandindo

o argumento de Good, podemos dizer que terapeutas em formação não apenas aprendem a *ver* a doença, mas a compreender e orientar-se frente a ela segundo uma variedade de modos corporais. Csordas trabalha essa idéia ao desenvolver o conceito de modos somáticos de atenção.

O autor define modos somáticos de atenção como *«formas culturalmente elaboradas de atentar com e para o corpo em contextos que envolvem a presença encarnada de outros»* (1993:138). Em cada cultura são desenvolvidos e cultivados modos de atenção fundados em formas específicas de engajamento sensorial. Nessa concepção, a atenção não pode ser reduzida a uma dimensão puramente intelectual: é um fenômeno de engajamento corporal no mundo que envolve todo o campo dos sentidos e não apenas a visão – sentido tradicionalmente considerado mais próximo ao intelecto. No que toca ao trabalho dos religiosos, podemos supor que, durante o período de formação ao qual muitos são submetidos e ao longo da sua prática, os terapeutas desenvolvam e cultivem modos somáticos de identificar a aflição de seus pacientes e de abordá-la anteriores a uma elaboração intelectual/discursiva sobre ela. *«Curadores bem como médicos não apenas compartilham com seus pacientes um conjunto altamente organizado de disposições corporais, sumarizadas por Bourdieu através do termo habitus, mas também adquirem um conhecimento empírico cumulativo da variedade do sofrimento humano na medida em que expandem sua experiência»* (*ibid.*: 147).

Identificar os modos somáticos de atenção cultivados em distintas culturas médicas e o papel que desempenham na condução do tratamento é dar um passo significativo para compreender os processos terapêuticos e abordar a difícil questão da eficácia. Trata-se de um caminho analítico que nos permite reconhecer dimensões importantes do tratamento dispensado pelos terapeutas religiosos, que escapam tanto aos estudos desenvolvidos segundo a ótica biomédica (ou, por ela influenciados), quanto aos trabalhos antropológicos e sociológicos tradicionais. No caso dos estudos produzidos segundo a ótica biomédica, a ênfase nos aspectos orgânicos dos processos de doença e cura conduz a uma omissão da dimensão vivida de tais

processos e do seu fundamento corporal: o corpo/objeto da ciência médica substitui o corpo/vivido, fonte e condição da experiência. No caso dos estudos produzidos no âmbito das ciências sociais, a ênfase nos aspectos ideais ou simbólicos da doença e cura conduz a uma desvalorização das sensações e práticas encarnadas dos sujeitos doentes e seus terapeutas: o corpo/texto, espelho da cultura substitui o corpo vivido, fundamento de nossa inserção no mundo da cultura e ponto de partida para a reconstrução contínua desse mundo.

Empreender um estudo das experiências de curadores e clientes em um certo contexto de terapia (segundo a abordagem aqui defendida) permite também retomar sob um novo ângulo uma temática bastante cara às ciências sociais aplicadas à saúde: àquela referente às dimensões sócio-políticas dos processos de rotulação e tratamento das aflições. Conforme observam acertadamente muitos estudiosos contemporâneos, cabe às ciências sociais desenvolver uma análise contextual densa, que traga à luz as articulações entre dimensões estruturais da sociedade – as relações raciais, de classe, gênero, etc – e as práticas relativas à identificação e tratamento da aflição (ver, por exemplo, os trabalhos de Scheper-Hughes e Lock, 1987; Scheper-Hughes, 1992; Low, 1994). Em geral, a correlação entre estes domínios é pensada como um processo de inscrição no corpo de significados sociais, políticos e econômicos. Parte-se do suposto de que, ao serem transferidos para o campo das características e funções do corpo físico, tais conteúdos (políticos, econômicos, etc.) ganham uma tonalidade mais viva ou mesmo um maior poder de persuasão. Embora esclarecedora das múltiplas camadas de sentido condensadas na experiência da cura, tal interpretação tende a assumir que o corpo é matéria bruta em que os significados são inscritos e no qual podem ser lidos; a política e a economia, por sua vez, são tomadas como as fontes últimas de um sentido que pertence a uma esfera independente do mundo vivido (corporalmente) pelos atores. A relação entre essas esferas, desnecessário dizer, é pensada em termos causais.

Se em algumas análises o corpo é simples suporte material do texto que compõe uma



ordem sócio-cultural e política, em outras, inspiradas na obra de Foucault, é visto como o *locus* em que se articulam e sobre o qual investem diferentes dispositivos de poder. Os trabalhos sobre a biomedicina têm se destacado ao chamar atenção para a terapia como tecnologia de controle da vida, que domestica o corpo e constitui um certo tipo de sujeito (disciplinado, regulado pelas prescrições de uma vida saudável). Também nessas abordagens domina um certo descaço pela experiência vivida: como consequência escapam à análise as formas de resistência cotidiana tecidas com os corpos, em contextos como os de terapia e recuperação – a dinâmica de consentimento e recusa, preservação e mudança, que marca o fluir de uma terapia enquanto processo de compreensão e engajamento corporal em um determinado campo de sociabilidade. Voltar atenção para as experiências de tratamento e cura, portanto, não é produzir uma descrição fechada para a dimensão política da cura: é, ao contrário, insistir que a dominação e resistência são integrantes do processo terapêutico, e não fatores que o condicionam de fora. Tampouco estamos aqui advogando o abandono de análises que situem a terapia no contexto mais amplo das correlações de força vigentes em uma dada sociedade; mas apenas enfatizando que atentar para os processos de tratamento permite-nos entender melhor tanto as repercussões ou reflexos dessas correlações no espaço terapêutico, quanto as re-interpretações e formas de resistência corporificada a que relações mais abrangentes de poder e dominação podem estar sujeitas no desenrolar da terapia.

Metodologicamente, a compreensão dos processos terapêuticos desenrolados no campo das medicinas tradicionais requer estudos que, ultrapassando uma simples descrição e análise de processos gerais, busquem elucidar a perspectiva dos atores, participantes dos processos terapêuticos. Um caminho nessa direção é conduzir a investigação para um estudo do modo próprio como pacientes, terapeutas e demais participantes do tratamento encarnam o modelo da religião a partir da sua situação vivida - de doença, convivência e cuidado com doentes, trabalho sobre seus corpos - ou, o que dá no mesmo, a maneira como vivenciam tais situações

a partir de sínteses corporais, em grande medida motivadas e alimentadas pelo envolvimento religioso.

## CONCLUSÃO

O presente artigo partiu do pressuposto de que os estudos contemporâneos sobre medicina tradicional têm dado atenção à questão dos tratamentos desenvolvidos nesse setor do sistema médico (*health care system*). Dentre os trabalhos desenvolvidos sobre essa temática (*processos terapêuticos*), uma tendência significativa deles parte do princípio de que a compreensão dos processos de tratamento operados no setor folk – compreensão que também permita uma autêntica abordagem comparativa com a biomedicina - requer um enfoque a partir da experiência. Assim, procuramos explorar o significado de experiência, argumentando que priorizar a experiência implica deslocar o foco da análise dos «sistemas de representação» e das atividades cognitivas dos sujeitos para os modos de atenção e envolvimento em situações que solicitam e engajam o corpo. Mas, conforme observamos, não se trata de colocar o corpo no lugar da psique, ou mesmo de explorar as relações entre eles, tomando o primeiro como o domínio da *disease* e o segundo como o domínio da *illness*. É importante observar que o corpo não duplica um sentido que é primeiro psicológico: o sentido, dissemos, já está no corpo como um certo modo de posicionar-se no mundo da convivência (e da cultura), que não supõe atividade de representação. Não devemos esquecer que no âmbito das medicinas tradicionais, particularmente aquelas vinculadas à religião, o tratamento da doença é em geral parte de um processo mais amplo de reconstrução da pessoa que envolve repetidos cuidados e operações sobre o corpo. Essa ação sobre o corpo, a mobilização dos vários sentidos que detectamos nos contextos terapêuticos, parecem conduzir, pouco a pouco, a novas sínteses práticas, formas de se estender ao mundo e lidar com as situações – não são veículo para comunicar um sentido oculto, mas maneiras através das quais essas terapias podem conduzir a uma dilatação da existência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, P.C. (1990). «Medical Culture System: The Social Dimension of Sickness». Tese de Doutorado apresentada a Universidade de Liverpool, Reino Unido.
- ——— (1995). A perspectiva de análise social no campo da saúde: aspectos metodológicos. Em: Canesqui, A. M. (Org.). *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Alves, P.C. & Rabelo, M.C. (1998). O Status Atual das Ciências Sociais em Saúde no Brasil: Tendências. Em: Alves, P.C. & Rabelo, M.C. (Orgs.). *Antropologia da Saúde. Traçando Identidades e Explorando Fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz e Relume Dumará.
- Araújo, A. M. (1959). *Medicina Rústica*. São Paulo: Nacional.
- Arouca, A. S. S. (1975). *O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. Campinas: FCM/Unicamp (Tese de doutorado)
- Breilh, J. (1979). *Economía, Medicina y Política*. Quito: Universitaria.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ——— (1996). Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus.
- Cabral, O. (1958). A medicina teológica e as benzeduras. *Revista do Arquivo Municipal*, vol. CLX.
- Canesqui, A. (1994). Notas Sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80. Em: Alves, P.C. & Minayo, M.C. (Orgs.). *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Connor, L. (1982). The Unbounded Self: Balinese Therapy in Theory and Practice. Em: Marsella, A.J. & White, G.M. (Eds.). *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Cordeiro, H. et al. (1976). *Produção e Distribuição da Doença e Sociedade*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado.
- Csordas, T. (1993). Somatic Modes of Attention. *Cultural Anthropology*, 8(2): 135-156.
- ——— (1994). *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley: University of California Press.
- Danforth, L.M. (1989). *Firewalking and Religious Healing*. New Jersey: Princeton University Press.
- Donnangelo, C. (1979). *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Douglas, M. (1970). *Natural Symbols: explorations in cosmology*. London: Barries & Rockliff.
- Droogers, A. (1989). «The Enigma of the Metaphor that Heals: Signification in an Urban Spiritist Healing Group». Annual Meeting of the American Anthropological Association, Washington D.C. (Mimeo).
- Geertz, C. (1978). *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Glik, D.C. (1988). Symbolic, Ritual and Social Dynamics of Spiritual Healing. *Social Science and Medicine*, 27(11): 1197-1206.
- Good, B.J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greenfield, S. M. (1992). Spirits and Spiritist Therapy in Southern Brazil: A Case Study of an Innovative, Syncretic, Healing Group. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(1): 23 -52.
- Hale, L. (1990). How the Spirits Got Gramps to Take His Medicine: Magic, Science and the Semiotic Movement in Umbanda Healing. Em: Posey, D. & Overall, W. (Eds.). *Ethnobiology: Implications and Applications*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi.
- Harrel, S. (1991). Pluralism, Performance and Meaning in Taiwanese Healing; A Case Study. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15: 45-68.
- Jackson, M. (1989). *Paths Toward a Clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Enquiry*. Bloomington: Indiana University Press.

- Kleinman, A. (1978). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science and Medicine*, 12: 85-93.
- \_\_\_\_\_ (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kogan, A. (1981). *Cuerpo y Persona: filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- La Barre, W. (1964). Confession as Cathartic Therapy in American Indian Tribes. Em: Kiev, A. (Ed.). *Magie, Faith and Healing*. New York: The Free Press.
- Laurell, A.C. et al. (1977). Enfermedad y Desarrollo: Análisis Sociológico de la Morbilidad de Dos Pueblos Mexicanos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, 84: 131-151.
- Leblond, M.A., Guimarães, C.D. & Seiblitiz, Z.M. (1977). «Medicina Popular ou Sistema Paralelo de Saúde». Relatório final de pesquisa apresentado a FINEP. (Mimeo).
- Lebra, T. (1982). Self Reconstruction in Japanese Religious Psychotherapy. Em: Marsella, A.J. & White, G.M. (Eds.). *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Le Cru et le Cuit*. Paris: Librarie Plon.
- Low, S.M. (1994). Embodied Metaphors: nerves as lived experience. Em: Csordas, T. (Ed). *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Loyola, M.A. (1983). *Médicos e Curandeiros. Conflito Social e Saúde*. Rio de Janeiro: Difel.
- Machado & Castellanos, J. (1978). *Industrialización, Estructura Familiar y Salud Materno Infantil en Venezuela*. Caracas: Universidad Central.
- Maués, R.H. (1994). Medicinas Populares e Pajelança Cabocla na Amazônia. Em: Alves, P.C. & Minayo, M.C. (Orgs.). *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- McGuire, M.B. (1983). Words of Power: Personal Empowerment and Healing. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 7: 221-240.
- Meneses, J. de Sá (1957). *Medicina Indígena*. Salvador: Livraria Progresso.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Minayo, M.C. (1994). Representações da Cura no Catolicismo Popular. Em: Alves, P.C. & Minayo, M.C. (Orgs.). *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Mischel, W. & Mischel, F. (1958). Psychological Aspects of Spirit Possession. *American Anthropologist*, 60: 249-260.
- Montero, P. (1985). *Da Doença à Desordem: A Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.
- Neves, D.P. (1984). *As «Curas Milagrosas» e a Idealização da Ordem Social*. Niterói: Universidade Federal Fluminense & CEUFF/PROEDS.
- Ngokwey, N. (1989). On the Specificity of Healing Functions: A Study of Diagnosis in Three Faith healing Institutions In Feira (Bahia, Brazil). *Social Science and Medicine*, 29(4): 515-526.
- Nunes, E. (1985). Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. Em: Nunes, E. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina*. Brasília: OPAS.
- Queiroz, M.S. (1980). Curandeiros do Mato, Curandeiros da Cidade e Médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamento de doenças na região do Iguape. *Ciência e Cultura*, 32: 31-47.
- Rabelo, M.C. (1993). Religião e Cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes trabalhadoras urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 316-325.
- \_\_\_\_\_ (1994). Religião, Ritual e Cura. Em: Alves, P.C. & Minayo, M.C. (Orgs.). *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rabelo, M.C. & Alves, P.C. (1997). Jarê. Religião e Terapia in Ambiente Rurale Brasileiro. Em: Pizzorno, L.F. (Ed). *Religião e Magia: Culti di Possessione in Brasile*. Torino: UTET.
- Ribeiro da Silva, M. da G. (1976). *Prática Médica: Dominação e Submissão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Roberts, A.F. (1991). Anarchy, Abjection and Absurdity: A Case of Metaphoric Medicine among the Tbwa of Zaire. Em: Romanucci-Ross, L., Moerman, D.E. & Tancredi, L.R. (Eds.). *The Anthropology of Medicine*. New York: Bergin & Garvey.

- São Paulo, F. (1970). *Linguagem médica popular no Brasil*. Salvador: Itapuã.
- Sartre, J.P. (1972). *El Ser y la Nada*. Buenos Aires: Losada.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987). The Mindful Body. *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 6-41.
- Stoller, P. (1997). *Sensuous Scholarship*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Teixeira, F. (1956). *Medicina popular mineira*. Rio de Janeiro: Organização Simões.
- Turner, V. (1964). A Ndembu Doctor in Practice. Em: Kiev, A. (Ed.). *Magic, Faith and Healing*. New York: The Free Press.
- Williams, P.V. (1979). *Primitive Religion and Healing: A Study of Folk Medicine in N.E. Brazil*. Cambridge: D.S. Brewer.
- Wittkower, E.D. (1970). Trance and Possession States. *International Journal of Social Psychiatry*, 16: 153-160.

## INTRODUCCIÓN

Ante el incremento surgido en los últimos años en la promoción y el uso de las denominadas «medicinas alternativas» en diferentes partes del mundo, el explorar algunas diferencias básicas entre las alusiones a lo «tradicional», lo «alternativo» y/o lo «complementario» que usualmente acompañan al fenómeno, puede servir como referencia para caracterizarlo. Considero necesario problematizar estos términos desde la perspectiva de la salud pública, indagando qué de «alternativo» tienen esas prácticas; en qué suponen una diferencia cualitativa con la biomedicina y en qué se hermanan con ella; qué lecturas -y qué pistas- sugiere su «auge» en América Latina: si dan respuesta a la necesidad actual de *enriquecer y diversificar la terapéutica*, si revelan un problema de *insuficiente cobertura biomédica*, si suponen un *reto epistemológico* para la biomedicina, si expresan una modalidad más de *comercialización de las necesidades* de salud-curación, y también si encubren de alguna manera *procesos estructurales patógenos*. Es decir, se pretende indagar qué preguntas necesitamos hoy en relación al tema y por qué.

### «MEDICINAS ALTERNATIVAS»: ¿HASTA DÓNDE, PARA QUIÉN?

---

Paul Hersch-Martínez\*

---

## UN DESLINDE NECESARIO

En primer término, cabe delimitar una tendencia actual que considera a las «medicinas alternativas y complementarias» como una serie de elementos técnicos y recursos susceptibles de nutrir a una medicina «universal» o «cosmopolita». Esta tendencia se expresa incluso en el creciente uso de un término estandarizado ya en la literatura anglosajona con sus siglas como «CAM» («Complementary and Alternative Medicine»), lo cual obedece a una perspectiva sanitaria y asistencial propia de los países altamente industrializados (Freshley & Carlson, 2000; Meenan, 2001; Weeks, 2001; Bausell *et al.*, 2001).

---

\* Médico. Proyecto Actores Sociales de la Flora Medicinal en México y Museo de Medicina Tradicional y Herbolaria. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México. E-mail: leon@mklinux.dti.uacm.mx

Ejemplos de esta aspiración «integradora» a una medicina «cosmopolita» se encuentran en diversas áreas biomédicas. Tal es el caso de los acercamientos motivados por la necesidad de responder a problemas de difícil manejo en la medicina hegemónica, como los dolores musculoesqueléticos crónicos y generalizados (Steen & Haugli, 2000), el cáncer de próstata (Di Paola *et al.*, 2001) o la terapéutica oncológica en general (Cassileth, 1999), y también en áreas como la atención perinatal (Petrie & Peck, 2000), el campo de las alergias, el asma y la inmunología (Bielory, 2001), e inclusive la salud ocupacional (Felton, 2000). También las terapias «complementarias y alternativas» empiezan a ser consideradas por su posible papel en la esfera del «cuidar», más que en la del «curar» (Spiegel *et al.*, 1998).

Siempre en el ámbito de los países con mayor grado de industrialización, de acuerdo a estudios recientes, 46 de cada cien pacientes en tratamiento convencional recurren a estas terapias sin supervisión de su médico (Clark, 2000), llegándose a considerar incluso que la «medicina complementaria» está emergiendo como factor «dominante» en la atención de salud, lo cual se reflejaría en la *cantidad de dinero* que numerosos estadounidenses desembolsan cada año para acceder a esas terapias (de Maye-Caruth, 2000).

Sin embargo, en la práctica, y a pesar de que la apreciación biomédica respecto a la «medicina alternativa» pareciera hacerse más receptiva, las posibilidades para una real incorporación o «integración» son limitadas, a menos que opere un proceso de descontextualización que permita justamente tomar ciertos recursos y técnicas prescindiendo del marco conceptual y operativo que los genera y reproduce. De hecho, las mismas explicaciones para estos límites brindadas desde la biomedicina reflejan ese enfoque reduccionista, al subrayar como dificultades para una integración la «carencia de *datos científicos* disponibles» respecto a la seguridad, la eficacia, la dosificación óptima y los efectos colaterales o interacciones de dichas técnicas y recursos, refiriendo que esta situación lleva a muchos médicos a descartar las preguntas de sus pacientes con relación a este tipo de prácticas, atribuyéndoles con frecuencia el carácter de charlatanería (Chez & Jonas, 1997) y

destacando el problema de la descalificación mutua entre practicantes biomédicos y terapeutas «alternativos» (Berman *et al.* 2000).

Por otro lado, justamente en el marco de los países más industrializados, Zimmermann ha destacado que la profusión de medicinas exóticas ofrecidas actualmente en el mercado induce en los consumidores el deseo de ensayar una terapéutica hasta ahora inaccesible o desconocida, donde la figura del remedio «auténtico» o «natural» goza de una identidad étnica revestida de eficacia para el comprador:

*Cuando usted adquiere sobre una manta en Europa una botella de Chyawanprash, el electuario del sabio Chyavana o su equivalente en comprimidos, usted compra un producto doblemente exótico. No se trata solamente de la síntesis de toda la flora medicinal de los trópicos, sino también de la filosofía hindú y de la vida, materializada en una mercancía...* (Zimmermann, 1995:xi).

En este fenómeno, y particularmente para algunas prácticas de genealogía «oriental», el terapeuta juega un rol de «maestro de la sabiduría», y la terapéutica se asocia a ciertas reglas disciplinarias. Etnicidad, filosofía y mercado son los pilares de una peculiar triada de las medicinas «dulces», «complementarias» o «alternativas» en los cuales enfatiza Zimmermann (1995), triada que, con sus variantes y en determinados sectores de población, puede también encontrarse en el consumo creciente de estas técnicas y recursos en América Latina.

Sin embargo, es necesario considerar estos saberes y recursos en el marco de nuestra situación sanitaria particular latinoamericana, resultado de una serie de condiciones culturales, económicas y políticas que juegan un rol determinante, a mi parecer, en el tema que nos ocupa.

## DIFERENTES LECTURAS DE DIFERENTES PROCESOS

¿Qué son esas «medicinas tradicionales y holísticas», esas «terapias complementarias y alternativas»? Los términos no son escasos: «naturales», «dulces», «no ortodoxas»; lo que pueden

ser en América Latina no equivale necesariamente a lo que son en otras regiones. Así, si bien se afirma que en Europa las cuatro principales modalidades de tratamientos «complementarios o no convencionales» son la acupuntura, la homeopatía, la terapia manual y la fitoterapia (Sharma, 1992; Fisher & Ward, 1994), en estas cuatro modalidades principales se encuentra ya una diversidad conceptual y de adscripciones de origen que sin embargo no impide que resulten hermanadas mediante su ingreso al mismo mercado.

En ese mismo sentido, una definición típica de las «terapias complementarias y alternativas» proveniente del mismo contexto biomédico industrializado las presenta como una «vasta y *disparatada* colección de regímenes y productos», que van desde las modalidades que efectivamente mejoran la calidad de vida o ciertos remedios vegetales promisorios, hasta «terapias falsas que prometen la cura del cáncer y que no sólo dañan de manera directa sino indirectamente, al provocar que los pacientes eviten o pospongan tratamientos efectivos» (Cassileth, 1999). Otros autores (en la literatura médica) simplemente definen a la «medicina complementaria o alternativa» como el conjunto de sistemas, prácticas, intervenciones y aplicaciones médicas que no son parte del sistema médico dominante o convencional (Chez & Jonas, 1997).

Sin embargo, podemos aventurar que la vastedad y el *disparate* de esta «vasta y disparatada colección» proviene de la descontextualización inherente a su manejo instrumental fuera de su entorno original y abarca, en países como México, elementos provenientes efectivamente de la medicina tradicional, tanto de la propia -la practicada por los grupos étnicos indígenas- como de las originadas en otras regiones, por ejemplo la medicina china, de la cual la acupuntura es un elemento, o la medicina ayurvédica de la India. Además, existen otras prácticas emanadas de la propia tradición médica occidental, como la homeopatía, reconocida oficialmente en México desde finales del siglo XIX y enseñada en centros oficiales de educación superior, o la quiropática. Luego se encuentran prácticas inscritas en la religiosidad popular con gran presencia en México, donde la atención de enfermedades resulta esencial, como las propias de la tradición católica, con sus santuarios donde el sincretismo con cultos

prehispánicos persiste, o las correspondientes al Espiritualismo Trinitario Mariano (Ortiz, 1977; Lagarriga, 1991). Y la «colección» abarca también otras muy contrastantes propuestas, como las representadas por las cadenas de tiendas y consultorios naturistas, los masajes terapéuticos adscritos o no a medicinas tradicionales, las aproximaciones teosóficas y antroposóficas, las diversas filosofías y técnicas vinculadas a las medicinas tradicionales orientales, como el rei-chi o la reflexoterapia, o el cúmulo de prácticas que emergen en torno a «productos naturales» que se venden a domicilio o a través de vecinos y redes sociales.

Así, ante la pertinencia de caracterizar tal heterogéneo conjunto de técnicas, recursos, prácticas, filosofías y expectativas, se puede optar por diversos enfoques, más o menos reduccionistas, como intentar una clasificación genealógica, privilegiar el eje modernidad-tradición, o partir de la dinámica entre modelos médicos y conjuntos sociales, que reconoce el dominio de un modelo sobre otros y que ubicaría a este conjunto de «medicinas» en dos modalidades de respuesta social a la enfermedad: a) en el «modelo médico subalterno», dada la supeditación de estos saberes y prácticas, en mayor o menor grado, a la biomedicina dominante; y b) en el «modelo de autoatención» (Menéndez, 1990, 1992) porque muchos de sus elementos son aplicados sin mediar un terapeuta externo al ámbito doméstico.

Para el propósito de este trabajo, optaremos por hacer énfasis justamente en los tres términos referidos (medicina tradicional, alternativa, complementaria) explorando en breve a la «alternancia» y la «complementariedad» como posibles ejes.

## LA ALTERNANCIA Y LA COMPLEMENTARIEDAD COMO REFERENTES

Aun cuando a menudo se los maneje como sinónimos a nivel popular o de plano se les meta en un mismo saco, lo *tradicional*, lo *alternativo* y lo *complementario* tienen significados diferentes que pueden ser abordados desde la etimología.

## MEDICINA TRADICIONAL

Lo «tradicional» tiene su origen en *traditio*, «enseñanza», «transmisión», «entrega», de *tradere*, «entregar» e incluso «traicionar», proveniente a su vez de *tra*, «más allá», «al otro lado», y de *dare*, «dar», resultando de ello una de varias posibles definiciones, como la transmisión de elementos de una cultura de una generación a otra (Gómez de Silva, 1988). Es en este marco que se puede incluir las concepciones, terapeutas y recursos desarrollados de manera endógena en nuestros países y cuya raíz se encuentra en las culturas prehispánicas, aunque desde la conquista se hayan transformado continuamente al incorporar elementos provenientes de otras culturas médicas.

Sin pretender un análisis exhaustivo del término *medicina tradicional*, lo que aquí cabe es simplemente recordar algunos de sus rasgos; así, en el caso de América Latina, como en otras regiones del mundo, hay una *diversidad de medicinas tradicionales*, adscritas justamente a las varias culturas existentes en cada país. No me voy a detener tampoco en los diversos estereotipos señalados en torno a la *medicina tradicional* (Menéndez, 1985; Foster, 1978), pero sí cabe recordar su carácter dinámico, que lleva a no pensarla meramente como *medicina prehispánica*, pues ha ido integrando elementos de diversas culturas médicas como reflejo de su proceso histórico, entre ellas la propia medicina colonial española o la medicina bantú en México, en virtud de la llegada de esclavos, principalmente en los dos primeros siglos de la etapa colonial española.

Es así que la *medicina tradicional* no es un simple cajón del cual sacar pedazos a remate en el mercado de exoticiidades curativas; se trata de un ámbito complejo y de múltiples adscripciones: forma parte de universos simbólicos diferentes e incluso antagonicos respecto a los impulsados desde los países más industrializados; asimismo, frecuentemente forma parte de estrategias de resistencia y de sobrevivencia a menudo ajenas a la cultura mercantilizada de consumo. Y, cabe destacar también, se trata de saberes y recursos que, por razones históricas y político-sociales, no han contado con las condiciones más propicias para su propio desarrollo científico y tecnológico; es decir, estos saberes y recursos en América Latina fueron desprovistos progresivamente, con

la conquista y durante la colonia, del aparato de reproducción y preservación esencial para su florecimiento, de modo que las *medicinas tradicionales actuales no son las medicinas tradicionales posibles*: son aquéllas que han podido persistir, pero no son las optimizadas de acuerdo a su propia línea conceptual y operativa, y por sus propios actores sociales.

Esto se refiere porque existe una tarea pendiente de recontextualización, de rescate y valoración que difiere de la tendencia mencionada, presidida por el cometido de una medicina «cosmopolita y universal», cuyo conocido enfoque instrumental implica sustraer de su marco algunos elementos, entre ellos, de manera destacada, la flora medicinal. Y aquí radica justamente la posible articulación de esa pretendida medicina «cosmopolita y universal» respecto a la bioprospección mercantil foránea con sus patentes y expropiaciones genéticas, así como su conflicto o contradicción respecto a la idea de una pluralidad médica y una autonomía sanitaria relativa de la población, las cuales no implican necesariamente, cabe aclararlo, el *rechazo de avances científicos y técnicos* propios de la biomedicina, ni el *cuestionamiento a toda posibilidad* de incorporar a ella elementos de otras culturas, tendencia que ha sido una constante en su desarrollo.

En México, una parte significativa de este trabajo de valoración se encuentra ejemplificada con el esfuerzo llevado a cabo por el Instituto Nacional Indigenista en los años noventa (por ejemplo, Zolla *et al.*, 1994; Aguilar, Argueta & Cano, 1994) y por variadas aportaciones realizadas por diversos etnobotánicos y antropólogos. Sin embargo, muchas líneas temáticas y opciones metodológicas demandan aún atención acuciosa, como el involucramiento de los propios terapeutas en el análisis de sus saberes y recursos, el estudio de las lógicas subyacentes que articulan numerosas estrategias terapéuticas, las múltiples facetas de las entidades nosológicas, los itinerarios terapéuticos, o las particularidades regionales y su articulación respecto a un universo conceptual más amplio.

En todo caso, la suerte de muchas de estas líneas de trabajo será la suerte de los conjuntos sociales que se encuentran involucrados en ellas, de modo que, como sucede con la tardía pero



imprescindible reivindicación de los pueblos indios en la vida política del México actual, si éstos cuentan con las condiciones esenciales para su propio desarrollo, se encargarán entonces de hacer lo propio con sus saberes y prácticas médicos, en conjunto con otros sectores.

### MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA

Ahora bien, lo «alternativo» refiere a la alternancia, es decir, a la posibilidad de intercambio regular, y proviene del latín *alternare* y *alternus*, originados en *alter*, «otro» y *turnus*, «turno»; de ello resulta la connotación de algo intercambiable (Gómez de Silva, 1988), algo capaz de alternar con función igual o semejante (Real Academia Española, 1992). Así, el que algo sea «intercambiable» o «alternativo» supone que puede tomar el lugar de aquello que es desplazado.

Respecto a la medicina «complementaria», término utilizado con frecuencia *alternativamente* al aludir al conjunto heterogéneo de prácticas, concepciones y recursos que nos ocupa, refiere a *complementum* y *complere*, algo que completa, y por

extensión, a «algo que hace perfecto o íntegro» (Gómez de Silva, 1988). En este caso, supondría que una determinada práctica puede ser beneficiada en su propósito mediante el concurso de otra, dada la perfectibilidad y/o cierto grado de carencia de la primera.

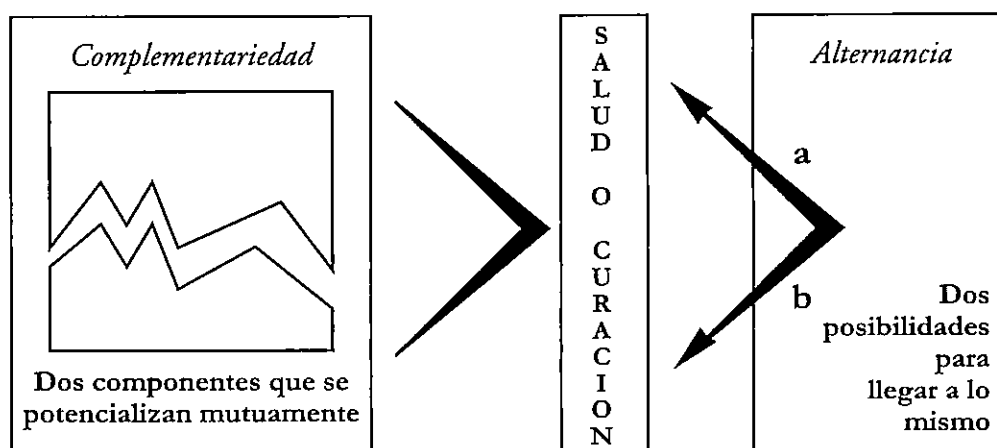
Algunos de estos elementos se presentan esquemáticamente en el gráfico que sigue. Habría que aclarar que la alternancia puede implicar no sólo el camino para llegar a la salud o la curación, sino, a menudo, implicar variantes también en la definición misma de esa salud o esa curación.

*Alternancia y complementariedad* resultan entonces categorías que pueden corresponder a estadios posibles en la relación entre sistemas, y que pueden ser utilizadas de manera tal que permitan caracterizar potenciales provenientes de diversas «medicinas», incluso «tradicionales», sin que ello implique su descontextualización.

En todo caso, en el gráfico siguiente resulta evidente que se requiere condiciones que permitan avanzar en el reconocimiento mutuo de los límites que generan la necesidad recíproca de complementariedad o de alternancia, pues su definición continúa siendo controversial.

GRÁFICO 1

### ALTERNANCIA Y COMPLEMENTARIEDAD



## LA INVISIBILIDAD SANITARIA DE ALGO HETEROGÉNEO

Ahora bien, la perspectiva epidemiológica dominante, que no concede a ciertas definiciones de enfermedad, a ciertas modalidades y recursos de atención y a ciertos terapeutas categoría suficiente como merecedores de consideración en su ámbito, implica cierta *invisibilidad sanitaria* de las «medicinas tradicionales» y de las «medicinas alternativas o complementarias». Como parte de esta situación, la biomedicina no retoma tipologías y propuestas provenientes de la antropología médica que dan cuenta de estos fenómenos, como la caracterización de modelos médicos en función de procesos de hegemonía, o el planteamiento de la existencia y trascendencia de una epidemiología sociocultural (Menéndez, 1990). Esto sucede a pesar de esfuerzos que tienden a analizar el fenómeno desde instancias oficiales de la salud pública en México, como es el caso de Nigenda *et al.* (1997).

Al uso creciente de las «medicinas alternativas o complementarias» se lo percibe también como un fenómeno de mercado que empieza a ser valorado en sus posibles aportaciones puntuales y empíricas, desde un abordaje instrumental y técnico en torno a su inclusión en los esquemas de seguro médico, en su aporte de técnicas y recursos que pueden mejorar el abordaje del paciente y la gestión de su atención. Este tipo de apropiación, ya referida, responde justamente a un patrón histórico donde ha primado a la larga más la supeditación de ciertos recursos y prácticas que su exclusión (Menéndez, 1992). Y ése puede ser el caso de cierto interés incipiente por la flora medicinal en las instancias de seguridad social mexicanas, ante la perspectiva de entrar eventualmente a una competencia por el mercado que supondría, más que reconocer en sí la validez o pertinencia terapéutica de esas prácticas o recursos, su utilidad mercantil. Otro ejemplo en esa misma dirección es el reciclaje comercial de la flora por parte de empresas que, insertas en la propia estructura industrial farmacéutica, han cambiado su argumentación mercantil justificando el uso de extractos totales en lugar de enfatizar en principios activos, dada la baja creciente en la introducción de nuevas moléculas bioactivas al mercado (Hersch, 2000).

De lo previo se deriva la necesidad de contextualizar este fenómeno en nuestras coordenadas sanitarias actuales, en el marco de nuestras propias particularidades latinoamericanas que refieren, a su vez, a condiciones sociales, económicas y políticas diferentes a las de los países más desarrollados, aunque son en alguna medida funcionales a la disparidad de condiciones respecto de estos países. Es decir, en corto, que el fenómeno de las «medicinas alternativas o complementarias» no es el mismo en los países de América Latina que en Europa Occidental o los Estados Unidos.

Esta diferencia remite a varios aspectos. El primero es su caracterización misma. En la literatura europea y norteamericana, el fenómeno de las medicinas alternativas o complementarias ha sido crecientemente documentado: se lo describe en el incremento de sus usuarios, en sus posibles implicancias positivas o negativas, en su relación con la medicina convencional, en sus implicancias para los modelos de seguro médico. En nuestros países, en cambio, la realidad es otra. Muchas de estas terapias constituyen el primer nivel real de atención y a ellas se recurre no después -o a pesar- de contar con un tratamiento convencional médico, sino en ausencia del mismo. Hay además la existencia de la denominada «medicina tradicional» como elemento endógeno y dinámico en la vida y en las estrategias de sobrevivencia de amplios conjuntos sociales, y no necesariamente como parte de un repertorio de técnicas y recursos importados de otros ámbitos culturales.

El conjunto de «medicinas tradicionales» es, en los países en vías de globalización y con un mayor grado de subordinación económica, igual que la autoatención, una realidad epidemiológica y asistencial, a pesar de su *invisibilidad sanitaria*, manifiesta en las políticas vigentes de salud pública.

### «MEDICINAS ALTERNATIVAS» EN UN CONTEXTO DE DESMANTELAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA

Ahora bien, la perspectiva de las «medicinas alternativas» en un país con una sólida cultura del consumo y una muy estructurada biomedicina,

apoyada a su vez en una poderosa industria médico-farmacéutica, no corresponde a las prioridades ni a los problemas de América Latina en ese campo. La misma situación puede plantearse para la perspectiva biomédica que, respecto de estas «medicinas alternativas», se genera actualmente en Europa Occidental, donde el fenómeno de la migración procedente de diversas regiones del mundo en *vías permanentes de subdesarrollo* y los patrones de consumo de bienestar y exotismo atestiguan la creciente «popularidad» -y comercialización- de estas «medicinas alternativas». Aun cuando la popularidad relativa de estas modalidades difiere entre países, su demanda es fuerte y se encuentra en incremento (Sharma, 1992; Fisher & Ward, 1994).

Sin embargo, ¿es ese nuestro caso? ¿Estamos en América Latina frente a los mismos retos a que se alude en los países más desarrollados respecto a sus «CAM»? Es decir, ¿qué, en este principio de siglo, suponen para la salud pública en América Latina las concepciones y estrategias populares de respuesta a la enfermedad? ¿Son estas concepciones o estrategias alternativas o complementarias, y a qué? ¿Las «CAM» tienen esa adscripción «popular» o son recursos confinados a un sector de la población con poder adquisitivo más elevado?

Evidentemente, la diversidad de técnicas, de concepciones, de recursos contenida en las denominadas «medicinas alternativas» implica una amplia gama de espacios y de actores sociales; y las «medicinas alternativas», las «complementarias», la «medicina tradicional» y sus híbridos se encuentran, como la población misma que recurre a ellas en mayor o menor grado, en la confluencia de dos procesos, el de la diversidad cultural y el de la desigualdad social.

En México, el creciente uso de «terapias alternativas o complementarias» no puede ser analizado al margen de la reforma en curso contra la salud y la seguridad social, cuya instrumentación dio inicio bajo indicaciones del Banco Mundial desde los años ochenta. Esta reforma ha generado una situación de desfinanciamiento a la seguridad social en México, siendo una de sus consecuencias más relevantes la importante baja en la calidad de los servicios que se brinda en el marco del modelo

médico hegemónico. Una de las ideas que presiden este proceso es la progresiva delegación de la responsabilidad asistencial a los individuos mismos y una creciente inequidad a favor de intereses privados (Laurell, 1997). Se restringe la oferta pública a un «paquete básico de servicios» para los pobres y se estratifica el acceso al resto de los servicios en función de la capacidad económica o la inserción laboral de los posibles usuarios (Laurell & Ruiz, 1996). Más que una «política de salud», ha sido considerada una «política económica de promoción de negocios privados en el ámbito de la salud», obedeciendo al cometido de «construir a este campo en un terreno de acumulación» (Laurell, 1997:103).

La situación se agrava con la caída drástica en el poder adquisitivo de los salarios en una tendencia consistente desde inicios de los años ochenta. A partir de 1982, se inicia una curva ascendente en los niveles globales de pobreza en México, de modo que el 75% de la población vive en condiciones de pobreza, y de éste, más de la mitad se encuentra en condición de pobreza extrema (Boltvinik, 1995). En estas condiciones en que se incrementan los grupos de población menos favorecidos, la situación de riesgo para la salud generada por dichas condiciones se incrementa correlativamente, en el marco de un sistema de salud que es, además de terreno para acciones sanitarias específicas, «arena donde se debate el conflicto político y campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses particulares» (Testa, 1992:214).

La creciente demanda por reconocer como elemento significativo en el área sanitaria a la diversidad cultural, se topa con una salud pública en crisis, dependiente de una concepción flexneriana, biologicista y medicalizada; una salud pública que, a pesar de sus logros, se ve rebasada por un panorama donde a las inequidades en el acceso a satisfactores y servicios básicos se suman nuevos riesgos a la salud, derivados, por ejemplo, de cambios ambientales (Ferreira, 1992). Esta, ciertamente, es una salud pública perfectible, *requerida de alternativas y de complementariedades*.

Ahora bien, se ha referido con tino que conceptos como los de «servicios de salud»,

«atención primaria» y «primer nivel de atención» son aún manejados en salud pública sin tomar en cuenta las prácticas médicas no hegemónicas, a las cuales se confiere dimensión «antropológica», histórica y/o anecdótica, pero no sanitaria ni epidemiológica real. Sin embargo, la evidencia creciente relativa a su uso por parte de la población implica la necesidad, como han subrayado Nigenda *et al.* (1997), de analizar los procesos a través de los cuales la población demanda estos servicios y los «terapeutas complementarios» logran mantener su presencia en un mercado donde las fuerzas de oferta y demanda son significativas. Es más, se ha planteado que el contexto de la «reforma de los servicios de salud» debiera ser utilizado para revisar el valor terapéutico de estos modelos, para promover su regulación y ampliar la disponibilidad de las opciones terapéuticas para la población (Nigenda *et al.*, 1997).

En México, ciertos patrones en relación al uso de terapias «alternativas» han sido documentados en estudios recientes. Así, en el caso de pacientes con problemas reumatológicos, se encontró que una importante proporción de ellos recurre a estas prácticas (83%) y, de ésta, sólo una cuarta parte refiere su uso al médico convencional. Asimismo, se ha encontrado que una significativa proporción de los pacientes con este tipo de terapias recibió la indicación, por parte del practicante de la terapia «alternativa», de suspender el tratamiento convencional, constatando además el elevado costo de la mayor parte de dichos tratamientos «alternativos». Todo esto ha llevado a sugerir una discusión abierta del tema entre los proveedores de atención médica y con los pacientes mismos (Ramos-Remus *et al.*, 1998).

Lo anterior implica la necesidad de no idealizar estas prácticas e identificar ciertos posibles estereotipos en torno a ellas, como pudieran ser: a) el que son baratas; b) el que se encuentran al margen de la lógica mercantil; c) el que sus practicantes y los proveedores de productos que se amparan en ellas o en el libre consumo y aplicación pueden prescindir de controles, inclusive internos.

Esto puede ser ejemplificado con materiales propagandísticos distribuidos al

público, donde la terminología en boga resulta uno de los pilares de la promoción: sin embargo, la «ruta solar», el «mundo natural», la «terapia holística», la «visualización curativa», las «células divinas», los aceites esenciales, las ventosas, la «música antiestrés», la «eliminación de las emociones negativas» son todas cápsulas difíciles de tragar para el salubrista, quien, ante vehementes conminaciones como la de «Dentro de ti está la medicina de todos tus males, ¡aprende a visualizarla!», puede recordar a cualquier enfermo en situación de pobreza, de ésos muchos que *insisten en enfermarse por inconscientes*. No: difícilmente un jefe de jurisdicción sanitaria recomendará una reflexoterapia a un menor desnutrido con salmonelosis, y no necesariamente porque ignore que la disposición del individuo es determinante en su salud, su enfermedad y su curación.

En todo caso, estos materiales propagandísticos, diplomados, cursos, consultorios, terminologías, terapeutas y productos emergen como sintomáticos y demandan un análisis equilibrado, pues no sólo expresan la mercantilización galopante y atropellada de todo lo posible, sino que sugieren, en algunos casos, un potencial sanitario cada vez más difícil de eludir. Estas implicaciones contrastantes se esquematizan en el cuadro 1, al final de esta presentación.

## ALGUNAS PISTAS

Pasemos ahora a considerar varias implicaciones posibles en la emergencia e incremento de uso de las «medicinas alternativas y complementarias»: a) como recursos legítimos y pertinentes para una necesaria diversificación conceptual y asistencial; b) como expresiones de insuficiente cobertura asistencial biomédica, tanto cuantitativa como cualitativa; c) como retos epistemológicos para la biomedicina; d) como manifestaciones de comercialización de las necesidades de salud-curación; y e) como encubridoras -no necesariamente deliberadas- de procesos estructurales patógenos.

## A) LAS «MEDICINAS COMPLEMENTARIAS» COMO RECURSOS LEGÍTIMOS Y PERTINENTES PARA UNA NECESARIA DIVERSIFICACIÓN CONCEPTUAL Y ASISTENCIAL

La sola emergencia de las «medicinas alternativas» en países industrializados con altas asignaciones presupuestales para la seguridad social y la atención médica, expresa insatisfacción respecto a una atención biomédica mejor financiada que la dominante en América Latina. En ese sentido, bien afirma Sharma (1992) que las deficiencias institucionales proveen con frecuencia espacios para las innovaciones culturales.

A partir del reconocimiento de las propias limitaciones de la biomedicina tal como se la practica actualmente, el potencial de muchas prácticas y recursos incluidos en el rubro de «medicinas alternativas» puede ser reconocido y desarrollado. Uno de sus aportes refiere a la calidad de la relación terapeuta-paciente o practicante-cliente.

Se afirma, por ejemplo, en el marco del sistema nacional de salud inglés, que «el paciente no paga directamente por la terapia y no ha detectado a un practicante particular luego de una búsqueda activa de atención, llegando a menudo al consultorio a través de un proceso de referencia burocrática»; además, «las consultas toman tiempo si han de llevar a un tratamiento exitoso» (Sharma, 1992:211). En México, la calidad de la relación médico-paciente ha sido precisamente uno de los rubros más deteriorados a partir del proceso de desfinanciamiento de la seguridad social, con políticas de costo-beneficio que han terminado por generar una suerte de «taylorismo» en la atención médica (Laurell, 1997), de modo que a medida que se desfinancia la atención médica convencional, se generan condiciones para incrementar el uso de las «medicinas alternativas» a través de la justificada insatisfacción de los pacientes.

Sin embargo, el ideal del «tratamiento holístico», donde el terapeuta trata con el paciente no sólo como cuerpo físico sino como «ser social y espiritual», tampoco se logra en la propia práctica «alternativa o complementaria», de

acuerdo con terapeutas entrevistados por Sharma (1992). Esto lleva a tener en cuenta que el deterioro relacional responde más a imperativos burocráticos que a las representaciones de las diversas culturas médicas.

Otro aspecto esencial de este tratamiento «holístico», tal como lo conciben sus practicantes, es el rol activo y participativo del paciente; el proceso terapéutico no sólo se sustenta en la experiencia del terapeuta y en su conocimiento especializado, sino en el involucramiento activo y el esfuerzo del paciente, quien debe ser animado a elegir y entender lo que está pasando (Sharma, 1992).

Estos dos elementos, el de la calidad de la relación terapéutica y el rol participativo del paciente, pueden sugerir cambios para la práctica biomédica en cualquier país. Sin embargo, como subraya Sharma,

*Un obstáculo importante para esto radica en la cultura de la biomedicina, que confiere al médico una relación de control y autoridad sobre el paciente en virtud de su conocimiento superior del cuerpo, de manera que el paciente informado y dotado de poder es visto como un problema en potencia. Otro obstáculo radica en la cultura de las burocracias. La medicina estatal es brindada mediante un sistema burocrático en el cual la terapéutica y otras responsabilidades se encuentran bien definidas y no son negociables. (...) Las burocracias también se encuentran jerárquicamente organizadas. Debe ser difícil de concebir una burocracia donde la persona ubicada en el nivel más bajo de la pirámide (el paciente) lleva a cabo elecciones críticas. Si tomamos en cuenta que la medicina pública es entre otras cosas, un sistema de control estatal, entonces resulta aún más difícil ver cómo el estado podría ser persuadido para mantener un sistema público de salud donde las responsabilidades sean flexibles y el paciente cuente con un margen mayor de maniobra... (1992:214).*

Lo anterior se encuentra relacionado con la concepción misma de la salud y la curación en diversas aproximaciones no biomédicas, rubro esencial que se aborda a continuación.

## B) LAS «MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS» COMO RETOS EPISTEMOLÓGICOS PARA LA BIOMEDICINA

Al respecto, diversos autores han subrayado limitaciones e insuficiencias existentes en el modelo médico hegemónico, relacionadas con su enfoque reduccionista de la realidad diagnóstica y terapéutica (Capra, 1985; Queiroz, 1986), en relación al desplazamiento del paciente como sujeto (Dossey, 1991; Lebrun, 1993), y a diversas limitaciones del abordaje experimental (Stengers, 1996, 1997; Latour, 1995).

Muchos de estos rasgos son sintetizados por Sharma al subrayar que la biomedicina se ha hecho cada vez más técnica en su abordaje, favoreciendo intervenciones basadas en conocimiento «objetivo» sobre el cuerpo del paciente, lo cual prescinde de la experiencia social y subjetiva de la enfermedad. También se ha señalado que el médico maneja e interpreta cada vez más los productos de todo tipo de «rastreo» mecánico de cuerpos enfermos, prescribiendo intervenciones técnicas. Asimismo, se plantea que el diálogo que se lleva a cabo con el paciente -si es que se lleva a cabo- sobre el significado de los síntomas y las intervenciones, se efectúa principalmente con enfermeras o trabajadores sociales, con profesionales paramédicos o no médicos; en corto, el curar ha sido progresivamente separado del cuidar, especialmente en el contexto hospitalario (Sharma, 1992).

Como resultante, mucha de la atención primaria en el modelo hegemónico es experimentada por los pacientes simplemente como entrega de medicamentos, desentendida de las circunstancias sociales y personales del individuo, aunque éstas puedan ser altamente significativas en su enfermedad (Sharma, 1992).

En este marco, Steen & Haugli (2000) subrayan, por ejemplo, que padecimientos como los dolores musculoesqueléticos crónicos y generalizados pueden ser reinterpretados fenomenológicamente, entendiendo al cuerpo como sujeto y portador de significado, de modo que el dolor crónico es conceptualizable como una reacción racional generada ante una situación total de vida de la persona. Una perspectiva tal precisa

en ese ejemplo, refieren los autores citados, un marco holístico de referencia por parte del personal sanitario, que le permita buscar posibles significados individuales ocultos en músculos dolorosos.

Se atribuye al dualismo cartesiano parte del origen del tratamiento reduccionista y mecanicista de los pacientes; de ahí que se destaque la necesidad de un «dualismo interactivo» que reconozca la interacción entre la mente y el cuerpo, considerándolo esencial para tratar a los pacientes con dignidad y compasión (Switankowsky, 2000). En ese mismo sentido, el desarrollo de la psiconeuroinmunología resulta promisorio al dar bases experimentales que fundamentan la crítica al dualismo cartesiano abriendo nuevas perspectivas (Ader *et al.*, 1991; Castés, 2000).

Como se ha referido, una de las causas que se aducen respecto al incremento en el uso de «técnicas médicas complementarias o alternativas» es la necesidad de cuidado y no sólo de curación por parte de los pacientes (Spiegel *et al.*, 1998). Paradoja y tal vez elemento causal es que este proceso se esté llevando a cabo en una era de avance inédito en la tecnología médica.

Parte de los retos epistemológicos para la biomedicina inherentes en las prácticas y saberes no dominantes se encuentra en el plano de las definiciones o categorías nosológicas que no caben en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la OMS, como resulta, por ejemplo, del análisis de la etiología y el manejo de ciertas enfermedades de raigambre nahua en México (Rubel *et al.*, 1991; Hersch, 1995).

## C) LAS «MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS» COMO EXPRESIONES DE INSUFICIENTE COBERTURA ASISTENCIAL, TANTO CUANTITATIVA COMO CUALITATIVA

Por otro lado, el grado de cobertura de la biomedicina latinoamericana hace que lo que pudiera ser «alternativo» para muchos en países desarrollados, no lo sea para aún amplios conjuntos sociales, pues se opta por lo que se dispone, no por aquello a lo cual no se tiene acceso. Es decir -y ello al margen en este momento de consideraciones respecto al punto central de su

eficacia y las diversas lecturas que este término demanda- la medicina «alternativa» no lo es tanto en nuestros países. Sólo es «alternativa» a no hacer nada, a esperar la incapacidad o la muerte en el inmovilismo. Esta consideración es una de salud pública, e implica también la previsible gradación en la calidad de esas medicinas «alternativas o complementarias» de acuerdo al poder adquisitivo del paciente.

Al problema del acceso a servicios de salud institucionales en México, principalmente en zonas rurales, se añade el de la calidad asistencial en el primer nivel de atención biomédica, tanto en zonas rurales como urbanas, lo cual ha sido documentado mediante estudios retrospectivos de mortalidad infantil, en los cuales también se ha evidenciado la presencia de médicos tradicionales en itinerarios terapéuticos con altas tasas de prescripción de medicamentos (Reyes *et al.*, 1998).

Paradójicamente, ahora se empieza a reconocer desde el sector oficial en México el derecho de los pacientes a elegir su propio médico, al tiempo que se profundiza el proceso de privatización de servicios de salud, los cuales se han elevado considerablemente en su costo- lo que genera que un 35% de los mexicanos posterguen la atención o renuncien a ella por razones financieras- y se plantea gravar medicamentos que los pobres «no requieren» (Frenk, 2001a, 2001b). Lo anterior supone una posible agudización en el deterioro de la calidad asistencial y un incremento reflejo en el uso de instancias asistenciales más accesibles en términos económicos y culturales.

Esto, además, al margen de motivos de consulta de hecho problemáticos, como las lumbalgias, las migrañas y los altos niveles de angustia, que propician el uso de «medicinas alternativas» tanto en México como en otros países (Muhajarine *et al.*, 2000).

#### **D) EL PROBLEMA REGULATORIO INHERENTE A LAS PRÁCTICAS Y RECURSOS «ALTERNATIVOS»**

A partir del estudio del estatuto terapéutico de la flora en la biomedicina mexicana, se ha podido ilustrar el de la regulación sanitaria

justamente como uno de los ámbitos y factores de exclusión relativa de este recurso (Hersch, 2000). Las instancias regulatorias tienen una adscripción biomédica tan definitiva que se encuentran con serias dificultades para validar recursos y prácticas ajenos a su ámbito operativo, llegándose por ejemplo a la situación contradictoria en México, de que un 85% de los «fitomedicamentos» registrados en los años 1998-1999 son importados, a pesar de la reconocida riqueza y diversidad de la herbolaria mexicana. Ello obedece además a situaciones estructurales, tales como la limitada presencia de una industria farmacéutica nacional en el mercado (Hersch, 2000).

Una situación crítica es la que se refiere al margen de posibilidades existente para la incorporación de técnicas, prácticas o recursos no convencionales en la medicina institucional (Olrige, 1996). Esto se encuentra relacionado a su vez con la regulación de sus prácticas y la falta de armonización en el ejercicio y la formación de sus practicantes (Fisher & Ward, 1994), así como con la calidad de la información disponible, la cual ha sido analizada también en relación a la Internet, documentando la necesidad de una evaluación crítica de tales fuentes para los pacientes (Elliott & Elliott, 1998; Cassileth, 1999; Suárez-Almazor *et al.*, 2001).

Desde la perspectiva biomédica, es importante reconocer los efectos que puede tener en ciertos problemas de salud y ciertas áreas de atención el persistente incremento en el uso de productos vegetales de consumo libre, frecuentemente realizado sin que de ello se percaten los médicos y los cirujanos. Tal es el caso de los reportes generados en torno a la interacción de plantas como Gingko biloba, ajo, jengibre, ginseng y Santa María (*Chrysanthemum parthenium*) con los agentes anticoagulantes y antiplaquetarios en el acto quirúrgico (Fessenden *et al.*, 2001).

La industria de los suplementos alimenticios que se encuentra detrás de diversas «medicinas complementarias o alternativas» supone un mercado cuyo volumen de ventas se calcula actualmente, sólo para los Estados Unidos, en 15 billones de dólares anuales. Ello fue particularmente favorecido por la desregulación de la industria de

hierbas medicinales, implícita en la denominada «Dietary Supplement Health and Education Act» de 1994 (Bielory, 2001).

En el caso de México y a pesar de esfuerzos regulatorios recientes, persiste la tendencia a registrar medicamentos herbolarios como «suplementos alimenticios», lo cual acarrea la perpetuación de un estado de cosas donde los recursos no se someten a investigación clínica, a pesar de que no ser, en absoluto, «suplementos alimenticios» (Hersch, 2000).

Al reconocimiento creciente de que el uso de la «medicina alternativa» se encuentra en incremento, se acompaña la preocupación en ciertos ámbitos biomédicos por la falta de certificación o autorización de muchos métodos «alternativos» y la falta de regulación o control de los numerosos productos utilizados con ellas. Esto genera la necesidad de que el médico «no alternativo o complementario» oriente apropiadamente a sus pacientes en relación al uso de esos métodos o productos y disponga del conocimiento necesario para ello (Altshuler, 1999). Sin embargo, la perspectiva de los terapeutas «alternativos» y la de los «tradicionales» difiere en México. A pesar de los esfuerzos del Estado por organizar corporativamente a los terapeutas tradicionales en la década de los noventa, la diversidad de los grupos y el origen mismo de dichos esfuerzos, entre otros factores, han determinado cierto estancamiento en el proceso; en cambio, los terapeutas «alternativos» como los quiroprácticos o los acupunturistas se encuentran en proceso de organización corporativa. En todo caso, la regulación del ejercicio de todos estos terapeutas se encuentra relativamente indefinida, a diferencia del proceso iniciado al interior de la biomedicina mexicana con la certificación de especialidades y la oficialización de instancias de arbitraje médico.

#### **E) LAS «MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS» COMO EXPRESIONES DE COMERCIALIZACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD-CURACIÓN**

Se ha señalado que el uso creciente de «medicinas complementarias y alternativas» en países desarrollados implica no sólo un desafío a proveedores de servicios y empresas de seguros,

sino que pone de relieve oportunidades financieras, previsibles para aquellos sistemas asistenciales que incorporen dichas prácticas en su abanico de atención, pues, como se afirma textualmente, «millones de personas y billones de dólares sólo están esperando un nuevo abordaje que añada valor a la salud y a la calidad de vida» (Freshley & Carlson, 2000). Esta visión resulta ilustrativa del carácter mercantil de muchas iniciativas destinadas a impulsar el uso de «medicinas alternativas y complementarias».

Una regulación gubernamental insuficiente e inadecuada ha dejado a los consumidores a merced de aquellos que promueven remedios no comprobados, pero sí bien contabilizados en los estantes de las tiendas de autoservicio y las farmacias (Cassileth, 1999). Este proceso permea en México clases sociales y espacios físicos, con el factor adicional de que, no existiendo una cobertura biomédica universal y de calidad, el ejercicio de terapeutas «alternativos» es tolerado en principio porque cubre una demanda asistencial y medicamentosa que de otro modo el Estado no podría atender en sus diversas facetas.

#### **F) LAS «MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS» COMO ENCUBRIDORAS, NO NECESARIAMENTE DELIBERADAS, DE PROCESOS ESTRUCTURALES PATOGENICOS**

Muchas terapias complementarias se asocian actualmente a una preocupación por el desarrollo personal, enfatizando en la responsabilidad del individuo respecto al cuidado de su salud que, de acuerdo con Sharma, coincide bien con una idea expresada de manera muy explícita por ideólogos y políticos conservadores, la de que ya es tiempo de que la gente dependa menos del Estado y más de sí misma. Si bien la responsabilidad y el desarrollo personal no sólo son legítimos sino imprescindibles, esto puede prestarse eventualmente, en el campo de la salud pública, a justificar políticas de impulso a una salud preventiva focalizada meramente en los individuos, donde se insiste en comer los alimentos correctos, en tener revisiones de salud periódicas o en evitar actividades sexuales o recreativas cuando se consideran «riesgosas», más



que en medidas ambientales, como la de eliminar condiciones peligrosas o insalubres en el trabajo, reducir las posibilidades de adquirir una infección en el hospital, o mejorar las condiciones de vivienda entre la población pobre. En algunos países, como refiere Sharma (1992), el individualismo implícito en ello ciertamente está teniendo un importante efecto en el discurso público corriente sobre la salud.

Tanto la retórica conservadora como muchos médicos convencionales aprueban el principio de que la gente debiera ser estimulada para que asuma cada vez más la responsabilidad de su propia atención a la salud. Para los practicantes complementarios esto implica animar al paciente a llevar a cabo elecciones apropiadas para sí mismo, brindándole la información que sea necesaria para esas decisiones.

La legítima pretensión de resolver problemas de salud inmediatos con lo disponible deriva en el consumo de productos terapéuticos y

de técnicas que se ofrecen en el mercado como resolutivos de enfermedades que, sin embargo, son a su vez expresión de carencias estructurales. Esto implica un efecto potencialmente negativo en la salud de los afectados cuando se prescinde de medidas cuyo beneficio se encuentra ya conocido empíricamente y comprobado experimentalmente. Nos referimos aquí a dos niveles de estructuralidad, tanto el que corresponde a la causalidad social de ciertas enfermedades como a su estructuralidad fisiopatológica.

## CONCLUSIONES, ESCENARIOS POSIBLES

Algunas de las implicaciones negativas y positivas referidas antes respecto a las «medicinas alternativas» y sus similares se presentan en el siguiente cuadro:

### CUADRO 1

#### ALGUNAS IMPLICACIONES SANITARIAS POTENCIALES DE LAS «MEDICINAS ALTERNATIVAS»

Impulsar la atomización de actores y escenarios sociales ( <i>sálvese quien pueda</i> )	• Dinamizar la prestación de servicios
Renunciar a los avances biomédicos y tecnológicos	• Potenciar la Autoatención
Soslayar la causalidad social del daño evitable	• Atender la dimensión subjetiva de las enfermedades
Soslayar la desigualdad	• Diversificar la terapéutica
	• Expandir la conceptualización de salud

La discusión en torno a la dimensión sanitaria de las «terapias alternativas y/o complementarias» se ubica, a mi parecer, en las cinco facetas antes abordadas. Así, estas modalidades médicas pueden funcionar como referentes significativos para la salud pública en varios aspectos, tanto como reveladoras de insuficiencias biomédicas, como en el acceso y calidad de los servicios.

En ese sentido, ha sido descrita la dificultad de la biomedicina para detectar y gestionar la subjetividad de los pacientes, quienes, presos en un aparato médico cada vez más sofisticado, requieren ser escuchados y comprendidos en su individualidad. Ese paciente, decepcionado, no duda en recurrir a otras medicinas e incluso a prácticas «irracionales» (Lebrun, 1993). Ciertamente sería un extremo de la medicalización incluir en el conjunto de responsabilidades que se atribuye a la biomedicina la gestión de esa subjetividad; sin embargo, no se plantea llanamente delegarla en los médicos y en sus sistemas asistenciales, sino hacerla visible en su horizonte, pues el desapercibimiento forzado de la subjetividad del paciente es uno de los efectos individuales más negativos de la medicalización misma, al proyectar una imagen bien determinada de la realidad diagnóstica, tanto clínica como epidemiológica, y de la realidad terapéutica y preventiva; una definición -reducida como toda definición- de la realidad, que soslaya dimensiones trascendentes que no sólo tienen efecto aun sin ser reconocidas sino que, al ser pasadas por alto, son desaprovechadas o inclusive operan en contra de los procesos terapéuticos mismos.

En la difícil relación entre un sistema profesional que presenta una relativa delimitación de jurisdicciones (Abbott, 1988), la emergencia de terapias, definiciones de la realidad y recursos heterodoxos supone efectos en una dinámica preexistente de lucha por el dominio de esas jurisdicciones profesionales. Pero lo que se encuentra en pugna no son necesariamente o exclusivamente los operadores de esas terapias o las terapias en sí, sino las definiciones de realidad que ellas conllevan. Y en este proceso, los pacientes o clientes no se encuentran pasivos o necesariamente expectantes: ellos aportan sus necesidades, expectativas y representaciones al proceso. Y por si fuera limitado este elenco, otros

actores sociales participan desde sus espacios como proveedores de servicios, de recursos y de sistemas de seguro. Por tanto, la arena de esta lucha jurisdiccional es compleja y multireferencial, porque involucra al mercado, al Estado, al ciudadano y al profesional. La autonomía del paciente, la progresión del entendimiento acerca de la enfermedad y su abordaje, las diversas racionalidades del gasto inherente a la atención médica son, entre otros, factores que emergen mereciendo análisis.

La diversidad de modalidades de atención médica requiere, para ser optimizada en su potencial, de una plataforma de equidad en el acceso a los servicios. El desarrollo de diversas pautas promisorias derivadas de la medicina tradicional, y la posible complementariedad de otras modalidades de atención no convencionales o su eventual carácter «alternativo» dependen de esa plataforma.

No se puede presentar como «alternativa» o «complementaria» una práctica que carece de contraparte: la inequidad en el acceso a servicios y satisfactores básicos no sólo genera la simple inexistencia de alternativas y de medicinas que complementar, sino que expande y profundiza la morbimortalidad evitable. En esa dirección apuntan, directa o indirectamente, autores ya citados de diversa procedencia, como Sharma (1992) en Inglaterra al estudiar la «medicina complementaria», Zimmermann (1995) al abordar la genealogía de las «medicinas dulces» tomando por referencia a la India, Laurell (1997) en México al denunciar el problema del desmantelamiento de la seguridad social, o Fassin (1996) al sistematizar diversas experiencias en torno a lo que ha denominado «espacio político de la salud».

El orden social que se expresa en el desgaste diferencial de los cuerpos y en el acceso desigual a los servicios (Fassin, 1996) impulsa y mantiene un modelo médico efectivamente requerido de alternativas y complementariedades. Ante el creciente uso de las «medicinas alternativas y complementarias», cabe considerar las tres dimensiones subrayadas por Fassin en lo que propone como el «espacio político de la salud»: a) la incorporación de la desigualdad -que es el efecto diferencial del orden social en la realidad

corporal, b) el poder de curar y c) el gobierno de la vida. Este abordaje mismo puede expandirse mediante algunas de las pistas que la diversidad asistencial e interpretativa inherente a ciertas «medicinas alternativas y complementarias» supone. Así, por ejemplo, si bien sabemos que la enfermedad no es solamente un proceso biológico que afecta al individuo y pone en movimiento el saber médico, sino una realidad social que pone en juego relaciones de poder (Fassin, 1996), la enfermedad tiene una dimensión de sentido que en general ha sido negada o soslayada en el modelo médico hegemónico, involucrando al individuo no sólo en tanto ente biológico y social, sino en su intención y disposición. Las poderosas e indiscutibles determinaciones biológicas y sociales no agotan ni explican a cabalidad todo proceso patológico; sin embargo, cierta visión, de nuevo reduccionista, puede magnificar una dimensión individual y de sentido en un retroceso analítico que echa por la borda las múltiples evidencias del efecto de ese orden social y biológico en los seres humanos, en el ejercicio terapéutico y en la normativa de la vida. Entonces arribamos a la dimensión política de estas «medicinas alternativas y complementarias». Su dimensión mercantil puede documentarse; su dimensión epistemológica puede explorarse, pero su dimensión política tampoco es desdeñable.

Si, por otro lado, las limitaciones de extensión y calidad de los servicios médicos en los países «en vías de globalización» son aún ominosas, ello no basta para soslayar el problema de un modelo médico excluyente que, a partir de una sola lógica, prescinde del enfermo como sujeto y no percibe la alteridad asistencial y epidemiológica.

Es tal la *invisibilidad sanitaria* de estas prácticas, que habría que preguntarse si hay que hacer algo respecto a ellas o bien dejarlas operando en la sombra, es decir, inquirir, con Sharma (1992) si su estatuto actual es satisfactorio, pues la tendencia a no percibir las desde el ámbito de la salud pública pareciera autorizar ese estatuto actual. Al respecto, se ha planteado para el caso de la flora medicinal, cómo su estatuto terapéutico en la biomedicina mexicana ha sido determinado por diversas causas, incluidas las

fuerzas de mercado que sustentan al modelo médico hegemónico, identificando cuatro espacios donde se instrumenta esa determinación al interior del modelo: la formación médica, la investigación clínica, la práctica terapéutica y la regulación sanitaria (Hersch, 2000). En esos cuatro espacios, la realidad terapéutica biomédica, que dista de ser pluralista, se reproduce. Esa realidad acotada funciona como referente en la descalificación de procedimientos que no conciben con el modelo, y esos procedimientos no son solamente los propios de la herbolaria, sino de otras prácticas muy diversas entre sí, como la homeopatía, la quiropráctica o la acupuntura.

Lo anterior lleva a subrayar que lo potencialmente «alternativo» y/o «complementario» necesita definirse partiendo de una perspectiva objetiva de los aportes imprescindibles de la biomedicina y no desde la representación biomédica unilateral, que puede no reconocer sus propias prácticas prescindibles.

Se trata entonces de requerimientos que apuntan tanto a la biomedicina como al conjunto heterogéneo de las «medicinas alternativas y complementarias». Esta necesidad de diálogo y acercamiento mutuo se encuentra presidida por el interés de los pacientes, e implica que la primera identifique con objetividad los problemas de salud y las áreas temáticas que mantiene descubiertas o insuficientemente satisfechas, y que la segunda delimite también sus campos y genere condiciones de credibilidad y rigurosidad que optimicen su potencial. Este proceso difícilmente se dará sin el concurso del Estado, no sólo por el espacio de exclusividad que ocupa la biomedicina en sus instancias, sino porque implica una competencia por jurisdicciones que involucra poderosos intereses mercantiles. La invisibilidad sanitaria de las medicinas alternativas y complementarias parece funcional a la industria médica y farmacéutica en que se sustenta la biomedicina y también a las empresas aseguradoras que se han visto crecientemente favorecidas por el proceso de privatización de la atención médica y la seguridad social en México. La ausencia de regulación permite además mantener en situación subordinada a diversas prácticas que, en la mejor de sus versiones, resultan

pertinentes en la atención médica, efectivamente complementarias y eventualmente alternativas. El vacío regulatorio en que operan expresa el alcance e indefensión del ciudadano, pues el problema no es centralmente metodológico en torno a la eficacia de dichas prácticas, sino político en torno al dominio mercantil y corporativo que esas prácticas pudiesen subvertir.

En contra de lo que las representaciones biomédicas de objetividad anuncian, no existe universalidad ni heteroglosia en el modelo médico hegemónico, y esa carencia expone crudamente la realidad de un medio que se ha convertido en un fin, y de fines y necesidades sociales que han sido transformadas en medios.

Los obstáculos no son pocos ni simples. Desde la salud pública, el recorte en la responsabilidad del Estado respecto a la salud y la seguridad social no permite avizorar en México la necesaria diversificación asistencial y terapéutica demandada hoy por sectores crecientes de la población, en parte porque a menudo no se dispone siquiera de atención médica que «complementar» o de la cual partir hacia alguna «alternativa»; es decir, por simple falta de acceso inclusive a servicios burocráticos e impersonales. Por otro lado, las «medicinas alternativas y/o complementarias» pueden facilitar el buscado desplazamiento de la responsabilidad hacia el individuo solo. Es decir, tanto en el marco de una atención médica desfinanciada y progresivamente entregada al juego del mercado que se está viviendo en México, como en el de una atención médica asumida como derecho universal, estas prácticas pueden tener un efecto diferente y no son en sí definitorias de ese margen de responsabilidad. Es más, como bien señala Sharma (1992), si los practicantes *alternativos* fuesen sometidos a las condiciones burocráticas en que se encuentra mucho del personal biomédico, pronto se verían repitiendo patrones impersonales de atención y otros vicios y, en la misma tónica, tampoco se encuentran

necesariamente a salvo de las distorsiones generadas por la mercantilización en el ámbito privado. Ello simplemente pone de relieve la necesidad de contar con una base asistencial y de seguridad social potenciada y cabal, cuya operación, adecuadamente financiada, goce del nivel necesario para identificar sus propias insuficiencias metodológicas, operativas o conceptuales que indudablemente demandan complementariedad y alternancia.

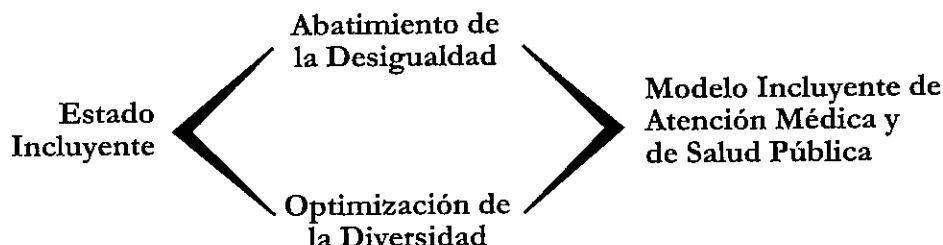
Así, el proceso de conformación de un servicio único de salud supone un proceso inclusivo, tanto de la población como de las diversas aproximaciones sanitarias ante la enfermedad. Esto no implica necesariamente la idea, ya denunciada por Zimmermann, de una medicina universal erigida a partir del supuesto aporte de diversas medicinas tradicionales, todas descontextualizadas, donde, al fin y al cabo, diversos «mundos yuxtapuestos son incorporados al sistema económico y político de las medicinas complementarias sobre la base de un universalismo de pacotilla» (1996:4).

La biomedicina se estanca al privilegiar solamente unas posibilidades de desarrollo, aquellas interesantes para el aparato médico y farmacéutico industrial que la sustenta. Si en otros países se opta por «medicinas alternativas con la idea de 'evitar largas filas y tratos impersonales'», las actuales condiciones de pauperización en México y el desmantelamiento de la seguridad social se traducen para muchos en la ausencia llana de filas y de tratos.

Existe una dinámica esencial a través de la cual las características de la biomedicina dominante son isomórficas respecto a la sociedad y el Estado que la posibilitan, y aquí resulta tan importante la referencia a la subalternidad-hegemonía como a la inclusión-exclusión, como se apunta en el Gráfico 2, donde un hipotético «modelo incluyente» refiere no a una «medicina cosmopolita y universal» sino a la posibilidad de pluralismo pero sobre una base de accesibilidad.

## GRÁFICO 2

### ISOMORFISMO



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, A. (1988). *The system of professions*. Chicago: Chicago University Press.
- Ader, R., Felten, D.L. & Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology*. Nueva York: Academic Press.
- Aguilar, A., Argueta, A. & Cano, L. (Coord.). (1994). *Flora Medicinal Indígena de México*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Altshuler, L.H. (1999). Alternative medicine: what is the physician's role?. *Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 92(5):219-26.
- Bausell, R.B., Lee, W.L. & Berman, B.M. (2001). Demographic and health-related correlates to visits to complementary and alternative medical providers. *Medical Care*, 39(2):190-6.
- Berman, B.M., Swyers, J.P., Hartnoll, S.M., Singh, B.B. & Bausell, B. (2000). The public debate over alternative medicine: the importance of finding a middle ground. *Alternative Therapeutics Health Medicine*, 6(1):98-101.
- Bielory, L. (2001). Complementary medicine for the allergist. *Allergy and Asthma Proceedings*, 22(1):33-7.
- Boltvinik, J. (1995). La pobreza en México II. Magnitud. *Salud Pública de México*, 37(4):298-309.
- Capra, F. (1985). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Barcelona: Integral.
- Cassileth, B.R. (1999). Evaluating complementary and alternative therapies for cancer patients. *CA: a cancer journal for clinicians*, 49(6):362-75.
- Castes, M. (2000). Medicina alternativa (¿medicina complementaria?) como fenómeno social. Hacia la construcción de un nuevo modelo de salud. En: Briceño-León, R., de Souza Minayo, M.C. & Coimbra, C.E.A. (Coord.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Chez, R.A. & Jonas, W.B. (1997). The challenge of complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177(5):1156-61.
- Clark, P.A. (2000). The ethics of alternative medicine therapies, *Journal of Public Health Policy*, 21(4):447-70.
- De Maye-Caruth, B. (2000). Complementary medicine: health care trends for the new millennium. *Hospital Material Management Quarterly*, 22(2):18-22.
- Di Paola, R.S., Kumar, P., Hait, W.N. & Weiss, R.E. (2001). State-of-the-art prostate cancer treatment and research. A report from the Cancer Institute of New Jersey. *New Jersey Medicine*, 98(2):23-33.

- Dossey, L. (1991). *Meaning and medicine*. Nueva York: Bantam Books.
- Elliott, B. & Elliott, G. (1998). Complementary or Alternative Medicine and the Internet. *Delaware Medical Journal*, 70(11):479-84.
- Fassin, D. (1996). *l'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*. París: Presses Universitaires de France.
- Felton, J.S. (2000). Occupational health in the USA in the 21st century. *Occupational Medicine*, 50(7): 523-31.
- Ferreira, J. R. (1992). La crisis. En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para un debate*. Washington: OPS, Publicación Científica 540.
- Fessenden, J.M., Wittenborn, W. & Clarke, L. (2001). Gingko biloba: a case report of herbal medicine and bleeding postoperatively from a laparoscopic cholecystectomy. *The American Surgeon*, 67(1):33-5.
- Fisher, P. & Ward, A. (1994). Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 309(6947):107-11.
- Foster, G. (1978). Prólogo. En: Velimirovic, B. (Ed.). *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*.
- Frenk, J. (2001a). La democratización de la salud. «Investigación y Desarrollo», publicación insertada en el diario *La Jornada*, N° 94.
- \_\_\_\_\_ (2001b). El IVA a fármacos protegerá a los desinformados pobres. Diario *La Jornada*, abril 10, p.7.
- Freshley, C. & Carlson, L.K. (2000). Complementary and alternative medicine: an opportunity for reform. *Frontier Health Services Management*, 17(2):3-14
- Gómez de Silva, G. (1988). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. México: Colegio de México y Fondo de Cultura Económica.
- Hersch Martínez, P. (1995). Tlazol, ixtlazol y *txipinación* de heridas: implicaciones actuales de un complejo patológico prehispánico. *Dimensión Antropológica*, 2(3):27-59.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto terapéutico de la flora en la biomedicina mexicana*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Lagarriga, I. (1991). *Espiritualismo Trinitario Mariano. Nuevas perspectivas de análisis*. México: Universidad Veracruzana e Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Latour, B. (1995). *La science en action. Introduction a la sociologie des sciences*. París: Gallimard.
- Laurell, A. C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa*. México: Ediciones Era.
- Laurell, A. C. & Ruiz, L. (1996). *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?* México: Universidad Autónoma Metropolitana y Fundación Friedrich Ebert.
- Lebrun, J. P. (1993). *De la maladie médicale*. Bruselas: De Boeck Université.
- Meenan, R. (2001). Developing appropriate measures of the benefits of complementary and alternative medicine. *Journal of Health Services and Research Policy*, 6(1):38-43.
- Menéndez, E. L. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 28(7):11-27, México.
- \_\_\_\_\_ (1990). *Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.
- \_\_\_\_\_ (1992). Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para un debate*. Washington: OPS, Publicación Científica 540.
- Muhajarine, N., Neudorf, C. & Martin, K. (2000). Concurrent consultations with physicians and providers of alternative care: results from a population-based study. *Canadian Journal of Public Health*, 91(6): 449-53.
- Nigenda, G., Lockett, L. Manca, M.C. & Rodríguez, B. (1997). Modelos complementarios de atención a la salud: un componente negado en la reforma de los sistemas de atención a la salud. *Revista Médica Chilena*, 125(11): 1399-404.
- Orlidge, N.B. (1996). Outcomes measurement: health state preferences and economic evaluation. *Assistive technology: the official journal of RESNA*, 8(2): 94-102.

- Ortiz, S. (1977). *Espiritualismo en México*. Cuadernos DEAS N° 20. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Petrie, K.A. & Peck, M.R. (2000). Alternative medicine in maternity care. *Primary Care*, 27(1):117-36.
- Queiroz, M. de S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: Uma perspectiva antropológica. *Saude Publica*, 20(4):309-317, Sao Paulo.
- Ramos-Remus, C., Gamez-Nava, J.I., González-López, L., Skeith, K.J., Perla-Navarro, A.V., Galván-Villegas, F. & Suárez-Almazor, M.E. (1998). Use of alternative therapies by patients with rheumatic disease in Guadalajara, Mexico: prevalence, beliefs, and expectations. *Arthritis Care and Research*, 11(5): 411-8.
- Real Academia de la Lengua Española. (1992). *Diccionario de la Lengua Española*, ed. 21, Tomo I, Madrid: Real Academia de la Lengua Española.
- Reyes, H., Tomé, P., Gutiérrez, G., Rodríguez, L., Orozco, M. & Guiscafere, H. (1998). Mortalidad por enfermedad diarreica en México: ¿problema de accesibilidad o de calidad de atención? *Salud Pública de México*, 40(4):316-23.
- Rubel, A.J., O'Neill, C.W. & Collado-Ardón, R. (1991). *Susto. A folk illness*. Berkeley: University of California Press.
- Sharma, U. (1992). *Complementary medicine today. Practitioners and patients*. Londres: Routledge.
- Spiegel, D., Stroud, P. & Fyfe, A. (1998). Complementary medicine. *The Western Journal of Medicine*, 168(4):241-7.
- Steen, E. & Haugli, L. (2000). Generalised chronic musculoskeletal pain as a rational reaction to a life situation? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(6):581-99.
- Stengers, I. (1996). *Il medico e il ciarlatano*. En: Nathan, T. & Stengers, I. *Medici e stregoni*. Turín: Bollati Boringhieri.
- \_\_\_\_\_ (1997). *Sciences et pouvoirs. La démocratie face a la technoscience*. París: Editions de la Decouverte.
- Suárez-Almazor, M.E., Kendall, C.J. & Dorgan, M. (2001). Surfing the Net—information on the World Wide Web for persons with arthritis: patient empowerment or patient deceit? *Journal of Rheumatology*, 28(1):185-91.
- Switankowsky, I. (2000). Dualism and its importance for medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(6):567-80.
- Testa, M. (1992) Salud pública: acerca de su sentido y significado. En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para un debate*. Washington: OPS, Publicación Científica 540.
- Weeks, J. (2001). C. A. M. Complementary & alternative medicine. Mission & money in integrative medicine. *Health Forum Journal*, 44(1):44.
- Zimmermann, F. (1995). *Généalogie des médecines douces. De l'Inde a l'Occident*. París: Presses Universitaires de France.
- Zolla, C. (Coord.). (1994). *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*. México: Instituto Nacional Indigenista.

## AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer las observaciones hechas a este trabajo por Paulo César Alves, Miriam Cristina Rabelo y Paola Naccarato, así como las sugerencias del Comité Revisor. Este trabajo fue apoyado mediante el proyecto Conacyt (México) clave 34581-S.





# IX

## MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN: APORTES NOVEDOSOS



VOCES CAMBIANTES: EL  
ANÁLISIS DE LOS  
DISCURSOS MÉDICOS  
SOBRE LA  
ANTICONCEPCIÓN  
POSTABORTO

---

Susanna Rance\*

---

**SR** Ya. [1] Y:: m: [.] *¿qué criterio [.] le merece [.] la prevalencia del::la:- del suministro de:- de dispositivos?* [.] [1] *Por encima de otros métodos anticonceptivos. [.] Como método casi:: yo diría ¿de preferencia médica?* [2]

**Dr. Antunes** Ehm: [.] *Yo creo que no hay método de preferencia, ¿no? Sin- [.] todos son buenos, ¡pero todo depende de la paciente!*

**SR** Mjmm

**Dr. Antunes** *Depende del TIPO [1] de patología, depende de [.] muchas circunstancias y [1] muchas características especiales que tiene la paciente que desea el método. [2] O sea que: [.] no hay preferencias, ¿no? [1] Bueno, [1] sabemos que: [1] mm: por algunas razones:, [.] especialmente de:: nivel cultural, [.] [1] ¡preferimos el dispositivo! Porque: eh bueno, [1] si:: lo acepta, si no hay problemas:, es el mejor método. [2] En cambio, [.] los otros métodos [.] necesitan: [.] [1] asistencia periódica:, control:, [1] ingesta:: a horario:, como es: eh: [1] ¡la píldora! ¿no? [1] O:- otros métodos inyectables o: hormonales, ¿no? [1] Entonces: eh: [.] ¡no hay preferencia! [.]<sup>1</sup>*

Esta interacción tuvo lugar durante una entrevista grabada que realicé en 1997 con el jefe del servicio de ginecología de un hospital de la Caja Nacional de Salud de Bolivia. En dicha entrevista, conversé con el Dr. Antunes (seudónimo) sobre algunos aspectos de la atención brindada en el servicio a mujeres internadas con complicaciones de abortos espontáneos o inducidos. Mi trabajo de campo etnográfico, en ese hospital (al cual doy el seudónimo «Hospital del Seguro») y otro del sistema de salud pública («Hospital Estatal»), fue realizado en el marco de una investigación sociológica más extensa sobre los discursos médicos en torno al aborto. El estudio hospitalario (Rance, 1997) formó parte del proyecto trienal «Mejorando la Calidad y Disponibilidad de Servicios Postaborto en

---

\* Socióloga, PhD (Departamento de Sociología, Trinity College, Dublín). Docente de la Maestría en Estudios de Género del Centro de Postgrado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA), La Paz. Realiza actividades de investigación, docencia, coordinación de proyectos y advocacy participativo, como consultora independiente en las áreas de género, salud, derechos de las personas y ciudadanía sexual. E-mail: srance@ceibo.entelnet.bo

<sup>1</sup> Extracto de Transcripción 12.2 de la entrevista grabada realizada por la autora el 4 de junio 1997 con el Dr. Antunes (seudónimo), jefe del servicio de ginecología del Hospital del Seguro (seudónimo), en su oficina. Ver el Anexo para las claves utilizadas en la transcripción de grabaciones y apuntes de los Cuadernos de Campo.

Bolivia», ejecutado por la organización no-gubernamental *Ipas* y el Ministerio de Salud, con el auspicio de la cooperación británica (DFID)<sup>2</sup>.

En el extracto de la entrevista aquí reproducido, yo (SR) introduje el tema de la «preferencia médica» por el suministro de dispositivos intrauterinos, tendencia que había observado en este servicio de ginecología. El Dr. Antunes respondió negando la existencia de métodos de preferencia y afirmando el criterio médico basado en las circunstancias, características y deseos de la paciente. A continuación, declaró: «preferimos el dispositivo», refiriéndose a «razones especialmente de nivel cultural» y aludiendo a sus beneficios en comparación con otros métodos que requieren de mayor control e ingesta regular. El Dr. Antunes concluyó su intervención afirmando nuevamente: «no hay preferencia». Las expresiones cambiantes del jefe de servicio sobre este tema ilustran un fenómeno frecuentemente observado en la investigación social: la variabilidad en los criterios enunciados por l@s sujet@s de investigación, no sólo en diferentes encuentros sino también en el contexto de una misma entrevista.

Yo había encontrado este tipo de contraste años anteriores, en una investigación sobre embarazos y abortos realizada con proveedores/as y usuari@s de servicios de salud pública en un distrito periurbano del altiplano boliviano (Rance, 1995:112-116). En el momento del análisis, encontré el problema de categorizar datos de entrevistas en las cuales la misma persona parecía contradecirse de un momento a otro. El concepto de «actitudes» que había adoptado en el diseño del estudio resultó inadecuado para caracterizar estos cambios de expresión. En mi siguiente investigación sobre el aborto (Rance, 1997), busqué un enfoque alternativo que permitiera abordar la variabilidad, ya no como problema para el análisis sino como algo intrínseco a la interacción social.

Encontré un abordaje apropiado para este fin en el análisis de discursos, método que asume lo dicho no como recurso informativo, sino

como una representación particular de la realidad. Aunque las categorías de verdad o falsedad pueden ser relevantes para l@s sujet@s de los discursos, el/la analista debe despreocuparse en principio por el estatus de «verdadero» o «falso» de las afirmaciones registradas. Los textos se toman como expresiones retóricas, producidas en un contexto específico de interacción, e influidas por las intervenciones de otr@s presentes, incluyendo las del/de la investigador/a (Potter & Wetherell, 1987:43-55, 92-93).

Bajo esta óptica, es posible interpretar lo dicho por el Dr. Antunes como producto de la tensión entre dos discursos: la política oficial de salud reproductiva y el criterio profesional del ginecólogo. En la situación formal de una entrevista grabada con una investigadora avalada por el Ministerio de Salud, el Dr. Antunes enfrentó el desafío de manifestar su cumplimiento de la norma, por un lado, y el juicio propio basado en su experiencia como especialista, por otro.

## MÉDICOS HOSPITALARIOS: SUJETOS Y COLABORADORES

En países como Bolivia, donde el aborto inseguro ha sido identificado como un problema crítico de salud pública, las mujeres que buscan atención médica para resolver complicaciones del aborto se toman frecuentemente como sujetas (y también objetos) de estudio. Decidí asumir el enfoque alternativo de investigar «hacia arriba», concentrándome en los dichos y hechos de l@s médic@s tratantes, más que «hacia abajo» con las mujeres hospitalizadas con abortos incompletos (Schrijvers, 1991). Esta elección significó «una movida potencialmente descolonizante mediante la redefinición del ‘problema’ para la investigación, tanto en el nivel conceptual como en el metodológico» (Truman & Humphries, 1994:12). Surgió de una posición feminista desde la cual volqué el lente analítico sobre l@s médic@s hospitalari@s en sus interacciones con las mujeres

<sup>2</sup> DFID: Departamento Para el Desarrollo Internacional (Department For International Development) del gobierno del Reino Unido.

abortantes. Tomando en cuenta que la formación médica refuerza el privilegio epistémico del saber médico, mi intervención investigativa buscó fomentar la crítica reflexiva de los discursos propios del gremio.

En esta investigación hospitalaria (Rance, 1997), orienté mis intercambios con l@s sujet@s de estudio hacia la comprensión de su mundo desde el paradigma interpretativo (Pérez Serrano, 1994:40). Traté de fortalecer mi capacidad de escucha, observación y diálogo con l@s médic@s —en su mayoría hombres, con algunas mujeres entre l@s residentes<sup>3</sup>— para poder entender sus razonamientos, insumo principal para el análisis. Sostuve como ideal el relativismo metodológico propugnado por la sociología del conocimiento científico (Collins, 1983).

Pese a este esfuerzo, mis intervenciones como investigadora —registradas en las transcripciones de grabaciones y apuntes— expresaron regularmente el enfoque crítico propio de la sociología feminista. Mis intercambios con l@s médicos me llevaron más de una vez al terreno conflictivo de la «batalla entre discursos» (Foucault, 1975:x). Basándome en sus hechos y dichos, me permití interpelar a los sujetos de investigación, tal como lo hice con el Dr. Antunes al plantearle el concepto de la «preferencia médica».

Hablo de los médicos como «colaboradores», puesto que su decisión informada de participar en el estudio —y no sólo el permiso oficial de las autoridades correspondientes— fue una condición esencial para la viabilidad de la investigación. En cada uno de los dos hospitales, acompañé durante cuatro meses a un ginecólogo (en ambos casos hombres), siguiendo sus pasos por las salas, quirófanos, consultas externas, sesiones académicas y reuniones con autoridades y colegas fuera de la institución. Este método, recomendado por Cicourel (1973:64; 1992:299), permite contrastar los discursos utilizados por

un/a mism@ profesional en diferentes momentos y contextos.

Mi criterio principal para la búsqueda de los sujetos principales del estudio fue su responsabilidad simultánea en la atención a mujeres con abortos incompletos, y en la formación de residentes. Explicué a cada uno los propósitos y métodos de mi investigación y solicité su consentimiento informado —y el de otras personas presentes— para la grabación de algunas observaciones y entrevistas. En algunas sesiones tomé apuntes en plena vista de las personas presentes, y en otras opté por escribir apuntes después del encuentro.

Registré las expresiones de los sujetos principales de investigación (el Dr. Barrios en el Hospital Estatal y el Dr. Cuéllar en el Hospital del Seguro) en diferentes contextos de su trabajo. En su caminar cotidiano, estos ginecólogos me presentaron a redes amplias de colegas, supervisores/as y mujeres atendidas en los servicios. Mi interés fundamental se centró en el registro de los discursos cambiantes de l@s médic@s sobre el aborto, la atención postaborto y las mujeres abortantes. El tópico de mi investigación se fue diversificando y enriqueciendo con el tiempo para abarcar temas como la representación visual de la profesión médica en la prensa, la paciente entendida como cama o caso, y la construcción social de la tecnología de aspiración manual endouterina (AMEU).

Resultó caótico mi primer intento de sistematizar los cambios discursivos del Dr. Barrios, un ginecólogo del Hospital Estatal, en torno al aborto terapéutico. Fueron tantas las variables potencialmente influyentes en cada instancia —la presencia de subaltern@s o jefes, ubicación del encuentro dentro o fuera del hospital, interacción grabada o anotada, cercanía en el tiempo a algún evento crítico— que el gráfico que esbocé de los criterios cambiantes del Dr. Barrios se pareció a una montaña rusa. Finalmente,

<sup>3</sup> En este estudio, no llegué a identificar patrones más específicos de variabilidad en los discursos de subgrupos de médic@s (por género, generación, nivel de formación profesional, etc.), un ejercicio analítico que podría ser aplicado en futuras investigaciones.

renuncié a este ejercicio, al haber encontrado –como lo hicieron Wetherell & Potter (1988)– que los patrones de regularidad en los cambios discursivos no pueden probarse en el nivel de los enunciados de un/a individuo/a. En la siguiente etapa de trabajo de campo en el Hospital del Seguro, decidí ampliar mi enfoque hacia los discursos combinados de todo el equipo médico del servicio de ginecología. Este tipo de cambio metodológico es característico de la investigación cualitativa que se deja guiar por sucesivos aprendizajes en el proceso de un estudio.

## FORMAS ALTERNATIVAS DE REGISTRAR LOS DATOS

Siguiendo el método de la teoría fundamentada, en cada hospital me abstuve de realizar entrevistas grabadas hasta después de un período inicial de observación, escucha y análisis. Este método me permitió identificar los «códigos en vivo» (*in vivo codes*) de l@s sujet@s de investigación –sus formas particulares de representar su mundo– cuidándome en lo posible de imponer mis «categorías sociológicamente construidas» en las conversaciones con ell@s (Strauss, 1987:33-34).

En el trabajo de campo, recurrí a tres formas de registrar los datos: la entrevista grabada, la grabación de interacciones observadas y los apuntes en el cuaderno de campo. Este último método –pieza fundamental del trabajo etnográfico– fue el que dio sentido y contexto a todo lo demás. Hice apuntes de diferentes tipos: la anotación textual durante o después de un encuentro u observación (por ejemplo, de una consulta o visita médica); mis comentarios valorativos o analíticos anotados en el margen; y la narrativa reflexiva sobre el proceso de investigación. Preparé transcripciones no sólo de las sesiones grabadas sino también de extractos de los cuadernos de campo. Al inicio de cada

transcripción incluí una ficha con datos del encuentro y un breve relato sobre su contexto (Rance, 2000).

Como ejemplo de un registro escrito en el momento de la interacción, presento algunos apuntes tomados en la primera semana de mi trabajo de campo en el Hospital del Seguro. Una mañana observé una visita médica en la cual se determinó que el embarazo que cursaba una mujer en la sala, la Sra. Damián, debía ser interrumpido por la urgencia de extirparle un tumor de ovario. Conversé con ella después de la visita. Le habían hablado de la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU), pero ella había escuchado que el método hacía daño.

Más tarde, en la sala de enfermería, mencioné la situación de la Sra. Damián al Dr. Cuéllar, mi principal sujeto de investigación en ese hospital. Anoté en forma abreviada la conversación aquí transcrita:

Dr. Cuéllar: *Entre mañana y viernes – le vamos a colocar dispositivo... Tiene que charlar con el esposo. Queremos definir mañana. Que de aquí salga ya con su método. Oncología... se pierde opción... preferimos colocarle aquí.*

SR: *Hablé con la paciente... tiene dudas.*

Dr. Cuéllar: *Que nos orientes. Tiene temor... obligación de que todos orientemos... grado de cultura. Señora del campo... No se obliga... Vamos quitándole ese miedo... Es su cultura<sup>4</sup>.*

Estos apuntes indican algunos conceptos significativos en los discursos médicos sobre la anticoncepción postaborto. El procedimiento anunciado por el Dr. Cuéllar –»[L]e vamos a colocar dispositivo»– expresa su determinación en cuanto a la inserción del DIU, como decisión médica previa a la obtención del consentimiento de la persona afectada. La frase «Tiene que charlar con el esposo» expresa el imperativo de que la Sra. Damián asegure el consentimiento de su pareja. El acuerdo de ella se supone como dado, o irrelevante. El predominio de la decisión médica se afirma explícitamente en la alusión a la «opción» (de los doctores).

<sup>4</sup> Extracto de la Transcripción A.X9.3 de apuntes del Cuaderno de Campo 3, escritos el 2 de abril 1997.

En ese momento, mencioné al Dr. Cuéllar las dudas que me había expresado la Sra. Damián sobre la inserción del DIU. Interrumpí su discurso pragmático con una intervención que apelaba implícitamente al cumplimiento de la norma del consentimiento informado. En su respuesta, el Dr. Cuéllar reafirmó la norma: «[O]bligación de que todos orientemos (...) No se obliga». Al mismo tiempo, infirió que la necesidad de cumplir con este paso (la orientación entendida como proceso de quitarle el miedo) se debió fundamentalmente al «grado de cultura» de la mujer, una «[s]eñora del campo».

Sobre el mismo tema de la anticoncepción postaborto, presento un ejemplo de otra variante del registro: algunos apuntes escritos en la siguiente semana, inmediatamente *después* de conversar con un residente médico en un cubículo de consulta del servicio de ginecología. Justo antes de la interacción transcrita, había observado al residente (el Dr. Encinas) entregando folletos sobre planificación familiar a una mujer con la indicación: «Que venga el esposo».

(9.02 en pasillo – apuntes de charla con Dr. Encinas en consultorio gineco. del piso.)

SR: *Cuando a las señoras les dan los folletos de planificación familiar - siempre piden que venga el esposo?*

Dr. Encinas: *Sí, porque la decisión es de la pareja.*

SR: *¿Por qué?*

Dr. Encinas: *Porque puede haber problemas. A veces se oponen. Hay problemas de celos – especialmente las mujeres de pollera.*

SR: *¿Y si el esposo se opone?*

Dr. Encinas: *Entonces proponemos otro método.*

SR: *¿Y siempre sugieren el DIU en primer lugar?*

Dr. Encinas: *Sí, nosotros preferimos. Especialmente... señoras que no son capaces de tomar las pastillas – de recursos económicos bajos. O señoras con 8, 9 hijos – es más seguro. Nos puede fallar el método (pastillas). Se va, toma un ciclo y deja. Así, nos falla el método – no estamos haciendo planificación<sup>5</sup>.*

Basé mis preguntas al residente Dr. Encinas en su práctica observada de solicitar a una mujer internada con un aborto incompleto, la presencia de su esposo como condición para el suministro de un método (supuesto, de hecho, como el DIU). Durante esta conversación, el Dr. Encinas hizo una interpretación particular de la política oficial: «[L]a decisión es de la pareja». Justificó el predominio de la decisión del médico avalada por el esposo, por encima de la voluntad de la mujer.

El Dr. Encinas proporcionó una nueva afirmación de la preferencia médica por el DIU: «[N]osotros preferimos». Al igual que sus colegas citados anteriormente, él tipificó a las mujeres que «no son capaces» de usar anticonceptivos orales: las de «recursos económicos bajos», o las que ya tienen muchos hijos. Noté una asociación frecuente entre las representaciones médicas de las mujeres pobres, la fecundidad alta y un «grado cultural» considerado como deficiente. Se apeló a este tipo de caracterización para justificar la decisión médica de «hacer planificación» con el DIU para que no les falle el método (a los médicos construidos como usuarios a título propio).

## TIPOLOGÍAS DE DISCURSOS CIENTÍFICOS Y MÉDICOS

Después de medio año de trabajo de campo, cuando ya conté con una base considerable de datos anotados y grabados, quise encontrar un sentido más claro en las variaciones discursivas registradas. Al hacer una revisión general de las expresiones de l@s médic@s del servicio, empecé a detectar un patrón de regularidad en sus cambios: diferentes «voces» en las que hablaban l@s sujet@s, cada una con rasgos lingüísticos reconocibles. La diferenciación entre voces contrastantes me hizo recordar los «repertorios» identificados por Gilbert & Mulkay (1984) en su análisis de los discursos científicos:

<sup>5</sup> Apuntes en el Cuaderno de Campo 3, 9 de abril 1997.

*Los repertorios interpretativos son sistemas de términos utilizados en forma recurrente para caracterizar y evaluar las acciones, los eventos y otros fenómenos. Un repertorio (...) está constituido por un rango limitado de términos, utilizados en construcciones con rasgos particulares de estilo y gramática. (Potter & Wetherell, 1987:149)*

Gilbert & Mulkay identificaron dos repertorios contrastantes en los discursos científicos. El repertorio empiricista, que predominaba en las publicaciones formales, tenía un estilo neutral y rara vez aludía a los juicios propios del autor. El repertorio contingente, que se utilizaba más en entrevistas y encuentros informales, enfatizaba la influencia de aspectos subjetivos y personales en las creencias y acciones de los científicos. Ambos repertorios se utilizaban en forma alternante, el empiricista para validar la práctica científica correcta (a menudo la de la persona que hablaba), y el contingente para explicar el error científico (usualmente ajeno) (Gilbert & Mulkay, 1984:150, Fig. 7.1).

Para elaborar su tipología de discursos, Gilbert & Mulkay se fijaron en el estilo de lenguaje

—formal o informal, neutral o subjetivo— que caracterizaba cada repertorio. Adapté su modelo a los discursos médicos, llegando a una categorización basada tanto en patrones de estilo y sintaxis, como en los «códigos *en vivo*» (Strauss, 1987:33-34) enunciados por l@s sujet@s médic@s. Nombré los tres repertorios utilizando términos de uso común entre l@s médic@s, y también en la literatura sociológica: técnico, normativo y pragmático. Esta taxonomía trinaría se asemeja a los modos discursivos «Profesional, Insitucional y de Experiencia Personal» que fueron identificados por Roberts & Sarangi (1999:487) en contextos médicos. Mi elección del término «técnico» fue influida por la distinción hecha por Arney & Bergen (1984) entre los discursos técnicos y morales sobre el embarazo adolescente. Los médicos en mi estudio también se refirieron a criterios de tipo «científico» y «médico». Sin embargo, consideré que estos términos eran demasiado amplios, puesto que lo «científico» podía ser deconstruido utilizando los dos repertorios de Gilbert & Mulkay (1984), y lo «médico» utilizando mi categorización triple.

TABLA 1

**FRASES QUE CARACTERIZAN LAS VOCES CAMBIANTES: SISTEMATIZACIÓN DE DISCURSOS MÉDICOS, SERVICIO DE GINECOLOGÍA, HOSPITAL DEL SEGURO, BOLIVIA 1997**

	Técnica	Normativa	Pragmática
He visto que		Como política institucional	En algunos casos se da
Hemos investigado		Siempre, por norma se ha hecho	Es más fácil
Mi terminología		Aquí hay un sistema de control	Casos de la vida real
El método más apropiado		Acá no se puede usar libremente	Depende quién lo haga
Una técnica excelente		Hacemos una solicitud de	No debería ser así, pero sucede
No estoy tan segura		Rara vez nos aceptan	Es más cómodo para nosotros
Es difícil saber		El acceso está restringido	Tropiezan con el problema
Nos da buen resultado		No es algo escrito, pero	Muchas veces por el tiempo
Necesitamos analizar también		Eso depende de otros organismos	A veces, es cierto, no se puede
Hemos experimentado		Se ha legalizado	¡Es todo un lío!



A partir de este ejercicio, me referí tanto a «voces» como a «repertorios» para hablar de la variabilidad discursiva. El uso alternante de estos términos favoreció el diálogo transdisciplinario entre profesionales sociológic@s y médic@s. La alusión a «voces» trae ecos de la «voz de la medicina» y la «voz del mundo vivido (*lifeworld*)» identificadas por Mishler (1984:13-14) en su análisis de la interacción médico-paciente. La Tabla 1 presenta la sistematización de frases que caracterizaban cada una de las voces cambiantes.

El uso de este esquema analítico me permitió desarrollar una forma particular de escucha a l@s sujet@s médic@s. No valoraba sus enunciados tanto en su dimensión de información o contenido, sino más bien como voces expresivas de diferentes tipos de subjetividad. La voz técnica era la del experto -hablando en primera persona- que daba su criterio profesional basado en la experiencia empírica o la evidencia de investigaciones científicas. La voz normativa era la del servidor público que comunicaba –en forma impersonal– la existencia de reglas cuya violación acarrecaba el riesgo de sanción institucional o legal<sup>6</sup>. La voz pragmática era la del ser humano falible con sus sentimientos y prejuicios, que confesaba –en tono coloquial– la negociación de contingencias cotidianas que muchas veces eludían el criterio científico y/o la presión normativa.

## INTERPRETACIONES DE L@S SUJET@S DE ESTUDIO

El objetivo final de mi proyecto de investigación fue aportar al mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios de atención postaborto. Me esforcé por establecer una relación dialógica con l@s sujet@s del estudio,

por razones de tipo político (impacto potencial en la formación y la práctica médicas); analítico (consideración de argumentos médicos en la exploración de los temas que surgían); y ético (valoración de l@s sujet@s como personas con conocimientos válidos y derechos propios). Preparé los informes y presentaciones de mis hallazgos con una audiencia principal en mente: l@s médic@s docentes, razón, medio y fin del proceso de investigación.

Con este propósito elegí para el análisis, bajo el paradigma de las voces cambiantes, una serie de temas nombrados en los códigos *en vivo* de est@s sujet@s. Mediante esta estrategia, busqué estimular el interés de l@s médic@s en el análisis reflexivo de los discursos de su profesión. Las temáticas que presenté en las tres voces del equipo médico fueron el aborto incompleto; la aspiración manual endouterina (AMEU); el aborto terapéutico; el uso hospitalario de misoprostol (Cytotec, un medicamento con efectos abortivos); y la anticoncepción postaborto. Para cada tema, edité los discursos contrastantes en una sola página o transparencia, para que mi audiencia médica pudiera apreciar el impacto de su yuxtaposición.

Desde la primera presentación de mis resultados, el asunto más polémico en las discusiones con profesionales de salud fue la anticoncepción postaborto. La sistematización que sigue indica mi categorización de discursos cambiantes sobre este tema en tres repertorios. Cada «voz» fue compuesta de frases enunciadas por divers@s integrantes del equipo médico del servicio de ginecología:

<sup>6</sup> Como señala Félix Díaz Marúnez, la voz «normativa» evoca los análisis de Harvey Sacks (1992) de los enunciados de personas que hablan de manera despersonalizada en nombre de ciertas instituciones.

TABLA 2

ANTICONCEPCIÓN POSTABORTO: SISTEMATIZACIÓN DE DISCURSOS MÉDICOS, SERVICIO DE GINECOLOGÍA, HOSPITAL DEL SEGURO, BOLIVIA 1997<sup>7</sup>

**VOZ TÉCNICA** En la gran mayoría de las pacientes, es muy necesario ofrecer la planificación familiar, para cuidar su salud y evitar que vuelvan a venir con un aborto. El sistema del ritmo tiene muchas fallas. La T de cobre es mucho más segura. Pero no hay método de preferencia. Todo depende del tipo de patología, de las circunstancias y características especiales de la paciente que desea el método.

**VOZ NORMATIVA** Si son abortos provocados, espontáneos, a todos ofrecemos planificación, los dispositivos. Este es otro trabajo de todos los médicos de este servicio, junto con las enfermeras y el servicio social. Existe un trabajo muy organizado, tenemos videos y consejería. Siempre son decisiones de la pareja, tenemos que tener la decisión de los dos. Llamamos al esposo para consultar si vamos a usar o no.

**VOZ PRAGMÁTICA** Preferimos el dispositivo porque si lo acepta, si no hay problemas, es el método que a nosotros nos resulta más fácil. Es difícil que ella se lo saque. Muchas veces no las volvemos a ver más acá y no tenemos seguridad de seguimiento. A veces hay conflicto, depende de las situaciones. Hay casos en que la señora tiene que tomar una decisión, porque está dentro de un medio donde el esposo no participa y hay violencia.

Presenté los resultados preliminares de mi investigación —sobre este tema y los otros mencionados arriba— al personal del servicio de ginecología del Hospital del Seguro. Les expliqué que los discursos así armados correspondían a la vez «a tod@s y a nadie». Siendo compuestos de frases extraídas de diferentes observaciones y entrevistas, no eran atribuibles a ninguna persona en particular. Sin embargo, su origen en textos registrados en el mismo servicio de ginecología les brindaba un aire de veracidad difícil de negar o rechazar. Con este método de edición, no «quemaba» a nadie, pero sí recogía los aportes (anónimos) de una diversidad de actores/as que colaboraron con el estudio.

En primera instancia, presenté la sistematización de los discursos médicos como un ejercicio de *análisis descriptivo*: una manera

simétrica de categorizar los datos, sin explicitar mis juicios valorativos al respecto. De acuerdo a la propuesta de mi método dialógico, en ese momento el *análisis crítico* correspondía a l@s médic@s aludid@s como autores/as de los conceptos. Lo que sí hice para estimular el debate fue señalar algunos puntos de conflicto que yo había observado entre los tres repertorios. Mencioné, por ejemplo, el asunto de la «preferencia médica» por el DIU, declarada en la voz pragmática, inferida en la voz normativa, y negada en la voz técnica. En cuanto al protagonismo en la decisión sobre el uso de métodos, señalé las contradicciones entre el criterio técnico de priorizar el deseo de la paciente; el normativo, de que decida «la pareja» o el esposo; y el criterio pragmático del accionar decidido del médico, en algunos casos avalado sólo por la mujer ante la «no participación» o violencia de su esposo.

<sup>7</sup> Sistematización presentada al personal del servicio de ginecología del Hospital del Seguro en el auditorio del piso, el 11 de julio 1997.

## UN TEMA CONFLICTIVO: TOMA DE DECISIÓN SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

El punto específico que suscitó más «ronchas», objeciones y justificaciones médicas fue la toma de decisión en cuanto al uso de un método. ¿A quién correspondía la determinación última: al médico, a la mujer en cuestión o a su pareja? En estos debates, los aspectos de género surgieron con fuerza, especialmente en el marco de las relaciones interculturales y «norte-sur» entre mi persona como socióloga feminista *gringa* y el personal del servicio.

Al iniciar la sesión de debate después de mi presentación, el Dr. Antunes, jefe del servicio de ginecología, no hizo referencia a los puntos precisos que yo había destacado en mi análisis de los conflictos entre discursos: la preferencia y la decisión *médicas* en cuanto al uso del DIU. El orientó la discusión hacia otro grupo de actrices, aludiendo a la influencia de aspectos de género y cultura en la capacidad *de las mujeres* para decidir sobre su uso de un método anticonceptivo. El Dr. Antunes destapó la crítica implícita en mi análisis supuestamente descriptivo y neutral de los discursos médicos. Sin aludir directamente a mi identidad de *gringa* feminista, me ubicó como «otra» ajena a la cultura boliviana:

*Otra cosa que me llama la atención [...] es que: [2] eh: [...] la decisión de la mujer. [...] Creo que tienes razón, [...] tú sabes, [...] es otra cultura, [...] lamentablemente, [...] en nuestro medio todavía [...] prevalece el machismo, [2] que la mujer siempre depende del: de su pareja, [1] y [...] por supuesto de una decisión. [...] Lo ideal sería que: [...] nuestras mujeres tengan un nivel: [1] de cultura, [1] para que ellas solas decidan. [...] Eso debería ser. [...] Debería ser una norma. [2] Simplemente ese comentario, [1] y felicitar [...] que todo [...] lo que has dicho [...] es cierto. [2]»<sup>8</sup>*

Con este comentario de apoyo aparente a mi análisis, el Dr. Antunes logró un reajuste

simultáneo en las representaciones de l@s sujet@s implicad@s en el debate. El se retrató como aliado de la crítica desarrollista del machismo. Las mujeres usuarias quedaron como menores sociales, dependientes de las decisiones masculinas en virtud de su bajo nivel cultural. Yo fui ubicada como foránea ingenua cuyos valores no eran aplicables en el medio de mi investigación. L@s médic@s fueron removid@s del escenario y quedaron los siguientes personajes: las mujeres indígenas incultas; sus maridos machistas pero cumplidores, asumiendo la obligación de decidir por ellas; la investigadora *gringa* desubicada; y el jefe con su visión abarcadora, lamentando el atraso prevaleciente en su medio.

Dos residentes médic@s siguieron la línea de razonamiento expresada por el Dr. Antunes. La primera, la Dra. Fussel, expresó su desacuerdo con la decisión tomada sola por la mujer:

*Para mí no sería la política. La política sería más bien [...] ¡da:r consejería a los hombres! Involucrar a los hombres. [...] No, sea: no: [...] no: decir, «Bueno, es asunto de la mujer y solamente la mujer decide, y el hombre bueno que haga lo que le guste».*

Otro residente, el Dr. Gonzáles, concordó:

*{Sí,} creo que no es: no es decisión de la mujer, ¿no? Se dice que: planificación familiar es la decisión de la pareja, [1] está: [...] escrito así, que es de la pareja de saber y decidir [...] cuántos y cuándo tener la familia. [...] O sea, no es en ningún momento que yo sepa; solamente relacionado a la mujer, sino [que] es tratamiento de pareja. Por eso dentro de los métodos va tanto para la mujer, tanto para el varón. [...] ¿No? [...] No hay sólo [?] de la mujer. [?]»<sup>9</sup>*

Al analizar la transcripción de esta discusión, noté el uso fluctuante de diferentes conceptos relacionados con la frase «decisión de la pareja». Recordé la política oficial del gobierno de Bolivia, presentada en la Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo: la planificación familiar

<sup>8</sup> Extracto de la Transcripción 12.3 de la sesión grabada de discusión en el auditorio del servicio de ginecología, Hospital del Seguro, 11 de julio 1997.

<sup>9</sup> Ver la nota anterior de pie de página.

como derecho de las «parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número y espaciamento de sus hijos» (Ministerio de Desarrollo Humano, 1994:21-22). Este texto hace eco de la terminología «*couples and individuals*», vigente desde la Conferencia de Bucarest (1974) y reafirmada posteriormente en el Programa de Acción de El Cairo (United Nations Population Fund, 1996: para. 7.12). La versión del Programa de Acción publicada en español se refiere a «las parejas y las personas» (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998: para.7.12). Ninguno de los dos términos –*individuals* o personas– tiene especificidad de género, y ninguno recoge la demanda feminista de priorizar la toma de decisiones reproductivas por parte de las mujeres.

Me fijé también en los diferentes sentidos posibles de la palabra «pareja» en español, con referencia a traducciones alternativas de este concepto en mi idioma nativo, el inglés. Estos sentidos varían entre la *unidad conyugal (couple)* representada como complementaria en la cultura tradicional andina (Harris, 1978); la concepción moderna del *dúo de socios en una relación (pair)*; y el *cónyuge singular* como esposo o esposa (*partner*).

En esta discusión y en otras que tuve posteriormente en mis presentaciones a profesionales de salud, predominaron dos sentidos del término pareja: la unidad conyugal, y el cónyuge singular entendido como esposo masculino. En ambos casos, el acuerdo del hombre figuraba como imprescindible para que la mujer pudiera utilizar un método anticonceptivo. También hubo algunas referencias a la pareja como dúo, con derechos iguales en la toma de decisión.

Tal como lo expresan mis ejemplos de la voz pragmática sobre este tema, la decisión sola de la mujer se representaba como algo excepcional, obligada por circunstancias de «conflicto», «no participación» del esposo y «violencia» (depurada de su sujeto masculino). Ninguno de los enunciados registrados coincidió con el discurso feminista del derecho a decidir de la mujer por encima de la voluntad del esposo y/ o del/de la *médic@*. Ninguno recuperó el principio reafirmado en la Conferencia de El Cairo, del derecho de las personas (*individuals*) –y no sólo de las parejas– a decidir sobre la anticoncepción. No obstante algunas observaciones de tipo

pragmático, el personal de este servicio de ginecología se valió principalmente de la voz normativa, respaldada por su interpretación conservadora de los preceptos oficiales. No hubo cabida para la mujer como sujeta autónoma en la toma de decisión. Los hombres fueron representados como decisores determinantes en el uso o no uso de métodos por parte de las mujeres, aunque no hubo ninguna alusión a la anticoncepción masculina como tal.

A partir de este análisis, concluyo desde una perspectiva crítica feminista que se debe clarificar el lenguaje de las políticas en los ámbitos nacional e internacional, referente al derecho a decidir sobre la regulación de la fecundidad. Por un lado, las palabras «*individuos*», «individuo» y «persona» carecen de la especificidad genérica requerida para afirmar el derecho propio de la mujer. Esto es especialmente notable en idiomas como el español donde el sustantivo «individuo» –que sigue figurando en políticas como la de Bolivia (Ministerio de Salud y Previsión Social, 1999:23)- es masculino.

Por otro lado, los diferentes sentidos de la palabra «pareja» o «*couple*» dejan el campo abierto para diversas interpretaciones por parte de l@s proveedores/as de salud, muchas de ellas contrarias a la decisión autónoma de la mujer. Casi tres décadas después de la Conferencia de Bucarest, hace falta abrir este lenguaje y apostar por una terminología que afirme en forma explícita el derecho primordial de la mujer a decidir sobre la regulación de su fecundidad, por encima del criterio médico y el aval de su *partner*.

## APLICABILIDAD DEL MÉTODO ANALÍTICO EXPUESTO

Al describir el proceso de elaboración de las «voces cambiantes», espero haber demostrado que los apuntes del cuaderno de campo –y no sólo los registros grabados– pueden servir como datos válidos para el análisis de los discursos. En décadas pasadas ha primado la valoración casi exclusiva de la transcripción de grabaciones como material apto para el análisis del lenguaje hablado (Hak, 1999). Con un manejo cuidadoso, los

apuntes de diferentes tipos pueden ser aprovechados y citados en forma sistemática (Rance, 2000). Esta fuente de datos resulta especialmente importante en investigaciones sobre «temas sensibles» (Renzetti & Lee [Eds.], 1993) como el aborto, donde no siempre resulta procedente o aceptable el uso de la grabadora.

El método analítico de los repertorios interpretativos (Gilbert & Mulkay, 1984) me fue de gran utilidad para sistematizar los discursos cambiantes de l@s médic@s. Al hacer una adaptación triple de la categorización binaria de Gilbert & Mulkay, encontré un nuevo sentido en las variaciones individuales que antes me habían parecido caóticas, sin un patrón claro. El método sirvió, además, para estimular la discusión con l@s sujet@s estudiad@s y otr@s profesionales de salud, en torno a los conflictos entre voces y sus interpretaciones de los mismos.

En el caso particular del tema aquí explorado -la toma de decisión en la anticoncepción postaborto- el uso de este método de análisis y el diálogo con l@s sujet@s de investigación me dejaron un aprendizaje importante. El derecho a decidir de la mujer (en términos feministas) o de la persona de género femenino (en los términos de El Cairo), no se asumieron como legítimos por est@s profesionales de salud, ni por otr@s con quienes discutí mis hallazgos posteriormente. Sí hubo referencias al derecho a decidir de la pareja, una versión truncada del lenguaje de El Cairo que, de hecho, se utiliza para negar la posibilidad de que la mujer pueda tomar su propia decisión.

## DESAFÍOS PARA LA INVESTIGACIÓN FEMINISTA

La variabilidad en las expresiones se observa en todas las personas y grupos humanos. Mi decisión de enfocar el análisis en el lenguaje *médico* significó una escucha disminuida a los enunciados de las mujeres hospitalizadas con complicaciones del aborto. Al querer visibilizar los discursos y prácticas de l@s médic@s, en muchos momentos resté atención y visibilidad a

las intervenciones de las mujeres que buscaban la atención postaborto.

No obstante este dilema metodológico y político, considero que el análisis de las voces cambiantes -bajo las categorías aquí expuestas u otras- puede contribuir a la clarificación (aunque no necesariamente la resolución) de conflictos en otros ámbitos, incluyendo los movimientos feministas. Sanabria (2000:94), en su estudio «Aborto: Normatividades y Realidades», propone la construcción de un «saber estratégico» desde el feminismo:

*En el marco de confrontación de los discursos, para la práctica feminista, sin desplazar los planteamientos políticos en torno al aborto y a su despenalización, creo pertinente la necesidad de agudizar la escucha, considerando el sentido de los discursos, sus cambios según los casos, su apropiación, su negociación, etc.*

Al analizar nuestros propios discursos de manera reflexiva, las feministas tendremos armas conceptuales más efectivas para reconocer las diferencias entre nosotras, y para abordar los debates con otros sectores con mayor precisión y voluntad de escucha.

## NOTA

La autora agradece a Félix Díaz Martínez, a una integrante anónima del Comité revisor, y a Barbara Bradby, por sus valiosos comentarios sobre el texto inicial de la ponencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arney, W.R. & Bergen, B.J. (1984). Power and Visibility: The Invention of Teenage Pregnancy, *Social Science and Medicine*, 18(1):11-19.
- Cicourel, A.V. (1973). *Cognitive Sociology; Language and Meaning in Social Interaction*. Middlesex: Penguin Education.
- \_\_\_\_\_ (1992). The interpenetration of communicative contexts: examples from medical encounters. En: Duranti, A. & Goodwin, C. (Eds.). *Rethinking context. Language as an interactive phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Collins, H.M. (1983). An empirical relativist programme in the sociology of scientific knowledge. En: KD Knorr Cetina & Mulkay, M. (Eds.). *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*. Londres: Sage Publications.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (1998). *Programa de Acción Adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de Septiembre de 1994*. Nueva York: UNFPA.
- Foucault, M. (1975). *I, Pierre Riviere, having slaughtered my mother, my sister and my brother... A Case of Parricide in the 19th Century*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Gilbert, G. & Mulkay, M. (1984). *Opening Pandora's Box. A sociological analysis of scientists' discourse*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hak, T. (1999). 'Text' and 'Con-Text': Talk bias in studies of health care work. En: Sarangi, S. & Roberts. C. (Eds.). *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlín, Nueva York: Mouton de Gruyter.
- Harris, O. (1978). Complementarity and Conflict: An Andean View of Women and Men. En: La Fontaine, J. (Ed.) *Sex and Age as Principles of Social Differentiation*. ASA Monograph 17. Londres: Academic Press.
- Jefferson, G. (1985). An exercise in the transcription and analysis of laughter. En: van Dijk, T. (Ed.). *Handbook of Discourse Analysis*, Vol. 3. Londres: Academic Press.
- Ministerio de Desarrollo Humano. (1994). *Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible*. La Paz: MDH/PROSEPO/UNFPA.
- Ministerio de Salud y Previsión Social. (1999). *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2000*. La Paz: MSPS.
- Mishler, E. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour*. Londres: Sage Publications.
- Pérez Serrano, G. (1994). Capítulo 1. Modelos o Paradigmas de Análisis de la Realidad: Implicaciones Metodológicas. En: *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. I. *Métodos*. Madrid: La Muralla, S.A.
- Rance, S. (1995). «Aborto, género y salud reproductiva: Sesgos de género en actitudes y comportamientos de usuarios/as y proveedores/as de servicios de salud que influyen en la incidencia del embarazo no deseado y el aborto». Informe de la Fase I del proyecto de investigación. La Paz: Misión de Cooperación Técnica Holandesa/Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria en el Distrito III de la Ciudad de El Alto/CIDEM. (Inédito).
- \_\_\_\_\_ (1997). «Discursos médicos en torno al aborto: Estudios de caso en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social». La Paz: Ipas/Secretaría Nacional de Salud/DFID. (Inédito).
- \_\_\_\_\_ (2000). «Field notes as data: reflections on research in Bolivian medical settings». Ponencia presentada al curso M.Sc. en Investigación Social Aplicada, Departamento de Sociología, Trinity College, Dublín, 21 de enero. (Inédito).
- Renzetti, C.M. & Lee, R.M. (Eds.). (1993). *Researching Sensitive Topics*. Newbury Park, Londres, Nueva Delhi: Sage Publications.

- Roberts, C. & Sarangi, S. (1999). Hybridity in gatekeeping discourse: Issues of practical relevance for the researcher. En: Sarangi, S. & Roberts, C. (Eds). *Talk, Work and Institutional Order*. Berlín y Nueva York: Mouton de Gruyter.
- Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversation*, Vols. I & II, editadas por G. Jefferson. Oxford: Basil Blackwell.
- Sanabria Salmón, C.E. (2000). Aborto: «Normatividades y Realidades». Santa Cruz de la Sierra: Estrategia Andina para reducir el impacto del aborto inseguro en la salud y el bienestar de las mujeres. Population Council 1998-2000 (Inédito).
- Schrijvers, J. (1991). Dialectics of a Dialogical Ideal: Studying Down, Studying Sideways and Studying Up. En: Nencel, L. & Pels, P. (Eds) *Constructing Knowledge. Authority and Critique in Social Science*. Londres, Newbury Park, Nueva Delhi: Sage Publications.
- Strauss, A.L. (1987). Introduction. En: *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, Nueva York, Melbourne: Cambridge University Press.
- Truman, C. & Humphries, B. (1994). Re-thinking social research: Research in an unequal world. En: Humphries, B. & Truman, C. (Eds.) *Re-thinking Social Research. Anti-discriminatory approaches in research methodology*. Aldershot: Avebury.
- United Nations Population Fund. (1996). *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, El Cairo, 5-13 September 1994*. Nueva York: UNFPA.
- Wetherell, M. & Potter, J. (1988). Discourse analysis and the identification of interpretative repertoires. En: Antaki, C. (Ed). *Analysing Everyday Experience: A Casebook of Methods*. Londres: Sage Publications.

## ANEXO

### I- CLAVES UTILIZADAS EN LA TRANSCRIPCIÓN DE INTERACCIONES GRABADAS, ADAPTADAS DEL SISTEMA DE ANOTACIÓN DESARROLLADO POR GAIL JEFFERSON (1985).

-	Indica que la palabra se corta aquí
//[en medio de un turno]	El turno se interrumpe aquí por el siguiente
//[al inicio de un turno]	Este turno interrumpe el anterior
{palabras}	Frase o parte de una frase enunciada simultáneamente con otra, marcada en forma similar, que le antecede o sigue.
<u>palabras o sílabas subrayadas</u>	Habladas con énfasis
MAYUSCULAS	Habladas en tono fuerte
:::	Indica prolongación de la vocal o consonante que le antecede
[.]	Pausa menor a un segundo
[2]	Pausa que dura dos segundos, etc.
[ʔ] [ʰ] [ʷ]	Aspiración corta, mediana, larga
[palabras]	Palabras inciertas en la transcripción
[??]	Palabras que no pudieron ser transcritas (inaudibles)
[[indicaciones]]	Indicaciones de gestos, etc. añadidas por la autora al transcribir

### II- CLAVES UTILIZADAS EN LA TRANSCRIPCIÓN DE APUNTES DE CAMPO

Los extractos de apuntes de los Cuadernos de Campo fueron transcritos tal como fueron anotados en el momento, en su calidad de registros literales, salvo las siguientes modificaciones hechas en el proceso de transcripción:

Dr. Antunes, etc. (palabras)	Seudónimo del/de la persona que habla. Apuntes etnográficos anotados en el momento, incluyendo referencias a gestos, movimientos, etc.
[palabras] palabras...	Registros aproximados o parafraseados en el momento de anotación. Puntos suspensivos anotados en el momento, indicando el carácter incompleto del registro.
palabras -	Guión anotado en el momento, indicando un corte en el enunciado o en el registro.
<u>palabras</u>	Subrayado hecho en el momento, indicando mi atención analítica a la palabra o frase marcada.



## COMUNICANDO EL RIESGO, LA AMENAZA Y LA SEGURIDAD: NUEVOS (Y ANTIGUOS) MÉTODOS GRÁFICOS Y GEOGRÁFICOS<sup>1</sup>

---

*James Trostle\**

---

La comunicación es un reto central al interior del trabajo interdisciplinario en salud. Cualquier consumado cuentista, político o religioso raramente confirmaría que buenos contenidos dejan una huella definitiva si no están acompañados por una entrega confiable. Sin embargo, mientras que muchos autores han examinado las dificultades teóricas y metodológicas para realizar buenas investigaciones interdisciplinarias de la salud y enfermedad humanas, la cuestión de cuál es la mejor forma de comunicar estos hallazgos interdisciplinarios a diversas audiencias permanece como un reto igualmente importante que no ha recibido hasta ahora la debida atención.

El documento que presentamos mostrará cómo los gráficos ayudan a transmitir información sobre riesgos, examinando nuevas (y no tan nuevas) convenciones utilizadas en geografía, estadística y epidemiología. Yo sostengo que la utilización más apropiada y frecuente de estos métodos podría mejorar las habilidades de los investigadores para entender sus datos, y luego describir y transmitir sus resultados a diferentes audiencias. Si una imagen vale más que mil palabras, necesitamos saber más acerca de qué imagen deberíamos usar y en qué situaciones. Y, ya que algunos de estos métodos podrían ser utilizados tanto por profesionales como por no profesionales, necesitamos explorar quién tiene el poder de graficar o mapear y en qué circunstancias.

¿Por qué utilizar gráficos en primera instancia? Todos los investigadores comparten un dilema analítico común: el proceso de recolección de datos produce vastas cantidades de información, las cuales describen eventos específicos. Sin embargo, el proceso de análisis tiene que condensar esa información en unidades comprensibles y manejables. Por lo tanto, la reducción de los datos es la meta principal de una investigación científica, ya sea que esta

---

\* Antropólogo médico y Maestro en Salud Pública, afiliado al Trinity College y al Instituto Nacional de Salud Pública de México. E-mail: james.trostle@mail.cc.trincoll.edu

<sup>1</sup> Agradezco a X. Salazar, L., Universidad Peruana Cayetano Heredia, por su traducción, y a Lynn M. Morgan, Mount Holyoke College, por sus comentarios.

reducción se exprese en última instancia en una taxonomía, un camino analítico, una historia de vida, una frecuencia, un estudio de caso, un modelo de regresión logística, o un mapa. La fórmula  $E=MC^2$  de Einstein constituye probablemente la instancia más conocida de reducción de datos en la ciencia moderna; pero muchos de nosotros en las ciencias sociales aplicadas a la salud, estamos más familiarizados con la reducción de datos representada por el Año de Vida Ajustado a Discapacidad, el Índice Robin Hood y quizá también el Rouché's Eleven Blue Men.

Como científico social entrenado en antropología médica y epidemiología, este entrenamiento me ha expuesto a dos distintos tipos de estrategia de reducción de datos. Por el lado antropológico, estas estrategias requieren frecuentemente de explicaciones cualitativas para observaciones y entrevistas, reduciéndose luego a temas, historias de vida, reportes de casos u otras imágenes expresadas en palabras. Por el lado epidemiológico, las estrategias de reducción de datos requieren elaborar explicaciones cuantitativas de observaciones, entrevistas y revisiones de registros médicos, para luego reducirlos a frecuencias, ploteos, matrices de correlación, líneas de regresión y otras imágenes expresadas en números. En este documento quisiera explorar cierto tipo de técnicas de reducción y presentación de los datos relativamente nuevas para ambas disciplinas. Voy a someter a discusión una serie de presentaciones gráficas y geográficas de los datos, explorando cómo su utilización puede mejorar la comprensión de los investigadores hacia lo que sus datos significan y, además, cómo estas técnicas pueden facilitar la comunicación.

Voy a comenzar con las formas más simples de reducción de datos, como la descripción de la distribución de datos cuantitativos utilizando *Stem y Leaf Plots* o *Boxplots* en lugar de frecuencias o histogramas. Luego, describiré algunas sugerencias para la presentación de datos categóricos (a nivel ordinal o nominal) de categorías cruzadas, llamados *Plots en Mosaico* y *Presentaciones Four-fold* (Friendly, 1997), y discutir cómo Florence Nightingale integró un set complejo de

elementos en un experimento del siglo XIX en una presentación gráfica. Seguidamente voy a dirigirme hacia formas más icónicas de la reducción de datos, ejemplificadas por las *Caras de Chernoff* y los *Diagramas de Estrella* para retratar valores multivariados de datos. Finalmente, voy a discutir brevemente dos aspectos de las presentaciones geográficas: las técnicas simples de mapeo, como una forma de investigación participativa, y el mapeo basado en la informática y los sistemas GIS como otra forma de retratar los aspectos espaciales del riesgo. He incluido este abanico de presentaciones gráficas para mostrar que la reducción de datos se puede obtener e ilustrar usando no sólo los números mismos sino figuras, colores y símbolos no numéricos.

Mi reflexión acerca de los gráficos en epidemiología y antropología fue gratamente influenciada por el trabajo de Edward Tufte, un diseñador gráfico y politólogo de la Universidad de Yale. Los libros de Tufte (*La presentación Visual de la Información Cuantitativa*, 1983; *Visualizando la Información*, 1990; y *Explicaciones visuales*, 1997), constituyen ejemplos muy ricos de lo que puede ocurrir cuando un buen diseño, pensamiento claro y buena escritura se apoyan mutuamente. Tufte posee un mensaje claro sobre qué tipo de gráficos puede transmitir mejor la información a todas las audiencias; es un firme exponente de la elegancia gráfica, a saber: la mejor combinación entre la simplicidad del diseño y la complejidad de los datos (1977:177). Tufte nos urge a usar gráficos para poner atención en la sustancia de los datos y no en la calidad artística del diseñador. Debemos conocer qué historia están contando nuestros gráficos; utilizar palabras, números, y combinarlos. Debemos conocer cómo colocar estos elementos en gráficos que sean accesibles a los lectores y no olvidar las figuras, la estética y la proporción (1977:178-190). Aun cuando no todos los ejemplos que yo utilice cumplan con estos objetivos, será importante, no obstante, confirmar su utilidad. De otra manera, corremos el riesgo de crear nuevos y complejos caminos para confundir a las audiencias, o peor aún, para confundirnos a nosotros mismos.

# I. PRESENTACIONES GRÁFICAS DE DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS

Con el propósito de explorar cómo las presentaciones gráficas difieren de las formas numéricas, podemos comenzar con un simple set de datos numéricos. Consideremos la siguiente presentación de series de datos que representan el peso (en libras) de una clase de niños de una escuela elemental:

63,64,67,70,71,75,77,77,  
80,83,85,85,85,89,89,  
90,90,91,91,95,97,99,99  
100,105,107,107,110,115,115,119,125

Expresado en formato numérico, vamos a apreciar la frecuencia de estos datos de la siguiente manera:

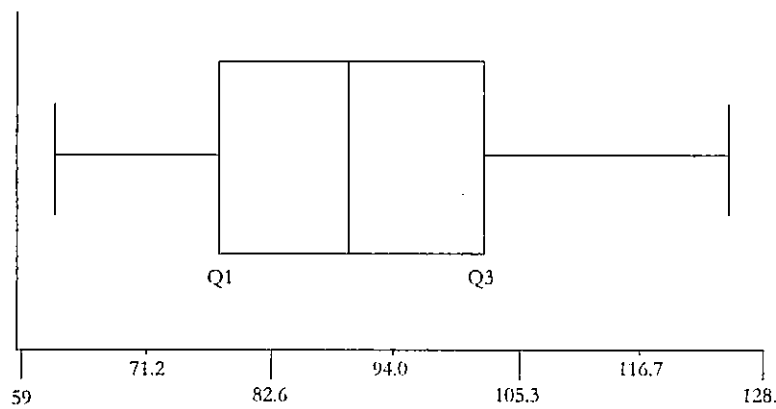
63:1  
64:1  
67:1  
70:1  
71:1  
75:1  
77:2

y así sucesivamente. El resumen numérico de estos datos incluiría una media de 91.1; una mediana de 90 y una desviación estándar de 16.4.

Veamos ahora dos presentaciones gráficas de este set de datos. El siguiente *Box Plot* (Figura 1) presenta los extremos bajo y alto de los 32

FIGURA 1

## BOX PLOT DE LOS DATOS DESCRIBIENDO LOS PESOS DE 32 ESCOLARES



Peso en libras de escolares de 5to grado

N	MEDIAN	Q1	Q3
32	90.0	78.5	102.5

<http://www.shodor.org/interactivate/discussion/boxplot.html>

FIGURA 2

TEAM Y LEAF PLOT DE LOS DATOS, DESCRIBIENDO LOS PESOS DE 32 ESCOLARES

6	347	
7	01577	
8	0355599	Promedio: 91.09375
9	00115799	Mediana: 90.0
10	0577	Moda: 85
11	0559	
12	5	

<http://www.shodor.org/interactivate/activities/stemleaf/what.html>

puntos de datos, así como el tamaño del primer cuartil, la mediana y el tercer cuartil. El largo definido entre Q1 y Q3 es el rango intercuartil o rango de datos dentro del cual se puede encontrar el 50% de las observaciones. El *Box Plot* nos permite observar la amplitud de los datos, su punto medio numérico y la distribución de la data alrededor del punto medio. Se podría imaginar una serie de *Box Plots* expuestos en una página, facilitando la comparación a través del set de datos con una sola mirada. Esto sería imposible listando los datos o por medio de una distribución de frecuencias, e involucra una evaluación diferente a la comparación de cifras numéricas que presentan medias y desviaciones estándar. Esta imagen representa el set de datos íntegro, otorgándonos una imagen de sus márgenes, sus distribuciones y su punto medio<sup>2</sup>.

Pero existe otra forma gráfica de representar visualmente esta base de datos, llamada *Stem y Leaf Plot*. Este *Stem y Leaf Plot* (Figura 2) representa los mismos 32 valores listados arriba y descritos en el *Box Plot*. El último dígito de cada número en el set de datos aparece a la derecha de la línea vertical, mientras que el primer o los dos primeros dígitos aparecen a la izquierda. Es posible

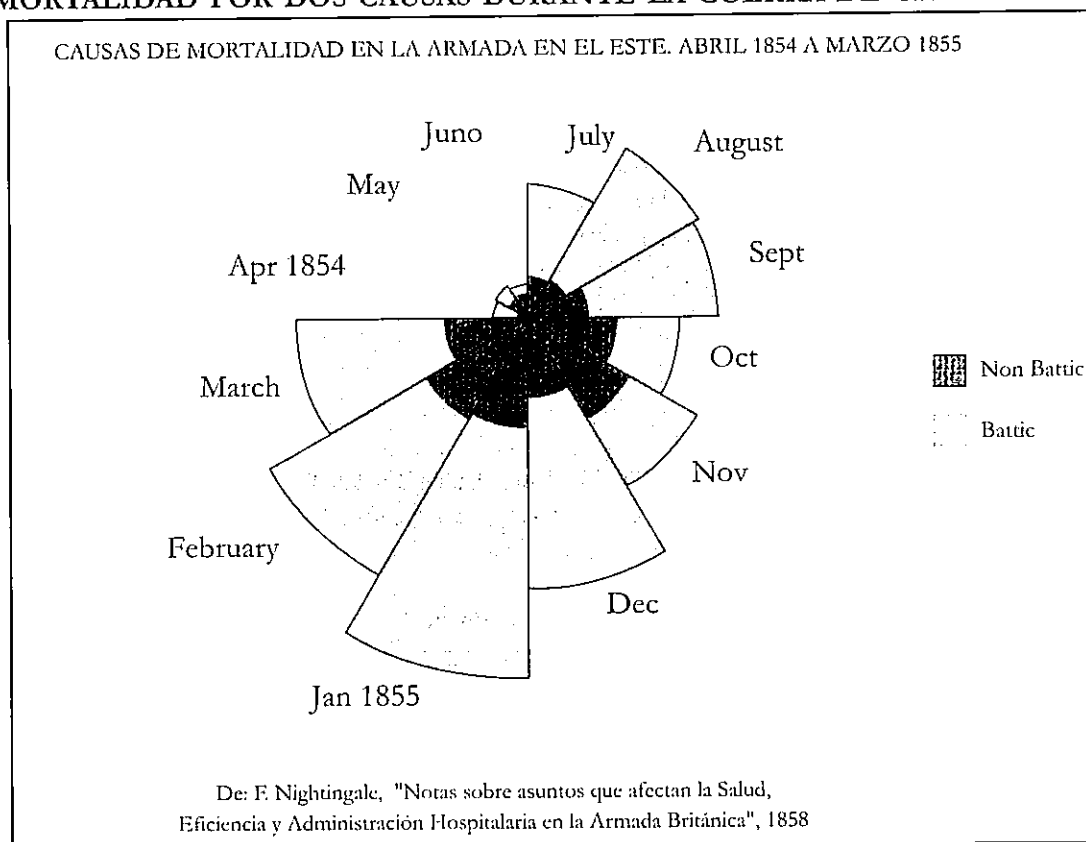
observar de una ojeada los valores alto (125) y bajo (63) en el set de datos, la moda o valor más común (85), y la forma de la distribución de datos subyacente. Esta gráfica, combinada con un valor numérico como la media, describe fácil y elegantemente los datos, porque usa los números mismos para retratar la forma del set de datos.

Algunos tipos de información epidemiológica necesitan ser presentados a través del tiempo. Mientras Florence Nightingale ha sido bastante conocida como una de las primeras representantes de la enfermería profesional, es hasta hoy poco conocida como estadística. Nightingale produjo el siguiente gráfico (Figura 3), el cual nombró «Diagrama del Area Polar» para mostrar que los soldados británicos morían con mayor frecuencia debido al mal cuidado después de la batalla que durante los combates mismos, argumentando la necesidad de mejorar los hospitales para el cuidado de los soldados (Nightingale, 1858). Este gráfico muestra de manera dramática cómo la mortalidad cambiaba a medida que avanzaba la guerra de Crimea, pero también cómo la proporción de mortalidad dentro y fuera de los campos de batalla cambiaba dentro de un mismo periodo. Debido a que Nightingale usó el mismo ángulo para cada

<sup>2</sup> Ver Turkey (1977) para usos adicionales de ésta u otras técnicas exploratorias.

FIGURA 3

MORTALIDAD POR DOS CAUSAS DURANTE LA GUERRA DE CRIMEA



<http://hotspur.psych.yorku.ca/SCS/Gallery/images/coxcomb.gif>

tajada de esta «torta», se puede comparar las áreas de las tajadas calculadas desde el centro.

**II. PRESENTACIONES GRÁFICAS DE FRECUENCIAS CON CLASIFICACIÓN CRUZADA POR OTRAS VARIABLES (TABLAS DE CONTINGENCIA)**

Considérese el caso epidemiológico estándar donde los datos han sido clasificados de manera cruzada por otra variable o variables. El ejemplo más simple de ello son las tablas de dos por dos, donde la muestra compuesta por dos grupos está clasificada de acuerdo a los niveles

de cada grupo en una segunda variable. En los datos que se muestran más abajo, hombres y mujeres que se aplicaron a la Universidad de Berkeley, California, son clasificados de acuerdo a si fueron admitidos o no. El camino estándar para representar estos datos numéricos es confeccionar una tabla de dos por dos, junto con la OR (*odds ratio*), el intervalo de confianza y el test de significancia asociados.

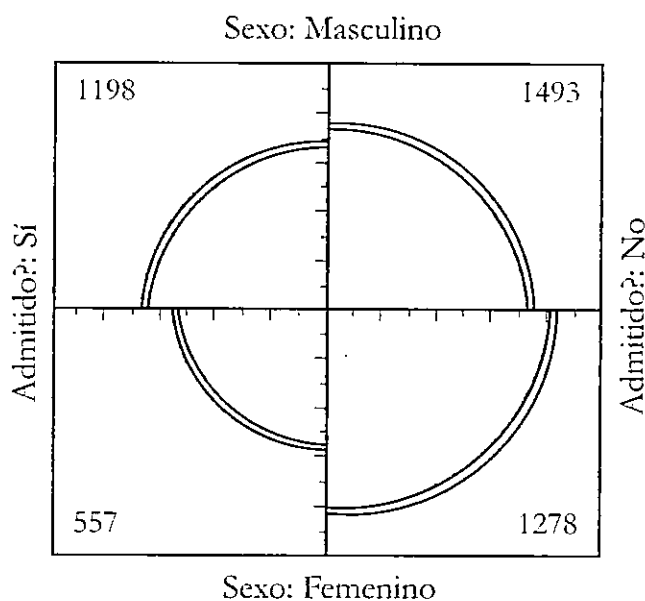
		ADMITIDO	
		SI	NO
SEXO	HOMBRE	1198	1493
	MUJER	557	1278
		Odds ratio = 1.84	
		95% C.I. = 1.62, 2.09	
		* 2 = 92.21, p<.01	

Estas figuras muestran que la probabilidad de que los hombres sean admitidos en Berkeley es casi el doble que la de las mujeres. Estos datos pueden ser expuestos gráficamente en una forma conocida como *Presentación Fourfold* (Figura 4). El gráfico representa la frecuencia de cada celda, haciendo que el radio de cada cuarto de círculo sea proporcional a los márgenes estandarizados de las celdas. Así, el área de cada cuarto de círculo representa la contribución de cada celda a un OR igual a UNO. Si el total del OR es UNO, los cuartos de círculo se alinearán. Este gráfico generado por

computadora incluye un 95% de intervalos de confianza, el más grande y el más pequeño de los dos arcos dentro de cada cuarto de círculo. Puesto que estos arcos no se superponen, el 95% CI excluye UNO. Esta representación pictórica permite ver qué ensamblajes de los datos incluyen OR que varían de UNO, y qué celdas en los datos son responsables de las diferencias de UNO. Se trata de un rápido resumen de los datos, pero es también —a diferencia de la simplicidad del *Stem* y *Leaf Plot*— un gráfico que requiere de un software para poder generarlo.

FIGURA 4

PRESENTACIÓN *FOURFOLD* DE LOS ESTUDIANTES QUE APLICARON A BERKELEY EN 1973 CLASIFICADOS POR SEXO Y ADMISIÓN.



<http://hotspur.psych.yorku.ca/SCS/Papers/koln/figs/pic2x2g.gif>

Otra manera de presentar datos categorizados de manera cruzada es con un gráfico llamado *Plot en Mosaico*. Puede ser utilizado para representar la diferencia entre los valores esperados y observados de una celda en la tabla, así como las diferencias simultáneas entre una variedad de denominadores de diferente tamaño.

Por ejemplo, un set de datos que ha recibido una gran atención entre los ejemplos epidemiológicos recientes es el de la mortalidad en el Titanic. La tabla abajo resume los porcentajes de cada grupo (pasajeros y tripulación clasificados de acuerdo a género, estrato económico y edad) que sobrevivieron a la tragedia.

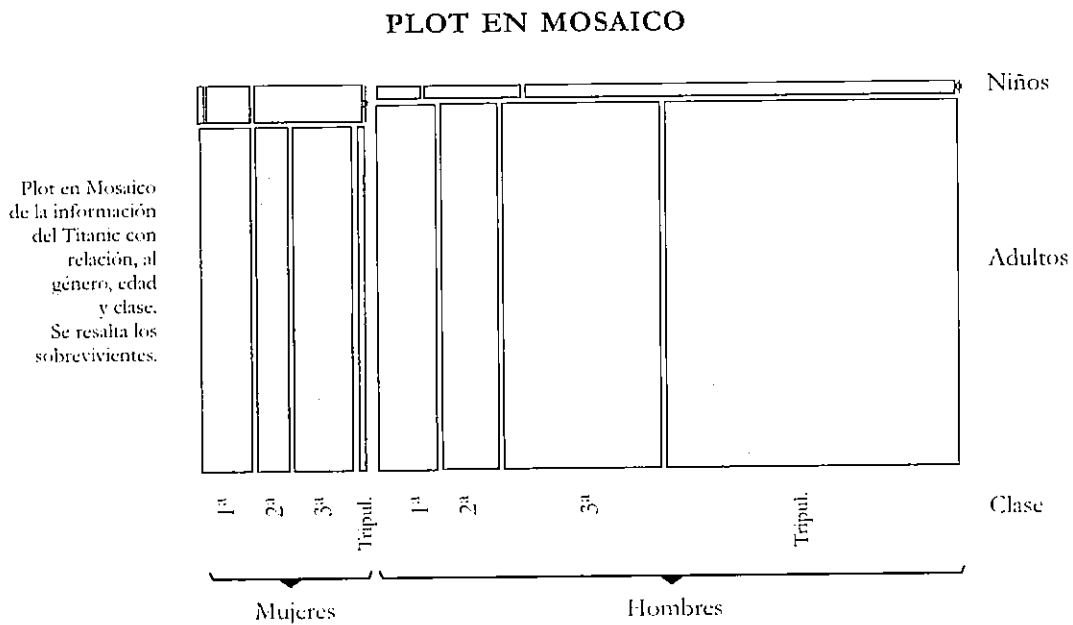
**PORCENTAJE DE SOBREVIVIENTES ENTRE LOS PASAJEROS Y LA TRIPULACIÓN DEL TITANIC, SEPARADOS POR CARACTERÍSTICAS<sup>3</sup>**

GÉNERO	ESTRATO ECONÓMICO	EDAD	
		Adulto	Niño
Hombre	Alto	32.6% de 175	100% de 5
	Medio	8.3% de 168	100% de 11
	Bajo	16.2% de 462	27% de 48
	Otro	22.3% de 862	—
Mujer	Alto	97% de 144	100% de 1
	Medio	86.0% de 93	100% de 13
	Bajo	46.1% de 165	45% de 31
	Otro	87.0% de 23	—

Pero estos datos pueden ser representados de una forma gráfica como *Plot en Mosaico*, donde el área de cada celda representa la parte total de la celda,

y el área sombreada representa el porcentaje de ese grupo que sobrevivió (los niños no son tripulación, y solamente una niña procedía de un estrato alto)

**FIGURA 5**



<http://hotspur.psych.yorku.ca/SCS/Gallery/images/MosaicGender.jpg>

<sup>3</sup> Simonoff (1997).

### III. GRÁFICOS DE ICONOS QUE REPRESENTAN DATOS MULTIDIMENSIONALES

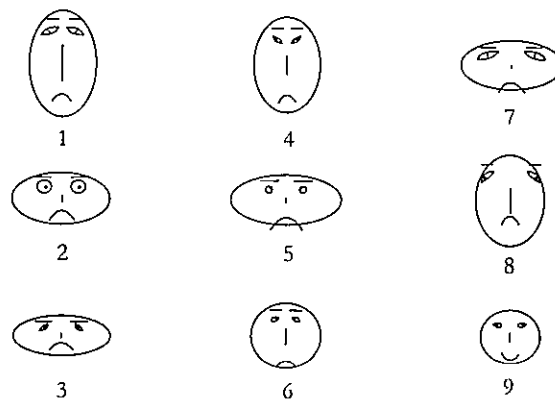
Las *Caras de Chernoff* se han diseñado para capitalizar la habilidad humana de procesar y sortear múltiples características faciales. Cada cara representa una observación. Los valores de cada observación se relacionan con variables asociadas a un rango de entre 10 y 20 características faciales (Por ejemplo, diferente forma de la cabeza, tamaño de los ojos, longitud de la nariz, forma de la boca, inclinación de los ojos, ancho de los ojos). Esto se conoce como *Gráfico de Iconos* porque se trata de imágenes que transmiten significados en términos de una figura reconocible. Por ejemplo, si cada cara representa un hospital, la forma de la cabeza podría representar el nivel de atención, el tamaño de los ojos podría representar el número de camas, el largo de la nariz el número de personal, la

forma de la boca la proporción de cesáreas, y así sucesivamente. Se podría organizar los hospitales por forma de la boca y luego mirar otras características faciales.

Los *Star Glyphs* están formados por un número determinado de líneas que radian desde el centro en un ángulo consistente. El largo de cada línea será el valor de esa variable en particular, y todas las líneas están conectadas en el margen exterior para formar un polígono. Cuando estos polígonos se exponen en conjunto a un tamaño muy reducido, se pueden seguir observando los patrones visuales, representando patrones de datos complejos. (En el caso de la Figura 7, se representa un torrente de datos procedentes de un satélite que envía lecturas geológicas). Las figuras oscuras representan distintivos de minerales específicos, y pueden ser leídas como patrones cualitativos de luz y oscuridad más que como valores cuantitativos.

FIGURA 6

#### CARAS DE CHERNOFF: 10 FACTORES

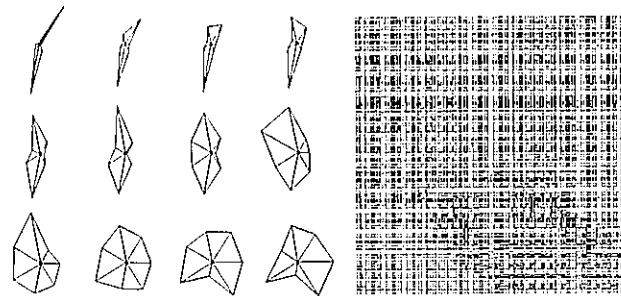


<http://www.cs.wpi.edu/~matt/courses/cs563/talks/glyphs/chernoff.html>



FIGURA 7

**STAR GLYPHS. INDIVIDUALES Y REDUCIDAS PARA MOSTRAR PATRONES EN CONJUNTOS DE DATOS COMPLEJOS**



<http://davis.wpi.edu/~matt/courses/glyphs/node8>

<http://davis.wpi.edu/~xmdv/images/glyph.gif>

#### IV. REPRESENTACIÓN GEOGRÁFICA DE DATOS

Con la aparición de computadoras veloces y software sofisticado para gráficos, las representaciones geográficas de datos están finalmente al alcance de muchos investigadores. La popularidad del mapeo es ilustrado por el desarrollo del EPI-MAP en el Center for Disease Control, un paquete informático de dominio público que funciona con el paquete estadístico EPI-INFO. Este fenómeno puede observarse también en la disponibilidad de páginas Web JAVA-script (ver Figura 8), que permite a usuarios remotos experimentar con diversos tipos de presentación y cubiertas de su elección.

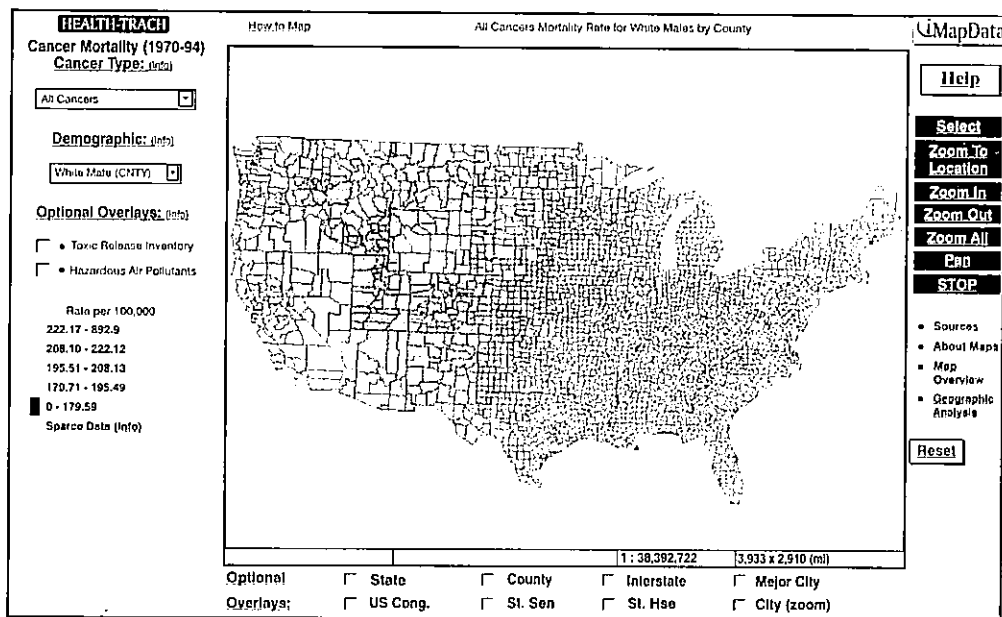
La llegada de datos abundantes y baratos, así como de computadoras potentes y software sofisticado requerido para su manejo, ofrecen nuevas herramientas a epidemiólogos y científicos sociales interesados en las relaciones entre espacio, lugar y riesgo de enfermedad. La vigilancia y monitoreo de casos, el trazado de flujos de contaminantes, el examen de la densidad de una enfermedad dentro de un área determinada, la predicción de una

probable enfermedad dada la exposición a riesgos particulares, la ubicación de facilidades de salud; todo ello se vuelve más fácil con un acceso rápido a datos geográficos y a sistemas de información geográfica (GIS) (Clarke *et al.*, 1996). Así como el mapa de casos de cólera en Londres elaborado por John Snow en 1854 mostró la importancia de la bomba de Broad Street y de las compañías de suministro de agua Lambeth & Vauxhall, los datos geográficos juegan un rol crítico en la investigación y comunicación epidemiológica. Son relativamente fáciles de entender y visualmente atractivos, se basan en convenciones de presentación gráfica bastante conocidas; en suma, los mapas son buenos candidatos para la diseminación de información relativa a la salud.

Pero existen algunos peligros importantes en el uso de datos geográficos. Quienes elaboran los mapas pueden fácilmente confundir a los lectores (Monmonier, 1996) a través de técnicas tales como manipular los espacios entre categorías de datos estadísticos, distorsionar las comparaciones al enfatizar las diferencias de tamaño, usar mapas de *cloropleth* (como el mapa

FIGURA 8

MORTALIDAD COMBINADA POR CÁNCER EN HOMBRES BLANCOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, SEGÚN CONDADO



<http://www.imapdata.com/health-track/default.htm>

Comunicando el riesgo, la amenaza y la seguridad: nuevos (y antiguos) métodos gráficos y geográficos

de cáncer incluido arriba) para mostrar tasas basadas en eventos poco frecuentes, o escoger símbolos dramáticos o provocativos para llamar la atención de los lectores. Los malos mapas son tan efectivos y engañosos, y tan difíciles de reconocer, como las malas estadísticas.

Es importante puntualizar que tanto profesionales como miembros de la comunidad pueden utilizar mapas para el análisis epidemiológico. Las descripciones geográficas de los vectores del viento y riesgo de enfermedad son familiares en estudios de accidentes nucleares como la fundición del reactor de Chernobyl (ver Figura 9), o emisiones químicas accidentales como la de Bhopal en India (ver Figura 10). Pero son también importantes puntos focales para auto-estudios comunitarios cuando los residentes sospechan la presencia de cáncer u otros grupos de enfermedad. Se ha escrito libros para ayudar a los residentes de las comunidades a evaluar y

exponer la carga de enfermedad en vecindarios locales (Legator, Harper & Scott, 1985; Legator & Strawn, 1994).

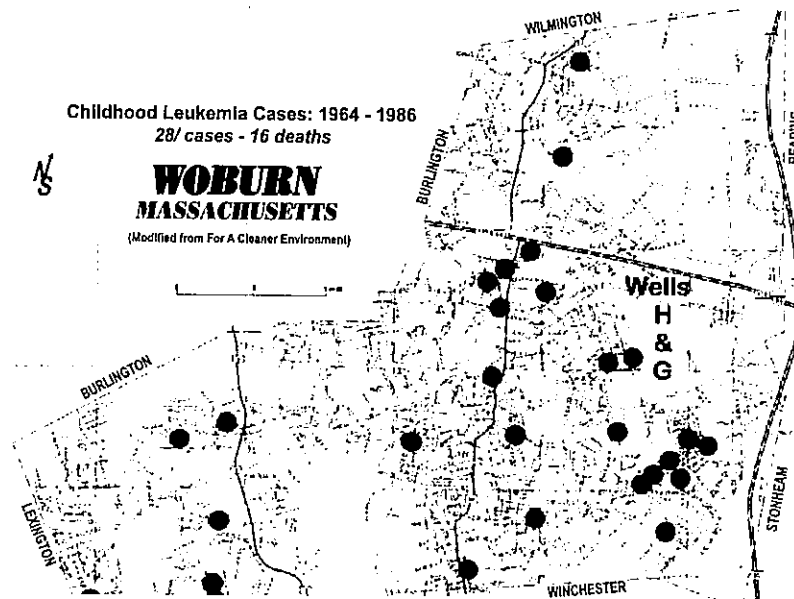
Un famoso litigio en Woburn, Massachussets, sobre si los casos de leucemia infantil provenían de pozos locales contaminados (que dio origen al libro y la película «Una Acción Civil» [Harr, 1996]), comenzó cuando una de las madres de familia comenzó a mapear lo que ella percibió como un sorprendente número de casos de niños con leucemia en su vecindario. Este mapa (ver Figura 11) jugó un rol clave para atraer la atención de científicos, abogados y administradores públicos.

Un reportero periodístico desarrolló un caso similar sobre la construcción de mapas de cáncer al seno por residentes locales en Long Island, New York: «Comenzó en un puñado de pueblos pequeños donde la tasa de cáncer al seno parecía sospechosamente alta. Los ansiosos residentes comenzaron



FIGURA 11

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE LEUCEMIA INFANTIL EN WOBURN,  
MASSACHUSETTS  
(Sujeto del libro «Una acción civil»)



<http://www.geology.ohio-state.edu/courtroom/leuk4lg.jpg>

a reportar nuevos casos en mapas caseros, notando su proximidad a lavanderías, fábricas, pozos o cualquier otra cosa que pudiera haber enfermado a sus vecinos. Actualmente, los legisladores han asignado US \$ 1,000,000 dólares para un proyecto de mapeo de cáncer en todo el estado, único en su género en toda la nación» (Goodnough, 1998:30).

Mientras que hasta ahora mi argumento ha focalizado fundamentalmente en cómo los gráficos (y los geográficos) aumentan la comprensión pública de los datos, existe otro argumento de peso para utilizarlos: el incremento de la propia comprensión del investigador. Uno de estos aspectos resulta muy claro: la visualización de los datos aumenta el propio conocimiento de su distribución, rango, forma, patrón, y similares. Pero existe otra manera en la cual las representaciones geográficas de los datos son especialmente adecuadas para incrementar la comprensión del investigador: el proceso de caminar por una línea trazada (transecto) o

mapear la localización de determinadas características o eventos, ayuda al investigador a entender los datos de una manera análoga a cuando un investigador principal se une al equipo de trabajo de campo y realiza entrevistas él/ella mismo/a. El proceso de estar en ese medio ambiente ayuda al investigador a comprender mejor la naturaleza de los datos recogidos.

Estos ejemplos muestran que los mapas no son sólo una excusa para usar métodos más complejos, glamorosos o basados intensamente en la informática por los métodos mismos; son, más bien, o pueden ser, una serie de experimentos con los procesos de investigación y con las relaciones entre investigadores y sujetos. El trabajo de Robert Chambers con la Evaluación Rural Participativa (Participatory Rural Appraisal – PRA) es uno de los mejores ejemplos conocidos sobre el uso de formas gráficas para la recolección y presentación de información en la evaluación participativa realizada en países en desarrollo

(Chambers, 1997). Quienes utilizan el PRA han desarrollado formas de trabajo con miembros de comunidades rurales para producir mapas sobre uso de la cosecha y calidad del suelo, histogramas de diferencias estacionales en la producción e ingresos familiares, y diagramas de nichos para la clasificación de la riqueza o el uso de plantas medicinales locales. Es importante señalar dos elementos relevantes sobre este trabajo: muestra que los miembros de las comunidades son capaces de presentar sus conocimientos de manera sofisticada, y representa una estrategia de investigación que toma a los miembros de una comunidad como participantes activos en el proceso, más que como simples sujetos pasivos de un estudio. Estas técnicas de graficar y mapear requieren, o por lo menos permiten, una diferente forma de interacción entre profesionales o profesores y miembros de una comunidad o estudiantes.

He observado esto con mucha claridad en mi propia práctica como profesor, al añadir ejercicios de mapeo en una clase sobre comunidad y geografía. En el primer ejercicio mis estudiantes escogieron y mapearon algunos aspectos de la comunidad en un vecindario a pocas cuadras del campus. Todos trabajaban en la misma área con mapas que ya contenían los contornos de los edificios. Las lecturas sobre cómo observar el espacio urbano y los vecindarios de un área urbana ayudaban a afinar su atención (Sampson & Raudenbush, 1999). El proceso de caminar por las calles, observar y pensar qué rasgos valía la pena mapear, creaba y facilitaba en los estudiantes un nuevo tipo de atención al espacio urbano. Elegían características tan variadas como juguetes de niños, cercas, automóviles estacionados, botellas de licor abandonadas, signos de no traspasar, grupos de personas, flores y persianas cerradas. Uno de ellos hizo un mapa de cambios en sus niveles de ansiedad a medida que caminaba a través de este vecindario pobre. En un segundo ejercicio trabajamos con niños de la escuela elemental para mapear partes de este mismo vecindario. Mis estudiantes se transformaron en maestros, los escolares se convirtieron en expertos locales y todos juntos pudieron participar caminando, mirando, dibujando y discutiendo los mapas que iban confeccionando.

Estas sugerencias sobre reducción de datos y su presentación ante diferentes audiencias han omitido un punto importante, especialmente en el contexto de esta reunión. Las ideas modernas occidentales sobre cómo crear proyecciones de mapas o exponer índices de riesgo, resumen y codifican un solo tipo de ideas culturalmente definidas sobre cómo y dónde representar esta información. Para comunicar eficazmente a poblaciones no occidentales es importante trabajar de manera cercana con materiales locales, tan diferentes como las duraderas Líneas de Nazca (Figura 12) que resumían información sobre el acceso al agua y los puntos astronómicos; o los mapas de paja Polinesios (Islas Marshall) (Figura 13) usados para memorizar corrientes, formaciones estelares y otros datos requeridos para la navegación en canoa a pequeñas islas ubicadas en 500 millas a la redonda de mar abierto. Estas son también depuraciones o reducciones de muchos tipos de datos. Es más difícil observar representaciones gráficas específicas de significancia epidemiológica en culturas no occidentales, pero es posible que una escultura Inca que representa una enfermedad (Figura 14) haya mostrado características de la misma en formas útiles para el diagnóstico y la enseñanza.

## V. UNAS CUANTAS LECCIONES Y OPORTUNIDADES

Algunas lecciones y oportunidades para los científicos sociales emergen de esta revisión rápida de las presentaciones gráficas. Con respecto a las lecciones, es fácil ver que el poder de seducción de los gráficos puede distraer la atención de los investigadores, alejándolos de los contenidos hacia la forma de sus mensajes. Cualquier análisis basado en una técnica informática atrae a los usuarios hacia presentaciones y análisis más complejos de los requeridos, e incluso completamente equivocados para el tipo de datos, muestra o preguntas que se formulan. Es por esta razón que pienso que es importante comenzar cualquier presentación visual buscando la elegancia gráfica tan importante como la obtenida por Tufte y otros.

FIGURA 12

FOTOS AÉREAS DE LAS FIGURAS NASCA: LA ARAÑA Y EL COLIBRÍ

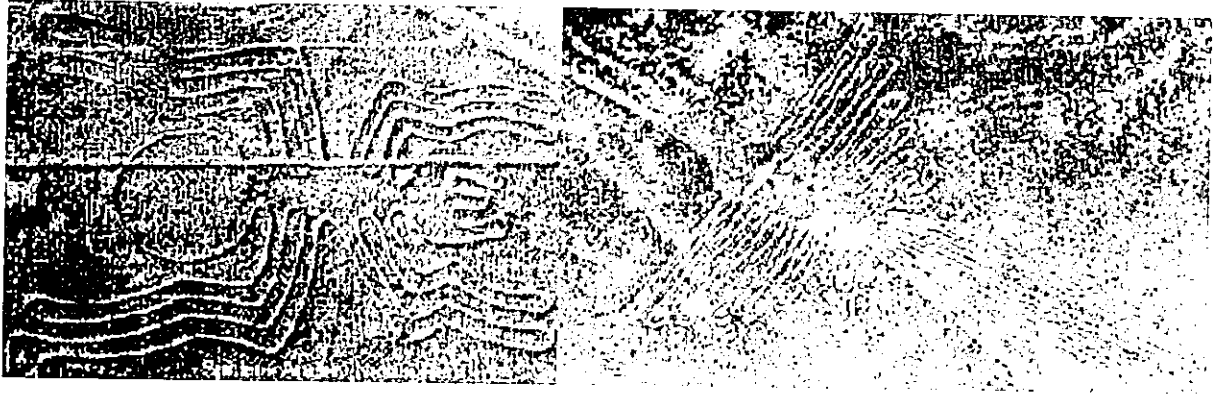
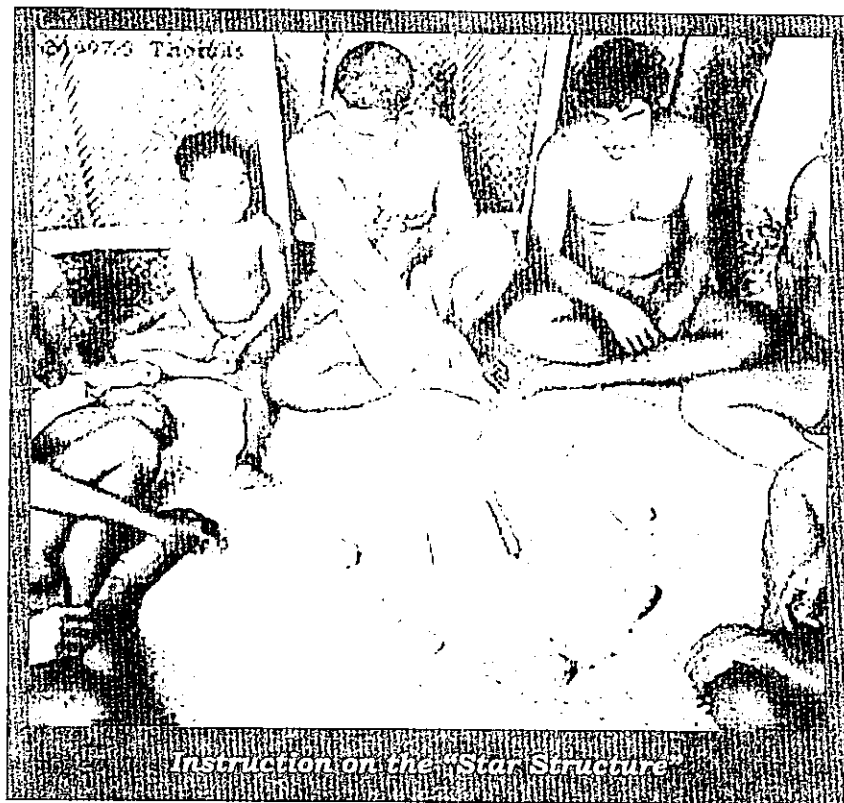


FIGURA 13

MOSTRANDO CÓMO NAVEGAR POR LAS ESTRELLAS Y LAS CORRIENTES



<http://www.museum.upenn.edu/Navigation/knowledge/knowledge.html>

FIGURA MOCHE, PERÚ, REPRESENTANDO A LA LESHMANIA?

*Yasoga der Moche an Chibata, typische Vertiefung  
 des von Oberlippe und Nase umgebene Vertiefungsmar-  
 kierung. Museum für Völkerkunde, Berlin. Nach M. Schmidt*



Sin embargo, otras lecciones son igualmente importantes: algunas se relacionan con la necesidad de los investigadores de considerar cómo la comprensión de la audiencia debe influir en la manera como se presentan los datos. Las presentaciones gráficas pueden ser el único camino para alcanzar a ciertas audiencias, pero otras podrían hallar dichas presentaciones ininteligibles, superficiales o distractoras.

La enorme complejidad de los sistemas de información geográfica existente como ArcView o MapInfo se incrementará en el futuro. Así como los investigadores necesitan aprender qué procedimientos del SAS o SPSS realmente vale la pena usar y reportar, también necesitan aprender cuáles de las muchas seductoras piezas visuales disponibles en los paquetes informáticos GIS son realmente valiosas para producir y hacer presentaciones.

Con respecto a las oportunidades, hay ciertamente mayor espacio en el campo de la salud para desarrollar el trabajo pionero de Chambers, preguntarse cómo las técnicas participativas de mapeo pueden representar mejor la carga de una determinada

enfermedad en un vecindario, y explorar si las presentaciones gráficas pueden servir para comunicar estadísticas epidemiológicas a poblaciones con bajos niveles de instrucción o incluso analfabetas. El trabajo de mapeo de enfermedades por miembros de comunidades y las estrategias participativas que funcionan tan bien en los mapeos, sugieren que existen otras oportunidades para emplear los métodos gráficos y *geográficos* como estrategias para acercar a investigadores y comunidades.

Pero más allá de las estrategias de comunicación y participación, la mayor oportunidad que ofrecen los gráficos y los *geográficos* en el trabajo interdisciplinario de investigación en salud, es aquella que permite explorar la relación entre medio ambiente y riesgo o carga de enfermedad. El mapeo permite una mirada más sensible y profunda de los patrones sociales de enfermedad a través del horizonte, una línea de investigación requerida y apoyada por los análisis contemporáneos de inequidad, riqueza, pobreza y otros determinantes más amplios de la salud y enfermedad humana (Macintyre & Ellaway, 2000)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chambers, R. (1997). What works and why? En: Chambers, R. *Whose Reality Counts? Putting the First Last*. London: Intermediate Technology Publications.
- Chernoff, H. (1973). The use of faces to represent points in k-dimensional space graphically. *Journal of the American Statistical Association*, 68: 361-368.
- Clarke, K.C., McLafferty, S.L. & Tempalski, B.J. (1996). On epidemiology and geographic information systems: A review and discussion of future directions. *Emerging Infectious Diseases*, 2:85-92.
- Friendly, M. (1997). Conceptual models for visualizing contingency table data. En: Blasius, J. & Greenacre, M. (Eds.). *Visualization of Categorical Data*. New York: Academic Press.
- Goodnough, A. (1998). Tracking cancer as never before. *New York Times*, April 26, p. A-30.
- Harr, J. (1996). *A Civil Action*. New York: Vintage Books.
- Legator, M.S., Harper, B.L. & Scott, M.J. (1985). *The Health Detective's Handbook: A Guide to the Investigation of Environmental Health Hazards by Nonprofessionals*. Baltimore: John Hopkins.
- Legator, M.S. & Strawn, S.F. (Eds.). (1994). *Chemical Alert! A Community Action Handbook*. Austin: University of Texas Press.
- Macintyre, S. & Ellaway, A. (2000). Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. En: Berkman, L.F. & Kawachi, I. (Eds.). *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Monmonier, M.S. (1996). *How to Lie with Maps*. Chicago: University of Chicago Press. 2nd ed.
- Nightingale, F. (1858). *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army*. London: Harrison & Sons.
- Nobre, F.F. & Carvalho, M.S. (1995). GIS for Health and the Environment. En: de Savigny, D. & Wijeyeratne, P. (Eds.). *Spatial and Temporal Analysis of Epidemiological Data*. Ottawa: IDRC. En: <http://www.idrc.ca/books/focus/766/nobre.html> Viewed 4/01
- Sampson, B.J. & Raudenbush, S.W. (1999). Systematic Social Observation of Public Spaces. *American Journal Society*. 105:603-651.
- Simonoff, J.S. (1997). The 'Unusual Episode' and a Second Statistics Course. *Journal of Statistics Education*, 5(1). En: <http://www.amstat.org/publications/jse/v5n1/simonoff.html>
- Tufte, E.R. (1983). *The Visual Display of Quantitative Information*. Cheshire, CT: Graphics Press.
- \_\_\_\_\_ (1990). *Envisioning Information*. Cheshire, CT: Graphics Press.
- \_\_\_\_\_ (1997). *Visual Explanations*. Cheshire, CT: Graphics Press.
- Tukey, J.W. (1977). *Exploratory Data Analysis*. Reading, MA: Addison-Wesley.



# X

BIOÉTICA



# CUESTIONES DE BIOÉTICA RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN: DESAFÍOS PARA AMÉRICA LATINA EN EL CONTEXTO DE LA GLOBALIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES Y LAS REGULACIONES ÉTICAS INTERNACIONALES

---

*Andre Maiorana\* • Carlos Cáceres\*\**

---

## INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es contribuir a la discusión sobre cuestiones éticas relacionadas con la investigación con seres humanos, proveyendo una propuesta de enfoque para articular una posición razonada, tomar decisiones y clarificar responsabilidades al trabajar en investigaciones científicas en el contexto latinoamericano e internacional. Este trabajo intenta, también, contribuir a encontrar una respuesta al desafío de diseñar, implementar y evaluar investigaciones que tengan en cuenta las necesidades y derechos de los participantes, los investigadores y los países donde se realizan<sup>1</sup>.

## ÉTICA Y BIOÉTICA

La ética incluye una gama amplia de principios morales usados para reflexionar sobre la conducta humana (Levine, 1997). Nuestra ética y valores guían e influyen nuestra conducta personal y profesional. Muchas veces, no obstante, no existe una clara identificación o reconocimiento de las cuestiones políticas, morales y filosóficas subyacentes que influyen nuestras acciones (Layman, 1996).

El *Diccionario Gredos* (2000) define la ética como el grupo de principios morales o valores y los principios de conducta que rigen a un grupo o individuo. En este sentido, los términos ética y moral muchas veces se usan sin distinción. Por otro lado, la moral se puede definir como un conjunto de estándares de conducta, ideales o reales, sobre el bien o el mal y las acciones que la gente realiza o debería realizar en determinada circunstancia; mientras que la ética constituye el estudio sistemático de

---

\* Antropólogo y Maestro en Salud Pública. AIDS Policy Research Center y Center for AIDS Prevention Studies, University of California, San Francisco. E-mail: amaiorana@psg.ucsf.edu

\*\* Médico (UPCH) y Doctor en Salud Pública (Universidad de California, Berkeley). Profesor Principal de la Facultad de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Investigador del Center for AIDS Prevention Studies, University of California, San Francisco. E-mail: ccaceres@upch.edu.pe

<sup>1</sup> Este trabajo recupera algunas secciones del Proyecto final para la Maestría en Salud Pública presentado a la Universidad de California en San José en mayo, 1998, por Susan Bernhard, Jaspal Pali Basi y Andre Maiorana: «Design, Implementation, and Evaluation of a Graduate Course in Ethics Applied to the Field of Health Education».

la moral y una base filosófica para justificar creencias y comportamientos (Jennings, Nolan, Campbell & Donnelley, 1990).

En nuestras sociedades existe un pluralismo de visiones morales. Las controversias o dilemas éticos surgen cuando hay varias opciones entre un número posible de acciones o decisiones, y cada opción cuenta con argumentos a favor y en contra. El proceso de proveer un argumento lógico, o plantear razones por las cuales una decisión o acción específica es permisible o requerida por razones éticas, se llama justificación ética (*ibid*). El punto de vista desde el cual elegimos observar una cuestión determinará cómo exploramos y resolvemos dicha cuestión. Muchas de nuestras controversias morales no pueden ser resueltas completamente porque diferentes sectores de la sociedad no comparten las mismas expectativas, valores y principios. Este pluralismo de visiones morales define el contexto de las cuestiones y dilemas éticos que afectan al sistema de atención de la salud y la investigación (Wildes, 1993). La ética, no obstante, intenta encontrar respuestas defendibles y convincentes para dichos dilemas. Se llega a dichas respuestas a través de la deliberación cuidadosa y seria, en vez de afirmaciones acrílicas u opiniones rápidas (Luna & Salles, 1998).

El estudio de la ética en la investigación provee un marco para examinar los fines y metas de la misma. También ofrece una guía para evitar perjuicios a los participantes en la investigación, la comunidad en general y el medio ambiente (Shrader-Frechette, 1994). Controversias éticas pueden surgir de la selección y la relación entre riesgo y beneficio para los participantes así como del valor de la investigación para la sociedad y el país donde se realiza (Emanuel, Wendler & Grady, 2000).

La bioética implica una reflexión sistemática sobre las cuestiones morales que surgen en el área de las ciencias biológicas, la medicina y la salud pública (Luna & Salles, 1998). La bioética consiste en la ética normativa aplicada a la toma de decisiones y las políticas públicas en materias relacionadas con la investigación científica y las aplicaciones sociales del conocimiento biológico y la tecnología biomédica (Jennings,

Nolan, Campbell & Donnelley, 1990). Algunas de las cuestiones que preocupan a la bioética incluyen la experimentación científica, la clonación, el control de la fertilidad, las opciones reproductivas, las decisiones sobre la muerte, la relación médico-paciente, y la asignación de recursos en el área de la salud.

## CUESTIONES ÉTICAS EN LAS INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

La investigación se puede describir como un conjunto de actividades múltiples y sistemáticas para probar una hipótesis o extraer conclusiones y contribuir al conocimiento (DePoy & Gitlin, 1994). Las investigaciones relacionadas con la salud constituyen la única forma de probar si determinada droga, procedimiento o intervención, funciona. Cuando estos estudios son clínicos, siempre son precedidos por estudios de seguridad de laboratorio y con animales, pero eventualmente sólo estudios con seres humanos pueden probar la eficacia y determinar si algo funciona (NIH, 1995).

Existe a veces una relación contradictoria entre tratamiento médico e investigación, donde los intereses de los investigadores, los participantes en estudios y los proveedores de servicios de salud no necesariamente coinciden. La investigación tiene objetivos distintos de los de la atención médica. La investigación está diseñada para averiguar si una medicina, procedimiento o intervención tiene el resultado deseado en el protocolo o diseño del estudio. Si un participante específico se beneficia es una cuestión secundaria en la investigación propiamente dicha (Levine, Neveloff Dubler & Levine, 1991).

En la atención de la salud, por otro lado, el individuo tiene precedencia y la atención o práctica se realiza para ayudar a ese paciente o cliente en particular (*ibid*). Se puede cuestionar la validez y necesidad de esta dualidad entre la investigación y la atención para la salud y, quizás, en el futuro, superar dicha brecha, pero por ahora, investigadores, proveedores y profesionales de la salud tienen que confrontar los aspectos éticos

de esa dicotomía. El desafío implica seguir adelante con estudios y metas científicas que no solamente tomen en cuenta las políticas públicas y de salud sino que también mantengan estándares éticos (National Academy of Sciences/Panel on Scientific Responsibility and the Conduct of Research, 1992).

Dos categorías principales de problemas éticos surgen en conexión con la investigación científica: aquéllos relacionados con el proceso y los relacionados con el producto. El proceso de la investigación puede causar daño si los participantes no comprenden los procedimientos a realizarse o si son reclutados usando medios no transparentes. Los participantes, la comunidad en general y/o el medio ambiente podrían resultar perjudicados por el producto de la investigación, como lo fueron las víctimas de la lluvia radioactiva causada por las pruebas de armas nucleares de superficie en Utah, Nevada y California en la década de 1950 (Shrader-Frechette, 1994). Así, la valoración ética de la investigación no debería estar basada simplemente en los resultados que un estudio podría producir, o en forma retrospectiva en los que ha producido, sino que también debería considerar el proceso por el cual se obtuvieron dichos resultados (Woodward, 1999).

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS REGULACIONES SOBRE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN

Las cuestiones éticas en la investigación están relacionadas con la integridad y potencial mal comportamiento de los científicos o profesionales que conducen las investigaciones, y la posibilidad de causar perjuicio o daño a los participantes en la investigación y/o a terceras personas (National Academy of Sciences/Panel on Scientific Responsibility and the Conduct of Research, 1992).

Por siglos, la investigación estuvo guiada por un proceso de auto-regulación basado solamente en la integridad, objetividad, honestidad y camaradería de los científicos (Shrader-Frechette, 1994). Sólo en los últimos

cincuenta años se han tomado medidas para asegurar que los participantes en pruebas clínicas estén protegidos de daños o perjuicios sobre la base de criterios más estandarizados. Los Juicios de los Crímenes de Guerra de Nuremberg en 1947 sacaron a la luz los experimentos biomédicos a los que fueron sometidos los prisioneros en los campos de concentración en la Alemania nazi (LoBiondo-Wood & Haber, 1994). El «Código de Nuremberg» que surgió como producto de estos procesos, plantea una serie de criterios para juzgar a las personas que condujeron esos experimentos biomédicos. Este código se convirtió en el prototipo de otros códigos posteriores que tratan de asegurar que la investigación con seres humanos se realice de una manera éticamente aceptable (NIH, 1995). La Asamblea Médica Mundial adoptó, en 1964, la Declaración de Helsinki, derivada del Código de Nuremberg, como una declaración y guía de principios éticos con una perspectiva global para médicos y otras personas involucradas en la investigación. A nivel mundial, la mayoría de las instituciones que conducen investigaciones han adoptado esta Declaración y sus sucesivas modificaciones (Levine, 1988).

Antes de principios de la década de 1960, el gobierno de Estados Unidos no regulaba la investigación clínica. Se asumía que los fines justificaban los medios en la búsqueda del conocimiento científico y que las necesidades de la sociedad eran más importantes que aquéllas de los individuos. Con el movimiento de los Derechos Civiles en la década de 1960, EE.UU. experimentó un cambio social que llevó a un mayor énfasis en los derechos de los individuos (NIH, 1995). En este clima social, en 1972 se hizo público el estudio de sífilis de Tuskegee. El clamor público sobre los cientos de afroamericanos con sífilis participantes del estudio de Tuskegee, que intencionalmente no recibieron antibióticos para permitir el estudio de los efectos a largo plazo de esta enfermedad, fomentó la creación de leyes para proteger a las personas contra abusos de ese tipo (Shrader-Frechette, 1994). El énfasis en los derechos de los individuos, evidente en las regulaciones de los años 70, surgió como reacción y sirvió para corregir el paternalismo imperante hasta esa época en la relación médico-paciente (Levine, 1988).

En los Estados Unidos, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar (Department of Health, Education, and Welfare), ahora el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), propuso las primeras regulaciones para la protección de participantes humanos en 1973. En 1979 la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de Comportamiento (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) publicó el *Reporte Belmont: Principios y Lineamientos Éticos para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación*, el cual sirve actualmente como guía en EE.UU., junto con otras regulaciones y códigos, de cuestiones éticas en la investigación (Sieber, 1992).

En América Latina, el proceso de desarrollo de la ética en la investigación ha sido más reciente. El Dr. José Alberto Mainetti estima que las décadas de los años 80 y 90 fueron de asimilación y recreación de conceptos y modelos éticos, mientras que el nuevo milenio ofrece la oportunidad de encontrar respuestas éticas propias a la región (Bioética Informa, set. 2001) para desarrollar medidas y regulaciones apropiadas relacionadas con la ética en la investigación.

## PRINCIPIOS Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA ÉTICA

Los tres principios de la ética relacionados con la investigación son: respeto a las personas, beneficencia y justicia. Estos principios, incluidos en el Reporte Belmont, proveen la base para las regulaciones que afectan a las investigaciones auspiciadas por el gobierno federal de EE.UU. Dichos principios se reflejan en los elementos que se consideran estándares éticos en el diseño, implementación y análisis de la investigación (Belmont Report, 1979).

- El *respeto* a la persona se refiere a la consideración de los derechos del individuo a la auto-determinación y a ser tratado

como un agente autónomo. La participación en la investigación es voluntaria. Los individuos deberán ser tratados con respeto y dignidad como personas autónomas capaces de decidir si desean participar en la investigación (Butler, 1997). Se utiliza el proceso de consentimiento informado para minimizar la posibilidad de coerción o presión para participar.

- La beneficencia se define como el no causar daño (no maleficencia), el maximizar los posibles beneficios y minimizar los posibles daños al individuo y la comunidad (Levine, 1997). La protección de la confidencialidad es esencial para reducir un daño social y los riesgos de participar en una investigación.
- La justicia se refiere al tratamiento justo y equitativo de los seres humanos. La selección de los participantes deberá ser equitativa, distribuyendo tanto las consecuencias negativas como los beneficios de la investigación (LoBiondo-Wood & Haber, 1994). Estos principios no son absolutos, presentan con frecuencia conflicto entre sí y deben ser aplicados en el contexto de casos específicos (Wolf & Lo, 2001). Así, el concepto de autonomía, central en la ética norteamericana, no sería tan relevante en Latinoamérica, al menos para una gran proporción de la población que vive al margen y ajena a los derechos civiles, comparado con la noción de justicia social y la distribución de recursos para asegurar mayor equidad en el acceso a la salud (Drane, 1996; Gracia, 1996). Por otro lado, pueden existir cuestiones de justicia distributiva y vinculadas a la relación entre riesgo y beneficio cuando participantes en países en desarrollo podrían no tener acceso, por disparidades de recursos, a los tratamientos o intervenciones en las que participaron, disponibles sólo para los habitantes de los países desarrollados (Nuffield Council on Bioethics, 1999).

Otros conceptos importantes para un análisis ético son el paternalismo, el pluralismo y el relativismo ético.

- El *paternalismo* implica que el gobierno puede intervenir en las vidas y libertades personales invocando el poder del estado. En otros casos, un grupo o individuo considera que tiene la autoridad o conocimiento para tomar decisiones por otras personas o grupos (Butler, 1997).
- El *relativismo ético* plantea que no existen estándares universales sobre lo bueno y lo malo. De acuerdo con el relativismo, lo que es bueno o malo para una persona o sociedad no es necesariamente bueno o malo para otra persona o sociedad (Jennings, Nolan, Campbell & Donnelley, 1990).
- El *pluralismo ético* considera que una acción puede ser moralmente requerida no como consecuencia de un principio moral universal, sino porque se deriva de un componente aceptable de un código moral que constituye un estándar aceptable entre varios (Wolf, 1992).

Otras contribuciones para un análisis ético provienen de la teología de la liberación, la ética feminista y la ética del respeto a la diferencia. Un enfoque ético desde la teología de la liberación tiene en cuenta cuestiones sociales relacionadas con la estructura de clases, la pobreza y el acceso adecuado a la atención para la salud (Dos Anjos, 1996). La ética feminista enfatiza el contexto social, político y económico y las relaciones sociales y de poder en una sociedad determinada (Sherwin, 1998). La ética del respeto a la diferencia destaca un rol más comprometido como actores sociales en la construcción y redefinición de la realidad, así como la responsabilidad de los investigadores para establecer normas éticas y monitorear su cumplimiento, considerando la diversidad y derechos humanos de todos los segmentos de la población (Figueroa & Fuentes, 2001).

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es el elemento legal que regula la capacidad del

individuo para aceptar o rechazar participar en la investigación (LoBiondo-Wood, 1994). El principio de «consentimiento informado voluntario» tiene cuatro elementos: divulgación, comprensión, voluntariedad y competencia. Bajo estos requisitos el investigador debe proveer a los participantes información completa sobre el propósito y posibles riesgos y beneficios de la investigación. El individuo necesita comprender la información y consentir en participar, y debe ser emocional, mental y físicamente competente para proveer consentimiento (Levine, Neveloff Dubler & Levine, 1991).

El consentimiento informado no debe limitarse a obtener la firma de la persona para que acceda a participar, sino que es un proceso de comunicación entre los investigadores y los participantes que debería comenzar cuando se realiza el primer contacto con una persona, y continuar durante todo el período de su participación.

## PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La privacidad es la libertad de una persona para poder decidir si desea compartir, y bajo qué circunstancias, sus creencias, opiniones y comportamiento (Levine, 1988). En ese marco, confidencialidad se refiere a la conservación del carácter privado de la información de una persona. La forma como una investigación va a manejar dicha información debería ser explicitada en el consentimiento informado (Sieber, 1992). El respeto de la privacidad y confidencialidad de la información está relacionado con el principio de autonomía ya mencionado. Por ello, situaciones particularmente complejas desde el punto de vista ético son aquellas donde, en base a la información recibida de los participantes, los investigadores eligen o tienen la obligación legal de romper esa confidencialidad ya sea para proteger al participante o a terceras personas. Ejemplos clásicos de este tipo de situaciones incluyen los casos de abuso infantil, violencia familiar o enfermedades transmisibles.

## COMITÉS DE ÉTICA (IRB)

En la tradición norteamericana, un IRB (Institutional Review Board) o Comité de Revisión Institucional es un comité o junta formada por cinco o más miembros que, de acuerdo con los lineamientos del Servicio de Salud de EE.UU. (United States Public Health Service), revisa y aprueba protocolos de investigación antes de que éstos sean puestos en práctica por parte de una determinada institución. El propósito de los IRB es asegurar que el diseño de las investigaciones considere los estándares éticos del caso (Sieber, 1992). Los integrantes de un IRB no forman parte de las investigaciones a ser realizadas y comparten con los investigadores la responsabilidad de salvaguardar los estándares éticos en la práctica de la investigación (NIH, 1995).

Para aprobar protocolos de investigación, un IRB debe asegurarse que:

- Se haya minimizado el riesgo para los participantes.
- Los riesgos sean razonables en relación con el beneficio anticipado.
- La selección de los participantes sea equitativa.
- Los procedimientos y documentación de consentimiento informado sean adecuados.
- El protocolo de investigación considere las medidas necesarias para proteger la seguridad de los participantes.
- El protocolo de investigación considere las medidas necesarias para proteger la privacidad y confidencialidad.
- Se consideren garantías especiales para la protección de poblaciones vulnerables, como por ejemplo menores de edad, mujeres y reclusos (NIH, 2002).

Al establecer un sistema descentralizado para la revisión de las investigaciones, el gobierno de los EE.UU. ha otorgado autonomía a los IRB para que, dentro de ciertos parámetros, puedan interpretar los reglamentos federales de distintas formas y aun tener sus propios requisitos. En algunos casos, puede existir una relación antagónica entre los investigadores y los IRB, si los investigadores consideran que el IRB está colocando obstáculos injustificados para la

investigación o si éste sólo está preparado para opinar sobre lo que no es aceptable éticamente pero no puede asistir a los investigadores a desarrollar procedimientos aceptables (Siever, 1992). Por otro lado, cuando las investigaciones se realizan en más de un lugar los investigadores pueden tener que satisfacer los requisitos de varios IRB.

En la actualidad, el sistema norteamericano de IRB se ha replicado a nivel internacional y es el modelo imperante para tratar de garantizar la validez ética de la investigación. No obstante, en 1998, un reporte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. manifestó que el sistema de IRB estaba perdiendo efectividad debido a la abrumadora cantidad de estudios que los comités deben revisar (Riccardi & Monmaney, *Los Angeles Times*, abril 27, 2000). Graves irregularidades en el proceso de consentimiento informado y otras violaciones a la protección de los participantes en pruebas clínicas tanto en el Hospital Martin Luther King, afiliado a la Universidad Drew en el condado de Los Angeles (Riccardi & Monmaney, 2000), así como en estudios auspiciados por la Universidad de Harvard en China (Hassner Sharav, 2002) constituyen ejemplos recientes que parecen confirmar las fallas de este sistema, que se intenta replicar en países con escasos recursos o sin capacitación necesaria para implementar la acción de comités de este tipo.

## CONFLICTO DE INTERESES

En la investigación, el objetivo primario es producir resultados que probarán o desmentirán una determinada hipótesis. De igual importancia es la existencia de una relación favorable entre riesgo y beneficio como condición necesaria para la participación de seres humanos. Estas metas fundamentales deben constituir el interés primario de todos aquellos involucrados en el diseño, implementación y evaluación o análisis de una investigación. No obstante, otros intereses del investigador, empresa o institución pueden afectar el juicio profesional, comprometiendo así la integridad científica y ética



de la investigación. Algunos de estos otros intereses incluyen posible beneficio económico, estatus, prestigio académico y seguridad en el empleo. El perjuicio potencial o real a la integridad científica y ética de la investigación es lo que define un conflicto de interés en la investigación (Lo, 1995). La presencia de un conflicto de interés no es necesariamente mala. Los problemas surgen cuando no se reconoce que existe dicho conflicto o se trata de ocultarlo. El reconocer las fuentes potenciales de un conflicto de interés en la investigación es el primer paso para darle solución. El paso siguiente es aplicar un proceso transparente para solucionar el conflicto o dilema considerando principios morales, estándares profesionales o códigos de ética existentes y argumentos legales, además de consultas con colegas y otros profesionales (Sales & Lavin, 2000). Las publicaciones periódicas revisadas por pares han establecido un importante precedente al someter a escrutinio de potenciales intereses financieros a los investigadores que desean publicar los resultados de un estudio.

## INVESTIGACIONES CLÍNICAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Una investigación se define como clínica si uno o más de sus componentes se realiza con fines diagnósticos, profilácticos o terapéuticos para los participantes en la investigación (Luna & Salles, 1998). En la actualidad, la mayoría de las investigaciones, tanto en el área de la salud como en la de las ciencias sociales, incluyen por lo general uno o más grupos de intervención para evaluar ya sea una nueva terapia o procedimiento biológico o, alternativamente, programas de promoción de la salud o para el cambio de comportamiento.

En general, se ha prestado más atención a las implicancias éticas de las investigaciones clínicas que involucran agentes o componentes biológicos, teniendo en cuenta los daños físicos que éstos podrían ocasionar. Aunque la mayoría de las regulaciones éticas en la investigación ha surgido en relación con investigaciones de carácter clínico, la bioética ha avanzado en la dirección de una

extensión de estos criterios, así como de los conceptos filosóficos subyacentes, a otras investigaciones sobre programas de promoción de la salud o para el cambio de comportamiento que no involucran un componente biológico. En este tipo de investigaciones el daño o consecuencia negativa para los participantes o la comunidad tiene un carácter social y por esa razón puede ser más difícil de evaluar o, en algunos casos, de anticipar. Por consiguiente, la atención que los investigadores dedican a estos temas podría ser mucho menor. No obstante, a medida que se incrementa el número de investigaciones cuyo objetivo es producir cambios de comportamiento relacionados con la salud y que el tipo de información personal requerida de los participantes se torna más delicada, también se presta más atención a las cuestiones éticas y aumenta el escrutinio de las instituciones y organizaciones auspiciantes de estos estudios, así como la necesidad de tratar de prevenir y evitar situaciones que atenten contra la ética y, por consiguiente, la validez científica de un estudio. La participación y el activismo en EE.UU. de grupos de población afectados por el VIH, por ejemplo las comunidades *gay*, ha tenido una gran influencia para garantizar una mayor atención a cuestiones éticas en estudios clínicos y de comportamiento relacionados con el VIH. La concientización de grupos de población afectados por el VIH y su participación en el proceso de diseño e implementación de la investigación a través de grupos comunitarios de asesoramiento y de consulta, y muchas veces a través de acciones de protesta, han contribuido en gran medida a generar un proceso cuyo resultado ha sido que las instituciones y organizaciones auspiciantes reaccionaran y tomaran precauciones para evitar o remediar situaciones éticamente cuestionables. Dicho proceso de participación, consulta y protesta se ha ido extendiendo a otras áreas de la investigación dentro de EE.UU., como en la lucha contra el cáncer, y comienza ahora a cobrar una mayor significancia a nivel internacional y en países en desarrollo, en gran parte debido a la acción de grupos de la sociedad civil tales como organizaciones comunitarias y sin fines de lucro.

Los avances científicos y tecnológicos, la disponibilidad de mayores fondos y el desarrollo de nuevas herramientas y metodologías más

sofisticadas, posibilitan y generan, a su vez, nuevas investigaciones en un proceso de expansión que intenta contribuir a prevenir o descubrir la cura a enfermedades o condiciones relacionadas con la salud. Estos avances y la expansión de la investigación también producen una mayor necesidad de datos e información más compleja y delicada, así como un mayor número de participantes (Woodward, 1999). Las investigaciones relacionadas con cambios de comportamiento también reflejan esa búsqueda de respuestas, por ejemplo en investigaciones con intervenciones cuyo objetivo es promover cambios de conducta para evitar la transmisión del VIH. En muchas áreas del planeta, impulsar programas de prevención, expandir las opciones de tratamiento (incluyendo terapias antiretrovirales) y continuar la búsqueda de una vacuna contra el VIH, representan la respuesta para detener la epidemia del VIH y su enorme impacto social. En los estudios necesarios para lograr estos objetivos, el tipo de información personal a recoger de los participantes sobre prácticas sexuales, uso de material inyectable y otras actividades de riesgo para la transmisión del VIH presenta desafíos de diseño e implementación teniendo en cuenta la privacidad y confidencialidad de los participantes; la forma en que las actividades de investigación pueden llegar a afectar o modificar a las comunidades donde se realizan; y la sustentabilidad a largo plazo de tal intervención, luego de concluido el estudio. De especial importancia es considerar cuestiones éticas relacionadas con el consentimiento informado, la privacidad y la confidencialidad y las repercusiones sociales en lugares donde el estigma hacia el VIH podría ocasionar discriminación o situaciones de riesgo o violencia para los participantes en la investigación. De igual relevancia es la identificación de formas adecuadas para implementar estudios en lugares o comunidades donde no existe una tradición de investigación o en sitios donde la población ha tenido una experiencia negativa con ésta. Debemos tener en cuenta, además, las consecuencias de introducir nuevos elementos en la interacción con dicha comunidad, como por ejemplo, el uso de reembolsos o incentivos económicos y su repercusión social y económica para el participante y la comunidad. En estos

casos, la participación de y consulta con la comunidad o población es un elemento esencial para considerar cuestiones éticas.

## PRUEBAS CLÍNICAS A NIVEL INTERNACIONAL

La creciente internacionalización de las investigaciones científicas ha generado nuevos dilemas éticos. Esto es particularmente cierto en el caso de las investigaciones biomédicas con seres humanos conducidas por grandes compañías farmacéuticas, compañías de biotecnología, universidades y el gobierno de EE.UU., especialmente cuando investigadores y auspiciantes de un país conducen estudios en otro. Estos dilemas están relacionados con la gran disparidad de riqueza entre los países del 'norte' y los del 'sur', con los recursos limitados en los países pobres y con una historia de explotación y colonialismo. Estas cuestiones surgen como respuesta a la preocupación de que las investigaciones conducidas por científicos de países ricos en países pobres ya fuertemente afectados por enfermedades impondrían, pese a las regulaciones éticas existentes, una demanda éticamente inaceptable sobre el país anfitrión y los participantes en las investigaciones en dicho país. Esta demanda sería impuesta por no aplicarse las regulaciones éticas existentes en el «primer mundo», o por aplicarlas con una interpretación diferente, o sin tener en cuenta el contexto cultural y social de los países anfitriones (NBAC, 2000). Se podría argumentar que un nuevo tipo de colonialismo está siendo instrumentado a través de pruebas clínicas en países pobres o en vías de desarrollo. Las ventajas de implementar estudios clínicos en estos países incluyen la posibilidad de probar medicinas nuevas en una gran cantidad de voluntarios, muchos de ellos enfermos, y dispuestos a participar como única forma de acceso a la atención médica. Además, las pruebas se pueden conducir de forma más barata y rápida, en muchos casos con menos regulaciones de por medio y en países que cuentan con una buena infraestructura médica y técnica y médicos altamente capacitados, como por ejemplo

Sudáfrica y muchos países de Latinoamérica (Stephens, 2000). Estos estudios generan preguntas éticas en un clima de globalización en el cual influyentes corporaciones farmacéuticas con base en los Estados Unidos contratan a médicos locales para reclutar participantes que, en muchos casos, reciben poca o ninguna información sobre los estudios en los que terminan participando. Un análisis del periódico *The Washington Post* sobre investigaciones clínicas ha descrito un sistema pobremente regulado, dominado por intereses privados, en el cual las empresas farmacéuticas cruzan fronteras y conducen experimentos en África, Asia, Europa Oriental y América Latina (Stephens, 2000). Este sería el caso, por ejemplo, de la mayoría de los países en África sahariana, que cuentan con economías débiles, altos niveles de analfabetismo, falta de conciencia o abuso de los derechos humanos, y poblaciones que no están familiarizadas con conceptos occidentales de salud, medicina e investigación (Rugemalila & Kilama, 2001).

Uno de los artículos de *The Washington Post* examinó un estudio realizado por Pfizer en 1996 con niños afectados por meningitis bacteriana. El propósito del estudio era probar la eficacia de Trovan, un fármaco de la familia de las quinolonas, en las condiciones epidémicas existentes en Kano, Nigeria. El estudio comparó Trovan (en una de tres formas: tableta, solución líquida o aplicación intravenosa) con una inyección de ceftriaxona, un antibiótico aprobado para niños en EE.UU. Dicho artículo cuestiona la validez ética del diseño de un estudio que no hubiera sido aprobado en ningún país industrializado y la decisión de usar una medicina no aprobada, sobre cuya eficacia para meningitis en niños enfermos en una situación de epidemia se tenía muy limitada o ninguna información, cuando existían otros medicamentos aprobados y disponibles. El artículo cuestiona, además, los cambios en el protocolo, las dosis reducidas de antibióticos administradas, y la falta de atención que causó la muerte de una niña cuya salud siguió declinando después de habersele administrado Trovan sin que se intentara salvarla usando un antibiótico ya aprobado. Plantea, asimismo, la falta de claridad en la administración del consentimiento informado, y la posibilidad de

que los padres, en su búsqueda de atención médica, no fueran informados de que se trataba de un estudio y que había otras alternativas disponibles muy cerca, en las instalaciones de Médicos sin Fronteras, que suministraba tratamiento en el mismo lugar. El FDA en EE.UU. no aprobó el uso de Trovan en niños y su uso en adultos fue, más tarde, restringido debido a graves efectos secundarios hepáticos. Así, las controversias éticas relacionadas con la investigación van mucho más allá de la necesidad de consentimiento informado, e incluyen el proceso de selección de los participantes, la relación entre riesgo y beneficio, y el valor de la investigación para la sociedad (Emanuel, Wendler & Grady, 2000).

## PRUEBAS CLÍNICAS EN AMÉRICA LATINA

Como en el resto de los países en desarrollo, América Latina ofrece oportunidades para experimentar con tratamientos que podrían ser considerados cuestionables, e incluso no éticos en otros países, a un costo mucho más reducido. Casi todas las compañías farmacéuticas grandes de EE.UU. y Europa Occidental mantienen una red de oficinas a través de toda América Latina. Esto se debe, en parte, a que América Latina ofrece una gran cantidad de participantes potenciales en pruebas clínicas con muchas de las mismas enfermedades que afectan a los países industrializados (Stephens, 2000). A pesar de que muchos países latinoamericanos se han comprometido a seguir las llamadas *Good Clinical Practices*, adoptadas por la *International Conference on Harmonization*, aún hoy se realizan investigaciones sin la revisión de comités de ética locales, hecho que infringe normas internacionales (Drane, 2000). La gran cantidad de estudios clínicos y el paso acelerado con que se realizan han amenazado con desbordar los esfuerzos relativos de los países latinoamericanos para establecer entidades y regulaciones éticas en la investigación. Aunque existen comités de ética en América Latina, su funcionamiento y eficacia no es uniforme, debido a dificultades de financiamiento, burocracia, falta de capacitación

y poca claridad acerca del rol, responsabilidades, función y articulación de los IRB como parte integrante de la investigación y entidades asociadas. A nivel gubernamental, en muchos casos, no existen los mecanismos para asegurar el cumplimiento de las regulaciones ya existentes (Serrano La Vertu & Linares, 1990).

Los ejemplos siguientes ilustran distintos tipos de violaciones e irregularidades a nivel ético en pruebas clínicas en América Latina:

La muerte de por lo menos tres participantes en un estudio clínico de Cariporide, una medicina para el tratamiento de angina en pacientes cardíacos, auspiciado por la compañía Avantis y conducido en el Hospital Naval de Buenos Aires en Argentina en 1997 y 1998, causó el cierre de dicho estudio y una acción legal contra los doctores a su cargo, quienes habrían recibido 2,700 dólares por cada paciente enrolado. La investigación legal de este estudio reveló que las firmas en los consentimientos de más de la mitad de los 137 participantes habían sido falsificadas. Otras irregularidades incluyeron falsificación de información médica y electrocardiogramas para que las personas calificaran para el estudio (DeYoung & Nelson, 2000).

En muchos casos, los doctores locales que conducen los estudios, ya sea por complacer a las compañías auspiciantes o por negligencia en el cumplimiento del protocolo de documentación, no reportan los eventos adversos observados en participantes. En 1996, inspectores del FDA de EE.UU. encontraron que médicos en una clínica de San Pablo, en Brasil, no habían reportado complicaciones renales potencialmente graves en pacientes VIH positivos tratados con Crixivan, un inhibidor de proteasa para el tratamiento del VIH (*ibid*).

Recientemente, una campaña del grupo activista «Public Citizen» en EE.UU. logró que se rediseñara un estudio que hubiera comparado Surfaxin, una droga surfactante para tratamiento del «Síndrome de dificultades respiratorias» en bebés prematuros, con un placebo en uno o más de los siguientes países: Bolivia, Ecuador, Perú y México. Public Citizen argumentó al FDA en EE.UU. que en este caso se estaba usando como excusa el estándar mínimo de tratamiento en países en desarrollo para justificar estudios con placebo

que no serían autorizados en países desarrollados donde existen otros surfactantes aprobados para este síndrome (McCarthy, 2001).

En México, el uso de células de cerdo implantadas en doce adolescentes con diabetes sin suficientes estudios previos en animales ha causado que se cuestione si los beneficios de este tratamiento justifican el riesgo para dichos adolescentes y el resto de la población de posibles patógenos transmitidos en las células transplantadas. El Dr. Rafael Valdez del Hospital de Niños de la ciudad de México declaró que el gobierno de México aprobó su estudio, para el cual usó los lineamientos del FDA de EE.UU. para xenotransplatación, en ausencia de similares reglamentos en México. Los críticos cuestionan los pasos que se han tomado para proteger a los pacientes de contraer enfermedades de los cerdos y argumentan que dicho estudio no hubiera sido aprobado por el FDA en EE.UU. sin contar con los debidos estudios preclínicos (Check, 2002). A diferencia de Europa y Estados Unidos, los contextos históricos, políticos, sociales y económicos en América Latina han contribuido a la existencia de una visión diferente de los derechos civiles e individuales. En la ética médica en América Latina, debido a la influencia de la iglesia católica, ha predominado el principio de beneficencia (no causar daño, o hacer 'lo mejor' para el paciente), mientras que la influencia del principio de respeto a la persona (derechos, autonomía del individuo y consentimiento informado) ha sido casi nula (Drane, 2000). Así, el principio de beneficencia sin autonomía se transforma en paternalismo, tendencia que ha predominado por mucho tiempo en el área de la salud (Lolas Stepke, 1999). Una reflexión sobre esta diferencia de perspectivas es clave en un clima de globalización, con mercados en expansión y una creciente cantidad de investigaciones en América Latina financiadas con fondos externos. La región enfrenta el desafío de desarrollar un conjunto adecuado de principios de evaluación ética de la investigación en seres humanos con el correlato institucional y normativo apropiado, para lo cual deberá considerar y adaptar perspectivas foráneas incorporando el pragmatismo de la tradición bioética anglosajona (Lolas & Litvak, 1998), atendiendo simultáneamente a factores culturales y

necesidades locales y regionales. La tarea pendiente es la búsqueda de respuestas propias a dilemas éticos planteados por estudios nacionales e internacionales, incrementando a la vez la cantidad y calidad de las investigaciones científicas relacionadas con la salud.

## **CUERPOS NORMATIVOS Y MARCOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON CUESTIONES ÉTICAS A NIVEL GLOBAL Y DE AMÉRICA LATINA**

Como se mencionó más arriba, la Declaración de Helsinki provee los lineamientos más aceptados a nivel mundial para la conducción de investigaciones médicas y, por añadidura, también de intervenciones no clínicas. La Organización Mundial de la Salud también se rige por los lineamientos de la Declaración de Helsinki.

Los lineamientos de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH, por International Conference on Harmonization) intentan «armonizar» lo que se conoce como GCP (Good Clinical Practices), o Prácticas Clínicas Apropriadas, en EE.UU., Europa y Japón (SOCRA, 1999). Las GCP son estándares científicos y éticos internacionales para el diseño, conducción, documentación y reporte de pruebas clínicas que involucran la participación de seres humanos. La adherencia a estos lineamientos garantizaría que las pruebas clínicas se realicen de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki (NBAC, 2000). Los lineamientos de la ICH son muy similares a los del FDA (Food and Drug Administration), Administración de Alimentos y Medicinas de EE.UU.

La Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa adoptó legislación relacionada con bioética y ética en la investigación. Se anticipa que dicha legislación, aplicada a todas las naciones europeas ratificantes, también ejercerá gran influencia a nivel internacional fuera de Europa (Riss, 2000).

En Latinoamérica, diversos países cuentan en la actualidad con entidades e instituciones para

la ética en la investigación. El Dr. Mainetti fundó, en 1972 en Argentina, el primer programa de bioética latinoamericano en el Instituto de Humanidades Médicas de la fundación José María Mainetti en Buenos Aires. En México, se estableció, en 1992, una Comisión Nacional de Bioética en la ciudad de México y un Centro de Bioética parte de la Universidad de Guanajuato en León. En Colombia, en 1991, la Asociación Colombiana de Escuelas Médicas (ASCOFAME) aprobó la creación de un Centro de Ética Médica. En Uruguay, la Unión Médica de Uruguay estableció, en 1992, la Comisión Nacional de Bioética, y en 1993 el Parlamento creó la Comisión Parlamentaria Permanente sobre Bioética; en Brasil, el Concejo Federal de Medicina ha contribuido a la creación de un código de ética médica (Figuroa & Fuenzalida, 1996). En el 2001, se creó el Concejo Nacional de Bioética en Perú y la Comisión Intersectorial de Bioética en Colombia (Bioética Informa, set. 2001).

Cox Macpherson (1999) reporta que México cuenta con una «ley general de salud» que requiere que entidades de investigación establezcan comités de ética; en Brasil, existen concejos regionales y federales encargados de cuestiones éticas en la profesión médica; el Ministerio de Salud en Chile requiere que los hospitales públicos mantengan comités de ética; y la Asociación Médica Peruana cuenta con un comité de ética. Para el Caribe, Cox Macpherson reporta que aunque la conciencia de la necesidad de revisión ética se está incrementando, existen pocos IRB, siendo uno de ellos el comité de ética de la Escuela de Medicina de la University of the West Indies en Barbados.

En los últimos años programas de ética a nivel académico también han surgido en casi todos los países de la región. El Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud, creado en 1993, realiza tareas de educación y capacitación acerca de cuestiones de bioética entre los estados miembros. Este programa surgió debido a la creciente demanda de información sobre ética en la región e intenta cubrir las necesidades de desarrollo de tareas de educación, capacitación y apoyo para crear una mayor conciencia ética en el área de la salud dentro de los estados miembros (OPS, 2000). En el

campo de la investigación, el rol del Programa Regional de Bioética se orienta a dar respuestas fundamentadas a dudas sobre temas y métodos relacionados con la investigación. Las tareas de este programa son de cooperación técnica, capacitación y educación de personal y profesionales de la salud, formación de comités de ética de la investigación, vinculación y *advocacy* con comisiones de salud gubernamentales y regionales, así como publicación y difusión de documentos, investigaciones y guías o reglamentos.

Las recomendaciones del Programa Regional incluyen:

- Establecer y fortalecer los IRB y el proceso de revisión en general.
- Fomentar y apoyar el desarrollo de normas y guías para la conducción de investigaciones colaborativas internacionales.
- Promover actividades de capacitación relacionadas con los derechos individuales dirigidas a investigadores, profesionales de la salud, y el público en general.
- Delinear los límites entre investigación y práctica.
- Apoyar el desarrollo de la capacidad de análisis bioético en los ministerios de salud, para que formulen políticas públicas sanitarias fundamentadas en principios bioéticos, en particular con respecto a la investigación con sujetos humanos (OPS, 2000).

El Programa Regional de Bioética de la OPS ha promovido importantes tareas y actividades relacionadas con la ética en América Latina y en el Caribe, entre ellas el programa de magister sobre ética en la Universidad de Chile, que está siendo ahora trasladado a Perú (Bioética Informa, dic. 2001). Otras instituciones que han surgido recientemente en Latinoamérica son FELAIBE (Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética) y FLACEIS (Foro Latinoamericano de Comités de Ética) que realizan tareas de difusión, capacitación, debate y concientización.

Recientemente, importantes cambios en documentos tanto en Estados Unidos como a nivel internacional podrían anticipar y señalar un mayor escrutinio de las investigaciones

internacionales y la necesidad de que los investigadores respondan a cambios rápidos en el campo de la ética (Lo, 2001). La serie de artículos en el periódico *The Washington Post*, de la cual hemos citado varios ejemplos, parece haber contribuido en gran medida a que el gobierno de EE.UU anunciara la creación de una Oficina de Investigaciones Internacionales como parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales para las investigaciones internacionales realizadas con fondos del gobierno federal de EE.UU. (Kaiser Family Foundation, 2001). Por otro lado, las revisiones de la Declaración de Helsinki de octubre del 2000 y los cambios a implementar por NBAC (National Bioethics Commission), la Comisión Nacional de Bioética en los EE.UU., marcan una tendencia a una mayor preocupación por la protección de los participantes en la investigación, especialmente a nivel internacional y en países en desarrollo.

Las revisiones a la Declaración de Helsinki de octubre de 2000 contienen mandatos orientados a evitar investigaciones éticamente cuestionables en países en desarrollo. Estos mandatos incluyen:

- Helsinki 29: Expresa que se debe asegurar que la evaluación de cualquier intervención o tratamiento nuevo se haga en comparación con el mejor tratamiento disponible, cuando exista, y no con un placebo. Una interpretación literal significaría que se refiere al mejor tratamiento disponible en cualquier parte del mundo. Una crítica es que este artículo es demasiado general y ambiguo y se puede prestar a diferentes interpretaciones, por lo que se anticipa un amplio debate en torno al mismo (Vastag, 2000).
- Helsinki 30: Expresa que cada participante deberá tener acceso al mejor tratamiento identificado por el estudio, después de que éste sea completado. La preocupación principal en este caso fue la de proteger a participantes en países pobres de ser usados para el beneficio de otros. Este artículo tiene implicancias económicas, en el sentido de que alguien debería hacerse cargo, después de terminado el estudio, de pagar dichos tratamientos (Lo, 2001).

Otras revisiones incluyen:

- Se debe demostrar que la investigación se justifica por cuanto se espera que los participantes reciban algún beneficio.
- Se debe obtener consentimiento informado preferentemente por escrito de todos los participantes.
- El bienestar de los participantes en un estudio tiene precedencia sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
- Las publicaciones científicas deberían rechazar informes de estudios que no se adhieren a los principios de Helsinki.
- Las investigaciones negativas, o sea aquéllas que no respaldan la efectividad de un tratamiento, también deberían ser publicadas.

El reporte preliminar de NBAC incluye recomendaciones para investigaciones internacionales sujetas a las regulaciones de los EE.UU., especialmente cuando estas investigaciones son esfuerzos conjuntos entre una institución en EE.UU. y otra en el exterior. Las recomendaciones de este reporte, que específicamente se limita a investigaciones clínicas, incluyen, en consonancia con lo anterior, los puntos siguientes:

- Los estudios en países en desarrollo realizados por organizaciones de países desarrollados deben estar limitados a aquéllos que tienen relevancia para las necesidades de salud del país anfitrión.
- La investigación deberá proporcionar un tratamiento efectivo ya establecido a los participantes en el grupo de control. En caso de no ser así, los investigadores deberán justificar por qué el diseño del estudio es relevante y no incluye un tratamiento para el grupo de control.
- Los investigadores deberán desarrollar e implementar un proceso de educación y consulta con la comunidad antes de comenzar la investigación.
- Los investigadores deberán asegurarse que las personas no sean sometidas a coerción o inducción indebida por parte de líderes comunitarios.
- El permiso de un miembro de la familia en ningún caso podrá suplantar el requisito

de consentimiento informado del o la participante.

- Los investigadores deberán establecer por anticipado el nivel de disponibilidad de la intervención después del estudio (incluyendo a los participantes del grupo de control), en caso de demostrarse su efectividad y de que los participantes no tendrían acceso de otra manera a ningún tratamiento efectivo y establecido. Los auspiciantes e investigadores de EE.UU. deberán desarrollar e implementar estrategias para ayudar a la capacitación local para diseñar y conducir pruebas clínicas, incluyendo el desarrollo de IRB (NBAC, 2000).

Las revisiones de Helsinki tienen un carácter más radical que el reporte de NBAC, aunque quizás también menos realista considerando que su carácter general puede prestarse a interpretaciones diferentes y que no cuenta con los medios para asegurar su cumplimiento. El FDA y el DHHS, el Departamento de Salud y Servicios Humanos en EE.UU, no se han comprometido a seguir las revisiones de Helsinki que limitarían el uso de placebo en la investigación (Varstag, 2000). Por otro lado, Helsinki tiene un gran peso internacional, a pesar de no tener un carácter de obligatoriedad, y se espera un futuro debate acerca de su significancia. Una tarea pendiente es maximizar los intentos para lograr una mejor coordinación de los principios y declaraciones éticas de distintas organizaciones para facilitar su comprensión y evitar que las investigaciones internacionales tengan que esforzarse para cumplir y, en muchos casos, descifrar o anticipar la intención y extensión de una multitud de principios y declaraciones a nivel nacional e internacional (Riss, 2000). No obstante, en la práctica, la existencia de regulaciones éticas nacionales e internacionales no garantiza su consideración e implementación. Ninguna revisión o resolución, por sí misma, va a producir cambios. Un paso crucial es la capacitación y concientización del personal de la investigación para poder aplicar los principios éticos a las circunstancias locales, desarrollar o aplicar códigos éticos y legales nacionales, e implementar procesos en la investigación que integren consideraciones éticas (Singer & Benatar, 2001).

Podría, por ejemplo, ser muy fácil diseñar un consentimiento informado que cumpla con los requisitos y formato de nuestra institución, para luego utilizarlo simplemente como una formalidad para garantizar que podemos reclutar el número requerido de participantes y poder justificar que la persona recibió la información y firmó dicho consentimiento. Eso serviría para protegernos a nosotros mismos en caso de inspecciones o monitoreos, pero no contribuiría a la comprensión por parte de los participantes, al proceso de trabajo con la comunidad, o a la validez científica o ética de nuestra investigación. Más allá de los requisitos burocráticos y legalistas, el principio ético de respeto a la persona implica que los investigadores han realizado el mayor esfuerzo posible para que el proceso de consentimiento informado tenga en cuenta y corresponda a la realidad de la población participante, para asegurar así la autonomía y auto-determinación de la persona para decidir sin coerción alguna si desea participar en la investigación.

El reto continua siendo cómo integrar consideraciones éticas desde la etapa inicial de concepción y diseño de la investigación para tratar de anticipar, prevenir e incluso solucionar cuestiones éticas que puedan surgir durante la implementación y análisis, cuando se deban justificar decisiones a nivel ético que podrían influenciar la credibilidad, los resultados y la viabilidad y sustentación futura de la intervención de la investigación. En este proceso resultará crucial tener en cuenta las articularidades sociales y culturales de los participantes y el lugar donde se realiza el estudio, así como facilitar la colaboración y contribución de la comunidad como parte de la investigación también desde el momento de su diseño.

## TAREAS DE LOS INVESTIGADORES EN AMÉRICA LATINA

La aplicación de los principios éticos puede no ser una cuestión tan sencilla o directa, dependiendo del contexto político y económico,

del tipo de recursos disponibles, y de quién tenga el poder y la autoridad para tomar decisiones relacionadas con la investigación (Ringheim, 1995). La realidad política y económica de muchos países latinoamericanos podría imponer un reto al tratar de aplicar principios éticos abstractos en un contexto donde no se respetan los derechos humanos y una gran parte de la población no cuenta con las necesidades básicas o acceso a la atención médica. Por otra parte, la forma en que elijamos interpretar o aplicar estos conceptos estará también influenciada por nuestra propia ideología. En este contexto, podemos imaginar la frustración del o la investigadora que alza las banderas de la ética contra los molinos de viento de la corrupción, ineficiencia, burocracia y apatía de nuestros gobiernos y también la desconfianza de poblaciones desconocedoras de sus derechos civiles y al margen de cualquier tipo de justicia social. La aplicación o falta de aplicación de esos conceptos éticos refleja además las contradicciones de un mundo globalizado pleno de desigualdades donde los derechos y «privilegios» de los ciudadanos de los países industrializados muchas veces no se extienden a, o se mantienen en detrimento de, los habitantes de los países pobres.

A pesar de que las consideraciones éticas pueden parecer una tarea utópica, planteamos las siguientes preguntas, teniendo en cuenta las revisiones de Helsinki, los cambios en NBAC, y las recomendaciones del Concejo de Ética de Nuffield y del Programa Regional de Ética de la OPS, para subrayar tareas pendientes en Latinoamérica. La discusión y respuesta a estas preguntas en el contexto de la práctica de la investigación puede ayudarnos a considerar de forma más sistemática e integral las implicancias éticas en las investigaciones relacionadas con la salud y estar mejor preparados para responder a ellas.

- *¿Cuáles son nuestras responsabilidades éticas trabajando en la investigación en América Latina?*
- *¿Cuáles son nuestras responsabilidades hacia los participantes en estudios de investigación?*
- *¿Cuáles son las metas de la investigación a corto, mediano y largo plazo, y cuáles son las prioridades éticas de la investigación?*
- *¿Cuál es la sustentabilidad de la intervención o del acceso a terapia después de que el estudio termine?*



- ¿Cuáles son las preguntas que el estudio plantea contestar, y por qué es necesario este estudio en el país?
- ¿Cuál es el balance de riesgo y beneficio para los participantes?
- ¿Cuál es el beneficio de los países o entidades auspiciantes que financian la investigación?
- ¿Cómo establecemos y mantenemos una relación de colaboración, igualdad y mutuo respeto con entidades extranjeras auspiciantes de la investigación?
- ¿Cómo asegurarnos que el proceso de consentimiento informado es culturalmente adecuado para las poblaciones específicas a participar en la investigación?
- ¿Cómo educamos e involucramos a la población para participar en la investigación?
- ¿Cómo capacitamos a nuestro personal para trabajar en la investigación y tener en cuenta sus implicancias éticas?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. (1979). The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Disponible en: <http://206.102.88.10/ohsr/site/guidelines/belmont.html>
- Bioética Informa. (2001). OPS, OMS, año VIII(24), setiembre.
- \_\_\_\_\_. (2001). OPS, OMS, año VIII(24), diciembre.
- Butler, J. T. (1997). *Principles of health education and health promotion*. Englewood, Colorado: Morton Publishing Company.
- Cox Macpherson, C. (1999). Research Committees: a regional approach. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20: 161-179.
- Check, E. (2002). Diabetes trial stirs debate on safety of xenotransplants, *Nature*, 419, September.
- DePoy, E. & Gitlin, L. N. (1994). *Introduction to research*. Saint Louis: Mosby.
- DeYoung, K. & Nelson, D. (2000). The Body Hunters: Part 5. Latin America is ripe for trials, and fraud. *The Washington Post*, December, p. A01.
- Dos Anjos, M. F. (1996). Medical ethics in the developing world: A liberation theology perspective. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21:629-637.
- Drane, J. (1996). Bioethical perspectives from Ibero-America. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21:557-559.
- \_\_\_\_\_. (2000). Evaluación del programa Regional de Bioética. 126<sup>o</sup> Sesión del Comité Ejecutivo, Organización Panamericana de la Salud.
- Emanuel, E. J., Wendler, D. & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*, 283(2): 2701-2711.
- Figueroa Perea, J.G. & Fuentes Zurita, C. (2001). Una reflexión ética sobre los derechos humanos. En: *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: Programa Universitario de Estudios de Género.
- Figueroa, P. R. & Fuenzalida, H. (1996). Bioethics in Ibero-America and the Caribbean. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21: 611.627.
- Gracia, D. (1996). The Historical setting of Latin American Bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21: 611.627.
- Gredos (2000). *Diccionario del uso del español*. Madrid: Gredos.
- Hassner Sharav, V. (2002). News stories on human protection. *Alliance for Human Research Protection*, marzo 31. <http://researchprotection.org/infomail/0302/march312002.html>
- Jennings, B., Nolan, K., Campbell, C. S., & Donnelley, S. (1990). *New choices, new responsibilities: Ethical issues in the life sciences*. The Hastings Center.

- Kaiser Family Foundation. (2001). *Reporte diario sobre VIH/sida*, enero 24.
- Layman, E. (1996). Ethics education: Curricular considerations for the allied health disciplines. *Journal of Allied Health*, spring, 149-158.
- Levine, R. (1988). *Ethics and regulation of clinical research*. New Haven: Yale University Press.
- Levine, C., Neveloff Dubler, N. & Levine, R. J. (1991). Building a new consensus: Ethical principles and policies for clinical research on HIV/AIDS. *IRB, A Review of Human Subjects Research*, 13: 1-2, Jan-April.
- Levine, C. (1997). *Taking sides, clashing views on controversial bioethical issues*. Guilford, Connecticut: McGraw-Hill.
- Lo, B. (1995). *Resolving ethical dilemmas*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- \_\_\_\_\_ (2001). Presentación sobre cuestiones éticas en pruebas clínicas internacionales ante el Comité de Ética del Estudio Colaborativo de Prevención de VIH y ETS auspiciado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). San Francisco, California, marzo 27.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (1994). *Nursing Research*. Saint Louis: Mosby.
- Lolas Stepke, F. & Litvak, J. (1998). Pragmatism in Latin America. *Nature*, 391: 118.
- Lolas Stepke, F. (1999). PAHO's regional program on Bioethics in health care and research. *Public Health Nutrition*, 2(3): 241.
- Luna, F. & Salles, A.L.F. (1998). *Bioética, investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*. Buenos Aires: Sudamericana.
- McCarthy, M. (2001). U.S company's plan for trial in Latin America draws fire. *The Lancet*, 357, March 3.
- National Academy of Sciences. (1992). *Responsible Science: Ensuring the integrity of the research process*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- NBAC (National Bioethics Advisory Commission) (2000). «Ethical policy issues in international research». Reporte preliminar, sept. 29.
- NIH (National Institute of Health). IRB review process (1995). Community Programs for Clinical Research on AIDS (CPCRA). *Investigator's Handbook*.
- \_\_\_\_\_ (2002). <http://206.102.88.10/ohsr/site/irb/protocol.html>
- Nuffield Council on Bioethics (1999). *The ethics of clinical research in developing countries*. Publicado en octubre. <http://www.nuffieldfoundation.org>.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). 42º Consejo Directivo, Programa Regional de Bioética, Washington, D.C. 25-29 de setiembre.
- Pfeiffer, R. S. (1992). *Ethics on the job: Cases and strategies*. Belmont, California: Wadsworth.
- Riccardi, N. & Monmaney, T. (2000). *Los Angeles Times*, abril 27, p.1.
- Ringheim, K. (1995). Ethical issues in social science research with special reference to sexual behaviour research. *Social Sciences & Medicine*, 40(12): 1691-1697.
- Riss, P. (2000). Perspectives on the Fifth Revision of the Declaration of Helsinki. *JAMA*, 284(23): 3045-3046.
- Rugemalila, J.B. & Kilama, W.L. (2001). Proceedings of the seminar on health research ethics in Africa. *Acta Tropica*, 78:S1-S126.
- Sales, B. & Lavin, M. (2000). Identifying Conflicts of interest and resolving ethical dilemmas. En: Sales, B & Folkman, S. (Eds.) *Ethics in Research with Human Participants*. Washington, D.C. American Psychological Association.
- Schrader-Frechette, K. S. (1994). *Ethics of scientific research*. Lanham, Maryland: Rowman & Little.
- Serrano La Vertu, D. & Linares, A.M. (1990). Ethical principles of biomedical research on human subjects: Their application and limitations in Latin America and the Caribbean. *Boletín de OPS*, 24 (4).
- Sherwin S. (1998). Ética, ética «femenina» y ética feminista. En: *Ética y Salud Reproductiva*. México: M.A. Porrua.
- Sieber, J. (1992). *Planning ethically responsible research*. Applied Social Research Methods Series, Vol. 31. Newbury Park: Sage Publications.

- Singer, P. & Benatar, S. (2001). Beyond Helsinki: a vision for global health ethics. *British Medical Journal*, 322: 747-748.
- Stephens, J. (2000). The Body Hunters: Part 1. As drug testing spreads, profits and lives hang in balance. *The Washington Post*, Dec. 17, p. A01.
- SOCRA. (1999). Society of Clinical Research Associates, Certification Examination Study Guide.
- Vastag, B. (2000). Helsinki Discord? A controversial declaration. *JAMA*, 284(23): 2983-2985.
- Veatch, R. M. & Flack, H. E. (1997). *Case studies in allied health ethics*. New Jersey: Prentice Hall.
- Wildes, K. (1993). After the fall: Particularism in bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 18: 505-509.
- Wolf, L. E. & Lo, B. (2001). Ethical dimensions of HIV/AIDS. *HIV Insite*. Publicado en agosto. <http://hivinsite.ucsf.edu/Insite>
- Wolf, S. (1992). Two levels of pluralism. *Ethics*, 102: 785-798.
- Woodward, B. (1999). Challenges to human subject protections in US medical research. *JAMA*. 282(20).



## I. ENTRE LA ÉTICA Y LA GENÉTICA<sup>1</sup>

### ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA INVESTIGACIÓN GENÉTICA A LA LUZ DE LA BIOÉTICA Y EL FEMINISMO

---

*Juan Guillermo Figueroa Perea*

---

En este trabajo se reflexiona sobre algunas de las dimensiones éticas asociadas al proceso de generación de conocimiento en el ámbito de la genética y a las modalidades de aplicación del mismo, a partir de diferentes recursos tecnológicos. Resulta de especial importancia aclarar que las dimensiones éticas no se limitan a alertar sobre los riesgos asociados a un uso inequitativo del conocimiento o al abuso en el poder asociado al mismo, sino que también posibilitan el festejar los avances en la comprensión de los procesos de conocimiento de los seres humanos y en la identificación de recursos para mejorar sus condiciones de vida, interpretadas en un sentido integral. De ahí la pertinencia de abordar el tema del conocimiento y la tecnología en el ámbito de la genética ya que sus componentes han sido objeto de descalificaciones y de idealizaciones en diferentes contextos sociales (Martínez Bullé, 1998a; Sommer, 1998; Rotania, 1999).

Otro aspecto importante a destacar desde un principio es que se recurrirá a dos esquemas éticos para este ejercicio de reflexión, con el fin de ilustrar algunas de las características de esta reflexión aplicada al campo de la genética. El primero retoma los principios vigentes en muchos códigos de ética médica, como son el respeto a la libertad, a la beneficencia y a la justicia, mientras que el segundo incorpora algunos aspectos de la ética feminista y de la sociología desarrollada a partir de la reflexión sobre los derechos sexuales y reproductivos. El primer esquema suele privilegiarse en la reflexión bioética mientras que el segundo permite enriquecer e incluso cuestionar algunos de los supuestos del paradigma dominante al analizar éticamente el tema de la genética.

La investigación genética y su posible aplicación se han venido constituyendo en uno de

---

\* Doctor en Filosofía. El Colegio de México. E-mail: [jfigue@colmex.mx](mailto:jfigue@colmex.mx)

<sup>1</sup> Una primera versión de este trabajo se preparó para el Seminario sobre «Temas selectos de Derecho y Salud», organizado por el Núcleo de Estudios Multidisciplinarios en Derecho y Salud del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. del 29 al 31 de agosto del año 2000.

los aspectos principales que concentra la atención de los estudiosos de la bioética, así como de quienes llevan a cabo análisis éticos del proceso de generación de conocimiento en diferentes ámbitos del quehacer humano. Seleccionamos este tema para ilustrar diferentes formas de analizar éticamente un aspecto vinculado con los procesos de investigación en Ciencias Sociales y en Salud, por un lado cuando se toman como parámetro los principios clásicos de la bioética y por otro, cuando se contrastan con los derivados de la ética feminista. El contraste es importante ya que además de su utilidad analítica tiene implicancias políticas que vale la pena discutir colectivamente.

El ámbito de la bioética se identifica a partir de una preocupación por humanizar la medicina, así como la investigación sobre cuestiones biológicas (Pellegrino, 1999). Sin embargo, la apuesta analítica se ha centrado en utilizar principios éticos de la tradición médica, al margen de que algunos de los problemas frente a los cuales se quiere reaccionar en esta búsqueda de humanización se deriven posiblemente del paradigma y de los roles asumidos por dicha disciplina. En la contraparte, uno de los críticos más importantes de los excesos de la práctica médica ha sido el pensamiento feminista (Holmes & Purdy, 1992; Castro & Bronfman, 1998). De ahí el interés por mostrar otro tipo de referentes éticos que han sido desarrollados desde el feminismo como una posibilidad de repensar y tomar distancia de la propia práctica bioética y, por ende, de valorar diferentes resultados del ejercicio de reflexión desde una de las áreas de especialización de la filosofía, como lo es la ética.

Precisamente por la referencia a esta disciplina el texto no busca dar respuestas, pero sí contribuir a la elaboración de preguntas, a la identificación de problemas y a la sistematización de dilemas éticos al abordar el tema de la investigación genética. Ello es más fácil de imaginar a través del diálogo interdisciplinario que suele desarrollarse en congresos que convocan a científicos sociales y a estudiosos de la salud.

### EL CONOCIMIENTO GENÉTICO

Es importante señalar que según el conocimiento acumulado en la genética se

considera que saber y conocer la secuencia de bases del ácido desoxirribonucleico (ADN) permitiría conocer la estructura de los genes y, por lo tanto, saber cuándo alguno de ellos se encuentra alterado, lo que explicaría el origen de diversas enfermedades. Con ello, se buscaría incorporar genes conocidos para limitar la función de otros cuya expresión pudiera ser indeseable, o bien introducir genes bien identificados para inducir características y funciones nuevas. Es decir, conocer la estructura del genoma humano es de gran trascendencia (Kilner, Pentz & Young, 1997).

Al mismo tiempo, el conocimiento de la estructura del genoma puede contribuir a eliminar un gran número de creencias, dogmas y mitos sobre las causas y clasificaciones dadas a enfermedades desde lo biológico y lo social. Quizá el más importante sea el determinismo genético, de acuerdo con el cual un gen determina invariablemente una función determinada (Flores, 2000). Otra modalidad que se puede cuestionar a partir de los hallazgos de la genética es la del determinismo social, en donde lo biológico pretende pasarse a segundo término, al argumentar que los seres humanos somos una tabla rasa, al parecer «moldeable absolutamente a partir de las influencias sociales» (Lewontin, Rose & Kamin, 1987).

Uno de los atractivos de la genética es la búsqueda de perfección y el ansia de inmortalidad, a las que aluden autoras como Sommer (1998), pero también el tratar de comprender lo que es el ser humano de una manera más precisa, como lo reconocen diversos genetistas (Velásquez, 1998). No obstante, esta búsqueda no está exenta de múltiples riesgos de discriminación justificados precisamente por las diferencias genéticas y por la caracterización cada vez más sofisticada de las mismas (Martínez Bullé, 1998a).

### EL ANÁLISIS ÉTICO

Interpreto a la ética como el ejercicio sistemático de reflexión sobre la construcción de normas en las relaciones humanas (Figueroa, 1996). Por ello es importante destacar dentro de su quehacer la identificación de los actores que participan en la definición de normas, así como los procesos de vigilancia, negociación y

transformación de las mismas. Me resulta central la discusión sobre quiénes son los actores que definen las normas éticas y hasta dónde mujeres y varones concretos se reconocen con un papel específico en dicha construcción social.

En el proceso de instrumentar una evaluación ética los principios son un antecedente obligado pero requieren de otros insumos para poder utilizarse: uno de ellos puede ser comparar la práctica con el principio en abstracto e identificar situaciones conflictivas en la medida en que se distancian de la situación ideal y otra, definir parámetros intermedios entre la expectativa máxima a ser alcanzada y los conflictos específicos que se reconocen en diferentes contextos.

## II. UNA LECTURA POSIBLE DESDE LA BIOÉTICA

Una primera aproximación para evaluar éticamente un proceso de investigación como el de la genética se refiere a su capacidad para respetar lo que se ha dado en nombrar «principios éticos básicos», los cuales más que plantearse como elementos universales de donde deducir las conductas morales, se interpretan como los elementos constantes y los supuestos afines a diferentes valoraciones morales<sup>2</sup>. Diferentes códigos y declaraciones internacionales reconocen como parámetros de referencia tres principios éticos básicos a ser asegurados con el propósito de cumplir ciertos estándares éticos en los diferentes procesos de intervención. Se reconoce que los mismos surgen de la búsqueda de valores constantes al margen de la heterogeneidad cultural que caracteriza nuestra sociedad. Dentro de ellos se habla del respeto a la autonomía de las personas, de la búsqueda de beneficencia y del respeto a la justicia (Macklin, 1990; Cook, 1994).

El *respeto a la autonomía de las personas* incorpora por lo menos dos convicciones éticas: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y que las personas con menos autonomía tienen derecho a protección. Se exige que las personas participen voluntariamente en un programa que las afecta o que repercute en ellas y que tengan información adecuada para decidir al respecto.

El *principio de beneficencia*<sup>3</sup> tiene una connotación más activa, ya que además de respetar las decisiones de las personas, busca explícitamente asegurar el efecto positivo de una intervención. Se han establecido reglas generales para expresar las acciones de beneficencia: que los posibles beneficios superen considerablemente a los posibles perjuicios de una intervención. Un elemento importante a destacar es que no se pretende afirmar ingenuamente que no existan daños por las intervenciones, pero sí que cuando éstos se identifican deben ser mínimos y justificarse ampliamente por el tipo de beneficios a ser alcanzados.

El *principio de justicia* pretende asegurar que las personas no sean intencionalmente discriminadas de los beneficios de una intervención o bien que no sean sometidas en mayor medida a sus posibles riesgos. Una injusticia ocurre cuando se niega cierto beneficio al cual tiene derecho la persona, o bien se expone a un riesgo mayor sin justificación. El elemento problemático a destacar de este principio es que no existe un consenso sobre el significado de 'lo justo' en los diferentes arreglos sociales (ver Gracia, 1990).

Podríamos resumir este esquema señalando que la evaluación ética de una intervención requiere que se especifique qué tan informadas están las personas que participan en la misma, cuál es su nivel de comprensión de la información, cómo se aseguró su participación voluntaria en este proceso, cuáles son los riesgos y beneficios de las acciones que son objeto de la

<sup>2</sup> Un análisis más sistemático de dos modalidades de evaluación ética -incluyendo algunos ejemplos específicos- puede encontrarse en Figueroa & Rodríguez (2000).

<sup>3</sup> También nombrado utilitarista o de no maleficencia.

intervención, cómo se justifica la misma a partir del conocimiento acumulado y cuáles fueron los criterios para la selección de las personas que participan en este proceso.

En esta vertiente, el primer paradigma o modelo ético que mencionamos ha identificado el consentimiento informado como un recurso de apoyo importante al respeto a la autonomía de las personas, así como la ponderación de riesgos y beneficios de cualquier intervención vía un proceso de investigación como recurso para asegurar los principios de beneficencia y de no maleficencia. A partir de ello se puede establecer acuerdos sociales para definir si una intervención se justifica cuando el riesgo posible presenta un balance favorable con los beneficios alcanzados o esperados; y en qué condiciones es indispensable el consentimiento informado debido al carácter no obligatorio de la intervención en cuestión y a su nivel de riesgo.

En algunos comités de ética, los proyectos considerados de riesgo alto no se aceptan para llevarse a la práctica salvo en situaciones de extrema emergencia; los de riesgo medio requieren obligadamente de un detallado y cuidadoso formato de consentimiento informado donde se deje constancia, de manera explícita, no únicamente de la aceptación del sujeto de investigación sino de su comprensión de aquello que está siendo objeto de una intervención determinada; y, por último, los de riesgo bajo o nulo pueden llevarse a la práctica sin necesidad de formatos escritos, si bien se reconoce que nunca está de más el asegurar una aceptación verbal y en condiciones de respeto a la persona en la que se lleva a cabo tal intervención.

El principio de justicia se instrumenta al evaluar en qué medida una persona, por pertenecer a un grupo determinado, es expuesta en mayor medida a intervenciones con posibles riesgos o es excluida de la aplicación de sus beneficios, ya que ello infringiría el principio en cuestión y haría que el conocimiento fuera inequitativo tanto en el proceso de construcción del mismo, como en su aplicación (Figuroa & Rodríguez, 2000).

Existe cierta experiencia en la evaluación y aplicación de los criterios anteriores al margen

de que no se haya resuelto todas sus posibles condicionantes ni los matices que se generan, por la heterogeneidad de las poblaciones que pueden ser objeto de investigaciones. Sin embargo, los principales problemas se presentan al tratar de ponderar los riesgos individuales con respecto a los beneficios sociales o bien al discutir el sentido del altruismo en la participación de las personas en los procesos de investigación. Es decir, la referencia explícita a que puede no existir ningún beneficio para quien acepta correr un riesgo por el proceso de investigación. Adicionalmente, uno de los aspectos menos discutidos y, por ende, menos acordados socialmente, es el significado del consentimiento informado en términos colectivos o en términos sociales; es decir, cuando una colectividad es o no consultada antes de generar un conocimiento que puede repercutir socialmente.

En ese sentido, resulta interesante el concepto utilizado por Sommer (1998), quien sugiere la posibilidad de un consentimiento colectivo o social para temas vinculados con genética. Otra modalidad es la referencia que propusimos en otros textos en términos de asegurar que el conocimiento generado con la participación de seres humanos como objeto de investigación no se aplique posteriormente en detrimento o perjuicio de quien contribuyó al avance en el conocimiento (genético) (Figuroa 1999a; Figuroa en prensa). Los resultados de una investigación pueden no haber sido obtenidos directamente con una persona y sin embargo ser utilizados repercutiendo en ella, o bien dicha persona puede ser parte de una minoría en contra del conocimiento generado, el mismo que se fue construyendo a partir de la aceptación del resto de los miembros de un grupo o de una colectividad.

En muchos de los casos anteriores, lo que se requiere es conocer y contar con información accesible, entendible y comprensible con el propósito de consentir individual o socialmente, con el propósito de ponderar riesgos y beneficios en sus varias dimensiones y con el propósito de planear el uso equitativo de la generación del conocimiento, entre otros aspectos. Sin embargo, en sociedades desiguales ello no siempre puede llevarse a la práctica, aunado a que la desigualdad



no se limita a lo social, al conocimiento y a la inequidad en el acceso a la tecnología, sino que abarca las especializaciones académicas y sus fuentes de financiamiento, ya que muchas veces no se reconoce como una necesidad el socializar el conocimiento e incluso se considera un riesgo por la posibilidad de perder el poder que se tiene y el estatus social.

Es evidente, en una primera lectura, que un conocimiento sobre elementos básicos del funcionamiento de los seres humanos puede representar un beneficio enorme. De hecho, uno de los artículos de la declaración de Helsinki pone como condición y como justificación ética de un proyecto de investigación la existencia de evidencias para obtener un beneficio a partir de este proceso de generación de conocimiento (Art. 24a). Sin embargo, especifica al mismo tiempo que lo individual y los intereses de cada persona deben privilegiarse por encima de los de la ciencia y de las dimensiones sociales (Art. 93). Ello alude al uso social de la información generada en los procesos de investigación. La declaración de Helsinki también señala que el investigar sobre algo que puede generar riesgos solamente se justifica en aquellas situaciones en que los riesgos pueden ser manejados por aquellos que intervienen (Art. 15); es decir, que no «se les van de las manos los eventos sobre los que están incursionando», los cuales podrían no aparecer si se evitara el proceso de investigación. Ello tiene importantes implicancias para el caso del conocimiento genético.

Los principios anteriores han sido utilizados ampliamente en los ámbitos nacional e internacional, lo que ha permitido depurar sus criterios de aplicación a la vez que reconocer sus limitantes. Dentro de ellas se puede mencionar las siguientes: que la autonomía es vista como característica de una concepción individualista y racional de las personas, lo cual no se puede generalizar en todo contexto y etapa de la vida (Cook, 1994); que se ignora (o por lo menos no se hace explícita) la referencia a la dimensión corporal subyacente a las intervenciones vinculadas con la sexualidad y la reproducción (Donchin & Pudrý, 1999); que se ignora la problemática de las inequidades de género y la doble moral subyacente a los códigos de conducta

para varones y mujeres, como algo que permea la aplicación de los diferentes principios éticos (Sherwin, 1992); que se minimiza la heterogeneidad de la población en la aplicación de interpretaciones de distintos referentes morales (Olivé, 1993; Salmerón, 1998); a la vez que se cuestiona que los principios parecen privilegiar una lectura pasiva de no atender contra los derechos sin alertar sobre las condiciones que dificultan o inhiben el ejercicio de los mismos (Cook, 1995).

En esta vertiente, en los últimos años se ha desarrollado propuestas éticas que buscan reforzar la presencia y el quehacer de los individuos en la definición de las normatividades consideradas como parámetros de evaluación ética de diferentes acciones sociales. Muestras de ello son la categoría de ‘ejercer como persona’ -*personhood*-, la cual va más allá de la pura racionalidad y de la referencia a personas autónomas, autocentradas y autorreferidas, con el fin de reconocer diferentes formas de desarrollarse como persona (Petchesky, 1990); la explicitación de una lectura feminista de la ética y de la misma bioética (Sherwin, 1992; Little, 1996) que permita recuperar los condicionamientos y sesgos de género en las normatividades; la revisión del origen de los códigos morales, distinguiendo aquéllos basados en principios universales -lectura deontológica- de aquéllos que hacen referencia a los contextos y recuperan la especificidad de condicionamientos sociales e individuales -lectura teleológica- (Lamas, 1998; Lista, 2001); la referencia a que se pueden violentar los derechos humanos y los principios éticos tanto por abuso e intromisión como por omisión, negligencia o discriminación (Correa & Petchesky, 1994; Cook, 1995); y, finalmente, uno de los aportes fundamentales de esta vertiente, el proponer como principios éticos el reconocimiento de la diversidad y el respeto a la integridad corporal (Correa & Petchesky, 1994). Ello le ofrece otras posibilidades -si bien le añade complicaciones metodológicas- a la evaluación ética de las distintas formas de intervención social, en particular al reconocer de una manera más clara la autoridad de las personas a quienes se dirigen, sus condicionantes de género, lo mismo que la dimensión de la diversidad en la interpretación moral de la realidad.

### III. UNA LECTURA ÉTICA DESDE EL FEMINISMO

De acuerdo con la vertiente de análisis sugerida por algunas autoras feministas, se reconoce como principios éticos el respeto a la integridad corporal, el respeto a la capacidad de ejercer como persona, el reconocimiento de la diversidad y la equidad, tanto de género como de grupos sociales (Correa & Petchesky, 1994). Si bien estos principios se han sistematizado en el contexto de la discusión sobre el significado de los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, su contenido permite desarrollar algunas analogías con respecto al conocimiento genético, a sus usos y a sus implicancias.

El principio del respeto de la *integridad corporal* y al control sobre el propio cuerpo forma parte -entre otros- de la libertad reproductiva y sexual. La integridad corporal incluye tanto el derecho de la persona a que no se le prive de su capacidad sexual y reproductiva como el derecho a la integridad de su persona física. Pero la integridad corporal también implica derechos afirmativos a disfrutar del pleno potencial del propio cuerpo: para la salud, la procreación y la sexualidad.

El principio del *reconocimiento del ejercicio como persona* es necesario para respetar su ejercicio moral y legal como persona; esto es, su derecho a la autodeterminación. Más allá de limitarse a lo racional, este principio incorpora las múltiples modalidades y raíces de los comportamientos humanos. Ello significa tratar a todas las personas como actores principales y tomadores de decisiones en materias de reproducción y sexualidad, como sujetos y no meramente como objetos, como fines y no únicamente como medios de las políticas y los programas que influyen sobre sus dinamismos vitales.

El *principio de la igualdad* se aplica a los derechos sexuales y reproductivos en dos áreas principales: las relaciones entre los hombres y las mujeres (divisiones de género) y las relaciones entre las personas en condiciones que las dividen como grupo, tales como clase social, edad, nacionalidad y etnicidad.

El *principio del reconocimiento de la diversidad* supone respeto por las diferencias entre las personas en términos o en función de sus valores, cultura, religión, orientación sexual, condición familiar o de salud, entre otras. El lenguaje cada vez más universal de los instrumentos internacionales de derechos humanos necesita ser reformulado para tomar en cuenta tales criterios de diferenciación social, ya que los derechos humanos frecuentemente tienen diferentes significados o puntos de prioridad, en contextos sociales y culturales disíntos.

En esta segunda lectura la valoración ética de un proceso de intervención social puede centrarse en qué tanto se toma en cuenta a la persona en su especificidad y en el ejercicio de sus capacidades al definir dicha intervención; de qué manera dicho proceso estimula o inhibe el cuidado corporal de las personas a quienes va dirigido; qué tipo de cuidados se tiene para reducir -o bien para no reproducir- las desigualdades sociales, con especial atención a las de género y qué tan flexibles son las estrategias propuestas en los procesos de intervención al recuperar la diversidad social. Desde esta lectura es factible combinar la referencia a los derechos humanos reconocidos en declaraciones internacionales y los principios éticos derivados de la revisión de códigos morales, explícitos o no, en las prácticas sociales. Sin embargo, es necesario aclarar y matizar que las intervenciones sociales no son responsables del ejercicio de dichos derechos o del cumplimiento de los principios, pero sí pueden evaluar en qué medida los fomentan, los avalan o -en la contraparte- los inhiben.

En este segundo esquema de evaluación ética, además de elementos como la autonomía y la libertad de las personas, se propone el respeto al «derecho de ejercer como persona». Ello es entendido como el reconocimiento de que los individuos son actores (con aciertos, ambigüedades, contradicciones y rectificaciones) de la construcción social y no únicamente observadores pasivos de lo que dicha sociedad puede ir haciendo con ellos. Esta parece estar siendo la situación actual en el desarrollo de la investigación genética. Además de ello, se propone un principio de defensa a la integridad corporal, el cual si bien puede tener algunas analogías con

la protección a la integridad del investigado al que se alude en la declaración de Helsinki (Art. 14), incorpora la referencia a que el cuerpo es una parte integral de la persona y que, por ende, dicha persona tiene la autoridad y la capacidad de decidir lo que se hace con el mismo.

Es interesante proponer algunas reflexiones sobre lo que esto significaría para la genética, ya que si bien puede ser interpretado para corregir daños y para prevenir situaciones no deseadas, también lo puede ser para pulir y perfeccionar el desarrollo corporal de la persona. Este es uno de los usos más cuestionados de la genética, debido a que la búsqueda de una «raza humana superior» suele ser interpretada como el principal argumento para legitimar posibles discriminaciones, precisamente por ubicarse en el contexto de sociedades inequitativas, clasistas, etnicistas y sexistas.

A pesar de este riesgo, cuando esos principios son vistos de manera conjunta las posibilidades de aplicación de la genética adquieren algunos matices, precisamente por la búsqueda ética de no discriminar, de no negarle el acceso al avance del conocimiento a algún grupo en particular, por la posibilidad de defender y respetar la integridad corporal y también por la referencia al cuarto principio al que alude esa lectura ética, en términos del «reconocimiento de la diversidad».

En una primera lectura, dicha diversidad refiere a que no hay una única lectura moral que dé cuenta de los diferentes eventos sociales y, por ende, un consenso que podría apoyar y orientar los intercambios sociales es precisamente el del reconocimiento de las diferencias y la legitimidad de las mismas. Sin embargo, en una segunda lectura ello podría también interpretarse como un constante cuestionamiento al significado de «la normalidad» (Canguilhem, 1971), que suele tomarse como referencia para privilegiar un modelo a alcanzar, de acuerdo con la manipulación genética.

Otra de las dimensiones que cuestiona este modelo de reflexión ética incluye la referencia a las responsabilidades de los investigadores respecto al silencio y discreción con los que se espera que manejen la información que obtienen en la

investigación; es decir, si bien se habla de la confidencialidad como uno de los compromisos básicos de quien investiga (confidencialidad pasiva), poco se elaboran criterios en términos de la devolución de la información (confidencialidad activa) (ver Figueroa, 1999b). Es necesario problematizar esta noción, ya que se suele interpretar esta característica en términos muy pasivos; es decir, la lógica y la acepción más frecuentemente utilizada de la confidencialidad se refiere a que el investigador guardará en secreto la información proporcionada por el investigado. Sin embargo, confidencialidad viene de la palabra *confidente* y los *confidentes* no son personas a las que les platicamos nuestras intimidades, nuestros secretos (y si pudiéramos les compartiríamos nuestro código genético), simplemente con el acuerdo de que no se lo van a decir a nadie, sino de que ellos *nos van a decir algo*. Es decir, que asumen un compromiso y aceptan ser *confidentes*, porque se comprometen de alguna manera con aquello que conocen, que descubren y que el sujeto investigado *permite que le descubran*. Es decir, el investigador asume un compromiso con lo que aprende y sabe del investigado (Figueroa, 1998).

Regularmente no se definen criterios para socializar el conocimiento generado, el cual en buena medida fue posible obtener no únicamente por la aprobación de los sujetos de investigación y por su consentimiento explícito en muchos casos, sino en primera instancia por la legitimidad social que tiene el papel del investigador. Sin embargo, dicha legitimidad está construida bajo el supuesto (y en muchos contextos con la promesa explícita hecha por quien obtiene un grado académico y por quien obtiene permiso para investigar) de utilizar el conocimiento para servicio de la sociedad específica (Figueroa, 1997).

Algo que habría que recordar -al margen de su obviedad- es que el conocimiento genera poder sobre el objeto investigado. Una de las dimensiones fascinantes de la investigación en ciencias sociales es que el objeto investigado es un sujeto; sin embargo, con ello se constata también la complejidad del proceso en el que nos involucramos quienes investigamos, ya que emerge la dimensión de la responsabilidad social sobre el proceso de generación de conocimiento con personas específicas. Es decir, existe una responsabilidad social

sobre las personas, con las personas y hacia las personas. El conocimiento genera poder sobre la realidad y le permite a los seres humanos influir sobre la misma al tener un importante control sobre lo que ocurre, más que dejarlo a situaciones aleatorias. Sin embargo, en contextos como el del conocimiento genético se genera poder sobre las personas, las cuales son parte de la sociedad que permitió y autorizó de alguna forma al investigador desarrollar dicho conocimiento, bajo el supuesto de que iba a servirle a la colectividad. Por ello, la noción de responsabilidades de los investigadores, desde el punto de vista ético, tiene importantes matices y consecuencias cuando se piensa en el campo de la genética (Figueroa, 1999c).

Una de las formas más claras que existen para recuperar esta dimensión es la devolución de la información. Es decir, existe el compromiso de socializar el conocimiento adquirido y no atentando contra la confidencialidad, sino de alguna manera participando en el empoderamiento de la persona que permitió generar el conocimiento. Dicho en términos más sociológicos, la devolución de la información es una modalidad de compartir el poder que genera el conocimiento.

#### **IV. UNA RELECTURA DE LA GENÉTICA A LA LUZ DE LA ÉTICA**

Las reflexiones anteriores buscaban ilustrar algunos de los grandes beneficios que parece ofrecer el conocimiento genético, tanto a nivel social como a nivel de individuos específicos. Ello representa tanto una posibilidad de prevenir enfermedades como de estimular un desarrollo en mejores condiciones para los seres humanos, al identificar más claramente algunas de sus potencialidades, al reparar y prevenir algunos daños y al tener un mayor control (de alguna forma) de su composición genética; es decir, no dejarla al azar o como producto de procesos aleatorios. Si el beneficio es tan grande pareciera estar en buena medida justificado el investigar y generar conocimiento al respecto, cuidando simplemente de seguir los estándares éticos que se han definido a nivel internacional.

No obstante, las reflexiones anteriores mostraron que los riesgos del conocimiento genético también son muy altos, si no se tiene algún tipo de manejo y prevención de la posible discriminación que se genere a través de ello, tanto por marginar a quienes se alejan del estándar de «lo normal y deseable», como por negarle a una buena parte de la población el acceso al avance del conocimiento genético. Cuando además las posibles manipulaciones a la genética -con intereses racistas, de control y de ejercicio de poder unilateral- no pueden prevenirse totalmente, el riesgo que se presenta ya no es tan bajo y es incluso a ratos difícil de medir por la posibilidad de que se salga del control de quienes investigan. De acuerdo a ciertos principios éticos, ello dificulta la justificación para seguir generando el conocimiento en cuestión ya que el balance entre los posibles beneficios y los posibles daños se vuelve algo incierto.

Uno de los cuidados éticos sugeridos de acuerdo al primer paradigma incluido en este texto alude al consentimiento informado y para ello se demanda acceso a las características de una intervención y a sus posibles consecuencias. En el texto se comentó que dicho consentimiento puede entrar en tensión cuando se piensa por una parte a nivel individual y por otra a nivel colectivo, en la medida en que los resultados de las investigaciones repercuten o pueden hacerlo en toda la sociedad. En ese sentido, sería necesario socializar las características del conocimiento que se ha venido generando, estimular discusiones sobre sus implicancias a nivel individual y social, e intentar conocer con mejores elementos las posturas de diferentes grupos sociales ante las características del conocimiento genético, pero también ante el contexto de desigualdad social en el que éste puede ser llevado a la práctica y ser utilizado.

El principio de justicia al que se alude en el primer paradigma y el de igualdad que se menciona en el segundo, hacen referencia a la búsqueda de un valor ético muy relevante como lo es el de la «no discriminación de las personas por alguna característica social», pero en sentidos positivos y negativos. Es decir, por un lado no ser discriminado del acceso a los beneficios del conocimiento y por otro no ser expuesto en mayor medida a daños asociados a las diferentes intervenciones sociales.

Nuevamente surgen como una gran complicación, disyuntiva y dilema de la aplicación del conocimiento genético, las condiciones de múltiples desigualdades sociales dentro de las cuales se desarrolla la cotidianidad de los seres humanos. Desigualdades de género, de clase, de etnia, de opción religiosa, de nacionalidad y de algunas otras características de salud-enfermedad que están presentes en esta problemática, pero sobre todo las concepciones dominantes de «normalidad». Este listado genera importantes incertidumbres en cuanto a lo que puede anticiparse con el uso del conocimiento en el campo de la genética.

Otro principio ético al que se alude en el segundo paradigma expuesto en este trabajo es el del cuidado de la integridad corporal, la cual, como se señaló, puede ser vista en un doble sentido: como desarrollo de las potencialidades físicas, estimulando habilidades y previniendo enfermedades, y como reconocimiento de la capacidad que tenemos los individuos para decidir qué hacer con nuestro propio cuerpo. Nuevamente la genética presenta perspectivas muy particulares en esta vertiente de reflexión, ya que efectivamente puede ser un proceso para prevenir enfermedades y para estimular desarrollos fisiológicos (y no sabemos, si incluso psicológicos) en los seres humanos, pero al mismo tiempo puede ser un proceso impositivo que atente contra la autodeterminación corporal dificultando con ello el respeto a la integridad en esta vertiente.

Un elemento más que se suele discutir en la investigación genética es la cuestión de la diversidad que debe ser protegida. Ello tiene algunos cuestionamientos cuando parte de la diversidad es identificada como poco deseable y por ende, se asume un modelo hegemónico o dominante como parámetro a ser buscado excluyendo «las diferencias» construidas con respecto a dicho modelo. En el caso del segundo paradigma ético recuperado en ese texto, lo que se plantea es no únicamente la necesidad de reconocer la diversidad como algo tolerable, sino identificarla como algo disfrutable y, por ende, como algo que obliga a revisar y cuestionar cuál es el modelo de normalidad que se está asumiendo. A partir de ello, se puede reconocer la legitimidad de otras «formas de ser persona» (principio básico de acuerdo al segundo

paradigma), al margen de diferentes modalidades en el desarrollo fisiológico, psicológico y, al final de cuentas, en la composición genética.

Reconocer la relevancia de cuidar estos principios éticos permitiría reducir los riesgos de discriminación, avanzar en el proceso de equidad, ponderar de maneras alternativas y colectivas los riesgos y los beneficios del conocimiento genético, implementar de una forma más integral el reconocimiento al consentimiento informado (a título individual, de grupos y de grandes colectividades) y, por último, asegurar que la integridad corporal se convierte en uno de los principales ejes de este proceso de conocimiento y de su aplicación en la colectividad de seres humanos, ante la cual está legitimado el ser investigador y -está por legitimarse más rigurosamente- el generar este tipo de conocimiento.

Parte de los grandes conflictos de la investigación genética se derivan de la poca costumbre de compartir el conocimiento. Frecuentemente conocemos de la angustia de mucha gente que hace investigación genética, en términos de: ¿qué vamos a hacer con lo que vamos a saber? Es decir, hay una gran preocupación por la responsabilidad que va a adquirir la persona, las personas o la pequeña comunidad que obtendrá ese conocimiento. Lo que habría que intentar es discutirlo académica y socialmente: es decir, tengamos un acompañamiento co-responsable del proceso de generación de conocimiento. Un tipo de investigación que toca ámbitos tan íntimos y tan expuestos al abuso del poder como lo es la genética, lo que requiere es una comunidad de acompañamiento crítico de las diferentes interpretaciones del mismo proceso de generación de conocimiento.

Existen algunos códigos de ética desarrollados en varios países, que establecen que sólo puede hacer investigación un investigador y eso, que puede parecer una obviedad, es justificado en el sentido de que solamente una persona que tiene una comunidad de acompañamiento, una comunidad que piensa con él o con ella, que discute con él, que reflexiona con él y que además comparte sus silencios y preocupaciones, puede tener la autoridad para incursionar en esta reflexión ordenada, sistemática y crítica que es la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castro, R. & Bronfman, M. (1998). Teoría feminista y sociología médica. En: Figueroa Perea, J.G. (Coord.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. El Colegio de México.
- Cook, R. (1994). *Feminism and the four principles. Principles of Health Care Ethics*. Gillon, R., Wiley, J. & Sons Ltd. (Ed.).
- \_\_\_\_\_ (1995). Human rights and reproductive self-determination. *The American University Law Review*, 44(4):975-1016
- Correa, S. & Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. En: Sen, G., Germain, A. & Chen, L. (Eds.). *Population Policies Reconsidered (Health, empowerment and rights)*. Harvard: Harvard University Press.
- Donchin, A. & Purdy, L. (1999). *Embodying Bioethics: Recent Feminist Advances*. Boston: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Figueroa Perea, J.G. (1996). Un apunte sobre ética y derechos reproductivos. En: *Salud reproductiva: nuevos desafíos*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- \_\_\_\_\_ (1997). «Algunas posibilidades de estructurar consensos y códigos éticos en la investigación sobre sexualidad». Ponencia presentada en el XIII Congreso Mundial de Sexología: Sexualidad y Derechos Humanos, Valencia, España, 26-29 de junio. (Mimeo).
- \_\_\_\_\_ (1998). «Una aproximación al discurso valorativo sobre dignidad e investigación genética». Ponencia presentada en las Jornadas sobre Bioética y Biotecnología en la genética humana, organizado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., 22-24 de junio. (Mimeo).
- \_\_\_\_\_ (1999a). El significado del consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción. *Perinatología y reproducción humana*, 13(1):32-43.
- \_\_\_\_\_ (1999b). «Algunos dilemas éticos en la investigación con seres humanos». Presentado en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F. 17 de noviembre (Mimeo).
- \_\_\_\_\_ (1999c). «Responsabilidades éticas de la investigación sobre el genoma humano». Presentado en el Seminario sobre El Genoma Humano organizado por el Núcleo de Estudios Interdisciplinarios sobre Salud y Derechos Humanos, del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, D.F., 21 de enero. (Mimeo).
- \_\_\_\_\_ (en prensa). Algunas dimensiones éticas de la investigación social sobre sexualidad. En: Macklin, R., Luna, F., Figueroa, J.G. & Ramos, S. *La reflexión ética sobre salud reproductiva en América Latina*. México, D.F.: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Figueroa Perea, J.G. & Rodríguez, Y. (2000) Algunos elementos subyacentes a la evaluación ética de programas de salud y educación dirigidos a población adolescente. *Perspectivas bioéticas*, Año 5(10):101-119.
- Flores, J. (2000). La revolución genética apenas comienza. *Proceso*, (1239):68-69.
- Gracia, D. (1990). What constitutes a just health services system and how should scarce resources be allocated? En: Scholle, S. & Fuenzalida, H. (Eds.). *Bioethics. Issues and Perspectives*, (527):183-196.
- Holmes, H. & Purdy, L. (1992). *Feminist perspectives in medical ethics*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Kilner, J. F., Pentz, R. & Young, F. (Eds.). (1997) *Genetic Ethics: Do the Ends justify the Genes?* Michigan: Paternoster Press.
- Lamas, M. (1998). El debate bioético: proceso social y cambio de valores. En: Careaga, G., Figueroa Perea, J.G. & Mejía, M.C. (Comp.). *Ética y salud reproductiva*. México, D.F.: Porrúa y Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lewontin, R.C., Rose, S. & Kamin, L. (1987). *No está en los genes: racismo genética e ideología*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Editorial Crítica, en coedición con la Editorial Grijalbo.

- Lista, C. (2001). El debate subyacente: aborto y cosmovisiones morales. En: Figueroa Perea, J.G. (Coord.). *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México, D.F.: Editorial Porrúa y Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Little, M. (1996). Why a Feminist Approach to Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 6(1):1-18.
- Macklin, R. (1990). Ethics and human reproduction: international perspectives. *Social Problems*, 37(1):38-51.
- Martínez Bullé Goyri, V. (Coord.).(1998a). *Diagnóstico genético y derechos humanos*. México: UNAM, Cuadernos del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos.
- \_\_\_\_\_ (1998b). *Diagnóstico genético y su impacto en los derechos humanos*. En: Martínez Bullé, V. (Coord.). *Diagnóstico genético y derechos humanos*. México: UNAM, Cuadernos del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos.
- Olivé, L. (Comp.). (1993). *Ética y Diversidad Cultural*. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Fondo de Cultura Económica.
- Pellegrino, E. (1999). The Origins and Evolution of Bioethics: Some Personal Reflections. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 9(1): 73-88.
- Perchesky, R. (1990). Morality and Personhood: A feminist perspective. En: *Abortion and woman's choice*. Boston.
- Rotania, A. A. (1999). Vertientes valorativas actuales frente a las nuevas tecnologías reproductivas conceptivas y genéticas. En: Scavone, L. (Comp.). *Género y salud reproductiva en América Latina*. Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Salmerón, F. (1998). *Diversidad Cultural y Tolerancia*. México: Paidós y UNAM.
- Sherwin, S. (1992). Ethics, feminine ethics, and feminist ethics. *No longer Patient (Feminist Ethics and Health Care)*. EUA: Temple University Press.
- Sommer, S.E. (1998). *Genética, clonación y bioética: ¿cómo afecta la ciencia nuestras vidas?*. Buenos Aires: Biblos.
- Velázquez, A. (1998). El impacto del proyecto del Genoma Humano sobre el diagnóstico genético. En: Martínez Bullé, V. (Coord.). *Diagnóstico genético y derechos humanos*. México: UNAM, Cuadernos del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos.





# LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: PREOCUPACIONES Y RESPONSABILIDADES BAJO EL MARCO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

---

*Giulia Tamayo*

---

He de introducir esta ponencia reparando en la «ética sobre la vida», en su dimensión de movimiento humanista, en el que se incluyen las expresiones feministas y antirracistas. La «ética sobre la vida» o bioética ha adquirido ya iniciado el siglo XXI, un apreciable espacio discursivo y un creciente despliegue de activismo en el que convergen múltiples disciplinas y entran en diálogo diversos foros frente a los desafíos creados tanto por las nuevas materialidades tecnológicas como por las condiciones desde las cuales las personas actualmente encaran la conservación de sus vidas y el desarrollo de sus capacidades. Esta «ética sobre la vida» aporta y encuentra en el marco de los derechos humanos, un conjunto de estándares y criterios a los cuales los estados se vinculan jurídicamente, lo que permite evaluar sus desempeños y someter a observación las políticas, normas y prácticas institucionales, a efectos de determinar si violan o no derechos humanos internacionalmente reconocidos.

La reproducción humana, además de estar fuertemente enlazada desde un origen a las preocupaciones en bioética, es una cuestión indiscutible de derechos humanos. Las personas son titulares de derechos y libertades fundamentales en esta esfera y se establecen responsabilidades y obligaciones para garantizarlos. Esto último no sólo se infiere de los consensos mundiales alcanzados en la década de los noventa, en particular con la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), sino que se apoya en bases jurídicas establecidas a través de diversos instrumentos internacionales, lo mismo que en la confirmación práctica que las instancias de los sistemas internacionales de promoción y protección de los derechos humanos vienen realizando.

El objeto de esta ponencia es situar las cuestiones relativas a la interrupción voluntaria del embarazo dentro del ámbito de las preocupaciones y responsabilidades planteadas por el marco internacional de los derechos humanos. Como

---

\* Abogada. Estudios doctorales en la Universidad Carlos III de Madrid. Actualmente es Coordinadora de Acción de Amnistía Internacional Sección española. E-mail: gtleon@jazzfree.com

propósito subyacente, busca promover que los debates en torno a la interrupción voluntaria del embarazo desarrollados en las sociedades latinoamericanas incorporen la noción de que, así como un Estado está obligado a responder ante la comunidad internacional y sus ciudadanos y ciudadanas si perpetra actos de tortura o genocidio, si dicta normas discriminatorias o si sus políticas dan lugar a la privación de medios esenciales para la vida de las personas, también debe hacerlo si se aparta de los estándares internacionales de derechos humanos al abordar las cuestiones relativas a la interrupción voluntaria del embarazo.

## I. CONSIDERACIONES PREVIAS

Antes de ingresar al marco internacional de los derechos humanos, cabe poner sobre la mesa algunas constataciones básicas. Una primera es la variabilidad con que los Estados encaran las cuestiones relativas a la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Qué nociones mueven a ciertos Estados a criminalizar a las mujeres que se realizan tales procedimientos, y cuáles determinan que otros aseguren servicios para que éstas lleven adelante su decisión de manera adecuada y segura? Estas interrogantes nos llevan a reparar, por un lado, en cuestiones de ética sustantiva a la base de tales posturas y, por otro, en la dimensión política y los procedimientos a través de los cuales dichas posturas se convierten en imperativos de interés general para un Estado (ética procedimental). Para ambas cuestiones, sobre ética sustantiva y ética procedimental, ¿cuál es el lugar que ocupa el marco internacional de derechos humanos?

Una segunda constatación es de orden epidemiológico. Aunque para los derechos humanos la magnitud numérica no constituye una base desde la cual inferir la existencia o no de violaciones -en la medida en que la persona cuenta no por su peso estadístico, sino por su condición suficiente como individuo igual en dignidad, derechos y libertades-, ciertamente no es indiferente una realidad que afecta de modo masivo y sistemático a un colectivo humano. En esta línea, ¿cuál es la valoración que los Estados hacen de la muerte, daños, riesgos y sufrimientos de cientos

de miles de mujeres por causa de abortos realizados en condiciones inseguras? Previo a ello, ¿qué interpretación hacen los Estados del hecho de que un considerable número de mujeres en cada uno de los países, realice de manera práctica la decisión de interrumpir un embarazo?

Una tercera constatación es que al interior de las sociedades existen expresiones ideológico-políticas en polémica, en torno a las cuales los sujetos participan o discrepan, orientan sus prácticas y realizan decisiones. Ahora bien, ¿desde qué bases los sujetos se identifican o distancian, aceptan o rechazan, se reconocen o resisten a los discursos en pugna? ¿Cuál es el poder de los sujetos, cómo se encuentra distribuido y cómo esto se refleja cuando los sujetos se vinculan a discursos hegemónicos o discursos que los confrontan?

Las interrogantes planteadas en torno a estas tres constataciones básicas se sitúan dentro de un marco de discusión que considera los derechos humanos no como un mero conjunto de reglas abstractas y generales, al margen de la corporalidad de personas concretas y de sus experiencias de adversidad, sino que encuentra en esa corporalidad y en la subjetividad contextualizada social, política e históricamente, los fundamentos de los derechos humanos y su trayectoria expansiva. Epistemológicamente, este marco participaría del constructivismo ético desde el cual los sujetos son agentes que mueven y modifican una realidad normativa, que razonan y resuelven sus dilemas morales afectados por las posiciones sociales y condiciones materiales en las que se encuentran, las cuales buscan transformar ante experiencias de adversidad. Desde esta perspectiva, los derechos humanos no son dictados normativos basados en verdades «dadas» o «reveladas», sino que tienen una impronta histórica de campos polémicos, reciben el impulso de exigencias emancipatorias y alcanzan reconocimiento universal como conquistas de la humanidad.

Aunque la interrupción voluntaria del embarazo aparece hoy como una cuestión controversial, debemos tener presente que cuestiones como la esclavitud no fueron menos controversiales en su momento. Al respecto, incluso ya instalados con la modernidad el discurso y las doctrinas sobre los derechos humanos, pensadores

como Locke, Voltaire o Jefferson -por no citar el papel jugado por la Iglesia Católica- justificaron y abogaron por la continuidad de la esclavitud. Introducir lo relativo a la resistencia a la abolición de la esclavitud no es una digresión que nos aparta en absoluto de la materia que aborda esta ponencia. La interrupción voluntaria del embarazo se inscribe dentro del campo de los llamados derechos sexuales y los derechos reproductivos, los cuales han sido tradicionalmente resistidos a través de fórmulas argumentales y expresiones discursivas reveladoramente parecidas a las que justificaron las posturas esclavistas. La apropiación y control de las capacidades que radican en la corporalidad de las personas es una de las facetas de la esclavitud que más coincidencias encuentra con la resistencia a reconocer a las mujeres autodeterminación sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción. Más aún, quizás no haya otra construcción política, jurídica y social que mejor narre la adversidad en semejanza.

Esta ponencia, aunque tratará sobre marcos normativos e institucionales, quiere hacer patente el debate ético y político sobre la interrupción voluntaria del embarazo, y quiere hacerlo desde la narración de una corporalidad sexuada, condición desde la cual todos y todas, de modo universal, experimentamos nuestro entorno.

## II. LOS DERECHOS HUMANOS COMO PROCESOS NORMATIVOS, INSTITUCIONALES Y SOCIALES

Frente a una visión cristalizada y pura de los conceptos, convenimos con algunos autores<sup>1</sup> en corporalizar los hechos y las construcciones

sociales, lo que hace relevante y alienta la recuperación de la acción social y política que subyace a los derechos humanos.

Una sociedad democrática no se define por la simple existencia de marcos normativos en materia de derechos humanos, aunque ciertamente la incluye. Los derechos humanos son instrumentos para empoderar, pero no son nada sin sujetos que les den vida y fuerza a través de sus prácticas sociales y políticas. Es decir, los derechos humanos existen y cobran realidad a través de las personas que los defienden y los hacen valer. Restringirlos a la dimensión jurídica es empobrecer su comprensión y obstaculizar su incorporación a la vida misma, que es donde alcanzan -o ven truncada- su validez universal.

Algunos autores formulan los derechos humanos como *un conjunto de procesos (normativos, institucionales y sociales) que abren y consolidan espacios de lucha por la dignidad humana*<sup>2</sup>. En este sentido, proponen trascender una visión centrada en la expresión jurídica formal, y alientan a manejar una comprensión de los procesos que subyacen a las expresiones abstractas.

En el plano de la experiencia humana concreta, si seguimos las observaciones y planteamientos formulados por Sen (2000), los derechos humanos cobrarían realidad en forma de *dotaciones*<sup>3</sup> a asegurar a todas las personas de modo que puedan vivir humanamente de la manera libremente escogida. ¿Desde qué bases fundamentar la imperatividad de tales dotaciones traducidas como derechos? Algunos autores como Bobbio (1993) consideran que lo relevante en la actualidad es la protección de los derechos humanos, proponiendo dejar de lado el terreno de su justificación. Otros autores consideran que desde la justificación de los derechos humanos se compromete la posibilidad práctica de protección y realización. Ciertas perspectivas que aparcan dentro

<sup>1</sup> Herrera (2000: 19-78).

<sup>2</sup> Herrera (Ed). (2000: IV).

<sup>3</sup> Tomamos el término elegido por Jürgen Schuldt para traducir el concepto *endowments* formulado por Amartya Sen. Desde el planteamiento de Sen el acceso de las personas a los bienes de la sociedad es el resultado de la existencia de «derechos» (entitlements) que lo permiten. Hay dotaciones de partida que no tratan únicamente de bienes mercantiles, sino de valoraciones y pautas construidas social y culturalmente, las cuales asignan y atribuyen posición al interior de las relaciones sociales.

de la conceptualización liberal de los derechos humanos invocarían la idea de *balance de poder* para situar la fuerza legitimadora de los derechos humanos, pero acentuando su existencia dentro del campo de la racionalización y formalización, lo que equivale a desprenderlos del terreno de las relaciones sociales. Las vertientes que aluden más resueltamente a desafíos emancipatorios, contextualizan los derechos humanos como prácticas sociales concretas y los fundamentan en las exigencias de quienes han sido desposeídos de controlar sus vidas y de los medios que les permitan mantenerlas y conducir las con todas sus potencialidades. El carácter emancipatorio de tales exigencias no sólo radicaría en el valor de la libertad, sino en la *igualdad de la libertad*<sup>4</sup>.

A través de las prácticas políticas y sociales, se amplía el reconocimiento y protección de los derechos humanos, reponiendo como derechos aquello humanamente esencial que las relaciones de poder sólo establecen como *privilegios*, y construyendo garantías allí donde el uso de la fuerza o la concentración de poder priva de medios o violenta los cuerpos y las voluntades.

Hay quienes pugnan por contestar las exigencias emancipatorias acusando a quienes las sustentan de ideologizar la realidad, y reclaman situar los derechos humanos dentro de la objetividad de lo general y abstracto. Desde la ficción se acusa de ficcionar. Una de las formas más certeras en que históricamente se ha despojado a las personas y los colectivos del poder para controlar sus vidas es negarles su capacidad de interpretar sus experiencias, narrar su historia y simbolizar sus anhelos. Vale decir, la negación a los sujetos en posiciones subalternas del poder de polemizar con las ficciones hegemónicas. Desde la *extirpación de idolatrías* hasta los más modernos mecanismos para anular o excluir a quienes se resisten a asumir pasivamente la adversidad de lo *dado*, no ha variado en mucho el ansia de concentrar monológicamente la potestad de construir la realidad. Al despojo objetivo se suma la pretensión de vaciamiento subjetivo, vale decir, la

anulación de la condición de los sujetos como agentes que construyen valores, dan forma al universo simbólico y producen narraciones y prácticas sociales para el reconocimiento y protección de sus derechos.

La franja de creación e interpretación sobre el marco de los derechos humanos es un terreno donde las expresiones feministas han ido ganando reconocimiento, pero también en torno al cual se han ido posicionando expresiones adversarias para enfrentar lo avanzado en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos. Así, posturas conservadoras y otras con intereses convergentes a tales posturas, han emprendido estrategias y desplegado discursos opositores ante los avances del movimiento feminista. Apelando a la defensa de la soberanía de los Estados, de la religión y de la familia definida bajo una concepción constreñida a funciones reproductivas -ficción notablemente asociada a proyectos nacionalistas y de control abisal sobre las personas, particularmente sobre las mujeres-, se oponen activamente a la protección de los derechos humanos en las esferas de la sexualidad y la reproducción. Así, por ejemplo, acusan a las convenciones especializadas de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Niña y sobre la Mujer de minar los valores que tales posturas conservadoras reifican<sup>5</sup>.

Ciertamente, el marco de los derechos humanos tiene implicancias que confrontan concepciones que han tenido poco aprecio por las personas, a las que subordinan como medios; posturas que se niegan a reconocerlas como sujetos morales con derecho a decidir en tanto ello puede debilitar el poder de ciertas jerarquías políticas y religiosas en la interpretación y determinación de los valores dentro de una sociedad, particularmente resistentes a reconocer a las mujeres como sujetos de derechos; y concepciones cuyas prácticas políticas han servido para sostener privilegios y han sido causa de tragedias humanas a diferente escala.

<sup>4</sup> Sen (2000: 283-284).

<sup>5</sup> Ver Fagan (2001).

No obstante lo anterior o precisamente por ello, se ha hecho patente que trabajar sobre el marco de los derechos humanos implica actuar dentro de una arteria principal desde la cual fluyen significados y recursos que dificultan la vulneración de la libertad y la dignidad de las personas. En esa arteria principal, las personas que en el plano concreto sufren la privación de medios e intrusiones arbitrarias a su libertad, producen interpretaciones y participan en la elaboración de construcciones jurídicas e institucionales. Vale decir, no sólo ejercen los derechos y libertades marcados por la línea avanzada, sino que se constituyen en agentes activos que crean y estimulan nuevos avances.

Hay quienes observan una emergente percepción de los derechos humanos como instrumentos a través de los cuales los individuos y grupos que no tienen poder pueden reclamar y eventualmente hacer efectiva la igualdad<sup>6</sup>. Esta perspectiva es de considerable valor para captar la trayectoria sobre la que se ha ido afirmando y dotando de protección a los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Hay una inflexión moderna en el discurso de los derechos humanos que se expresa en una vocación por incrementar capacidades en las personas para frenar experiencias que las lesionan y para poner coto a viejas y nuevas formas de dominio y ejercicio de la fuerza.

Algunos derechos humanos reconocidos internacionalmente tienen en su propio enunciado un alto grado de determinación de contenidos y medios para ser protegidos. Tradicionalmente, esto ha sucedido con los llamados derechos negativos, en donde la experiencia acumulada sobre el tipo de abusos a los que eran expuestos los individuos frente a los poderes públicos, dio lugar a la formulación de garantías explícitas. Así,

al momento de formularse la propia Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) se incluyó como garantías expresas: el *principio de legalidad*<sup>7</sup>, la presunción de inocencia<sup>8</sup> y en general las llamadas garantías del *debido proceso*.

Sin embargo, el desarrollo de los derechos humanos no se detuvo en esa primera versión de garantías. Varios de los derechos humanos enunciados en la Declaración de 1948 en términos afirmativos merecieron un desarrollo ulterior para fortalecer su protección, pero también se fue acumulando experiencia y saberes para construir garantías adicionales frente a los abusos que se fueron haciendo patentes en el transcurrir de los años.

En el caso de los derechos sexuales y los derechos reproductivos se ha ido forjando una experiencia que comienza a traducirse en garantías, tales como el consentimiento libre e informado en materia de anticoncepción y respecto de procedimientos que revistan intervención externa sobre la integridad personal, sea con fines terapéuticos o en el marco de experimentación científica. Igualmente, bajo el marco del derecho internacional de los derechos humanos, es expresa la prohibición de toda forma de violencia o coerción hacia las personas en las esferas de la sexualidad y la reproducción, la proscripción de prácticas que implican trato cruel, degradante e inhumano como la mutilación genital femenina<sup>9</sup>, lo mismo que aquéllas que constituyen tortura o malos tratos cualquiera sea el lugar y el agente agresor. No menos manifiesta es la prohibición de la esclavitud sexual y trata de personas. De la misma manera, para el derecho internacional de derechos humanos resultan inaceptables, por ejemplo, las políticas estatales que persigan la segregación interracial, la adopción o vigencia de normas que discriminen a las mujeres, aquéllas que

---

<sup>6</sup> Cook (1995: 978).

<sup>7</sup> Que se expresa como el derecho a no ser condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el derecho nacional o internacional (Artículo 11.2 de la DUDH).

<sup>8</sup> Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le haya asegurado todas las garantías para su defensa (Artículo 11.1 de la DUDH).

<sup>9</sup> Práctica que reviste discriminación contra la mujer y graves consecuencias para la salud de mujeres y niñas, como lo ha señalado el Comité que vigila la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

sancionan y persiguen a las personas en razón de su orientación sexual, o la inacción estatal frente a la discriminación y violencia de la que pueden ser objeto las personas en razón de su identidad por parte de agentes estatales o particulares.

Ahora bien, los derechos humanos sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción no se agotan en derechos negativos. En rigor, ningún derecho humano puede agotarse en términos de *límites al poder*. Los Estados tienen siempre obligaciones positivas para garantizarlos y fortalecerlos. Para ello, el derecho internacional de los derechos humanos contempla en los instrumentos internacionales obligaciones positivas, varias de ejecución inmediata<sup>10</sup>, que incluyen medidas legislativas y de otra índole dirigidas a objetivos y resultados específicos a rendir por los Estados, mecanismos institucionales, así como prestaciones esenciales que todo Estado debe asegurar a riesgo de exponer a las personas a daños, riesgos y desventajas inaceptables<sup>11</sup>. Incluso aquellas obligaciones de ejecución progresiva, cuyo cumplimiento es observado teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos de un Estado y las dificultades que pueda enfrentar, son cada vez más objeto de atención en cuanto pueden conllevar desempeños «de baja intensidad» en la construcción de capacidades esenciales para el

disfrute de derechos y ejercicio de libertades. Estamos no ya bajo la idea de *umbrales mínimos*<sup>12</sup> sino de niveles óptimos en torno a la salud, la autonomía de acción y la autonomía crítica<sup>13</sup>.

Aunque los derechos sexuales y los derechos reproductivos se refieren a derechos ya reconocidos internacionalmente -tanto del grupo de los derechos civiles y políticos como aquéllos económicos, sociales y culturales- algunos Estados han opuesto posturas fuertemente restrictivas sobre sus alcances y obligaciones cuando se trata de determinar sus contenidos y medios de protección, mientras que otros han sido más asertivos y han adoptado un alto grado de protección a través de sus textos constitucionales, leyes y políticas, las cuales desarrollan los términos en que se ponen en práctica los deberes estatales en materia de derechos humanos. Así, hay Estados que han establecido un conjunto de garantías individuales a las que deben sujetarse sus funcionarios y agentes y también los particulares; han determinado un haz de prestaciones a cargo de la red de servicios públicos de salud, y las condiciones para asegurar el acceso de la población a servicios de calidad que hagan posible que las personas implementen sus decisiones, alcancen y conserven niveles óptimos en materia de salud sexual y reproductiva; han formulado lineamientos

<sup>10</sup> Por ejemplo, la Convención Internacional sobre Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer exige a los estados adoptar sin dilaciones una política para eliminar la discriminación contra la mujer. Un instrumento con un alto grado de determinación de obligaciones positivas es el Protocolo adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) que en relación a la salud (artículo 10) precisa el compromiso de los estados a medidas como la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, o en cuanto al derecho a la educación (artículo 13) establece la enseñanza primaria como obligatoria y asequible a todos gratuitamente. En esta línea, también debemos destacar los enunciados contenidos en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), tales como los dispuestos en el Capítulo 3 de dicho instrumento.

<sup>11</sup> Entendidos los derechos humanos en interdependencia, el Comité de Derechos Humanos que vigila el Pacto de Derechos Civiles y Políticos ha ido apreciando que se viola el derecho a la vida cuando los estados no garantizan prestaciones esenciales en salud. Así, el indicador mortalidad infantil, observadas las causas asociadas, impondría reparar sobre la obligación de los estados de prestar vacunación universal y gratuita. En relación al indicador mortalidad materna, igualmente observadas las causas asociadas, se impondría reparar en el modo como un estado gestiona las prestaciones en salud reproductiva y cómo asegura servicios para enfrentar riesgos gineco-obstétricos. También se impondría someter a revisión aquellas normas y prácticas institucionales que exponen a las mujeres a procedimientos inseguros como es el caso de la criminalización del aborto, materia reiteradamente abordada por el Comité de Derechos Humanos. En relación a las obligaciones del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como veremos más adelante, se vienen realizando observaciones a los estados por incumplimiento al Pacto en casos de privación manifiesta de bienes y servicios esenciales por acción directa o por omisión. Se ha ido consolidando el criterio de obligaciones centrales mínimas que deben asegurar los estados sin considerar la disponibilidad de recursos del país involucrado o de otros factores y dificultades. Al respecto ver Elson, D. & Gideon, J. (2000).

<sup>12</sup> Ver Nussbaum (1998: 63-71).

<sup>13</sup> Ver Doyal & Goung (1994).

orientadores para la administración pública, de manera que la población pueda obtener información, formación y otros servicios que contribuyan a desarrollar capacidades para ejercer y disfrutar los derechos reconocidos en las esferas de la sexualidad y la reproducción; y han asegurado recursos públicos para sostener la acción gubernamental a fin de lograr resultados que muestren una efectiva reducción de riesgos, una mayor equidad en la distribución de los beneficios y un incremento de capacidades individuales, colectivas e institucionales.

Pero los Estados, dentro de su variabilidad, a pesar de ser las sedes responsables de promover y proteger los derechos humanos, no son las únicas desde las cuales se crean condiciones que habilitan el ejercicio y disfrute de los derechos y libertades fundamentales. Hay una gama de agentes que inspiran y/o presionan a los estados sobre el terreno de la protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En ocasiones, las prácticas políticas de los agentes convergen pero otras veces interfieren entre sí, atravesadas por ciertas resonancias que proceden de la vida social y el entorno político en que se desarrollan. En los últimos años, es claro que la línea de avance en el discurso normativo ha sido claramente favorable a los derechos reproductivos; sin embargo, en ciertas regiones del planeta, como es el caso de América Latina, los Estados mantienen una postura de criminalización del aborto a pesar de que, como veremos más adelante, ésta confronta estándares internacionales de derechos humanos.

Los Estados cuyas respuestas se han movido en el terreno punitivo, han defendido tradicionalmente una definición autárquica de los derechos y libertades fundamentales en cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción, sin más

esfera pública de escrutinio y decisión que el ámbito nacional. ¿Puede un discurso sobre derechos y libertades fundamentales particular a un estado, desafiar las bases de universalidad que son propias a los derechos humanos? Vale decir, ¿qué justificación razonable y objetiva puede oponer un Estado para imponer una carga que afecta desproporcionadamente a las mujeres en el ejercicio de derechos reconocidos internacionalmente a todos los seres humanos?

### III. DERECHOS HUMANOS RECONOCIDOS INTERNACIONALMENTE RELEVANTES AL TRATAMIENTO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

#### DERECHO A LA VIDA Y A SOBREVIVIR<sup>14</sup>

El derecho a la vida es un derecho reconocido a todas las personas por la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>15</sup>, y diversos instrumentos internacionales como el Pacto de Derechos Civiles y Políticos<sup>16</sup>, la Convención Americana<sup>17</sup>, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer<sup>18</sup>. El derecho a la vida es considerado elemental, en cuanto la persona debe, para ejercer cualquier derecho, primordialmente conservar su vida. Una norma o práctica que obligue a una persona a sacrificarse o que la exponga a perder la vida, es incompatible con el derecho internacional de los derechos humanos. A la luz del derecho a la vida y a sobrevivir, es necesario examinar desde

<sup>14</sup> Interrelacionar principalmente con los Derechos a la Integridad y Seguridad Personal, el Derecho a la Salud, Derecho de toda persona a no ser sometida a Tortura u Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes, Derecho a la Igualdad/Prohibición de Discriminación, Derecho a la Justicia.

<sup>15</sup> Artículo 3: «Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona».

<sup>16</sup> Artículo 6.1: «El derecho a la vida es inherente a la persona humana (...)».

<sup>17</sup> Artículo 4. 1: «Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente».

<sup>18</sup> Artículo 4, a.

prácticas tradicionales como el *sati* (sacrificio de la mujer que enviuda), hasta la criminalización de la interrupción voluntaria del embarazo que cada año cobra la vida de más de 200,000 mujeres en el mundo expuestas a prácticas inseguras<sup>19</sup>. Igualmente, desde el derecho a la vida y a sobrevivir es altamente relevante interrogarse por la responsabilidad de los Estados frente a las aproximadamente 700,000 mujeres que cada año pierden la vida en el mundo por causas relacionadas al embarazo. El Programa de El Cairo reafirmó en el Principio 1 el derecho a la vida, e incluyó compromisos de los gobiernos para reducir la mortalidad materna, dimensión en la que se observaban niveles no sólo alarmantes, sino que no se advertía, en varios países, tendencias hacia la reducción sustancial en las tasas.

Ciertos sectores que se oponen a que los Estados reconozcan la interrupción voluntaria del embarazo como una cuestión dentro del ámbito de decisión de las mujeres, han invocado como un uso estratégico, el derecho a la vida del «no-nacido». Sólo un esquema de inversión de los derechos humanos, podría afirmar que dicho derecho impone la anulación de derechos sustanciales a las mujeres, incluido el derecho de éstas a conservar sus vidas. Este esquema de inversión de los derechos humanos es conocido en la historia: primero adjudicar un supuesto crimen para luego concluir de ello que el agente ha renunciado a sus derechos humanos. Este planteamiento fue aplicado por Locke, por ejemplo, para justificar la esclavitud<sup>20</sup>.

Como derecho humano, el derecho a la vida es reconocido, sin discusión, a las personas. En términos jurídicos, el *nasciturus* puede alcanzar la protección de ciertos derechos bajo determinadas condiciones. La nacionalidad, por ejemplo, sólo es un derecho que las personas adquieren con el nacimiento. La vida en gestación no es indiferente al marco de los derechos

humanos, pero no es aceptable para apoyar la anulación de los derechos humanos de las mujeres<sup>21</sup>. En términos universales, ha quedado expresamente reconocido por los Estados la obligación de respetar y proteger los derechos humanos de las mujeres, lo que incluye la indicación de prestar atención a la condición de vulnerabilidad o desventaja que las mujeres puedan enfrentar en razón del embarazo.

La maternidad en el derecho internacional de los derechos humanos, al configurar una condición o un estado que sólo el sujeto femenino puede experimentar, da lugar a un tratamiento específico en atención al principio de relevancia. Las gestantes y parturientas son sujetos titulares de derechos para asegurar que dicha condición o estado no las exponga a riesgos, daños o desventajas. La protección a la maternidad en el derecho internacional no interviene para imponer embarazos no deseados; incluso los embarazos forzados son hechos que constituyen violaciones a los derechos humanos.

De hecho no se ha amparado en los sistemas internacionales de promoción y protección de los derechos humanos ninguna pretensión dirigida a objetar la decisión de un Estado de brindar servicios de salud para la atención de la interrupción del embarazo. Varias Cortes Constitucionales, entre ellas las de Austria, Francia, Italia y Holanda, encontraron que las leyes sobre aborto legal son constitucionales porque son expresiones del derecho de las mujeres a la libertad. Las creencias religiosas son objeto de protección por los derechos humanos en cuanto libertades, sin embargo, no se puede invocar tales creencias, particulares a una fe, para restringir el ejercicio y goce de los derechos humanos reconocidos internacionalmente. Ciertos Estados donde sectores religiosos fundamentalistas ejercen influencia, han introducido en su derecho interno o mantienen normas que criminalizan del aborto.

<sup>19</sup> Datos del Banco Mundial citados por Cook (1997: 36).

<sup>20</sup> Ver Hinkelammert (2000: 79-113).

<sup>21</sup> La vida en gestación sí debe ser objeto de protección por parte de los Estados a fin de prevenir daños a las personas que puedan originarse en el proceso reproductivo. Los Estados deben dirigir sus esfuerzos a hacer posible condiciones y entornos favorables para que los seres humanos al nacer y en adelante no padezcan desventajas iniciadas desde la etapa de gestación.



En la experiencia mundial, las políticas de criminalización del aborto sólo han demostrado incidencia que agrava la mortalidad materna, resultado que implica una negación al derecho de las mujeres a la vida.

La PAM de Beijing incluyó que los Estados considerasen la revisión de las leyes que penalizan a las mujeres que se realizan abortos ilegales<sup>22</sup>.

### DERECHO A LA SALUD<sup>23</sup>

La doctrina y los instrumentos internacionales afirman el derecho a la salud como un derecho humano pleno. La responsabilidad estatal al respecto se basa en el poder que tiene el Estado de asegurar las condiciones para que su población alcance estándares de salud aceptables y no se encuentre expuesta a carencias intolerables o a riesgos y daños prevenibles<sup>24</sup>.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25, señala que *«toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).»*

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), estableció en el artículo 12:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en el artículo 12, numeral 1, estableció que *«Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.»*

En 1999, el Comité de la también llamada Convención de la Mujer adoptó la Recomendación General 24 con relación a la salud. Entre los estándares incluidos destacan:

Los Estados Partes deben informar sobre su legislación, planes y políticas en salud, con datos desagregados por sexo sobre la incidencia y severidad de las enfermedades y condiciones adversas a la salud y nutrición de las mujeres y sobre la disponibilidad, así como costo-efectividad, de las medidas preventivas y curativas. Los estados deben demostrar que sus leyes, planes y políticas se han basado en estudios éticos y científicos, valorando las necesidades de las mujeres y su estado de salud en el país, y tomando en cuenta sus variaciones comunitarias y regionales o prácticas basadas en la religión, tradición o cultura<sup>25</sup>.

Se considera inapropiadas las medidas para eliminar la discriminación contra las mujeres en las cuales el sistema de salud carece de servicios

<sup>22</sup> Párr. 106 (k).

<sup>23</sup> Interrelacionar principalmente con el Derecho a la Vida, Derecho a la Educación, los Derechos a la Libertad, Integridad y Seguridad personal, Derecho de toda persona a no ser sometida a Tortura u Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes, Derecho a la Salud, Derecho a la Igualdad/Prohibición de Discriminación, Derecho a la Justicia.

<sup>24</sup> Gostin L. & Lazzarini Z. *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*, p.29.

<sup>25</sup> Párr. 9 de la Recomendación General 24.

para prevenir, detectar y tratar enfermedades específicas a las mujeres. Es discriminatorio que un Estado legalmente rechace proveer ciertos servicios de salud reproductiva para las mujeres. En caso que los proveedores rechacen realizar dichos procedimientos basados en objeción de conciencia, deben introducirse medidas para asegurar que las mujeres sean referidas a proveedores alternativos de salud<sup>26</sup>.

Los Estados Partes deben informar sobre su comprensión de la forma cómo las políticas y medidas sobre atención de la salud responden a los derechos a la salud de las mujeres desde una perspectiva de las necesidades e intereses de las mujeres y cómo tratan factores diferenciados<sup>27</sup>. Al respecto, la Recomendación General 24 aborda lo concerniente al respeto por el derecho a la confidencialidad de los pacientes<sup>28</sup>.

El párrafo 13 de la Recomendación General 24, establece como estándar que es deber de los Estados asegurar el acceso a servicios de atención de la salud, en los cuales la información y la educación implican las obligaciones de respetar, proteger y realizar los derechos de la mujer a la atención de la salud. Los Estados deben asegurar que la legislación, la acción ejecutiva y las políticas cumplan con estas tres obligaciones. Deben poner en marcha un sistema que asegure acción judicial efectiva. El incumplimiento de ello viola el artículo 12 de la Convención sobre la Mujer<sup>29</sup>.

El párrafo 14 de la Recomendación General 24 es destacable para captar el contenido de la obligación de los Estados de respetar el derecho de las mujeres a la salud. Los Estados Partes no pueden restringir el acceso de las mujeres a servicios de salud o clínicas que proveen estos servicios en razón de que no cuentan con autorizaciones de maridos, padres, parejas o autoridades de salud, o no son casadas, o por el hecho de ser mujeres. Otra barrera al acceso de

las mujeres a servicios apropiados de atención de la salud son las leyes que criminalizan procedimientos médicos sólo necesitados por mujeres, sancionando a las mujeres que se realizan estos procedimientos.

El párrafo 15 de la Recomendación General 24 precisa los contenidos de la obligación de los Estados Partes de proteger el derecho a la salud. Así, incluye la obligación de prevenir e imponer sanciones por violaciones a los derechos humanos por parte de personas u organizaciones privadas. La obligación de proteger incluye:

- a. Adoptar y hacer cumplir efectivamente leyes y políticas que incluyan protocolos de cuidado de la salud y procedimientos hospitalarios para hacer frente a la violencia contra la mujer y abuso contra niñas, y para proveer servicios de salud apropiados.
- b. Entrenamiento género-sensible que capacite a los trabajadores de la salud para detectar y manejar las consecuencias de la violencia basada en el género sobre la salud.
- c. Procedimientos justos de protección para atender reclamaciones y denuncias e imponer sanciones apropiadas sobre los profesionales de la salud culpables de abuso sexual contra las pacientes.
- d. Adoptar y hacer cumplir efectivamente leyes que prohíban la mutilación genital femenina y el matrimonio de niñas.

El deber de realizar coloca como obligación de los Estados el tomar medidas legislativas, judiciales, administrativas, presupuestales, económicas y de otra índole en la máxima extensión dentro de sus recursos disponibles para asegurar que las mujeres realicen su derecho a la atención de la salud<sup>30</sup>.

Con relación a los derechos de adolescentes, tanto mujeres como hombres, los Estados Partes deben asegurar su acceso a educación sexual y reproductiva por parte de

<sup>26</sup> Párr. 11 de la Recomendación General 24.

<sup>27</sup> Párr. 12 de la Recomendación General 24.

<sup>28</sup> Párr. 12 (d) de la Recomendación General 24.

<sup>29</sup> Párr. 13 de la Recomendación General 24.

<sup>30</sup> Párr. 17 de la Recomendación General 24.

personal adecuadamente entrenado en programas especialmente diseñados que respeten sus derechos a la privacidad y a la confidencialidad<sup>31</sup>.

Las mujeres tienen el derecho a ser plenamente informadas, por personal adecuadamente entrenado, en sus opciones a decidir sobre tratamiento o investigación, incluyendo tanto los beneficios como los potenciales efectos adversos, lo mismo que sobre procedimientos propuestos y alternativas disponibles<sup>32</sup>. Este es el núcleo del consentimiento libre e informado.

Los Estados deben informar sobre las medidas dirigidas a eliminar las barreras que las mujeres enfrentan en el acceso a servicios de atención a su salud y sobre las medidas que adoptan para asegurar a las mujeres acceso oportuno y disponible a tales servicios<sup>33</sup>.

El párrafo 22 de la Recomendación General 24 señala que los Estados deben informar sobre las medidas tomadas para hacer aceptables los servicios de salud, es decir, dispuestos de manera tal que aseguren que las mujeres ejerzan consentimiento informado, respeten su dignidad, garanticen confidencialidad y sean sensibles a sus necesidades y perspectivas. Este párrafo establece que *«Los Estados Partes no deben permitir forma alguna de coerción, tales como esterilización no consentida, exigencia de exámenes o pruebas para enfermedades de transmisión sexual o pruebas de embarazo como condición de los empleadores, en la medida que violan los derechos de las mujeres al consentimiento informado y a su dignidad»*.

El párrafo 23 de la Recomendación 24, señala que los Estados Partes deben declarar las medidas que han tomado para asegurar acceso oportuno al rango de servicios relacionados con planificación familiar, en particular, y con la salud sexual y reproductiva, en general. Se debe prestar atención particular a la educación en salud para los y las adolescentes, incluida información y consejería sobre todos los métodos de planificación familiar.

El párrafo 26 de la Recomendación 24 es de suma importancia en cuanto señala la obligación de los Estados de responder sobre las medidas adoptadas para la reducción de la morbilidad materna. A continuación, el párrafo 27 precisa la obligación de los Estados de rendir en sus informes si han dispuesto servicios gratuitos para asegurar embarazos seguros en caso necesario. Este párrafo señala también que los Estados deben disponer los recursos necesarios para servicios gineco-obstétricos de emergencia.

Las recomendaciones para la acción gubernamental que incluye la Recomendación 24 son:

Los Estados Partes deben implementar una estrategia nacional comprehensiva para promover la salud de las mujeres a lo largo de su ciclo vital. Ello incluirá el doble propósito de prevención y tratamiento de enfermedades y condiciones que afectan a las mujeres, así como responder a la violencia contra la mujer, y asegurarán acceso universal para todas las mujeres a un amplio rango de servicios de calidad en la atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva<sup>34</sup>. El párrafo 30 de la Recomendación 24 señala que los Estados deben asignar un presupuesto adecuado, recursos humanos y administrativos para asegurar que la salud de las mujeres participe del presupuesto en salud en términos comparables a la salud de los varones, tomando en cuenta sus diferentes necesidades de salud.

Finalmente el párrafo 21, establece obligaciones particulares, tales como:

- a. Colocar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y programas que afectan la salud de las mujeres, e involucrar la participación de las mujeres en la planificación, implementación y monitoreo de tales políticas y programas y en la provisión de servicios de salud.

<sup>31</sup> Párr. 18 de la Recomendación General 24.

<sup>32</sup> Párr. 20 de la Recomendación General 24.

<sup>33</sup> Párr. 21 de la Recomendación General 24.

<sup>34</sup> Párr. 29 de la Recomendación General 24.

- b. Asegurar la remoción de todas las barreras al acceso de las mujeres a servicios de salud, educación e información, incluida el área de la salud sexual y reproductiva y, en particular, asignar recursos para programas dirigidos a adolescentes para prevenir y tratar enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/sida.
- c. Priorizar la prevención del embarazo no deseado a través de planificación familiar y educación sexual, y reducir la mortalidad materna a través de servicios de maternidad segura y atención prenatal. Cuando sea posible, la legislación que criminaliza el aborto debe ser enmendada para remover los dispositivos punitivos impuestos a las mujeres que se los realizan.
- d. Monitorear la provisión de servicios de salud a las mujeres por organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas, para asegurar acceso igual y calidad de atención.
- e. Requerir a todos los servicios de salud consistencia con los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la autonomía, privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y elección.
- f. Asegurar que la curricula de capacitación a trabajadores de la salud incluye cursos sobre salud de las mujeres y derechos humanos, comprensivos, obligatorios y género-sensitivos, en particular sobre violencia de género.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su artículo XI, consignó el derecho a la preservación de la salud y el bienestar: «*Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.*»

El Programa de Acción de El Cairo indicó que «*la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades*

*o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.*»

Bajo el marco internacional de derechos humanos, la realización de prácticas médicas por parte de los servicios públicos de salud bajo condiciones que exponen a las personas a riesgos a la salud e incluso a la vida, no sólo constituye incumplimiento de la obligación de proteger la salud de las personas, sino que implica falta de respeto al derecho a la vida, la integridad y la seguridad personal. Se suma a ello discriminación cuando es determinado sector de la población el que resulta particularmente expuesto o desproporcionadamente afectado.

El Principio 8 del Programa de Acción de la CIPD afirmó que «*los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.*»

El consenso de El Cairo consignó entre las medidas en planificación de la familia que «*los gobiernos y la comunidad internacional deberían utilizar todos los medios de que disponen para apoyar el principio de libertad de elección en la planificación de la familia.*» Igualmente alienta a los gobiernos a que concentren la mayor parte de sus esfuerzos en el logro de sus objetivos de población y desarrollo mediante la educación y medidas voluntarias, en vez de recurrir a sistemas de incentivos y desincentivos<sup>35</sup>. «*(...) [T]odos los programas de planificación de la familia deben esforzarse de modo significativo por mejorar la calidad de la atención.*» Entre otras medidas la CIPD indica: «*Proporcionar información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de planificación de la familia, que incluya sus riesgos y beneficios para la salud, los posibles efectos secundarios (...)*»<sup>36</sup>.

<sup>35</sup>Párr. 7.22 de la CIPD.

<sup>36</sup>Párr.7.23 b) de la CIPD.

*Los programas de planificación de la familia dan mejor resultado cuando forman parte de programas más amplios de salud reproductiva -o están vinculados a éstos- que se ocupan de necesidades sanitarias estrechamente relacionadas y cuando las mujeres participan plenamente en el diseño, la prestación, la gestión y la evaluación de los servicios<sup>37</sup>.*

En todos los servicios y organismos de prestación de los servicios de salud, los Estados deben asegurar el respeto a los derechos humanos y seguir normas éticas, profesionales y sensibles con relación al género, especialmente en la planificación de la familia y en los servicios de salud reproductiva conexos<sup>38</sup>.

Los Estados son responsables por el desempeño de los agentes encargados de la prestación de servicios públicos de salud, debiendo adoptar medidas para prevenir y erradicar prácticas de violencia contra las usuarias<sup>39</sup>. Los Estados tienen también la obligación de investigar y de actuar diligentemente para lograr sanciones efectivas contra los responsables de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el contexto de los servicios públicos de salud<sup>40</sup>.

En el campo de la salud y los derechos relacionados a la sexualidad y a la reproducción, los Estados tienen el deber de implementar acciones que contribuyan al ejercicio y realización de tales derechos<sup>41</sup>.

Asimismo, deben considerar los daños, riesgos y desventajas que experimentan grupos específicos de mujeres<sup>42</sup> y desarrollar las inversiones

destinadas a asegurar el acceso de estos grupos a servicios obstétricos, maternos y de emergencia<sup>43</sup>.

El Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de la CCMM acentúan la importancia de la provisión de servicios de salud reproductiva seguros, eficaces, accesibles y aceptables<sup>44</sup>. Los servicios requieren el desarrollo de estándares sensibles al género para la provisión de servicios de buena calidad<sup>45</sup>.

**DERECHO A LA LIBERTAD,  
INTEGRIDAD Y SEGURIDAD PERSONAL.  
DERECHO DE TODA PERSONA A NO SER  
SOMETIDA A TORTURAS U OTROS TRATOS O  
PENAS CRUELES, INHUMANOS O  
DEGRADANTES<sup>46</sup>**

El derecho a la libertad, en rigor, es un principio que atraviesa poderosamente todo el marco de los derechos humanos. Ello quedó reflejado en el artículo 3 de la DUDH que estableció que *«todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a las seguridad de su persona»*, enunciado que sitúa las claves del programa de los derechos humanos. En los diversos instrumentos internacionales se elaboran enunciados de libertad aplicados a las distintas esferas de la experiencia humana<sup>47</sup>.

El derecho a la integridad personal y seguridad personal, y el derecho de toda persona a no ser sometida a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, están consagrados en los principales instrumentos de los sistemas universal e interamericano de

<sup>37</sup> Párr. 7.13 de la CIPD.

<sup>38</sup> Plataforma para la Acción de la CCMM, Párr. 106 (g) y CIPD, 7.12, 7.17 y 15.18.

<sup>39</sup> Declaración de la CMDH, Párr. 18 y Programa de Acción, Párr. 48 y 49; CIPD, principio 11, 4.4 (c), 4.9, 4.23, 6.9, 6.10, 7.39, 10.16 (c), 10.18; Plataforma para la Acción de la CCMM, Párr. 107 (q), 113 (a), 115, 130 (c), 230 (m, n), 283 (b) (d).

<sup>40</sup> Plataforma para la Acción de la CCMM, Párr.124 (i).

<sup>41</sup> Declaración de la CCMM, Párr. 31, Plataforma para la Acción Párr. 95, 96, 232 (f); CIPD 4.4 (c) y 7.3.

<sup>42</sup> Plataforma para la Acción de la CCMM Párr.5, 43, 288 y 291; Declaración de la CCMM, Párr. 36; CIPD, 13.8 (a), 16.10.

<sup>43</sup> Plataforma para la Acción de la CCMM, Párr.106 (e, i, y), 110 (a); CIPD, 13.14 (a), 13.15.

<sup>44</sup> CIPD, Párr. 7.5, 7.23; Plataforma de la CCMM, Párr. 92 y 106 (e).

<sup>45</sup> Programa de Acción de la CIPD, Párr. 7.23 y Plataforma para la Acción de la CCMM, Párr. 95, 105, 106 (e y g).

<sup>46</sup> Interrelacionar principalmente con el Derecho a la Vida, Derecho a la Salud, Derecho a la Igualdad/Prohibición de Discriminación, Derecho a la Justicia.

<sup>47</sup> Así, en los instrumentos de derechos humanos se encontrarán enunciados sobre libertad religiosa, libertad de expresión, libertad de movimiento, libertad para contraer matrimonio, etc.

derechos humanos: la DUDH (Art. 3 y 5), la Declaración Americana (Art. I), el PDCP (Art. 7 y 9) y la Convención Americana (Art. 5 y 7). La Convención de los Derechos del Niño y la Niña, en su artículo 37 establece que los Estados velarán porque «ningún niño sea sometido a torturas, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes». La Convención de Belem do Pará los incluye en el artículo 4 literales b, c y d, pero podría decirse que es un instrumento especializado sobre la materia, especialmente sobre violencia de género.

El Comité de Derechos Humanos (PDCP) en su Comentario General sobre el artículo 7 del Pacto se pronunció en estos términos sobre sus alcances: «En el artículo claramente se protege no sólo a los presos y detenidos, sino también a los alumnos y pacientes de instituciones educativas y médicas». El texto del artículo 7 establece que la práctica de realizar experimentos médicos o científicos en personas sin su consentimiento constituye una forma de tortura o trato cruel, inhumano o degradante.

#### DERECHO A ESTAR LIBRE DE VIOLENCIA POR GÉNERO<sup>48</sup>

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia no se refiere a un trato de excepción que afirme una natural vulnerabilidad de las mujeres. En su formulación se trató propiamente de revelar y por ende corregir la desprotección de excepción que jurídica e institucionalmente han tenido los derechos humanos de las mujeres. En su conceptualización se ratifican derechos humanos de aplicación universal y se reconoce como violaciones a los derechos humanos un conjunto de actos lesivos contra las mujeres que hasta entonces no habían sido apreciados como tales. Es un derecho que repone el principio de igualdad, haciendo que aquello violento, perjudicial y dañoso contra las mujeres sea representado como ofensivo para la humanidad.

El artículo 1 de la Declaración de Naciones Unidas sobre la Violencia Contra la Mujer, define como violencia contra la mujer a «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento, físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada».

Un tratado que ha enunciado en términos expresos la condena a la violencia contra las mujeres es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (CIPSEVM), la cual articula un conjunto de enunciados explícitamente dirigidos a combatirla.

La CIPSEVM en el artículo 2 señala (a) que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica, (b) que tenga lugar en las instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y (c) que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra. La CIPSEVM protege el derecho de la mujer a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado<sup>49</sup>. De acuerdo al artículo 4, «toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos». Estos derechos comprenden, entre otros:

- a) el derecho a que se respete su vida;
- b) el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;
- c) el derecho a la libertad y a la seguridad personales.

Son deberes de los Estados Partes (a) abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con

<sup>48</sup> Interrelacionar principalmente con: Derecho a la Vida, Libertad y Seguridad, Derecho de toda persona a no ser sometida a Tortura u Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Derecho a la Salud, Derecho a la Igualdad/Prohibición de Discriminación, Derecho al Matrimonio y a Fundar una Familia, Derecho a estar libre de Esclavitud Sexual, Derecho a la Justicia.

<sup>49</sup> Artículo 3.

esta obligación; (b) actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer abordó la violencia contra la mujer por primera vez en 1989 a través de la Recomendación General 12. Así, recomendó a los Estados Partes incluir en sus informes periódicos al Comité, información acerca de:

- La legislación vigente para proteger a las mujeres de todas las formas de violencia cotidiana (incluyendo violencia sexual, abusos dentro de la familia, asedio sexual laboral, etc.).
- Otras medidas adoptadas para erradicar tal violencia.
- La existencia de servicios de apoyo para las mujeres víctimas de agresiones o abusos.
- Datos estadísticos sobre la incidencia de toda clase de violencia contra las mujeres o sobre las mujeres que son víctimas de violencia.

La Recomendación 19 (Décimo Primera Sesión, 1992) declaró que la violencia basada en el género es una forma de discriminación que seriamente inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón. Por tanto, la definición de discriminación de la que trata el artículo 1 de la Convención incluye la violencia basada en el género, definida como aquella dirigida contra las mujeres por ser tales o que afecta a las mujeres desproporcionadamente. Igualmente, precisa que los Estados pueden ser responsables por los actos perpetrados por los particulares si faltan al deber de actuar con la debida diligencia en prevenir las violaciones a los derechos, en investigar y castigar los actos de violencia, o en garantizar compensaciones a las víctimas.

## DERECHO A LA IGUALDAD/PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN

La DUDH afirmó que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición<sup>50</sup>. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja la DUDH y contra toda provocación a tal discriminación<sup>51</sup>.

La Declaración Americana afirma que todos son iguales ante la ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna.

El PDCP en los artículos 2 (1), 3, 20 (2), 23 (4) y 26 reafirma el principio de igualdad y la prohibición de discriminación. La Convención Americana hace lo propio en los artículos 1(1)(2), 13 (5), 17 (4) y 24. El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales incluye el principio de igualdad entre hombres y mujeres en el goce de los derechos reconocidos por el Pacto en el artículo 3. El Protocolo de San Salvador en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también en el artículo 3, incluye la obligación de no discriminación en los siguientes términos: «*Los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición sociab.*

Entre los principales cuerpos dirigidos a la eliminación de la discriminación destacan la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

<sup>50</sup>Artículo 2 (1).

<sup>51</sup>Artículo 7 de la DUDH.

Los Estados Partes de la Convención contra la discriminación racial se comprometen a eliminar dicha discriminación en todas sus formas y garantizar el derecho de todas las personas, sin distinción de raza, color u origen nacional o étnico, a la igualdad ante la ley y al disfrute del derecho a la seguridad personal y a la protección del Estado contra toda violencia o daño corporal, sea infligido por funcionarios gubernamentales o por cualquier individuo, grupo o institución<sup>52</sup>. Igualmente, los Estados Partes se comprometen a garantizar igual acceso a servicios públicos, el derecho a la salud pública y a la atención médica<sup>53</sup>.

La CEDAW estableció que la expresión «discriminación contra la mujer» denotará *«toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado, menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales»*<sup>54</sup>.

La definición cubre<sup>55</sup>: todo trato diferenciado por razón de sexo que ponga a la mujer en desventaja, sea de manera *intencional o no intencional*, que impida el reconocimiento, por toda la sociedad, de los derechos de la mujer en las esferas pública y privada, o que impida a la mujer el ejercicio de sus derechos. Como obligación elemental, la Convención de la Mujer impone a los Estados *«abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar porque las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación»*<sup>56</sup>. Igualmente y bajo la exigencia de seguir, *por todos los medios y sin dilaciones* una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer, los Estados Partes se comprometen a *«adoptar medidas adecuadas,*

*legislativas y de otro carácter con las sanciones correspondientes que prohiban toda discriminación contra la mujer»*<sup>57</sup> y *«adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer»*<sup>58</sup>.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, establece que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros, el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación<sup>59</sup>. Para la adopción de medidas que los Estados deben adoptar de conformidad con las obligaciones contraídas a través de la CIPSEVM, deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer cuando está en condición socioeconómica desfavorable<sup>60</sup>.

La Declaración sobre la Violencia contra la Mujer afirma *«la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos»*.

El Convenio OIT N°169 Sobre Pueblos Indígenas es igualmente un valioso instrumento para proteger los derechos de esos pueblos y de los sujetos que pertenecen a ellos, garantizar el respeto a su integridad y combatir la discriminación contra su población.

En cuanto a discriminación por sexo, debe tenerse también presente los siguientes documentos de las Conferencias de Naciones Unidas:

La Declaración de Viena (1993), párrafo 18, estableció que *«Los derechos humanos de la mujer*

<sup>52</sup>Artículo 5 (b) de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.

<sup>53</sup>Artículo 5 (e)(iv) de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.

<sup>54</sup>Artículo 1.

<sup>55</sup>Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas, op. cit. 5.

<sup>56</sup>Artículo 2 (d).

<sup>57</sup>Artículo 2 (b).

<sup>58</sup>Artículo 2 (f).

<sup>59</sup>Artículo 6 (a) CIPSEVM.

<sup>60</sup>Artículo 9 CIPSEVM.



*y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad de la mujer en la vida política, civil, económica social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional».*

El Programa de Acción de El Cairo (1994), Principio 1, enunció que *«todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Toda persona tiene los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión pública o de otra índole, origen nacional, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición».* Principio 4: *«(...) Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y adolescentes son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivo de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional».*

La Plataforma de Acción Mundial sobre la Mujer (1995) en el párrafo 214 señala que *«La igualdad de derechos de la mujer y el hombre se menciona explícitamente en el Preámbulo de la Carta de Naciones Unidas. En todos los principales instrumentos internacionales de derechos humanos se incluye el sexo entre los motivos por los cuales se prohíbe a los Estados toda discriminación».*

#### **OTROS DERECHOS HUMANOS RELEVANTES**

Además de los anteriores derechos humanos, son relevantes: el derecho a la privacidad y el derecho a disfrutar de los avances científicos.

## **IV. LOS COMITÉS MONITORES DE LOS TRATADOS ANTE EL EXAMEN DE LOS INFORMES PERIÓDICOS DE LOS ESTADOS**

A continuación incluimos algunos ejemplos que permiten apreciar los estándares aplicados por los Comités monitores de los tratados al abordar cuestiones relativas a la interrupción voluntaria del embarazo.

### **EL COMITÉ DE LA CONVENCION PARA LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LA MUJER**

El Comité, al examinar los informes periódicos tercero y cuarto combinados del Perú en la sesión de julio 1998, expresó entre las principales esferas de preocupación y recomendaciones en el documento de Observaciones Finales, las siguientes<sup>61</sup>:

*El Comité observa con preocupación que existe un estrecho vínculo entre el índice de abortos practicados y la alta tasa de mortalidad materna, y señala que la tipificación del aborto como delito no hace desistir del aborto sino que lo hace inseguro y peligroso para las mujeres.*

*El Comité recomienda al Gobierno del Perú que revise su legislación sobre el aborto y vele por que la mujer tenga acceso a servicios de salud generales y completos, que incluyan el aborto sin riesgo, y la atención médica de urgencia cuando surjan complicaciones derivadas del aborto.*

*Asimismo, el Comité pide que se incluya en el siguiente informe periódico información sobre la aplicación de esas medidas y sobre los servicios de salud que están a disposición de las mujeres que requieren atención médica de urgencia a consecuencia de complicaciones derivadas del aborto.*

Al examinar los informes periódicos segundo, tercero y cuarto combinados de República Dominicana en la sesión de febrero

<sup>61</sup> A/53/38/Rev.1, paras.292-346. En: [www.unhcr.ch/ubs/doc.nsf](http://www.unhcr.ch/ubs/doc.nsf)

1998, el Comité expresó entre las principales esferas de preocupación y recomendaciones en el documento de Observaciones Finales, las siguientes<sup>62</sup>:

*El Comité expresa profunda preocupación con respecto a la alta tasa de mortalidad materna causada, como es anotado en el informe, por toxemia, hemorragias durante el parto y abortos clandestinos; el Comité anota que la toxemia puede ser causada también por abortos inducidos. La alta tasa de mortalidad materna, en conjunción con el hecho que los abortos en República Dominicana son absolutamente y bajo todas las circunstancias ilegales, es causa de gran preocupación al Comité y llama la atención sobre las implicancias en la situación de disfrute del derecho a la vida de las mujeres.*

*El Comité invita al Gobierno a fortalecer los programas de educación para adolescentes varones y mujeres, sobre salud sexual y reproductiva, sobre el combate a la expansión del VIH/SIDA y sobre planificación familiar. Invita también al gobierno a revisar la legislación en el área de la salud sexual y reproductiva, en particular en relación al aborto, a fin de dar pleno cumplimiento a los artículos 10 y 12 de la Convención».*

## EL COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS

El Comité que vigila el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, al examinar el cuarto informe periódico de Chile, expresó entre las principales esferas de preocupación y recomendaciones en el documento de Observaciones Finales, las siguientes<sup>63</sup>:

*La penalización de todo aborto, sin excepción, plantea graves problemas, sobre todo a la luz de informes incontestados según los cuales muchas mujeres se someten a abortos ilegales poniendo en peligro sus vidas. El deber jurídico impuesto sobre el personal de salud de informar de los casos de mujeres que se hayan sometido a abortos puede inhibir a las mujeres que quieran obtener tratamiento médico, poniendo así en peligro sus*

*vidas. El Estado Parte está en el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida de todas las personas, incluidas las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo. En este sentido:*

*El Comité recomienda que se revise la ley para establecer excepciones de la prohibición general de todo aborto y proteger el carácter confidencial de la información médica.*

## PARA CONCLUIR...

Cuando los estados prescinden del derecho internacional de los derechos humanos al momento de formular y poner en marcha normas internas y políticas, existen bases para expresar preocupaciones y emprender acciones a fin de que éstos ajusten sus decisiones y corrijan sus desempeños. En los últimos años, la interrupción voluntaria del embarazo y la problemática que rodea el tema han sido objeto de atención por parte del marco institucional creado para asegurar que los Estados cumplan sus deberes de respetar y proteger los derechos humanos. La aplicación de la prohibición de discriminación por género ha sido clave en el desarrollo de estándares internacionales al respecto. En dicha línea, diversas instancias que vigilan la aplicación de los tratados han encontrado motivos para formular observaciones de incumplimiento a los Estados que criminalizan el aborto y han recomendado, de modo consistente, la revisión de tal legislación.

A pesar de que los Estados deben promover los derechos humanos, difundir sus alcances en la población y dar a conocer las decisiones, observaciones y recomendaciones que las respectivas instancias internacionales producen, usualmente no lo hacen. Así, ha recaído como tarea de activistas, hacer valer tales exigencias a fin de que no se sustraigan de los debates.

<sup>62</sup> A/53/38/Rev.1 En: [www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports.htm)

<sup>63</sup> CCPR/C/79/add.104. En: [www.unhr.ch/tbs/doc.nsf](http://www.unhr.ch/tbs/doc.nsf)

Los debates en América Latina sobre la interrupción voluntaria del embarazo han ignorado con frecuencia las obligaciones contraídas por los Estados a través de los tratados de derechos humanos. De modo predominante, los gobernantes y las élites políticas se han sometido y han pretendido someter a las personas a mandatos cuya inspiración es ajena al principio de universalidad propio del marco de los derechos humanos. Así, ciertos imperativos religiosos o ideológicos a los cuales pueden adherirse de modo particular los individuos (ética particular) han sido implantados por quienes se encuentran revestidos de poderes públicos como prescripciones jurídicas o bases para la actuación estatal. Al hacerlo, pueden entrar en confrontación con derechos y libertades conquistadas por la humanidad y, en consecuencia, deben rendir cuentas al respecto.

Los derechos humanos constituyen salvaguardas ante decisiones y prácticas que lesionan a las personas individualmente o afectan a colectivos. No hay alegación que pueda justificar violar derechos humanos reconocidos internacionalmente.

Además de insistir en que los derechos humanos son normas de obligado cumplimiento a las cuales los Estados se vinculan jurídicamente, es importante reconocer los contenidos éticos que subyacen a tales enunciados, los mimos que han adquirido el valor de norma positiva. Abordar esta dimensión en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo es no menos necesario que cuando se trata de cuestiones como la esclavitud, la pena de muerte, la tortura, las desapariciones o las ejecuciones extrajudiciales.

Un primer aspecto a destacar es que la formulación de juicios prescriptivos ante la reproducción humana ha tenido una larga historia, en la que se ha desconocido a las mujeres como agentes morales con relación al proceso reproductivo que en ellas se desarrolla. El sujeto femenino ha sido tradicionalmente despojado de un ámbito de decisión que se desenvuelve en su corporalidad y a partir del cual se desencadena una relación cuya intensidad no es fácilmente comparable a otros vínculos humanos. Desde el

feminismo, nos hemos opuesto a que la reproducción humana sea reducida a un mandato biológico que niega el proceso intersubjetivo que alberga la llegada de una vida nueva, y que cuenta para afirmarse con la dignidad de la persona.

Sin duda, la vida humana constituye uno de los grandes temas sobre los que todos formulamos juicios éticos. Las mujeres ante la experiencia del embarazo, como experiencia única e irrepetible, hacemos juicios y ponemos en juego nuestros valores para resolver situaciones dilemáticas. Más aún, como las estadísticas lo demuestran, muchas transgredimos aquellas normas que rechazan que las mujeres interrumpan un embarazo. Amparamos, cuando está en nuestras manos, a aquéllas que así lo han decidido para que no expongan sus vidas en los contextos que criminalizan tales prácticas.

El derecho de las mujeres a conservar sus vidas es un derecho humano que sólo pueden desconocer quienes rechacen el valor que tiene la vida del sujeto femenino. Privar a las mujeres del derecho a decidir es sancionar de partida a las mujeres como incapaces de una reflexión ética sobre un proceso que las concierne y afecta como sujetos protagonistas. La mujer en la reproducción no es un medio, es siempre una persona, aunque una tradición patriarcal insista en visualizarla como un objeto a disposición del deseo de otros.

Cuando la maternidad es una decisión libremente elegida, el vínculo entre la madre y quien llega a la vida incrementa capacidades, anima a ambos a la vida. Sin embargo, hay al parecer quienes desde una cultura del sufrimiento y de la muerte buscan consagrar lo contrario, donde el mayor pecado es no contar con el poder que tales voces disponen.

Cuando en América Latina las autoridades ignoran o renuncian a una reflexión ética sobre la reproducción humana y se allanan por motivaciones políticas a sostener la criminalización del aborto, nos arrebatan a las mujeres y a los nacidos, es decir a todos, un caudal de capacidades que valdría la pena medir para sindicarse responsables sobre su pérdida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bobbio, N. (1993). *El Tiempo de los Derechos*. Madrid: Sistema.
- Boland, R., Rao, S. & Zeidenstein, G. (1994). *Honoring Human Rights in Population Policies: From Declaration to Action*. En: Sen, G., Germaine, A. & Chen, L. C. (Eds.). *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights*. Harvard: Harvard Center for Population and Development Studies, International Women's Health Coalition, Harvard University Press.
- Careaga, G., Figueroa, J. M. & Mejía, C. (Comp.) (1996). *Ética y Salud Reproductiva*. México: Miguel Ángel Porrúa, Coordinación de Humanidades-Programa Universitario de Estudios de Género UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud UNAM.
- Cervantes Carson, A. (1996). De Mujeres, Médicos y Burócratas: Políticas de Población y derechos humanos en México. En: *Ética y Salud reproductiva*. México: UNAM y Editorial Porrúa.
- Chapman, A. (1996). A Violations Approach for Monitoring the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. *Human Rights Quarterly*, 18.
- CLADEM. (2000). *Cuestión de Vida. Balance Regional sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Lima: CLADEM.
- Cook, R. (1990). International Protection of Women's Reproductive Rights. *International Law and Politics*, 24.
- \_\_\_\_\_ (1994). State Responsibility for Violations of Women's Human Rights. *Harvard Human Rights Journal*, 7.
- \_\_\_\_\_ (1995). Human Rights and Reproductive Self-Determination. *The American University Law Review*, 44.
- \_\_\_\_\_ (1996). «Considerations for Formulating Reproductive Health Laws». (Draft).
- \_\_\_\_\_ (Ed.) (1996). *Derechos Humanos de la Mujer, Perspectivas Nacionales e Internacionales*. Santafé de Bogotá: PROFAMILIA.
- Correa, S. en colaboración con Reichmann, R. (1994). *Population and Reproductive Rights. Feminist Perspectives from the South*. New Delhi: Published in association with DAWN, Zed Books Ltd, London & New Jersey, Kali for Women.
- CRLP-CLADEM. (1998). *Silencio y Complicidad. Violencia contra las Mujeres en los servicios públicos de salud en Perú*. Lima.
- CRLP-DEMUS. (1997). *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas reproductivas, América Latina y el Caribe*. Lima-Nueva York.
- Doyal, L. & Goung, I. (1994). *Teoría de las Necesidades Humanas*. Madrid: Icaria.
- Dworkin, R. (1994). *El Dominio de la Vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual* Barcelona: Versión en castellano de Ricardo Caracciolo y Victor Ferreres (Universitat Pompeu Fabra), Ariel S.A.,
- Elson, D. & Gideon, J. (2000). *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el empoderamiento de las mujeres*. Serie Desafíos. Lima: Ediciones Flora Tristán - UNIFEM.
- Fagan, P. F. (2001). *How U.N. Conventions on Women's and Children Rights Undermine Family, Religion and Sovereignty*. Washington: The Heritage Foundation Backgrounder, Produced by the Kathryn and Shelby Cullom Davis Institute for International Studies, (1407). Disponible en <http://www.heritage.org>
- FAMILY CARE INTERNATIONAL. (1994). *Acción para el siglo XXI. Salud y Derechos Reproductivos Para Todos*. Nueva York.
- FAMILY CARE INTERNATIONAL. (1995). *Compromisos para la salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de todos*. Nueva York.
- Fraser, N. (1997). *Injusticia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición «post socialista»*. Santafé de Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes. (Traducción Magdalena Holguín e Isabel Cristina Jaramillo)

- Herrera Flores, J. (2000). Hacia una Visión Compleja de los Derechos Humanos. En: *El Vuelo de Anteo, Derechos Humanos y Crítica de la Razón Liberal*. Bilbao: Palimpsesto Derechos Humanos y Desarrollo, Editorial Desclée de Brouwer.
- \_\_\_\_\_ (Ed.). (2000). *El Vuelo de Anteo, Derechos Humanos y Crítica de la Razón Liberal*. Bilbao: Palimpsesto Derechos Humanos y Desarrollo, Editorial Desclée de Brouwer.
- Hinkelammert, F. (2000). La Inversión de los Derechos Humanos: El Caso de John Locke. En: *El Vuelo de Anteo, Derechos Humanos y Crítica de la Razón Liberal*. Bilbao: Palimpsesto Derechos Humanos y Desarrollo, Editorial Desclée de Brouwer.
- Iguñiz, J. (1996). *Definiciones de Desarrollo y Experiencias de Género*. Lima: Instituto Bartolomé de las Casas.
- IIDH-CLADEM. (1995). *Protección Internacional de los Derechos Humanos de las Mujeres*. San José de Costa Rica.
- IIDH, Women, Law & Developmente International, Human Rights Watch/Women´s Rights Project. (1999). *Derechos Humanos de las Mujeres: Paso a Paso*. San José de Costa Rica.
- INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS LAW GROUP. (1993). Women´s Human Rights: Follow-up to Vienna, Training and Reference Manual, Washington D.C.
- MacKinnon, C. (1998). Crímenes de Guerra, Crímenes de Paz. En: Shute, S. & Hurley S. (Eds.). *De los Derechos Humanos*. Madrid: Trotta.
- Nussbaum, M. (1998). Capacidades humanas y justicia social. En: Reichman, J. (Ed.) *Necesitar, desear, vivir*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- ONU. (1990). *Manual on Human Rights Reporting, under six major international Human Rights Instruments*. New York..
- OPS. (1990). Códigos Internacionales de Ética. En: *Biomédica: Temas y Perspectivas*. Washington D.C.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Barcelona: Planeta.
- Tamayo, G. (2000). «Derechos Humanos de las Mujeres, Violencia contra la Mujer y Paz en la Región. Revisión de avances y desafíos a cinco años de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer». Lima.
- Yamin, A.E. & Maine, D.P. (1999). Maternal Mortality as A Human Rights Issue. Measuring Compliance with International Treaty Obligations. En: *Human Rights Quarterly*, 21:563-607.



# XI

## REFORMA, ECONOMÍA Y GLOBALIZACIÓN





## INTRODUCCIÓN

# ESQUEMAS CONCEPTUALES Y PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE REFORMA DEL SECTOR SALUD

---

*Susana Belmartino*

---

En esta presentación me propongo recuperar el camino metodológico recorrido por un grupo de investigadores, en el diseño de proyectos dedicados a abordar aspectos políticos de los procesos de reforma de la atención médica en diferentes escenarios latinoamericanos. Ese camino se aborda como un proceso lógico de aplicación de determinadas perspectivas analíticas a un problema social. Como tal, se inicia en el momento en que se identifica alguna condición particularmente problemática de los respectivos sistemas de servicios y culmina con el diseño de una metodología de recolección y análisis de información, a la que se adjudica capacidad para producir el conocimiento adecuado para resolver esa condición. Los estudios sometidos a ese análisis han sido seleccionados de un conjunto identificado por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el *International Development Research Centre* (IDRC) de Canadá, como parte de su proyecto de fortalecimiento de la investigación en Sistemas de Servicios de Salud (SSS) y utilización de sus resultados en la toma de decisiones sobre políticas de Reforma.

Independientemente de la existencia de diferentes concepciones en torno a cuál es el contenido legítimo de la expresión *metodología*, el camino seleccionado como objeto de este trabajo supone indudablemente la existencia de algún método que oriente al investigador entre las alternativas a su disposición, mientras desarrolla las actividades de reflexión, análisis y sistematización indispensables para poner en marcha su proyecto de investigación. Entre tales actividades, el uso más o menos generalizado incluye en primer lugar el reconocimiento de una *situación problemática*, luego la identificación de un *objeto de estudio* cuyo mejor conocimiento se vincula hipotéticamente a la resolución o superación de esa condición insatisfactoria; a partir de allí, la selección de las disciplinas o

---

\* Historiadora. Docente Investigadora de la Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, Argentina. E-mail: cessa@asocmedrosario.com.ar

técnicas más pertinentes para su abordaje, la identificación de los conceptos relevantes, el otorgamiento de un rol orientador a una determinada perspectiva analítica. Este proceso culmina por lo general en la definición de los *objetivos* específicos asignados al estudio y la programación de las actividades destinadas a su concreción: la selección de los instrumentos de recolección y análisis de la información respectiva, su discusión, la presentación de resultados. De manera cada vez más imperiosa, la necesidad de seleccionar estrategias de orientación en el interior de los procesos de reforma, convierte a la utilización del nuevo conocimiento así producido sobre decisiones de política en un ingrediente crucial de los proyectos de investigación sobre el área.

Es posible reconocer, por consiguiente, algunos nudos clave en los procesos de diseño de investigaciones sobre reforma, que están dotados con la capacidad de incidir en los resultados finales, de manera de ser útiles para la mejora de las condiciones del sistema de servicios. En mi perspectiva los principales serían: i) la articulación entre situación problemática y construcción del objeto de estudio como problema de conocimiento; ii) la selección de los instrumentos metodológicos adecuados para responder a las preguntas generadas por ese proceso; iii) la lectura del nuevo conocimiento producido en clave operativa, como sustento de las decisiones sobre política.

En esta revisión el interés se focaliza en el primer eje de articulación identificado. La principal hipótesis de trabajo puede en este punto enunciarse en términos relativamente simples, que luego se irán abriendo y complejizando: Pretendo defender aquí una perspectiva que reconoce en la *perspectiva analítica* utilizada por el investigador el ingrediente estratégico que dominará la articulación entre tres componentes del proceso de diseño de una investigación: situación problemática / objeto de estudio / interrogantes que el estudio procurará responder. La expresión *perspectiva analítica* se utiliza en referencia a alguna corriente dentro del campo de las teorías sociales que sirve de sustento conceptual a la elaboración del problema de conocimiento bajo estudio.

Mi prioridad para este texto es subrayar la importancia de este primer momento en el recorrido a investigar. Esa importancia puede sintetizarse en pocas palabras: considero que la identificación de las preguntas a formular es tan importante como la selección de los instrumentos destinados a darles respuesta. Para formular con precisión los interrogantes estratégicos para el conocimiento de la situación problemática, el investigador utiliza -de manera explícita o implícita- una determinada perspectiva analítica, que le servirá de sustento para la construcción de su objeto. En este trabajo me propongo específicamente discutir algunas perspectivas analíticas relativamente novedosas que en los últimos años han estimulado una reformulación de los enfoques sobre Reforma.

En las páginas que siguen analizaré en primer término muy brevemente las condiciones generales de la investigación sobre reforma del sector salud; luego haré una caracterización somera de los estudios incorporados a esta revisión identificando las perspectivas analíticas que los orientan, para terminar mostrando su vinculación con los interrogantes formulados por los investigadores.

## EL CAMPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE REFORMA

El campo de indagación sobre reforma del sector salud, en tanto recorte específico de la investigación en Sistemas y Servicios de Salud, puede pensarse en primer lugar como un espacio de integración disciplinaria. Contribuyen a dar cuenta de las peculiaridades de este objeto de trabajo algunas de las grandes corrientes de reflexión en el interior de las ciencias sociales contemporáneas: economía, ciencia política, ciencia de la administración, historia, filosofía política, sociología de las organizaciones, antropología, ciencias de la conducta. Estos y otros registros disciplinarios proporcionan nuevos enfoques e instrumentos de análisis que han sufrido ya un proceso de integración y se encuentran operando en el campo de la investigación sobre Reforma, en tanto se han

mostrado particularmente aptos para abordar algunas de las cuestiones sometidas a problematización:

- el nuevo rol del Estado
- los incentivos presentes en determinadas formas de organización de servicios
- las nuevas modalidades de interacción entre financiadores y proveedores
- el relieve otorgado en algunos escenarios a la función de compra de servicios
- los aportes de los estudios de costo-efectividad a la definición de paquetes básicos de cobertura, o a la elaboración de normas de práctica
- la necesidad de volver a conceptualizar y operacionalizar nociones tradicionales como equidad, necesidad, calidad de la atención médica o accesibilidad
- el interés por aplicar una perspectiva relacional que dé cuenta de la interacción entre las diversas funciones en el interior del sistema de servicios, o reformule, en el ámbito de las prácticas cotidianas entre sujetos concretos, los abordajes clásicos dedicados a interrogar la relación población/servicios.

También debe reconocerse a este campo una estructura compleja que hace necesaria la delimitación de niveles en la organización de las prácticas sociales sujetas a indagación. Los abordajes más tradicionales reconocían fundamentalmente un nivel micro, lugar de la interacción entre pacientes y profesionales de salud o bien espacio de organización de las instituciones donde esa interacción se concreta; y un nivel macro, ubicado generalmente en el ámbito de la actividad del Estado y la formulación de sus políticas sectoriales, escenario donde se generan las reglas de conformación del sistema o subsistemas de servicios. La experiencia de reforma y las agendas difundidas a partir del debate

internacional parecen actualmente otorgar hegemonía a un nivel intermedio o meso, en tanto espacio específico de la vinculación entre financiamiento y provisión (o bien entre compradores y proveedores), aseguradores y población a cargo, pacientes e instituciones proveedoras de atención, ya sea que se ubique a nivel nacional, regional o local. Es ese nivel intermedio o meso el objeto de interés particular en este trabajo, en función de anteriores estudios dedicados a Reforma donde se concluye que las principales transformaciones en los sistemas de servicios de atención médica se han producido en el interior de relaciones identificables en ese espacio (Belmartino, 2000). Esto aparece en buena medida ratificado por el debate internacional y por la pequeña muestra de trabajos utilizados en este estudio, donde el interés dominante parece traducirse en términos de la gestión del sistema y sus resultados en eficacia, eficiencia y utilización -impacto- en relación a la población beneficiaria.

La recuperación de los abordajes específicos de los estudios bajo revisión se presenta a continuación, siguiendo las pautas lógicas de la elaboración de un proyecto: descripción de la situación problemática, delimitación del objeto o formulación del problema bajo estudio, enumeración de objetivos, identificación de las formas adecuadas de producción y procesamiento de información.

## DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA<sup>1</sup>

En los proyectos revisados no se encuentra la expresión *situación problemática* como referencia explícita del detonador social o institucional de la identificación del problema bajo estudio. Sin embargo, ese señalamiento

---

<sup>1</sup> La expresión situación problemática remite en este texto a «un estado de cosas, sucesos, situaciones, procesos, existentes en la teoría o las condiciones empíricas que por resultar insatisfactorios para alguien son percibidos como problemáticos». En consecuencia, las situaciones problemáticas no refieren exclusivamente a hechos, sucesos o acontecimientos de la vida cotidiana, sino que también pueden darse en un determinado cuerpo teórico de conocimientos (Borsotti *et al.*, 1996).

proporciona un punto de partida para analizar la tarea del investigador, permitiendo un acercamiento a lo que considera como ejes problemáticos de la reforma sectorial.

En un buen número de proyectos la situación problemática que justifica el desarrollo de la investigación se deriva explícitamente de los procesos de cambio a nivel macro, originados en la crisis de los 80 y su repercusión en los años 90. Con diferencias de matices según el país involucrado, operan aquí como disparadores las políticas de ajuste que siguieron a la crisis de la deuda en 1982 y los procesos de *reconversión de la economía y reforma del estado* que fueron su consecuencia.

Un número mayor de los estudios revisados opta por definir una situación problemática identificada en el interior del sector, sin referencia explícita a los procesos de crisis y reestructuración de las respectivas sociedades. En estos casos la situación problemática puede remitir a:

- i. la puesta en marcha de programas específicos a los que se ha asignado importancia particular y/o prioridad en la agenda de políticas, sin que exista evaluación suficiente respecto a la adecuación de su diseño con los objetivos perseguidos;
- ii. la puesta en marcha de formas de organización innovadoras con resultados aparentemente positivos que no han sido, sin embargo, evaluados de manera adecuada;
- iii. la verificación de condiciones de relativa asimetría en los resultados de la reforma para las poblaciones involucradas;
- iv. la identificación de algún área clave en las estrategias de reforma en la cual no se ha logrado los resultados esperados;
- v. la identificación de obstáculos y dificultades que inciden en la aplicación de las decisiones sobre reforma y la obtención de las mejoras previstas;
- vi. el aparente retroceso en el interior de la agenda de reforma de una determinada estrategia cuyos resultados no han sido adecuada o suficientemente evaluados y la

identificación de una perspectiva analítica adecuada para realizar esa evaluación;

- vii. la utilidad de validar un determinado marco normativo y el análisis político de las dificultades de su implantación.

En los siguientes items de esta revisión intentaré mostrar que los contenidos asignados a la situación problemática no tienen una vinculación directa con la definición del objeto de investigación o los objetivos específicos identificados. Es decir, no hay una relación unívoca entre las características de la situación motivadora y el diseño del estudio.

Esto puede considerarse como un indicador de la multiplicidad de enfoques que ofrece el campo bajo análisis -producto a la vez de la complejidad del objeto reforma, sus diferentes niveles de problematización y la variedad de disciplinas y abordajes involucrados- y la ausencia de supuestos preestablecidos sobre la pertinencia, adecuación o legitimidad de alguno/s de ellos. Se reúne de este modo una suma de elementos favorables a la consolidación de un área de investigaciones multidisciplinaria, pluralista y con gran proyección de crecimiento futuro.

Sin embargo, me interesa insistir aquí sobre algo ya señalado: en este punto se abre la primera opción entre diferentes alternativas disponibles para el investigador; opción que puede tener importancia significativa en función de los resultados del proyecto. La selección del objeto de estudio -y también del recorte que se realice en su interior- tendrá seguramente un fuerte anclaje en el campo disciplinario específico al que los investigadores se adscriban. Dependerá también, sin embargo, de su disposición a reconocer los vínculos con otras disciplinas más o menos próximas; su familiaridad con determinadas categorías de análisis; el nivel de organización del sistema que se considere estratégico para el abordaje de la situación motivadora. Todos estos aspectos de alguna manera encontrarán una articulación particular en la perspectiva analítica que dé sustento al diseño. De ella dependerá la originalidad, consistencia, claridad, productividad y adecuación de los

interrogantes planteados para el estudio y por consiguiente de la significación de la respuesta a obtener.

## **LA DELIMITACIÓN DEL OBJETO, HIPÓTESIS, CONCEPTUALIZACIÓN, OBJETIVOS**

El camino conceptual que lleva desde la situación problemática a la definición del objeto de estudio supone un esfuerzo de abstracción y sistematización, destinado a abordar un problema o necesidad social y/o sectorial a partir de una determinada disciplina o perspectiva interdisciplinaria, de manera de convertirlo en un problema de conocimiento. Al iniciarse ese proceso el objeto identificado puede todavía ser reconocible en su dimensión empírica; sin embargo, a medida que va cobrando una dimensión conceptual y se precisan las relaciones entre las principales nociones o categorías seleccionadas para transformarlo en una construcción teórica, va perdiendo sus características de objeto real-concreto para transformarse en una abstracción. La principal tarea de sistematización llevada a cabo por el investigador es reducir la complejidad del objeto identificado para su estudio, seleccionando entre las múltiples relaciones que lo conforman (las múltiples dimensiones de lo real) aquéllas en condiciones de proporcionar una mejor respuesta, una explicación más adecuada, al problema de conocimiento que pretende abordar.

Esa selección de nociones o conceptos que intervienen como organizadores del problema bajo estudio se apoya en algunos casos en hipótesis o supuestos sobre su dinámica interna. Los supuestos se proponen como resultado de un conocimiento previo que el investigador no pretende validar en esa particular investigación;

las hipótesis, por el contrario, proponen relaciones cuya validación o refutación constituye el principal eje de conocimiento del estudio. Ambos, sin embargo, contribuyen a la construcción del objeto de estudio abordado, proporcionando señales en torno su posible dinámica.

## **INVESTIGACIONES EN EL NIVEL MACRO**

### **LOS ESTUDIOS CON ORIENTACIÓN POLÍTICO INSTITUCIONAL**

Si la situación problemática se ha identificado a nivel macro social, la delimitación del objeto bajo estudio, aunque se ubique a nivel sectorial, incluirá probablemente las principales relaciones que -a juicio del investigador- vinculan lo social-general a lo sectorial. Con frecuencia -como sucede en los trabajos bajo revisión- el objeto identificado a nivel macro sectorial se articulará, en la delimitación del problema de conocimiento, con otros ubicados en niveles meso y/o micro, conformando un problema con registro en diferentes dimensiones, cuyas relaciones internas deberán también ser identificadas.

Esto supone una nueva cuestión metodológica, ya que las relaciones entre niveles no siempre son aprehensibles en forma directa, susceptible de operacionalización. Cuando se aborda problemas sociales es posible (y relativamente frecuente) formular relaciones de determinación entre los diferentes niveles identificados; sin embargo, ese tipo de enfoque pierde progresivamente terreno en el campo de la investigación en salud<sup>2</sup>. Por consiguiente, si el investigador expresa alguna hipótesis de consecuencia entre lo que sucede en diferentes niveles (p. e. las limitaciones en la accesibilidad a los servicios pensadas como consecuencia directa del ajuste presupuestario) deberá precisar los

---

<sup>2</sup> Y en el campo de las ciencias sociales en general, a partir de la diferenciación entre relaciones estructurales o sistémicas y perspectivas del sujeto, estructuras y acción, estructuras y procesos, etc.

respectivos mecanismos de vinculación. De lo contrario, los diferentes niveles aparecerán simplemente yuxtapuestos y la situación verificada en el nivel macro no necesariamente podrá utilizarse como explicación de los resultados del análisis micro.

Algunos de los estudios objeto de esta revisión se han hecho cargo de resolver ese tipo de complejidad en la delimitación de su objeto de estudio. En una primera aproximación destinada a precisar los términos del problema se intentará una somera descripción comparativa de tres proyectos que proporcionan un ejemplo de la cuestión esbozada. Dos de ellos se aplican al proceso de reforma en Brasil, y el tercero incorpora además la problemática de Argentina y México (Almeida *et al.*, 1998; d'Avila Viana & Dal Poz, 1998; Fleury *et al.*, 1998).

En los tres casos se identifica la situación problemática a nivel macro social y se presenta las condiciones sectoriales como consecuencia de los procesos de cambio verificados en ese nivel. En todos ellos se utiliza un enfoque político institucional para sistematizar los cambios sectoriales y se identifica una problemática meso o micro vinculada a los procesos macro: i) la conservación o deterioro de los valores de equidad en el acceso a la atención, que constituyeron uno de los fundamentos de la organización de un determinado SSS; ii) los procesos político institucionales que condicionan la implementación de programas específicos; iii) posibles obstáculos verificables en el acceso a los servicios de atención médica en diferentes países.

El primero de los estudios mencionados aborda objetos de análisis de nivel macro y micro; en el segundo, procesos identificados a un nivel intermedio ilustran la operatoria en ese nivel de los condicionantes hipotetizados para el nivel macro; en el tercer estudio la cuestión micro se presenta bajo un supuesto de vinculación o consecuencia de los cambios estudiados a nivel macro y meso.

En el primero de estos trabajos (Almeida *et al.*, 1998) el eje propuesto para explicar las debilidades resultantes en la implementación de la reforma se ubica en la actividad de los organismos estatales a cargo: discontinuidad en

las políticas sectoriales; inestabilidad de las autoridades del Ministerio de Salud; abandono de la prioridad originalmente acordada a la Reforma; insuficiencia de las inversiones realizadas; implementación a partir de un complejo proceso de descentralización que llevó a una fragmentación de las decisiones sobre asignación de recursos y a la adhesión de prácticas focalizadoras centradas en atención básica. A esa fragmentación se suma un proceso paralelo de reformulación de la oferta de servicios con la incorporación de la financiación proveniente de los seguros privados, que asume también una dinámica fragmentada según las condiciones locales. Como resultado, la capacidad de respuesta del sistema a nivel local diferirá en forma significativa según estados y municipios, no lográndose modificar el patrón de desigualdades geográficas y sociales previo a la reforma, que se identificara como uno de los obstáculos para aumentar la equidad del sistema.

Esa definición del problema de conocimiento conlleva a explorar enfoques conceptuales vinculados con la cuestión de las *capacidades institucionales* del Estado y, más específicamente, a su capacidad para implementar en forma efectiva las políticas sancionadas por sus organismos deliberativos, promoviendo cambios conducentes a una redistribución de poder entre los agentes sectoriales con el objeto de mejorar las condiciones de equidad en la asignación de recursos y el consumo de servicios. En consecuencia, los enfoques conceptuales utilizados harán referencia a instancias de regulación social, procesos de toma de decisiones en los organismos del Estado y resultados en términos de gobernabilidad.

Las distorsiones verificadas en la implementación de los objetivos de la reforma conforman el supuesto explicativo de posibles limitaciones a la equidad en la utilización de servicios por parte de la población, problema de conocimiento propio del nivel micro, para cuya construcción se recurre a las concepciones de justicia elaboradas por la filosofía política contemporánea en conjunción con debates sectoriales orientados por el interés de obtener una operacionalización del concepto de equidad en salud. Esta cuestión metodológica se resuelve

en este estudio a partir de la identificación de dos dimensiones de la relación entre necesidad y utilización: una geográfica, vinculada a la distribución regional de los recursos y otra social, relacionada con la oportunidad de utilización para los diferentes grupos sociales.

La vinculación supuesta entre ambos niveles de indagación se expresa a partir de considerar como factores explicativos de la utilización de servicios por parte de la población: *la efectiva implementación de la política de salud, las características organizacionales y de gestión, y también el nivel de conocimiento y experiencia de los profesionales, su ideología y nivel de autonomía.*

En el segundo estudio (d'Ávila Viana & Dal Poz, 1998), dedicado al análisis de los procesos de nivel intermedio, la delimitación del problema tiene algunos rasgos diferenciadores. Aunque se reconoce deficiencias originarias en la implementación del nuevo sistema, el eje de la indagación se ubica en la contraposición entre dos estrategias de reforma, en dos momentos diferenciados en el tiempo: los últimos años 80 (reforma integral, de orientación universalizante e implantación descentralizada) y las nuevas políticas definidas a partir de 1995 (reforma incremental del sistema público entendida como conjunto de modificaciones en el diseño y operacionalización de la política), como consecuencia de un diagnóstico de crisis sectorial (consecuencia de las limitaciones en el financiamiento de los primeros años 90 asociadas a cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población).

El utillaje conceptual aplicado remite al debate internacional sobre diferentes tipos de reforma, del que se extrae un supuesto ordenador para el análisis: *la implementación de una agenda de reforma y los resultados obtenidos dependerán del comportamiento de tres variables: exigencias económicas, intereses organizados y dimensión política.*

El proceso de implementación de un programa específico proporciona un escenario de nivel meso para el estudio de esa dinámica. El Programa de Salud de la Familia es abordado a partir de sus antecedentes históricos en una triple dimensión, consistente con el marco analítico propuesto: i) la dinámica entre restricciones

presupuestarias/ nuevas modalidades de gestión/ presiones derivadas del incremento de la demanda de servicios; ii) el rol jugado por las asociaciones de comunidad en el marco de alianzas establecidas a nivel local con agentes locales y representantes de organismos internacionales; iii) el rol articulador del Ministerio de Salud nacional y sus diferentes organismos. Ese recorrido histórico permite a los investigadores identificar el momento en que el Programa comienza a operar como elemento reestructurador del sistema de servicios.

Un tercer estudio (Fleury *et al.*, 1998) aborda los tres niveles identificados en una investigación comparativa entre países, a partir del análisis del contexto político, institucional y de salud en el cual se introducen las políticas de reforma. Se parte de una concepción que interpreta los sistemas de atención médica como construcciones histórico-sociales, resultantes de un proceso orientado por valores, dinámicas institucionales, opciones políticas, técnicas de intervención, demandas populares y la presión de los actores relevantes que tienen diferentes grados de control sobre recursos importantes en la arena sectorial. La investigación se organiza en tres momentos, cada uno de ellos centrado en un diferente nivel de análisis: i) se parte de un estudio a nivel macro de los cambios sufridos por las instituciones del sector en cada uno de los países en las últimas dos décadas; ii) ese enfoque de proceso es complementado con la identificación de los diferentes subsistemas de organización de los servicios operando en el momento previo y posterior a la implementación de los principales cambios, y las transformaciones ocurridas en las principales funciones propias de cada subsistema y en la interrelación entre sus agentes; iii) un tercer momento explora las condiciones de la utilización de los servicios de atención médica por la población a cargo. En este nivel la hipótesis que orienta el estudio propone que el sistema de atención médica revelará mayor o menor equidad según el peso relativo de los factores considerados como *habilitantes* o *facilitadores (enabling)* en la utilización de servicios por parte de las personas afectadas por las condiciones de salud/enfermedad/atención médica identificadas como trazadoras.

## LOS ENFOQUES DE GESTIÓN

Dos proyectos proponen enfoques destinados a evaluar resultados de políticas de Reforma que se ubican de manera exclusiva en el nivel macro social y sectorial -donde se generan los mecanismos de regulación del sistema- centrándose en los mecanismos de gestión (Beteta et al., 1998; Montoya & Colina, 1998). La estrategia analítica consiste en contraponer, por una parte, la perspectiva resultante del marco normativo elaborado para orientar el proceso de cambio y, por la otra, la visión de los actores que participaron en los procesos de reforma. De este modo, las conclusiones se construirían en función de *considerar los procesos de cambio como fenómenos complejos, en los que intervienen elementos de orden conceptual articulados a los intereses y estrategias de los diferentes grupos intervinientes*. Esta orientación predomina en dos estudios: uno de ellos dirigido a la evaluación del proceso de reforma chileno en lo vinculado a descentralización, separación de funciones y de métodos de pago; el segundo destinado a evaluar los obstáculos políticos existentes para la efectivización de un nuevo marco regulatorio para el sistema de obras sociales en Argentina.

Las hipótesis de trabajo propuestas para la investigación destinada a Chile podrían también aplicarse a las coordenadas conceptuales de organización del estudio sobre Argentina: *La alta complejidad de estructurar un marco conceptual adecuado que permita a los diseñadores de las políticas contar con el respaldo técnico nos lleva a plantear la hipótesis de la existencia de deficiencias, en el proceso de reformas, originadas en desviaciones entre el modelo -técnico- concebido y un modelo técnicamente «óptimo»*. Una segunda hipótesis apunta a que los cambios diseñados por los equipos impulsores de la reforma fueron obstaculizados por los agentes que resultaban perjudicados, produciéndose así una segunda fuente de desviaciones respecto de las recomendaciones técnicamente correctas. Deficiencias y desviaciones se piensan como fallas en la racionalidad técnica finalmente expresada por las nuevas instituciones (Beteta et al., 1998).

Ambos investigadores, por consiguiente, definen su objeto en función de la reconstrucción de un proceso de cambios ubicado a nivel macro, intra y extra sectorial, la identificación de actores

con influencia en la agenda de reforma, sus intereses y estrategias y la situación resultante, en contraposición a un modelo «óptimo» de gestión, organizado según los parámetros de un determinado paradigma conceptual. En el diagnóstico formulado por los autores del trabajo sobre Argentina, *la Reforma aparecería más condicionada por problemas de presiones entre grupos de interés que por problemas de tipo técnico* (Montoya & Colina, 1998).

La definición del marco normativo óptimo elaborado como orientador de la reforma ubica los referentes conceptuales del problema en el interior de la economía neoclásica. Recupero algunas expresiones -sacadas de contexto- sólo a modo de ejemplo: *Una primera característica de las organizaciones públicas es que no están sujetas al riesgo de bancarrota, no sufren el rigor de la competencia, presentan más dificultad para medir su desempeño, tienen multiplicidad de objetivos y existen límites para el diseño y la aplicación de incentivos monetarios (...) Es posible lograr ganancias en eficiencia por medio de la especialización en el interior de la burocracia, en función de lograr un mayor grado de autonomía y flexibilidad en la asignación de recursos financieros y humanos (...) Bajo condiciones de competencia perfecta el mercado logra adecuada coordinación y adaptación a la vez que minimiza las demandas de información -el sistema de mercado requiere transmitir menos información que otro sistema (...) capaz de asegurar un resultado eficiente (...) Cuando se utiliza el mercado, y éste funciona bajo condiciones ideales, no hay necesidad de que se transmita información detallada sobre las necesidades, preferencias, posibilidades tecnológicas y disponibilidad de recursos que se requeriría para alcanzar una solución centralizada (...) ya que los precios sintetizan toda la información relevante* (Beteta et al., 1998).

## LAS PERSPECTIVAS ANALÍTICAS<sup>3</sup> QUE ORIENTAN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE NIVEL MACRO

En términos generales puede decirse que los problemas identificados en el nivel macro se orientan con frecuencia hacia enfoques

<sup>3</sup> La expresión *perspectiva analítica* se utiliza en referencia a alguna corriente dentro del campo de las teorías sociales que sirve de sustento conceptual a la elaboración del problema de conocimiento bajo estudio.



*interpretativos y explicativos* con preferencia a los registros simplemente descriptivos. En ellos, por consiguiente, la perspectiva analítica, aun implícita, es más fácilmente identificable.

En las ciencias sociales, a partir de los últimos años de la década del 70, el retroceso de los enfoques estructuralistas y la importancia acordada a una lectura estratégica de los cambios registrados a nivel macro otorgó una renovada importancia a las perspectivas analíticas vinculadas con las teorías de la acción. No se trató, sin embargo, de un movimiento pendular: el equilibrio se buscó a partir de abordar en términos relacionales estructura y acción, enfoques sistémicos y perspectivas de proceso. Esto significó privilegiar el análisis de las relaciones entre *actores sociales, actores políticos y actores estatales*, concebidos como fuerzas organizadas portadoras de una determinada visión del orden, tanto a nivel social general como sectorial. Corporaciones, grupos de interés, partidos políticos, asociaciones comunitarias, algunas agencias del Estado, fueron objeto de la preocupación de los analistas volcados al estudio del cambio social, que asignaban a su actividad en un campo determinado de las prácticas sociales capacidad explicativa tanto en relación al sentido y orientación de los cambios en proceso, como a las condiciones de reforzamiento del *statu quo*.

Ese tipo de abordaje conduce a pensar las relaciones de poder que se establecen en el interior de un determinado sector de políticas como fruto de la interacción entre agentes dotados de intereses y capacidades específicas, y en condiciones de defender modelos de organización sectorial (identificados también como *paradigmas*) que suponen una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en su interior.

En esos análisis suele diferenciarse una perspectiva estadocéntrica -el motor del cambio se coloca en el Estado como agente por excelencia del cambio y garante del orden social; una perspectiva sociocéntrica -el peso de los condicionantes se adjudica a una diferente distribución de poder entre los actores sociales y políticos involucrados; y una perspectiva relacional, según la cual sólo una mirada que dé cuenta de las relaciones entre actores estatales y actores sociales podrá proporcionar un

diagnóstico adecuado de las posibilidades y obstáculos existentes en sociedades concretas para llevar adelante alguna propuesta de cambio.

En la literatura dedicada a Reforma, el análisis del conflicto político encarnado en la lucha de diferentes actores, defendiendo intereses específicos y modelos de organización alternativos para las instituciones del sector, ha sido abordado en los últimos años a partir fundamentalmente de dos perspectivas: la primera podría ser caracterizada como sociocéntrica, inscribiéndose en la corriente *pluralista* en el interior de la ciencia política; la segunda se autopropone como relacional y se identifica con la vertiente *neo-institucional*.

En la perspectiva pluralista el énfasis se pone en la interacción de los actores visibles en el escenario político. Los desenlaces inmediatos se explican por la interacción de las aptitudes, preferencias y recursos de los participantes (Alford & Friedland, 1991). Las políticas de salud son analizadas como resultado de la lucha entre grupos de interés que defienden determinados modelos organizativos vs. grupos de interés que apoyan un paradigma alternativo. El resultado del conflicto estaría dado por las diferentes acumulaciones de recursos (técnicos, ideológicos, económicos, políticos) en manos de los contendientes.

En la perspectiva pluralista el Estado es considerado como una *arena* donde se entabla el conflicto o un *foro* donde se presenta y discute las diferentes alternativas en procura de la conformación o fortalecimiento de alianzas favorables a una u otra.

Las limitaciones de este enfoque, asociado en la literatura con una concepción de *mercado* político, radican en las dificultades para explicar el compromiso de los diferentes actores en torno al sostenimiento de un diseño institucional relativamente estable y el desconocimiento del posible papel a jugar por el Estado en el fortalecimiento de la capacidad de presión (*empowerment*) disponible en grupos subalternos o relativamente marginales a la agenda de políticas.

En uno de los trabajos objeto de esta revisión, González-Rossetti (2000) contraponen la perspectiva pluralista a la neo institucional:

*Mientras el análisis de los grupos de interés permite comprender la dinámica de la política de reforma, ofrece pocas respuestas en los casos en que los decisores han decidido avanzar en una reforma pese a la resistencia visible de poderosos grupos sociales. Una mirada más cercana a las limitaciones y oportunidades ofrecidas por el contexto institucional en cuyo interior estos decisores impulsan su agenda de reforma brinda la posibilidad de ofrecer un cuadro más completo de los factores políticos que afectan el cambio de políticas.*

El origen y estímulo de la reflexión neo institucionalista se ubica en los déficit de gobernabilidad que puso de manifiesto la crisis de los 70. En ese contexto sociopolítico, la emergencia de una sobrecarga de demandas y la pérdida de legitimidad de la actividad estatal otorgaron particular relieve al problema de la capacidad de los estados para regular la relación entre actores con expectativas divergentes en la definición de las relaciones sociales fundamentales. En esa coyuntura, señala Skocpol (1985), el desafío consiste en analizar los estados en una doble dimensión: como actores dotados de diferentes grados de autonomía y como estructuras institucionales capaces de encauzar el conflicto social; otros analistas enfatizan como una cuestión clave en este caso la «administración consentida» (*governance*) de la sociedad. (Alford & Friedland, 1991).

Enfrentando ese desafío, la perspectiva neo-institucional se aleja del análisis focalizado en la sociedad para volverse hacia el Estado. En ese giro, sin embargo, no se instala en la caracterización del Estado Leviatán, todopoderoso propulsor de transformaciones sociales que en América Latina se expresara en la imagen del Estado Cepaliano. Adopta en cambio una perspectiva relacional, procurando explicar la acción del Estado tanto a nivel de la toma de decisiones como de su implementación, a partir de dos ejes: la explicitación de las relaciones establecidas entre organismos del Estado y actores sociales y políticos y la valoración de la consistencia, coherencia y solvencia técnica construidas en el interior de tales organismos para respaldar las propuestas de cambio.

En un artículo clave Peter Evans (1996) se refiere a ese doble conjunto de relaciones a partir del concepto de autonomía enraizada (*embedded autonomy*) que remite a la coherencia interna y la vinculación externa de los organismos estatales. El primer atributo daría cuenta del nivel de pericia existente en los organismos de conducción sectorial y de la cohesión de los decisores en torno a los objetivos de política; el segundo remite a la vinculación entre los impulsores de una determinada política y las bases sociales que pueden ser convocadas en su apoyo, en condiciones tales que garanticen la *governabilidad* del proceso de cambios.

La lucha política, por consiguiente, deja de ser pensada como contraposición de fuerzas en espacios de confrontación y negociación que se redefinen continuamente en función de los intereses y estrategias de los principales actores. Se insertaría por el contrario en el interior de una *trama institucional* con la doble capacidad de establecer las reglas de juego<sup>4</sup> para la confrontación de manera de permitir la elaboración de acuerdos relativamente estables y sancionar las desviaciones o el incumplimiento de tales acuerdos. Las capacidades institucionales del Estado serían cruciales en la construcción y reproducción de esa trama. Su falta de coherencia, su inestabilidad, la inexistencia de capacidades sancionatorias o el no reconocimiento de su legitimidad por parte de actores con capacidad de veto, implicarían déficit significativos en la capacidad de *governance* de las instituciones estatales.

En ese contexto, la referencia a las *capacidades institucionales* remite a las capacidades detentadas por los organismos del Estado para llevar adelante una determinada política. Según Vicente Palermo (1999), el concepto clave cuando se trata de poner en marcha una política y evaluar sus condiciones de sustentabilidad es el de los recursos: recursos para lograr un objetivo, recursos para tornarlo perdurable. Entre tales instrumentos otorga lugar de relevancia a las

<sup>4</sup> La identificación instituciones/reglas de juego proviene de la obra de Douglass North (1990) que define a las instituciones como reglas de juego ideadas por el hombre para enmarcar sus interacciones políticas, económicas y sociales.

capacidades del propio Estado, considerado tanto en su conjunto como a partir de las diferentes unidades que lo componen.

En relación con la problemática específica de la reforma del sector salud, es posible recuperar dos señalamientos también introducidos por Palermo. En primer lugar, los recursos necesarios para la aplicación de una política de reformas no son los mismos que se requerirán para asegurar la continuidad de determinadas reglas de juego<sup>5</sup>. El primer caso involucraría un componente de acción discrecional que el segundo no necesita. En segundo término, cuando los recursos financieros y políticos en manos del Estado son limitados -como sucede en los escenarios latinoamericanos de crisis fiscal y descrédito de la política- la importancia de las capacidades institucionales es crítica. Es posible agregar un tercer punto a esa enumeración. En sistemas políticos tan complejos como los contemporáneos, las agencias del estado deben evaluar no sólo sus propias capacidades institucionales, sino la capacidad de las organizaciones que serán afectadas por la nueva política para resistir su implementación, incluso una vez aprobada la legislación respectiva.

Los tres puntos señalados se sintetizan en la noción *enforcement*, que aplicada a la actividad del Estado remite a la capacidad de su aparato para asegurar el cumplimiento de sus disposiciones. Contemporáneamente esa capacidad suele expresarse también con la referencia a *governance*.

Algunos analistas enfatizan la conveniencia del análisis sectorial cuando se trata de diagnosticar la presencia de esas dos condiciones significativas en la definición de las capacidades de regulación de las agencias estatales: gobernabilidad y *governance*. Repetto, por ejemplo, afirma que en torno a cada política pública se organizará una red institucional que nuclea actores sociales y estatales con recursos, intereses e ideas muy variados. Todos los actores

relevantes interactúan con racionalidad limitada y en condiciones de incertidumbre, por lo que se requiere mecanismos colectivamente aceptados (reglas de juego) que den forma a sus intercambios. La capacidad de gestión de los respectivos organismos reguladores, que se traducirá en diferentes condiciones de *governance*, refiere a la posibilidad de poner en marcha tales mecanismos ordenadores de las diversas y múltiples interacciones de los actores relevantes de la sociedad y el Estado, que actúan estratégicamente guiados por intereses y cosmovisiones ideológicas potencialmente conflictivas entre sí (Repetto, 1998). Podría hacerse una perífrasis y postular que la gobernabilidad se vincula a los consensos y la *governance* a la posibilidad de acordar reglas de juego que permitan la consolidación ordenada de esos consensos y garanticen su estabilidad en el tiempo (Belmartino, 2000).

Como ya se señaló, de los trabajos incluidos en esta revisión sólo uno -que ubica su objeto a nivel meso, asociado con las políticas de descentralización- reconoce explícitamente la adopción de una perspectiva analítica neo-institucional (González-Rossetti, 2000). Sin embargo, aun sin tomar posición explícita al respecto, los tres trabajos cuyo objeto de estudio ha sido descrito sumariamente como expresión de un enfoque político institucional de nivel macro construyen su problema de conocimiento en términos muy próximos a esa perspectiva. Se trata de enfoques relacionales, que abordan explícitamente la vinculación entre actores sociales y actores estatales; en uno de ellos se propone un abordaje de los sistemas de atención médica como construcciones histórico-sociales; en otro se hace referencia al análisis de los procesos decisivos enfatizando la cuestión de las capacidades estatales; el tercero aborda el análisis de los procesos de nivel meso señalando como variable estratégica en la mejora del desempeño de los sistemas locales la ampliación de la capacidad decisoria de las autoridades municipales.

---

<sup>5</sup> El análisis neo-institucional dedica atención particular a las consecuencias sobre los escenarios de decisión política de las políticas previamente insituidas. No sólo la política (politics) crea políticas sociales (policies), las políticas sociales también definen nuevas bases para la acción política. Una vez que las políticas han sido aprobadas e implementadas, producen efecto sobre las agendas públicas y los patrones de conflicto de los grupos, a través de los cuales se procesan los subsiguientes cambios políticos (Skocpol & Amenta, 1986)

Los interrogantes propuestos como objetivos de conocimiento<sup>6</sup> se inscriben en similar orientación analítica:

*¿Cuáles fueron las principales transformaciones económicas, sociales, culturales e institucionales producidas en el nivel macro social en los últimos 20 años, y de qué manera ese proceso puede haber afectado el diseño institucional del sistema de atención médica?*

*¿En qué medida el proyecto de reforma puesto en marcha por los gobiernos ilustra una combinación particular de opciones y restricciones políticas, o de factores facilitadores y limitantes?*

*¿Cuáles fueron los instrumentos legislativos y de gestión y la estrategia utilizada en la implementación de las reformas?*

*¿En qué medida las autoridades del sector pueden obtener la adhesión a las estrategias diseñadas para generar los cambios por parte de los agentes involucrados en la Reforma?*

*¿Cuál ha sido la capacidad de enforcement del Estado para promover cambios y redistribución de poder entre los actores sectoriales y el grado de equidad en la asignación de recursos y el consumo de servicios?*

*¿Hasta qué punto las estrategias de reforma supusieron una redistribución de poder en el interior del sistema de servicios?*

*¿Hasta qué punto la creación de foros deliberativos a nivel local como formas de participación y control social resultó en un mecanismo facilitador o un obstáculo para implementación de las reformas?<sup>7</sup>*

*¿En qué medida la descentralización de funciones en beneficio de las autoridades locales exigió el fortalecimiento de la capacidad de implementación de políticas y promovió una mayor actividad regulatoria por parte del estado a nivel nacional?*

En lo que respecta a los estudios focalizados en los mecanismos de gestión, tanto en el caso chileno como en el argentino la construcción del problema bajo estudio se realiza a partir de la definición de un marco normativo para la reforma, construido en función de los principios fundamentales elaborados para la organización de mercados de atención médica por la llamada *economía del bienestar*; expresión particular del pensamiento neoclásico.

Ese conjunto de normas técnicamente óptimas -definidas en abstracto, sin vinculación con las condiciones históricas de los respectivos sistemas de servicios- habría sido objeto de una puja entre el denominado «equipo generador» responsable de la concepción y diseño de las propuestas y diversos grupos de interés que podrían resultar potencialmente afectados por la reforma. El conflicto se desarrolla en dos escenarios: el primero corresponde al gobierno militar, el segundo a la afirmación del régimen democrático. La identificación de actores difiere relativamente en cada escenario; sin embargo, las principales diferencias habrían radicado en la posibilidad de expresión abierta del disenso y el gradualismo en la implementación de los cambios que caracterizaron al gobierno democrático.

En ambos escenarios, algunas figuras prominentes del gobierno y los ministros de salud y de hacienda se enfrentan en la arena de conflicto en paridad de condiciones con los representantes de la sociedad civil.

Nuevamente en este caso los interrogantes propuestos se vinculan estrechamente a la perspectiva analítica implícita en la definición del problema, que se inscribiría en la lógica de las corrientes pluralistas ya caracterizadas<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> He producido una cierta manipulación en la formulación de objetivos y su presentación en el texto: i) en algunos casos dejando de lado la identificación de los objetivos con los respectivos proyectos individualmente considerados; ii) transformando en interrogantes los objetivos enunciados como formulaciones taxativas; iii) procurando deducir los objetivos en el caso de estudios que no los enumeran como tales.

<sup>7</sup> En clave neoinstitucional Fox (1994) analiza estos procesos en función de la necesidad de los grupos reformadores en el interior del aparato estatal de establecer «corrientes políticas» que los vinculen con grupos sociales organizados y «rutas de acceso» destinadas a incorporar los intereses de estos sectores en la agenda de políticas; el mismo autor señala que la existencia de estos canales institucionales no garantiza un determinado resultado en la implementación de las políticas defendidas.

<sup>8</sup> En este caso podría incluso avanzar en esta caracterización general e inscribir estos estudios en la corriente de la "rational choice" dentro del campo más amplio de perspectivas pluralistas.

*¿Cuáles han sido las motivaciones, intereses e influencia de los principales protagonistas en cada período?*

*¿De qué manera la acción de los opositores logró modificar los planteamientos iniciales del grupo generador?*

*¿Cuál fue el porqué de lo realizado por los grupos generadores y la lógica de sus decisiones de política? ¿Qué diagnóstico formularon a partir de su interacción con los grupos de interés, qué factores facilitaron y obstaculizaron el proceso, cuál fue su balance de la experiencia en que participaron?*

*¿De qué manera afectaban las reformas a los grupos de interés; cuál fue la lógica de las posiciones adoptadas durante el proceso; qué acciones realizaron para influir en su desarrollo; cuáles fueron los conflictos y acuerdos con el equipo generador y la evaluación de los resultados obtenidos?*

De modo similar puede caracterizarse la perspectiva analítica utilizada en el estudio sobre Argentina, cuyos principales interrogantes serían:

*¿Cuáles son los problemas del sistema de salud en Argentina, en particular del Subsistema de Seguridad Social?*

*¿Cómo se ha desarrollado el proceso de Reforma?*

*¿Cuáles fueron los diferentes grupos de interés que influyeron en las etapas de concepción, diseño e implementación?*

*¿Cómo influyeron en el resultado final, tanto en contenido como en timing?*

*¿Cuál ha sido la influencia de los diferentes grupos y los cambios que lograron introducir demorando o acelerando el proceso de Reforma?*

## LOS ENFOQUES DE NIVEL INTERMEDIO O MESO

Una presencia importante en el diseño de las investigaciones bajo revisión se asocia con el reconocimiento y evaluación de nuevas modalidades de gestión, en consonancia con la significación que ese tipo de estrategia ha adquirido entre las políticas de reforma. Son frecuentes las referencias a eficacia, eficiencia (asignativa y productiva o técnica), calidad, transparencia y responsabilidad, que aparecen tanto en forma aislada como contrapuestas o articuladas a los indicadores más tradicionales de equidad, accesibilidad, utilización, participación de la comunidad y satisfacción del usuario. Las estrategias vinculadas a la asignación de nuevos roles al sector público, la separación de funciones, generación de recompensas o incentivos, introducción de competencia y conciencia de costos, focalización, gestión autónoma de los recursos humanos, adecuación a las necesidades de salud de la población a cargo, implementación de mecanismos de monitoreo y control, son presentadas como instrumentos idóneos para mejorar a la vez la eficiencia en la utilización de los recursos y la calidad de la atención proporcionada.

### LA PREOCUPACIÓN EN TORNO A LOS COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD

Tres trabajos tienen como escenario Perú en los años 90 y seleccionan su objeto de estudio en función de la implantación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). La identidad del objeto de análisis no es obstáculo en este caso para la definición de diferentes problemas de conocimiento<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Puede ser conveniente aclarar, en beneficio de los lectores no familiarizados con la experiencia peruana, que la reforma de la atención médica en Perú asume en cierta medida características particulares en tanto se implementa en el momento de salida de la grave crisis social y sectorial que el país soportó entre 1988 y 1992. La situación de los servicios de atención médica durante esos años se define en general en términos de colapso; la recuperación posterior a 1993 asume en contraposición características de cambio rápido e incremento sustancial de los recursos canalizados hacia el sector. Los CLAS en particular fueron discutidos a partir de 1991, en un contexto de ajuste y reformas estructurales a nivel macroeconómico, con la intención explícita de focalizar el esfuerzo en las áreas de mayor pobreza; la implementación, sin embargo, se produjo recién en 1994. Estos Comités son instituciones privadas, sin fines de lucro, administradas por la comunidad, creadas por los miembros de la comunidad en vinculación a un centro o puesto de salud. Sus funciones son trabajar en conjunto con los proveedores de salud para desarrollar un plan de salud local, definir el presupuesto para implementarlo y monitorear el gasto y la provisión de servicios a la comunidad. Los recursos financieros asignados provienen de la firma de un contrato de gestión con el Ministerio de Salud

En uno de los estudios revisados el desempeño de los CLAS se analiza a partir de su carácter descentralizado, entendido como transferencia al ámbito local de responsabilidades en la generación de ingresos y en la distribución de los recursos asignados por el Estado (Cortez & Phumpiu, 1998). En él se registra una preocupación explícita por la caracterización de las condiciones de la participación comunitaria en la nueva organización.

Un segundo estudio define su problema en relación a la puesta en marcha de dos programas -el de implantación de los CLAS y su paralelo Programa de Salud Básica para Todos (PSBT)- creados aproximadamente en la misma época y aplicables, según los términos del proyecto, *al mismo universo de centros y postas de salud* (Salazar Silva *et al.*, 1998). El interés por realizar una evaluación comparativa radicaría en sus diferencias en cuanto a los mecanismos de financiamiento priorizados: mientras los CLAS constituirían una modalidad *sui generis* de financiamiento a la demanda (mediatizada por un esquema de participación comunitaria en la gestión de los recursos), el PSBT sería una experiencia de fortalecimiento de la oferta.

Un tercer estudio se ocupa de los CLAS en tanto parte de una política de transformaciones de mayor alcance, definiendo su objeto como centrado en la revisión de las tres áreas de reforma puestas en marcha a partir de 1994: provisión de salud, participación comunitaria, financiamiento de la salud (Cotlear, 2000). El interés en los Comités Locales de Administración de Salud radica en su doble carácter de introductores de formas de participación comunitaria y espacios de introducción de modalidades de separación entre financiamiento y provisión de servicios.

El autor formula un supuesto ordenador de los ejes de análisis incorporados a su estudio, afirmando la existencia de una vinculación entre las reformas y la economía política del contexto en que se producen. Conforme a las coordenadas de su análisis ese registro no se ubicaría a nivel macro sino en dos espacios analíticos que adquieren en su trabajo dimensiones estratégicas: la confrontación de intereses y perspectivas en el interior del Ministerio de Salud, y la dinámica política específica de las comunidades donde radican las nuevas formas organizativas.

## CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE DESCENTRALIZACIÓN

Seis trabajos enfocan la descentralización territorial a partir de la ampliación de las funciones de gestión de servicios a cargo de la jurisdicción municipal. Los países involucrados son Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y Ecuador.

La problematización del objeto de estudio de los trabajos dedicados al análisis de las estrategias de municipalización asume algunos rasgos comunes: se trata en general de enfoques de proceso; se pone énfasis en la potenciación de las capacidades de decisión a nivel municipal y en los resultados de organización y gestión de los servicios. El enfoque histórico en algunos casos se instala en la dimensión macro sectorial, mientras que en otros tiene como eje exclusivo la transformación de las formas institucionales de nivel local. Esto se hace particularmente explícito cuando se asocian los resultados de la reforma a las características previas del sistema, el proceso de implementación, el impacto sobre los decisores y el rango de opciones a su disposición.

La explicitación de hipótesis o supuestos enfatiza en general los aspectos políticos del proceso. El eje analítico en los estudios sobre descentralización se ubica generalmente en las funciones transferidas a los cuerpos de gobierno locales. En la hipótesis de trabajo de uno de los estudios, *el mayor poder decisorio en manos de las autoridades locales habría estimulado el desarrollo de su capacidad gerencial, el aumento de la oferta de acciones y servicios de salud y su adecuación a las necesidades de la población a cargo, la emergencia de un nuevo modelo de relación entre el sector público y el privado, y una mayor ingerencia de la comunidad en el control público del sistema de salud.*

En otros análisis el enfoque político se amplía desde la transferencia de funciones (que ubica el eje en las relaciones nivel central/nivel local) a las condiciones de construcción de las instituciones locales, al punto de orientar la definición de una categoría especial de análisis identificada como *espacio de decisión*. El supuesto en este caso enfatiza el rango de alternativas disponibles para cada municipalidad en la toma de decisiones y las diferentes capacidades institucionales como aspectos diferenciadores en

los procesos de descentralización (al impacto de las transferencias entre niveles se agrega la problematización de las capacidades de gestión locales). El enfoque de relaciones entre gobiernos central y municipales en términos de *agencia*, supone también otorgar relieve a una posible identificación de objetivos diferentes a nivel de los agentes locales y la consiguiente generación de costos de transacción para la autoridad central (monitoreo, reportes, inspecciones, etc.). Esta hipótesis de trabajo se hace explícita cuando el eje de análisis se ubica en los conflictos políticos radicados tanto a nivel central como local, los factores facilitadores y obstaculizadores del proceso descentralizador, y las experiencias locales en construcción de capacidades (*capacity building*) y generación de poder (*empowerment*) (Bossert, 1999, 2000; Sterman Heimann *et al.*, 1998; Vanormelingen *et al.*, s/f.; Veldhuyzen van Zaten & Semidei, 1996; Yepes *et al.*, 1999).

#### EL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN A PARTIR DE LA INTRODUCCIÓN DE NUEVAS FORMAS DE FINANCIAMIENTO

De interés particular por la complejidad y riqueza de su diseño, es la evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez implementado en Bolivia en 1996, aplicado a una población objetivo de mujeres de bajos ingresos en edad reproductiva y niños menores de cinco años y orientado a garantizarles atención gratuita en el área materno-infantil (Dmytraczenko *et al.*, 1998). En la construcción de su objeto de trabajo los investigadores reconocen tres componentes: 1) utilización y calidad; 2) costos; 3) administración. Las cuestiones asociadas al primer componente están expresadas en los términos utilizados para identificarlo, señalando el interés por las modalidades de utilización de servicios por parte de la población beneficiaria del programa y una aproximación a la calidad de la atención referida en términos de estructura hospitalaria, disponibilidad de insumos y medicinas, existencia de protocolos de tratamiento, mecanismos de referencia y satisfacción del paciente. En relación a Costos se problematiza la adecuación entre costos de provisión y tasas de reembolso, la existencia de

incentivos para que los usuarios acudan a establecimientos de mayor especialización, la adecuación de la infraestructura existente al incremento de la demanda producido por la ampliación de la cobertura, y la importancia de la pérdida de ingresos por co-pagos en función de la gratuidad asignada al programa. El componente Administración se desglosa a su vez en: a) eficiencia de los procesos administrativos y detección de «cuellos de botella»; b) capacidad administrativa de los diferentes niveles de servicio, los municipios y los organismos que conforman el sistema administrativo del seguro; c) la estimación del capital de trabajo requerido.

### LAS PERSPECTIVAS ANALÍTICAS QUE SUSTENTAN EL ANÁLISIS

Cuando los proyectos se inscriben en el nivel intermedio de organización del sistema de servicios, la identificación de perspectivas analíticas implícitas se dificulta en función de la existencia de un *mix* de búsqueda de indicadores sobre políticas en combinación con objetivos de evaluación de las estrategias de mercado. En muchos casos además el enfoque no es interpretativo o explicativo sino fundamentalmente descriptivo, utilizando los métodos de evaluación de servicios tradicionales en la literatura sectorial: acceso, utilización, producción, productividad, gasto, calidad, mecanismos de referencia y contrarreferencia, satisfacción de los usuarios, etc.

Sin embargo, puede recogerse también aquí algunas perspectivas implícitas, especialmente en función de los debates producidos en las últimas décadas a partir de los enfoques de nivel meso en el campo de la economía de la salud entre diferentes perspectivas analíticas volcadas sobre los escenarios de Reforma, y más específicamente en torno al problema de la gestión en las nuevas formas de organización del sistema de servicios.

Ese debate se genera cuando algunos economistas cuestionan el enfoque hegemónico en las primeras propuestas de Reforma, basadas

en estrategias de retroceso del Estado y fortalecimiento del mercado. En el caso de Robert Evans (1981), por ejemplo, puede pensarse que su objetivo es mostrar las especificidades del sector salud desde una perspectiva que vaya más allá del enfoque de oferta y demanda y el respectivo énfasis en fallas del mercado y fallas del Estado (como se expresa, por ejemplo, en Musgrove, 1996). Su punto de partida está colocado en las dificultades que se presentan para la delimitación del mercado de atención médica cuando se lo aborda como un conjunto de relaciones de intercambio discretas entre oferta y demanda -es decir delimitadas en el tiempo y los alcances- establecidas entre agentes que son considerados como contratantes independientes.

El núcleo de su argumento se vincula con el carácter relativamente estable de las relaciones entre los agentes que operan en ese mercado, la consiguiente necesidad de delimitar los rasgos estructurales de integración resultantes -variables en los diferentes sistemas de organización de la atención médica- y sus consecuencias sobre la interacción entre proveedores, pacientes, aseguradores y gobierno. En su hipótesis de trabajo las diferentes modalidades de integración verificables en la industria de atención médica tendrían influencia significativa sobre su conducta y desempeño, es decir, operarían como reglas de juego.

Evans caracteriza como rasgos específicos de la industria de atención médica:

- una estructura del proceso de asignación de recursos que combina mecanismos de *comando* y de mercado
- la existencia de mercados caracterizados por transacciones multilaterales entre agentes cuyo grado de independencia es limitado y variable según sistemas o formas organizativas
- la presencia de cinco clases de tales agentes o contratantes: consumidores, proveedores de atención primaria, proveedores de segundo y tercer nivel de atención, gobiernos, oferentes de seguro o compradores de riesgo, cuya presencia en los sistemas de salud reemplaza a los tradicionales oferentes y demandantes de un bien o servicio

- una regulación estatal más extensiva y cualitativamente diferente
- diferentes modalidades de integración entre gobierno/seguro/proveedores.

En éste y otros aspectos, la problemática desplegada por Evans pone el acento en la cuestión de la *regulación* de los servicios y, más específicamente, en la atribución a agentes ubicados en diferentes instituciones del sistema, de la facultad de decidir prioridades de asignación de recursos para la atención a una población determinada. Como él también señala, diferentes modalidades de integración entre contratantes dan diferentes respuestas a la pregunta central: *¿De quién es este paciente?* De esta manera, el argumento sobre formas organizativas y capacidad de cada una de ellas de delimitar y aplicar reglas a determinada actividad -en este caso la práctica médica- conduce a la formulación de un interrogante que pone en escena la problemática del *poder*.

También Le Grand & Bartlett (1994) han reconocido las dificultades existentes para la generación de mercados basados en la competencia en su análisis de la introducción de mecanismos de *cuasi mercado* en la reforma del Reino Unido. En ese sentido, hacen referencia a una posibilidad existente en los mercados de pequeñas dimensiones: en ellos la relación entre compradores y vendedores puede resultar excesivamente íntima. Habrá un relativamente pequeño número de personas tratando unas con otras, una gran proporción de las cuales pueden haber sido colegas en el viejo sistema. En realidad, señalan, el sistema puede estar simplemente construido en torno a presupuestos descentralizados con contratos de gestión entre comprador y proveedor, sin generar real competencia entre oferta y demanda de servicios.

En relación al mismo problema Alain Enthoven, el analista estadounidense con importante protagonismo en el debate sobre la reforma de los sistemas de atención médica en ese país y figura reconocida en otros países, hace referencia a la necesidad de definir reglas que cumplan la función de *construir un mercado* (Enthoven, 1997).



R.G. Evans (1992), por su parte, aunque se ubica muy lejos de la perspectiva de Enthoven cuando se trata de definir las reglas específicas que podrían orientar la construcción de un sistema deseable de atención médica, adopta una perspectiva similar al señalar que la oposición entre regulación y mercado no tiene sentido, añadiendo: *ningún mercado persiste a menos que esté regulado, y los mercados complejos y sofisticados requieren regulación compleja y sofisticada.*

También la *economía institucional* ha valorizado una esfera poco explorada por la perspectiva neoclásica en su análisis de las potencialidades de la empresa o firma como mecanismo coordinador de la actividad económica alternativo al mercado (por ejemplo Coriat & Weinstein, 1995). Es necesario reconocer que en este tipo de abordaje no se habla en general en términos de regulación, sino de organización, coordinación, eficiencia y, ocasionalmente, desempeño. Sin embargo, dos referencias relativamente frecuentes remiten a significados próximos a concepto de regulación entendida como definición de reglas de juego: se trata de las expresiones *estructuras de gobernación* y *forma institucional*.

En particular, cuando se habla de las funciones del empresario, éstas suelen ser pensadas como mecanismos de regulación de la actividad económica alternativos a la lógica del mercado; la misma referencia tiene lugar cuando se enfatiza la importancia de las formas de organización de una empresa y se hace referencia a mecanismos de incentivos, acuerdos entre los diferentes agentes y formas de remuneración.

Conforme a la *economía institucional*, por consiguiente, junto a las áreas o instancias tradicionalmente reconocidas de regulación del Sistema de Servicios de Salud se debería conceder atención a las formas de organización de las instituciones sectoriales y a las modalidades de vinculación entre los principales agentes con funciones en su operatoria.

La adhesión a alguna de estas perspectivas no aparece explícitamente en los estudios de nivel meso. Sin embargo, en cada uno de ellos puede reconocerse una cierta focalización en los objetivos propuestos, que permitiría trabajar con alguna hipótesis de perspectiva analítica subyacente.

En el primer estudio destinado a la evaluación de los CLAS (Cortez & Phumphiu, 1998) el énfasis se plantea en el diseño institucional de las políticas de participación comunitaria y sus efectos sobre la actividad de los agentes involucrados. Los interrogantes específicos serían:

*¿Cuáles son las modalidades de financiamiento y gestión de los CLAS estudiados?*

*¿Qué rol cumplen las autoridades locales en la gestión compartida?*

*¿Cuáles son las debilidades del modelo? ¿Qué alternativas pueden proponerse en relación a cambios institucionales y de organización?*

*¿Cómo podrían tipificarse las modalidades de gestión según la relación de poder entre el gerente y los representantes de la comunidad?*

*¿Cómo podrían tipificarse los CLAS según los niveles de intervención de la comunidad?*

En el segundo estudio dedicado a esta forma institucional (Salazar Silva *et al.*, 1998) el interés se focaliza en la evaluación de la estrategia de separación entre financiamiento y provisión sobre la base de contratos de gestión. Podría afirmarse, conforme los interrogantes planteados, que tales contratos son considerados a partir de su capacidad de generar nuevas reglas de juego. Los principales se vinculan con:

*¿Qué ventajas se reconocen a las nuevas formas de asignación presupuestaria?*

*¿Cuál ha sido el efecto de los incentivos introducidos en la gestión de personal?*

*¿En qué medida la nueva tecnología organizacional ha mejorado las condiciones de supervisión y monitoreo? ¿Cómo ha evolucionado la producción de servicios, la calidad de la atención ofrecida, la equidad en la orientación del gasto público según indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas?*

*¿Cómo se evalúa la participación de la comunidad? ¿Se verifica efectivamente una participación comunitaria en la gestión?*

El tercer estudio (Codear, 2000) presenta una definición más compleja en su problema de conocimiento, ya que articula aspectos de diseño

institucional (fundamentalmente esquemas de participación comunitaria) en la evaluación de las políticas de focalización y los problemas asociados con la baja productividad de las clínicas de atención primaria ubicadas en zonas rurales. En buena parte de los interrogantes transcritos los nuevos programas son observados conforme a su capacidad de funcionar como *estructuras de gobernanación*:

*¿En qué medida la implementación de nuevos programas con financiación específica ha permitido eludir los conflictos con las poderosas organizaciones que agrupan al personal de los servicios tradicionales? ¿Qué precisión se ha obtenido en la focalización del gasto?*

*¿Cuáles son las debilidades de los nuevos mecanismos de financiamiento?*

*¿Cuáles han sido los obstáculos y limitaciones derivados de espacios de conflicto o pugnas intersectoriales sobre la distribución del ingreso?*

*¿Hasta qué punto se dispone de una metodología adecuada para el diseño y monitoreo de los programas focalizados?*

*¿Qué niveles de participación comunitaria se registran en los servicios organizados como CLAS en relación a los demás?*

*¿Qué resultados en la mejora de los servicios se registran en los servicios organizados como CLAS en relación a los demás?*

*¿Hasta qué punto han sido eficaces las nuevas modalidades de financiamiento para la supresión de barreras en el acceso de los más pobres?*

*¿Cuál ha sido el impacto de la organización de los CLAS en relación a: mejoras en la planificación de actividades de salud, introducción de incentivos para mejorar productividad y accountability, flexibilidad en el manejo del presupuesto, flexibilidad en la gestión del staff, mejora en la calidad de la atención?*

Por su parte, los estudios sobre descentralización parecen configurar el espacio por excelencia para la introducción de la perspectiva neo-institucional. La propuesta analítica es relacional -entre jurisdicciones estatales por un lado, y entre organismos del estado, organizaciones de la sociedad civil,

comunidad usuaria de los servicios por el otro-; las formas organizativas, consideradas como expresión de nuevas reglas de juego, se vinculan de manera directa con la obtención de resultados. Identifiquemos algunos interrogantes:

*¿Cuál es el rango de alternativas entre opciones de política en manos de las autoridades municipales?*

*¿Cuáles son los criterios de asignación de recursos aplicados por los gobiernos centrales y las municipalidades y las interacciones entre ambos?*

*¿Cuáles son las condiciones locales que tienen influencia sobre la toma de decisiones y el desempeño?*

*¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los mecanismos de convenio o contratos de gestión?*

*¿Cómo se define la estructura institucional que vincula los niveles municipal, estadual y ministerial? ¿Qué importancia tiene la inserción de esa estructura en el organigrama ministerial? ¿Cuáles son las principales funciones de esa estructura?*

*¿Cuál es el rol cumplido por las diferentes agencias internacionales en el fortalecimiento de los programas descentralizados?*

*¿Cuál fue el impacto de la gestión descentralizada en la administración de los recursos humanos en cuanto a la eficacia y eficiencia en su utilización?*

*¿Cuál fue el impacto de la gestión descentralizada en los mecanismos de referencia y contra referencia entre municipios y entre municipios y niveles de atención?*

*¿En qué medida la gestión descentralizada estimuló la introducción de estructuras y prácticas de participación comunitaria?*

*¿Cuáles fueron los cambios registrados en el proceso de planificación y programación de la atención, en particular en lo relacionado con la interacción entre los organismos municipales y estatales de regulación del sistema?*

*¿Resultó modificada la composición de la oferta de servicios preventivos y curativos? ¿Se modificó el mix de servicios público-privado?*

*¿Se produjo un aumento de la cobertura de inmunización o de otros programas considerados prioritarios?*

*¿Cómo se explican las variaciones a las asignaciones per capita para atención primaria?  
¿Cómo se explican las diferencias en eficiencia (producción según gasto) entre municipalidades?  
¿Cuál es el impacto de la existencia de diferente tipo de servicios y múltiples proveedores públicos sobre asignación y eficiencia?*

La cuestión referida a la capacidad de una determinada organización para regular la producción de servicios, actuando como mecanismo de mediación frente a una nueva modalidad de financiamiento, es explícita en el trabajo dedicado al seguro de maternidad e infancia en Bolivia. El estudio analiza el impacto producido por la introducción de un financiamiento focalizado a sectores especialmente vulnerables de población de bajo ingreso. Ese impacto estaría mediatizado en primer lugar por la organización de los servicios, en función de la calidad de la atención brindada e incentivos existentes para utilizar los servicios en el nivel de complejidad adecuado; y, en segundo término, a través de la capacidad de las instituciones a cargo de la administración del programa.

*¿Ha aumentado la utilización de servicios entre los pobres? ¿Cuáles han sido las razones? ¿Ha habido diferencias entre municipios? ¿A qué se imputan?*

*¿Se ha verificado cambios en la calidad de los servicios en relación a la disponibilidad de insumos, la calidad de la atención provista y su adecuación a normas?*

*¿Las tasas de reembolso establecidas cubren los costos de provisión?*

*¿Existen incentivos para que los usuarios acudan a los servicios de mayor complejidad, incrementando los costos en forma innecesaria?*

*¿La infraestructura existente está en condiciones de dar respuesta al incremento de la demanda estimulado por la gratuidad del acceso?*

*¿Qué porcentaje de los recursos totales significan los ingresos caídos por la implantación del acceso gratuito?*

*¿En qué medida se podría mejorar la mecánica de los flujos financieros destinados al pago de servicios entre el Ministerio y los servicios y entre diferentes municipios?*

*¿Qué tecnologías de gestión se podrían aplicar a los procesos administrativos para mejorar eficiencia, equidad y seguridad?*

## EL NUEVO ROL DE LOS PROFESIONALES EN LA REGULACIÓN DEL SISTEMA

Los conflictos interprofesionales provocados por las nuevas formas organizativas basadas en la separación de funciones en el interior del subsistema público y la integración de financiamiento y provisión bajo formas de *managed care* en los sistemas privados, ha supuesto la introducción de potenciales situaciones conflictivas entre los profesionales dedicados a la atención de pacientes y el nuevo estamento de administradores a cargo de las actividades de gerencia. De ello se han ocupado con diferentes enfoques en las últimas décadas tanto la sociología de las profesiones como los análisis enfocados sobre las condiciones de *governance* de sistemas y servicios en los contextos de reforma.

Entre los estudios revisados, la cuestión se analiza en una investigación multicéntrica que aborda los procesos de reforma en diferentes países, procurando recuperar la forma en que ha resultado redefinido el rol de los profesionales de salud bajo una lógica de predominio de las fuerzas de mercado en la provisión de servicios de atención médica (Nigenda & Machado, 1998). El supuesto que orienta el trabajo es que se ha producido un cambio en la regulación del sistema de servicios -históricamente resultante de un proceso de negociación entre Estado y profesión médica- en la medida en que el nuevo rol del Estado se ha orientado hacia el control de costos, la mejora de la eficiencia en la utilización de recursos, la descentralización del proceso de toma de decisiones y la expansión del subsector privado. En ese contexto la profesión médica habría

orientado sus estrategias en función de no perder la situación de privilegio en el control de las condiciones de su práctica que detentó a lo largo del siglo XX. El objeto de investigación aborda por consiguiente el estudio de esas estrategias en cada uno de los escenarios bajo análisis.

El registro conceptual elegido se vincula con las formas de regulación de la práctica profesional. Las nuevas formas de racionalización de la producción de servicios habrían modificado las antiguas tramas de regulación de manera diferente en cada uno de los sistemas involucrados.

### LA PERSPECTIVA ANALÍTICA UTILIZADA

La referencia obligada en este caso se vincula a los últimos desarrollos de la *sociología de las profesiones* y el interés demostrado por sus especialistas en las nuevas condiciones de inserción de la profesión médica en el sistema de servicios.

Existe un componente histórico importante en algunas de las perspectivas utilizadas para analizar la emergencia de las profesiones de consulta a comienzos del siglo XX. Con esa perspectiva se analiza su proceso de constitución como cuerpos organizados con capacidad de reclamo de determinados derechos ante el Estado. Específico objeto de reivindicación de autonomía es el derecho a auto-regularse, es decir, a determinar por sí mismas las condiciones de formación de aquellos que aspiran a incorporarse a sus filas, las exigencias para el ingreso a las mismas, la delimitación de campos específicos de incumbencias para diferentes especializaciones en la misma rama de conocimiento, las condiciones de inserción en el mercado de trabajo, el derecho a adjudicar valor a su trabajo y a pactar condiciones de remuneración con clientes individuales o institucionales. Ese enfoque histórico político permitió a Freidson y sus seguidores defender un paradigma orientado a explicar las condiciones particulares de la práctica médica y la organización del sistema de servicios bajo un registro interpretativo que caracterizaron como

*dominación profesional* (una revisión de los principales enfoques puede encontrarse en Belmartino, 2000).

Sin embargo, las tensiones verificadas en los sistemas de servicios a partir de los años 70 y algunas de las transformaciones que comenzaron a delinearse como respuesta a ellas, condujeron a la confrontación de ese paradigma. Buena parte de la literatura dedicada a defender una reorganización de los servicios y sus mecanismos de gestión enfoca críticamente la cuestión de las *libertades profesionales*, más específicamente la reivindicación asociada a la *libertad de prescripción*. El énfasis crítico sobre las condiciones de ejercicio del rol de agente en situaciones de asimetría de información, intereses contrapuestos, posibilidad de conductas oportunistas y demanda inducida, estimula un interrogante duro sobre la legitimidad de la reivindicación profesional de autonomía.

El interrogante central definido para este estudio se orienta en el mismo sentido:

*¿En qué medida han cambiado las modalidades de regulación de la práctica médica en relación a: a) el ingreso al mercado de trabajos; b) los mecanismos de pago utilizados; c) el rol de las organizaciones médicas; y d) el rol de los consumidores en el proceso de regulación?*

## A MODO DE CIERRE

En este punto el interés se centra sólo en subrayar algunos elementos a los que se adjudica mayor significación tanto en el campo de la investigación como en la relación entre investigación y diseño de políticas.

En primer lugar, no hay duda de la complejidad y dinamismo de este campo de investigación y el buen nivel alcanzado por un porcentaje sustantivo de los trabajos incluidos en esta revisión. La diversidad de objetos y la aún mayor diferenciación en la construcción de problemas de conocimiento, constituyen un indicador del reconocimiento de diferentes áreas problemáticas y de la construcción de un cuerpo de teorías con capacidad de proporcionar a los

investigadores puntos de partida sólidos para formular sus interrogantes de investigación. La diferenciación de perspectivas analíticas aquí presentada no debe tomarse como expresión del interés en defender determinada perspectiva frente a otras. Por el contrario -independientemente de la existencia de preferencias o afinidades con determinadas orientaciones teóricas- la multiplicidad de perspectivas es un indicador muy positivo en términos de crecimiento, debate y pluralismo. Este pluralismo puede leerse también a partir de una hipótesis de clausura de una etapa previa en la investigación en servicios y sistemas de salud, de confrontación de perspectivas con orientación hegemónica. La multiplicidad de enfoques y la legitimidad de toda tarea donde una determinada perspectiva se aplica con seriedad y rigor metodológico -aunque no se produzcan resultados visibles de manera inmediata- constituyen una promesa de futuro para este campo de investigación.

En el número limitado de trabajos objeto de revisión están presentes algunas cuestiones clave, como el reconocimiento de la especificidad nacional de las políticas de Reforma, la importancia del proceso histórico como constituyente de identidades sociales y relaciones entre actores, la preocupación por evaluar eficiencia a la par de equidad y calidad de la atención provista, el interés por penetrar en el interior de los aparatos político-administrativos en función de evaluar no sólo sus vinculaciones con el exterior sino también su dinámica interna, la necesidad de identificar una *función de compra* vinculada con el perfil epidemiológico de las poblaciones a cargo, el reconocimiento de una problemática de costos en el interior de los sistemas públicos.

Puede sin embargo reconocerse otras problemáticas relevantes. Entre ellas interesa aquí mencionar en particular el muy importante debate generado en los EE.UU. sobre la evolución de las formas de organización del sector privado; la cuestión de los incentivos y desincentivos presentes en algunas formas organizativas que se vincula a condiciones de gestión identificadas no ya a nivel meso sino en perspectiva micro; la redefinición del rol de los

profesionales a nivel de la regulación del sistema y en la transformación de las modalidades de práctica; la problematización del *rol de agente* desempeñado por el profesional de salud; el crecimiento de la perspectiva identificada como *gestión clínica*, o *medicina basada en la evidencia* y la evaluación de los resultados obtenidos; el concepto de *responsiveness* o sensibilidad frente a la perspectiva de la población, que involucra una nueva manera de considerar la relación médico-paciente.

En un registro diferente, también se puede señalar la posibilidad de considerar la cobertura de salud como un *derecho de ciudadanía*. El eje de indagación en los trabajos analizados se orienta preferentemente hacia la actividad del Estado y la presencia política de la población se expresa en términos de participación comunitaria en el ámbito sectorial-local, lejos del escenario macro correspondiente al régimen o al sistema político. Esto puede estar vinculado a la ausencia de una movilización ciudadana en torno a problemáticas de atención médica, que ha constituido una característica histórica en determinados países (un ejemplo paradigmático puede ser Argentina), la relativa despolitización o apatía de la sociedad civil reconocida como una de las características más notables de las democracias contemporáneas, o a una relativa trasposición pragmática del concepto de *ciudadano en usuario* o *consumidor* de servicios, afin a las iniciativas de creación de mercados propias de los primeros movimientos de Reforma.

Sin embargo, el nuevo interés por reconsiderar el rol del Estado o la problemática del sistema político, no puede ignorar a las instituciones representativas de la ciudadanía, el Parlamento y los partidos políticos. Podría formularse un interrogante fuerte en relación a por qué los análisis que involucran actores sociales y actores estatales limitan la identificación de éstos a los funcionarios u organismos del Poder Ejecutivo. En ese marco las organizaciones sin fines de lucro pueden también constituir un objeto de indagación relevante, al amparo de las perspectivas basadas en el fortalecimiento de la sociedad civil, que aspiran a una recuperación del tejido social generador de vínculos solidarios en función de la emergencia de instituciones públicas no estatales.

Por último, la estratégica cuestión de la relación entre investigación y toma de decisión política. No parece necesario recuperar las propuestas de intervención explícitas o implícitas en cada uno de los estudios de esta serie. En su conjunto constituyen una apuesta fuerte sobre la necesidad de modificar o fortalecer el papel del Estado en la regulación del sistema de servicios, al menos desde tres perspectivas.

- 1º La conveniencia de volver la mirada sobre su propio aparato: la coherencia de las propuestas, la solvencia técnica de los encargados de diseñarlas y aplicarlas, la conveniencia de promover un proceso de cambios consensuado pero a la vez fuertemente hegemonizado por el poder político. Los conceptos de *enforcement* o *governance* resultan aquí estratégicos.
- 2º La importancia a asignar a los mecanismos de gestión, reforzada por la convicción de que la existencia de un mercado no genera automática o espontáneamente una competencia regulada en función de calidad y precio. Las especificidades de los

mercados de salud deben ser abordadas en función de los principios que cada sociedad seleccione como orientadores del sistema de servicios: calidad, eficiencia, equidad, solidaridad, redistribución o cualesquiera otros. La función reguladora del Estado debe canalizarse a construir relaciones entre financiadores y proveedores que garanticen su vigencia.

- 3º Por último, el monitoreo de los resultados. Es sin duda redundante señalar que no debe esperarse que las medidas de Reforma produzcan los resultados previstos por sus diseñadores. Con frecuencia se señala la conveniencia de llevar adelante un proceso continuo de evaluación del cumplimiento de las metas propuestas por los reformadores. Esta es una actividad que no debería quedar librada a la iniciativa de los investigadores sino constituir en sí misma una política de estado, destinada a generar mecanismos de auto-evaluación de la intervención de sus organismos en esta área significativa de la problemática social contemporánea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alford, A. & Friedland, R. (1991). *Los poderes de la teoría. Capitalismo, estado y democracia*. Buenos Aires: Manantial.
- Almeida, C. et al. (1998). «A reforma sanitária brasileira: Em busca da equidade». Rio de Janeiro. (Mimeo).
- Belmartino, S. (2000). *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina. ¿Quién será el árbitro?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Beteta et al. (1998). *Evaluación del proceso de reforma del sector público de salud chileno : una experiencia de veinte años*. Santiago: Universidad de Chile - Instituto de Economía- PIAS.
- Borsotti, C.A. et al. (1996). «La situación problemática. El problema de investigación». Área de Metodología de la Investigación. Universidad Nacional de Luján, Argentina.
- Bossert, Th et al. (2000). *Applied research on decentralization of health systems in Latin America. Chile Case Study*. Boston: Harvard School of Public Health - Data for Decision Making Project.
- \_\_\_\_\_ (2000). *La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis comparado de Chile, Colombia y Bolivia*. Boston: Harvard School of Public Health - Data for Decision Making Project.
- Coriat, B. & Weinstein, O. (1995). *Les nouvelles théories de l'entreprise*. Paris: Librairie Général Française.
- Cortez, R. & Phumpiu, P. (1998). «Atención Primaria en los Centros de Administración Compartida (CLAS): El Caso del Perú». (Mimeo).

- Cotlear, D. (2000). «Peru: Reforming Health Care for the Poor». (Mimeo).
- d'Ávila Viana, A.L. & Dal Poz, R. (1998). *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Dmytraczenko, T. et al. (1998). *Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en Bolivia*. Bethesda, MD: Partnership for Health Reform Project, Abt Associates. Inc.
- Enthoven, A.C. (1997). The market-based reform of America's health care financing and delivery system: managed care and managed competition. En: The World Bank. «Innovations in Health Care Financing. An International Conference». Washington D.C., abril.
- Evans, P. (1996). El Estado como problema y como solución. *Desarrollo Económico*, 35:529-562.
- Evans, R.G. (1981). Incomplete Vertical Integration: The distinctive structure of the health care industry. En: van der Gaag, J. & Perlman, M. (Eds.). *Health, Economics, and Health Economics*, North Holland Publishing Company.
- \_\_\_\_\_ (1992). Competitive Mechanism for Collective Objectives. En: Hunter, D.J. *Paradoxes of competition for health*. The Nutfield Institute for Health Services Studies. European Healthcare Management Association.
- Fleury, S. et al. (1998). *Reshaping Health Care in Latin America*. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico. Washington DC: IDB/IDRC.
- Fox, J. (1994). The politics of food in Mexico. I. State Power and Social Mobilization II. State Society Interaction and Distributive Reform in Mexico. Ithaca y Londres: Cornell University Press.
- Gonzalez- Rossetti, A. (2000). *Enhancing the Political Feasibility of Health Reform*. Boston: Harvard School of Public Health - Data for Decision Making Project.
- Le Grand, J. & Bartlett, W. (Eds.) (1994). *Quasi Markets and Social Policy*. Londres: The Macmillan Press. Introducción.
- Montoya, S. & Colina, J. (1998). *La Reforma de Obras Sociales en Argentina: Avances y Desafíos Pendientes*. Washington DC: IDB/IDRC.
- Musgrove, P. (1996). «Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns». Washington: World Bank, Human Development Department. (Mimeo).
- Nigenda, G. & Machado, M.L. (1998). «Impact of Health Care Reform in the Professional Regulation of Doctors in Latin America». Rio de Janeiro: Fiocruz. (Mimeo).
- North, D. (1990). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, F.C.E.
- Repetto, F. (1998). Notas para el análisis de las políticas sociales. Una propuesta desde el institucionalismo. *Perfiles Latinoamericanos*, 12: 53-84.
- Salazar Silva, F. et al. (1998) *El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994-1996*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Skocpol, T. (1985). Bringing the State Back In. Strategies of Analysis in Current Research. En: Evans, P., Rueschemeyer, D. & Skocpol, Th. (1985). *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Skocpol, T. & Amenta, E. (1986). States and Social Policies. *Ann.Rev. Sociol.* 12:131-157.
- Sterman Heimann, L. et al. (1998). «A descentralização do sistema de saúde no Brasil». Rio de Janeiro. (Mimeo).
- Vanormelingen, K. et al. (s/f). «Tipping the balance: A case study of health sector decentralization in Ecuador». International Public Health Conference on Decentralization, Arusha, Tanzania.
- Veldhuyzen van Zaten, T. & Semidei, C. (1996). *Assessment of Health Sector Decentralization in Paraguay*. MD: Partnership for Health Reform Project, Abt Associates. Inc.
- Yepes Luján, F.J. et al. (1999). *La descentralización de la Salud: El caso de tres municipios colombianos*. Bogotá: ASALUD.





# 1. INTRODUCCIÓN

Durante las dos últimas décadas, los temas que conciernen a la mujer han ocupado parte importante de la agenda política de muchos gobiernos y organizaciones internacionales. Las investigaciones sobre género y equidad han procurado descubrir los factores que explican la discriminación en contra de las mujeres. La presente investigación busca explorar la presencia de tales criterios en las decisiones familiares de demanda de servicios y gastos en salud en el Perú.

La investigación realiza un análisis cuantitativo de la desigualdad en la utilización de los servicios de salud y en el gasto familiar de bolsillo por esas atenciones. También explora el patrón de gastos y utilización de las medicinas, hospitalización, distribución del financiamiento público y los reportes de satisfacción de los usuarios por sexo.

A partir de los resultados de un modelo econométrico, se intenta evaluar la validez de las principales hipótesis sobre la desigualdad entre hombres y mujeres en el uso de los servicios de atención de salud. En primer lugar, el menor costo de oportunidad del tiempo de la mujer afectaría su demanda de servicios de salud. En segunda instancia, el trabajo de la mujer en el ámbito doméstico haría óptimo para el hogar invertir en su salud, dado que si la madre de familia está sana, puede cuidar de la salud del resto de miembros (y sustituir los servicios «externos» de salud). En tercer lugar, diferencias biológicas podrían generar diferencias en la necesidad de hombres y mujeres de recibir atención de salud.

La sección 2 del documento presenta los desarrollos teóricos y empíricos sobre la desigualdad entre hombres y mujeres en el Perú. La sección 3 se ocupa en concreto de la evidencia de inequidades de la salud por sexo. Finalmente, la sección 4 desarrolla un modelo de estimación

## EQUIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR SEXO: EL CASO DEL PERÚ<sup>1</sup>

*Rafael Cortez\**

\* Doctor en Economía Aplicada por la Universidad de Minnesota. Profesor – Investigador del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, Lima, Perú. E-mail: rcortez@up.edu.pe

<sup>1</sup> Este artículo es parte del proyecto de investigación «Salud, Equidad y Género» y contó con el apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se agradece la valiosa colaboración de César Calvo quien se desempeñó como asistente de la investigación. Un reconocimiento especial a Elsa Gómez y Norberto Daehs por sus comentarios a los borradores iniciales. Cualquier error u omisión son de responsabilidad del autor.

de la demanda de servicios de salud para verificar si hay diferencias observadas entre hombres y mujeres en la utilización de los servicios de salud. La sección 5 presenta las conclusiones del estudio.

a roles *socialmente construidos* para cada persona en función a su sexo, y en b) el enfoque de *diferencias en las dotaciones* de activos de hombres y mujeres.

## 2. DESIGUALDAD SOCIAL Y ECONÓMICA POR SEXO

En términos generales, hombres y mujeres toman distintas funciones dentro del organismo social, y diversos factores sociales, culturales y económicos explican estos roles. La participación laboral femenina, aunque creciente, todavía es menor que la de los hombres. Un alto porcentaje de las mujeres sostiene el hogar mediante su trabajo doméstico y la atención a sus familias, y con trabajo no remunerado en negocios familiares. Sin embargo, hay evidencias que la diferencia entre los años de educación de hombres y mujeres viene reduciéndose en el tiempo.

Esta diferencia de roles se asocia a divergencias en los patrones de consumo e inversión de hombres y mujeres. La raíz de estas diferencias ha sido objeto de diversas discusiones. Las posiciones más representativas pueden resumirse en: a) la noción de «géneros» asociados

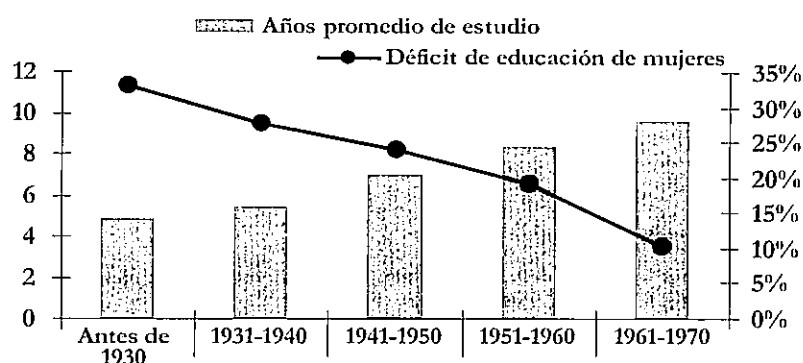
### 2.1. LAS BRECHAS DE EDUCACIÓN POR SEXO

La distribución de niveles de educación difiere claramente entre hombres y mujeres. Considerando sólo a individuos mayores de 26 años, la tasa de hombres con educación secundaria o superior (65%) es mayor que la tasa observada entre las mujeres (51%). El 14% de éstas no ha recibido incluso la formación de la escuela primaria frente al 5% de los hombres.

Cabe señalar que las brechas de años de educación por sexo se han reducido durante las últimas décadas. Según el Gráfico 2.1, dentro de la generación de los nacidos en los 60, las mujeres tienen 10% menos años de estudios que los hombres, pero entre los nacidos en los 30, la brecha llegaba a 28%. Asimismo, esta disminución de la brecha entre hombres y mujeres se ha desarrollado junto a un incremento también continuo del promedio de años de estudio de los peruanos: en personas entre 30 y 39 años, este promedio es de 9.7 años de estudios. Cincuenta años atrás, el individuo medio sólo completaba 4.9 años.

GRÁFICO 2.1

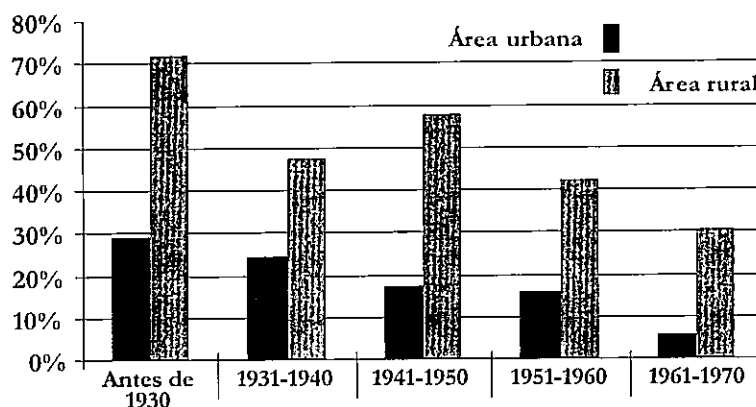
### EVOLUCIÓN DE LOS PROMEDIOS DE AÑOS DE ESTUDIOS Y BRECHAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

GRÁFICO 2.2

DÉFICITS EDUCATIVOS DE LAS MUJERES, SEGÚN URBANIZACIÓN



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

El Gráfico 2.2 analiza por separado áreas urbanas y rurales para comparar el déficit de estudios de las mujeres, como porcentaje de los años de estudios de los hombres. El déficit se reduce durante los 50 años bajo análisis. En las zonas rurales, disminuye del 72% al 31%. En áreas urbanas, las tasas son notablemente menores y la reducción es del 29% al 6%.

2.2. PARTICIPACIÓN LABORAL Y SALARIOS POR SEXO

La brecha educativa entre hombres y mujeres puede explicar las diferencias en las condiciones laborales por sexo. Los hombres participan más en el mercado laboral, y aunque la tasa de participación es similar para todos los individuos independientemente de sus estudios, los ingresos promedio son claramente mayores para los más educados. En la ENNIV 2000, los ingresos laborales van de un promedio de S/. 86 entre los

individuos sin estudios hasta S/. 3,016 entre aquellos que estudiaron 19 años. La educación es ciertamente una herramienta para elevar los ingresos y también facilita la captura de información, factor primordial para el desarrollo personal y el logro de una mejor asignación de recursos en el ámbito intra-familiar.

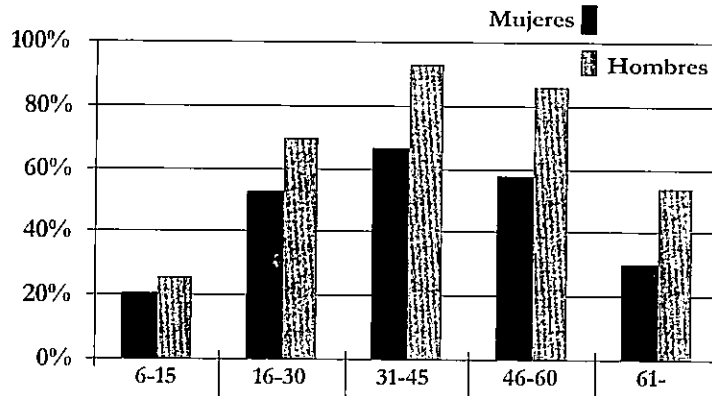
El Gráfico 2.3 presenta con mayor detalle las diferencias laborales de hombres y mujeres. Tanto para hombres como para mujeres, hay un ciclo que eleva la actividad laboral hasta el periodo entre los 31 y 45 años para luego reducirla. La brecha laboral entre hombres y mujeres se presenta durante todo el ciclo y, además, ésta crece con el tiempo. Estas tendencias se reiteran al observar las horas de trabajo semanal: además de que es menos probable que las mujeres trabajen, se observa que trabajan menos horas en el mercado laboral<sup>2</sup>.

Las mujeres dedican menos horas de trabajo en el mercado pero también reciben menos por hora trabajada. El Gráfico 2.4 verifica

<sup>2</sup> Por lo demás, la menor actividad laboral de las mujeres se registra en todos los dominios geográficos, aunque en las áreas rurales se reduce ligeramente la brecha: las labores del campo reducen en ellas la probabilidad de desempleo.

GRÁFICO 2.3

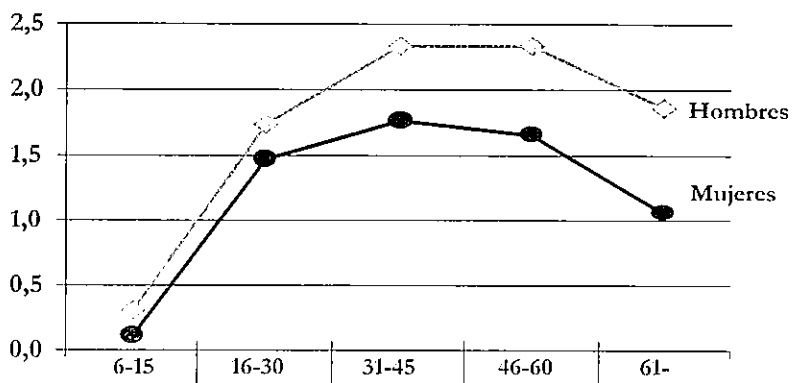
PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES CON ACTIVIDAD LABORAL, SEGÚN EDAD, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

GRÁFICO 2.4

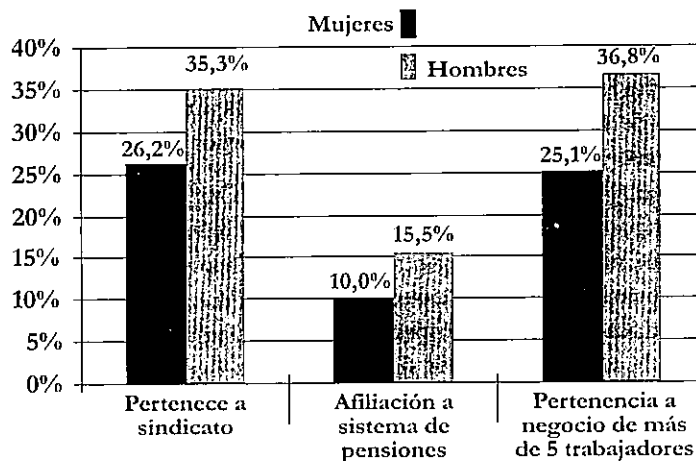
SALARIOS POR HORA (LOG) DE HOMBRES Y MUJERES, SEGÚN EDAD, 2000.



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

GRÁFICO 2.5

CONDICIONES DE TRABAJO DE HOMBRES Y MUJERES, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

esta observación en todo el ciclo de vida. Este resultado indica un menor salario para la mujer. La brecha se acentúa en áreas rurales.

Finalmente, el Gráfico 2.5 señala características adicionales de las condiciones laborales de hombres y mujeres. Éstas participan en menor medida en sindicatos, tienen un menor acceso a sistemas de pensiones (ONP o AFP) y, además, tienen una menor probabilidad de laborar en empresas grandes. Todos estos resultados sugieren que, cuando ingresan al mercado laboral, las mujeres tienden a ubicarse en negocios pequeños y probablemente también informales, con escasos beneficios sociales.

### 3. SALUD Y EQUIDAD POR SEXO

La salud no sólo eleva la capacidad de un individuo de generar ingresos para sí y para su familia. La salud afecta el bienestar también de un modo inmediato; es un componente esencial de ese bienestar. Sin embargo, la literatura económica considera a la salud como una variable

realmente difícil de observar, que sólo puede ser aproximada por indicadores imperfectos y, además, sesgados hacia alguna de las múltiples dimensiones del concepto de salud. Es en este sentido que se ha utilizado los reportes personales de enfermedad o incapacidad (Wolfe & Behrman, 1984; Pitt & Rosenzweig, 1985). Incluso a nivel más agregado, se ha utilizado valores promedio de las variables anteriores, y también las tasas de mortalidad o supervivencia (Rosenzweig & Schultz, 1982; Pitt, Rosenzweig & Gibbons, 1995). Recientemente, se ha ensayado el uso de medidas antropométricas de talla o peso y otros indicadores de salud asociados a la mujer (Ribeiro, 1999; Knaul, 1999)

Por otro lado, tenemos diversos estudios que se han concentrado en evaluar los determinantes de los insumos de la salud y otros factores demográficos y sociales sobre las condiciones de salud de las personas, y queda claro que hombres y mujeres tienen diferentes sensibilidades en salud ante variaciones en proteínas consumidas, alimentos, insumos médicos, educación e infraestructura sanitaria (Crémieux, Ouellette & Pilon, 1999; Bishai, 1996;

Barrera, 1990; Behrman & Deolalikar, 1993; Wolfe & Behrman, 1984). La asociación entre la participación laboral y la salud también ha sido evaluada por Wolfe & Behrman (1984) y Pitt, Rosenzweig & Hassan (1990), verificándose el impacto negativo de una actividad laboral más exigente.

Los mismos autores encuentran también que la familia tiende a reforzar a los individuos con mejores «dotaciones» de salud y, en especial, este refuerzo suele ser mayor para los hombres. Pitt, Rosenzweig & Hassan (1990) atribuyen esta actitud a la mayor participación laboral de los hombres, que consideran asociada a mejores dotaciones de salud y educación. En todo caso, debe observarse que la educación tiene siempre un efecto indirecto sobre la salud, a través de su impacto sobre la productividad laboral del individuo. Son numerosos los estudios empíricos que reportan este impacto (Behrman & Birdsall, 1983; Behrman & Deolalikar, 1993; Bliss & Stern, 1978; Boissiere, Knight & Sabot, 1985; Coppin, 1998; Falaris, 1995; Gastón & Tenjo, 1992). Desde esta perspectiva, las diferencias entre la educación de hombres y mujeres pueden explicar las diferencias en la salud a través de la sensibilidad de la inversión familiar en la salud de sus miembros ante cambios en sus niveles de productividad.

Al comparar las diferencias en las condiciones de salud y la utilización de servicios de salud entre hombres y mujeres, debe tenerse presente que éstas últimas tienden a reportar sus condiciones de salud con una mayor carga de subjetividad y, por tanto, la probabilidad de distorsión en las estimaciones es mayor para ellas que para los hombres. En general, las mujeres califican sus malestares como enfermedades con mayor facilidad que los hombres. Esta tendencia ha sido bastante documentada por Butler, Burtlhauser, Mitchell & Pincus (1987).

En cuanto a los insumos «tradicionales», Sindelar (1982) explica que las mujeres generalmente utilizan más cuidados médicos que los hombres. Ya sea midiendo la utilización como los gastos monetarios o como cantidades físicas, las mujeres en promedio utilizan más cuidados totales de salud y más de cada tipo de atención. Este hecho se verifica histórica y transversalmente

en todos los países desarrollados y en desarrollo y persiste aun después de controlar cuidados ginecológicos y obstétricos y la gravedad del problema médico. En cuanto a los hábitos de vida, según Sindelar (1982) los hombres sufren más frecuentemente y con mayor severidad pérdidas de salud atribuibles a elecciones de estilo de vida. Desde esta perspectiva, deberían esperarse mejores índices de salud dentro de las mujeres, más aún cuando ellas tienen mayor interés por el cuidado de la salud.

Otro punto desarrollado por la literatura se refiere al papel de las mujeres en el hogar. Se asocia la noción de diferentes roles entre hombres y mujeres con las diferencias en el costo de oportunidad de hombres y mujeres. Sindelar (1982) explica que, por su menor costo de oportunidad, es probable que las mujeres encuentren menos gravoso el dedicar su tiempo a las consultas médicas necesarias. Sin embargo, señala que, también por la menor valoración de su tiempo, el costo de estar enfermas (e inactivas) y el costo de otros bienes alternativos es menor para las mujeres. Sindelar encuentra para los Estados Unidos un impacto positivo del costo de oportunidad de las mujeres sobre su decisión de acudir a una consulta de salud.

El tema de la productividad laboral también es mencionado por Chatterjee (1990), quien sugiere que la baja participación de las mujeres en el mercado laboral se debe al menos parcialmente a su escasa salud, que reduce su productividad. Varios estudios recientes documentan esta relación entre salud y productividad (Schultz & Tansel, 1997; Knaul, 1999; Ribeiro, 1999; Rizzo, Abbott & Pashko, 1999). En el caso peruano, Cortez (1999) señala a la salud como determinante del salario por hora. En ese estudio, la productividad de las mujeres resulta ligeramente más sensible a cambios de la salud que la productividad de los hombres. Rosenzweig & Schultz (1982) encuentran, en datos de la India, respaldo a la hipótesis de que los hogares invierten más en la salud de los niños que las niñas para reforzar las señales del mercado sobre su futura productividad. La brecha entre las tasas de mortalidad de niños y niñas se expande cuando las tasas de actividad laboral de los

hombres se elevan, y se reduce cuando se elevan las tasas de las mujeres.

Otro aspecto referido al papel de la mujer en el hogar se refiere al de proveedora de cuidados de salud para el resto de miembros (Barrera, 1990; Handa, 1999). En el caso de los miembros adultos, Sindelar (1982) comenta que éstos encuentran en la madre de familia un sustituto de bajo costo a la atención médica profesional. Igualmente, el estar casada tiene para la mujer un efecto positivo sobre su utilización de servicios de salud. El análisis empírico de Sindelar encuentra un impacto negativo del tamaño de la familia sobre la utilización de servicios de salud, tanto para hombres como para mujeres. Tampoco el número de niños obtiene un impacto positivo significativo sobre la decisión de consulta de la mujeres y, de algún modo, se resta respaldo a la hipótesis de las externalidades.

### 3.1. MORBILIDAD

La comparación de los resultados de salud entre 1994, 1997 y 2000 señalan una asociación

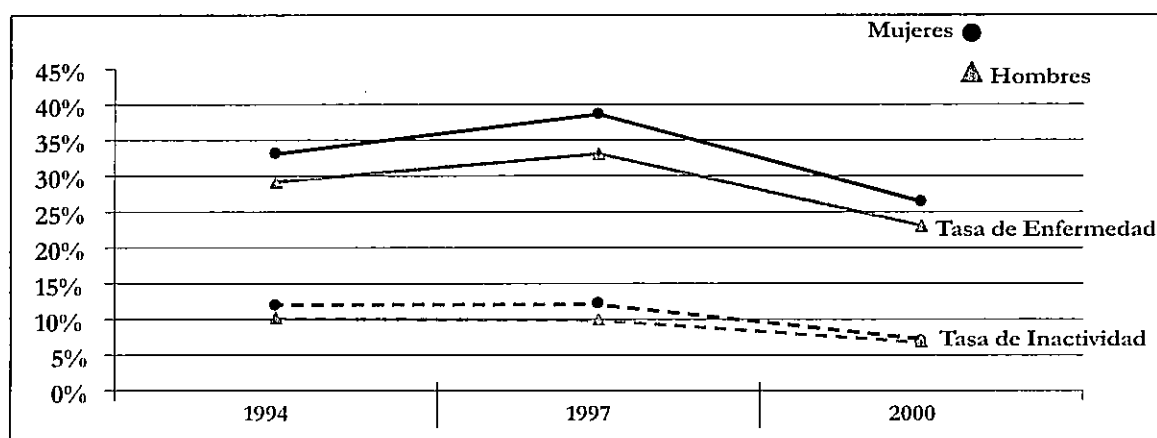
estrecha entre las tasas simples de enfermedad y las tasas de inactividad causada por enfermedades. La literatura suele subrayar el carácter subjetivo de las primeras y, por oposición, la mayor confiabilidad de las segundas. Las consecuencias objetivas del abandono de las actividades ordinarias reducen la probabilidad de que el reporte de enfermedad esté distorsionado por una excesiva (o escasa) sensibilidad a posibles dolencias.

Tomando en cuenta lo anterior, el Gráfico 3.1 sólo puede sugerir, y no demostrar, que la salud de las mujeres es más débil que la de los hombres. En el 2000 la brecha parece diluirse según la tasa de inactividad por enfermedad. Esta tasa es aproximadamente 6.8% para hombres y mujeres. Los días de duración de la enfermedad o la inactividad presentan un patrón similar: sólo el tiempo de enfermedad es menor para los hombres en el 2000.

El Gráfico 3.2 muestra que la brecha entre hombres y mujeres aparece a partir de los 15 años de edad, de modo que podría asociarse a los

GRÁFICO 3.1

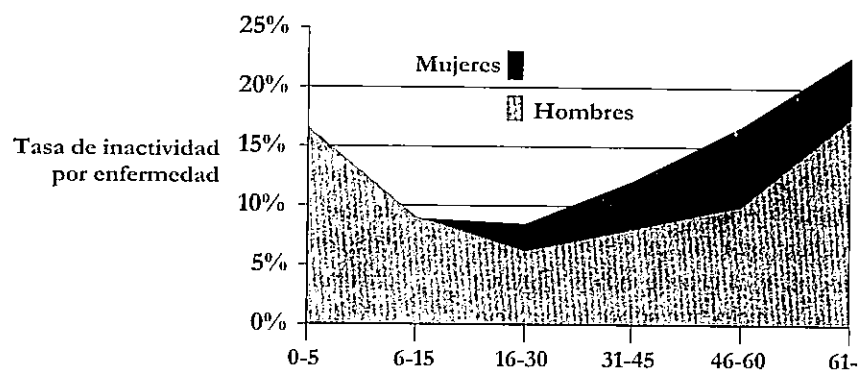
#### PROPORCIONES DE HOMBRES Y MUJERES QUE REPORTAN ENFERMEDAD E INACTIVIDAD, 1994, 1997 Y 2000



Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000 - Elaboración propia.

GRÁFICO 3.2

PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES QUE REPORTAN INACTIVIDAD POR ENFERMEDAD, SEGÚN EDAD, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

cambios biológicos ocurridos a partir de ese momento<sup>3</sup>. La evolución de la salud a lo largo del ciclo de vida es común para hombres y mujeres: las tasas de inactividad alcanzan sus puntos más altos durante la infancia y la edad adulta mayor.

Finalmente, la literatura se refiere con frecuencia a un «gradiente» en la distribución de la salud: los hogares de mejores condiciones socioeconómicas disfrutarían de mejores condiciones de salud. Sin embargo, el Gráfico 3.3 no muestra un «gradiente» homogéneo. Las tasas de inactividad decrecen entre el primero y el cuarto quintil de ingreso familiar *per cápita*, mientras que el quintil de más altos ingresos revierte dicha tendencia. En el 2000, en el caso de los hombres, este quintil alcanza la más alta tasa de inactividad: 7.9%.

La ausencia de gradiente en el 2000 puede deberse nuevamente a sesgos de percepción de los síntomas de enfermedad: los estratos más

altos serían más sensibles a estos síntomas. Sin embargo, fuera de distorsiones estadísticas, aparecen dos explicaciones alternativas: a) el ingreso familiar afecta sólo débilmente las condiciones de salud de los individuos; o b) los hogares de escasos recursos compensan esta escasez con otros medios: servicios públicos de salud y hábitos de vida más saludables.

En resumen, no aparecen brechas sistemáticas entre hombres y mujeres a lo largo de los estratos sociales. Aunque en 1994 puede afirmarse que la brecha de salud aparece en todos los quintiles, con excepción del más pobre, en el 2000 la brecha es poco significativa e indica que las mujeres son más saludables en tres quintiles.

### 3.2. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

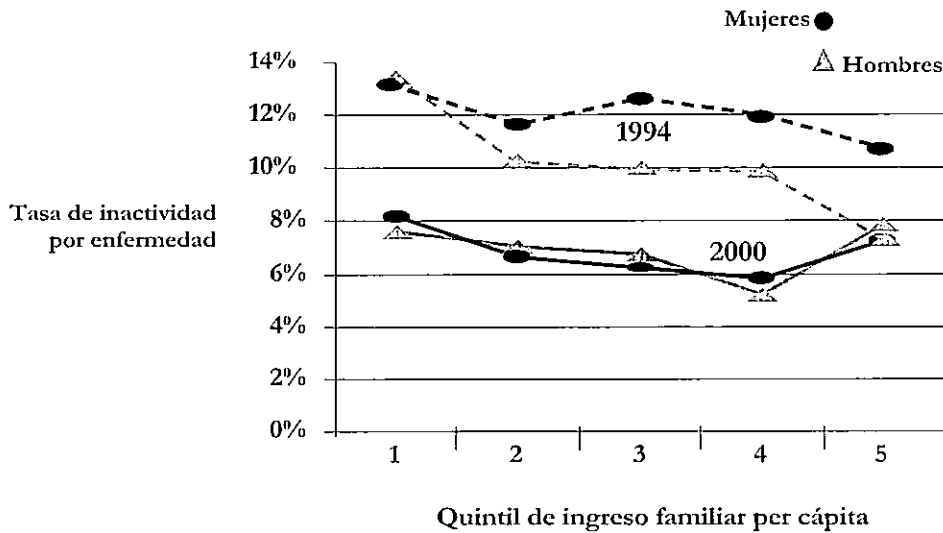
Entre 1994 y el 2000 la tasa de atención en consulta institucional de los individuos que

<sup>3</sup> Alternativamente, esta brecha también podría ser explicada por la aparición del sesgo de auto-reporte, que está ausente para los individuos menores de 15 años, dado que sus datos son provistos por los padres en la encuesta.



GRÁFICO 3.3

REPORTE DE INACTIVIDAD POR ENFERMEDAD POR SEXO, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO FAMILIAR *PER CÁPITA*, 1994 Y 2000



Fuente: ENNIV 1994 y 2000 - Elaboración propia.

reportaron enfermedades creció de 35% hasta 55%. La reducción de las tasas de enfermedad facilitó esta mejor cobertura de la población enferma. Sin embargo, también una mayor difusión del acceso a los servicios médicos puede explicar esta tendencia, mostrada por el Gráfico 3.4. Éste muestra además otro resultado importante: aunque las tasas de atención presentan una ligera diferencia a favor de las mujeres en 1994 y 1997, en el 2000 esta brecha desaparece.

Con relación a las condiciones económicas, la utilización de servicios de salud se eleva de 44% entre los enfermos del cuartil más pobre hasta 52% en el segundo, y luego hasta un nivel estable y superior a 60% en los tres siguientes. Por lo demás, este gradiente no está asociado a variaciones de la brecha entre hombres y mujeres, que permanece estable en todos los quintiles (con excepción de un ligero crecimiento en el más alto de ellos). Esta estabilidad se mantiene también en términos geográficos: sólo la costa rural

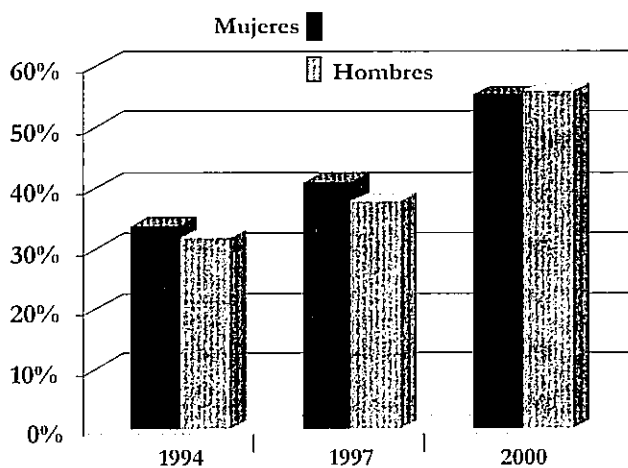
presenta una reducida brecha a favor de los hombres. Por lo demás, Lima Metropolitana y la costa y sierra urbanas muestran las tasas más altas de utilización, superiores al 60%; en el resto de dominios, las tasas se hallan por debajo del 50%.

El Gráfico 3.5 arroja mayores luces sobre la utilización de servicios de salud de hombres y mujeres. La probabilidad de esta utilización es mayor para los individuos que carecen de empleo y, entre los empleados, mayor para los salarios más altos. El hogar cuidaría más de la salud de los individuos que más aportan al hogar ya sea generando ingresos o dedicándose a tareas domésticas. Los individuos que trabajan sólo parte del tiempo y no realizan intensivamente ninguna actividad reciben menores cuidados al caer enfermos.

Hombres y mujeres presentan las mismas tasas de atención a nivel de la oferta institucional, proveniente de las clínicas y consultorios privados,

GRÁFICO 3.4

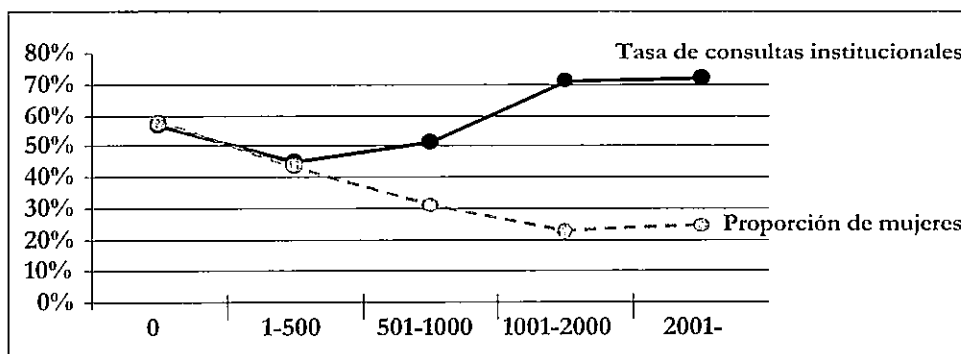
PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES ENFERMOS QUE REALIZAN CONSULTAS INSTITUCIONALES, 1994, 1997 Y 2000



Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000 - Elaboración propia.

GRÁFICO 3.5

PROPORCIÓN DE MUJERES Y DE ENFERMOS QUE REALIZAN CONSULTAS INSTITUCIONALES, SEGÚN SALARIOS INDIVIDUALES, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

del Ministerio de Salud y del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Sin embargo, de acuerdo con el gráfico anterior, las mujeres «ganan» estos servicios concentrándose en la actividad doméstica; los hombres, en cambio, se dedican intensivamente al mercado laboral. El 56% de los individuos sin ingresos son mujeres, y 60% de ellas se benefician de la atención. Los hombres, en cambio, son mayoría (76%) entre los individuos que ganan mensualmente más de S/. 2,000 y, a su vez, se benefician de una tasa de atención en ese grupo de 72%.

### 3.3. HOSPITALIZACIÓN

En el año 2000, las tasas de hospitalización difieren sólo ligeramente entre hombres y mujeres. Esta homogeneidad puede referir cierta equidad en los niveles de gravedad de las enfermedades sufridas por hombres y mujeres. Sólo el 2% de los enfermos requiere finalmente ser internado en un hospital.

Existe una diferencia significativa en el gasto por hospitalización de hombres y mujeres. El gasto de bolsillo por la enfermedad de la mujer se eleva a S/. 356, mientras que los hombres

gastan sólo S/. 319. Las mujeres gastan aproximadamente 12% más que los hombres no sólo en hospitalización sino también en las atenciones de consulta externa.

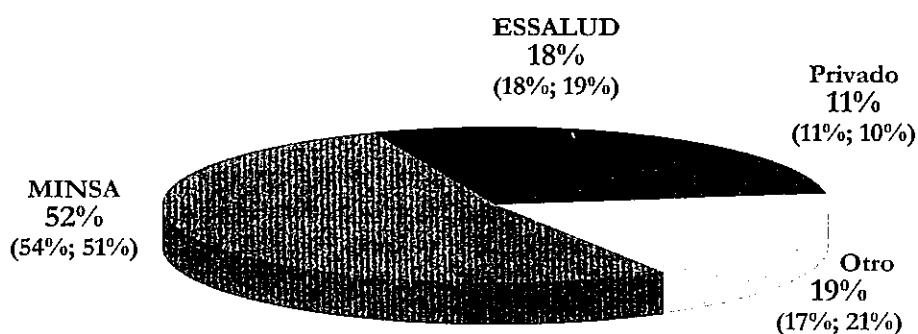
### 3.4. USO DE SERVICIOS DE SALUD POR PROVEEDOR

El Gráfico 3.6 muestra la distribución de los atendidos entre los distintos proveedores de salud. Los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) atienden el 52% de las consultas. El Seguro Social de Salud (ESSALUD) alcanza sólo al 18%, y los establecimientos privados de salud, al 11%. El 19% restante de atenciones se realiza con otros proveedores: postas de la Iglesia o de ONGs, farmacias, etc.

El mismo gráfico muestra entre paréntesis las distribuciones de proveedores para mujeres y hombres, respectivamente. No aparecen en los resultados diferencias significativas entre ambos grupos, aunque las mujeres tienden a acudir a los establecimientos del MINSA en una proporción ligeramente mayor. Cabe señalar que la tasa de aseguramiento por sexos es similar.

GRÁFICO 3.6

#### ATENCIÓN DE LOS ENFERMOS SEGÚN PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

Es claro que hay una asociación entre la elección del proveedor y las condiciones económicas. El quintil de más bajo ingreso *per cápita* muestra la menor probabilidad de consulta, y depende más fuertemente de los servicios del MINSA. Las participaciones del MINSA y de ESSALUD se elevan inicialmente con el ingreso, pero declinan en los dos quintiles más altos. Naturalmente, la expansión de la atención de salud en los estratos de mayores ingresos se debe directamente a la mayor utilización de servicios del sector privado.

### 3.5. USO DE MEDICACIÓN

En el 2000, el 28% de los enfermos no se medicó, sin ningún sesgo en especial en contra de hombres o mujeres. Previsiblemente, la carencia de medicación es más aguda en los quintiles más bajos y, según ámbito geográfico, en las zonas rurales. En ambos casos, la homogeneidad entre hombres y mujeres persiste. Tampoco el gasto en medicamentos difiere significativamente entre hombres y mujeres. Los promedios de gasto por consulta son S/. 17.5 y S/. 17.7, respectivamente. Este gasto se asocia más bien a los ingresos familiares. Por ejemplo, las mujeres del quintil más pobre gastan S/. 11, mientras que en el quintil más alto el gasto llega a S/. 27.

A nivel geográfico, las zonas urbanas presentan los mayores niveles de gasto de bolsillo en medicinas. En Lima Metropolitana, este gasto llega a S/. 23 y S/. 32 para mujeres y hombres, respectivamente. Este fuerte contraste entre ambos es compensado luego a nivel nacional por sesgos a favor de las mujeres en la costa y sierra urbanas.

### 3.6. LA DESIGUALDAD DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA SALUD AUTO-REPORTADA: LAS CURVAS DE CONCENTRACIÓN

El Gráfico 3.7 muestra la *desviación* de las curvas de concentración de hombres y mujeres

relativa a la distribución neutral<sup>4</sup>. Cuando la desviación es positiva, la curva de concentración se halla por encima de la distribución neutral y se concluye que los pobres acumulan enfermedad «desproporcionadamente»: es decir, si la desviación es positiva, la distribución es «anti-pobre». La magnitud de esta inequidad se mide como el doble del área debajo de la curva de desviación. Este índice de concentración (IC) es negativo cuando la distribución favorece a los más pobres.

La inequidad se redujo entre 1994 (IC=0.08) y el 2000 (IC=0.03), aunque en 1997 se registró el menor índice de concentración (IC=0.01) y se elevó luego ligeramente hasta el 2000. Esta reducción de la inequidad en 1997 puede deberse a los mismos factores de estación que elevan en ese año las tasas generales de enfermedad: si esos factores afectan homogéneamente a todos los grupos, el índice de inequidad se reduce necesariamente.

En el Gráfico 3.7 se compara la inequidad que se observa en el 2000 dentro de los hombres y dentro de las mujeres. En ambos grupos hay un sesgo «anti-pobre», pero en los hombres (IC=0.05) este sesgo es ligeramente mayor al de las mujeres (IC=0.03).

La ligera diferencia entre los niveles de inequidad de hombres y mujeres puede explicarse por una mayor sensibilidad de los hombres ante la carencia de insumos de salud asociados al poder adquisitivo: medicinas, alimentación, etc. De otro modo, quizá más plausible, también podría explicarse por un mayor esfuerzo de las familias de bajos ingresos por conservar en buen estado la salud de la mujer.

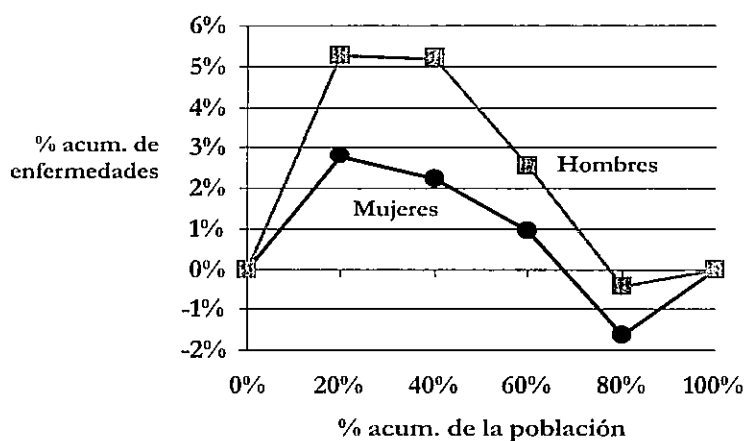
### 3.7. DESIGUALDAD EN SALUD POR GRUPOS ÉTNICOS

Los reportes de enfermedad son notablemente más altos en las poblaciones indígenas (32.5%) que en el resto de la población

<sup>4</sup> Las curvas de concentración indican la proporción de la enfermedad «total» acumulada por una determinada porción de la población total que es ordenada según su nivel de ingreso. La curva de concentración es ordinariamente comparada con una curva de «distribución neutral» (de 45°), en la cual el 1% más pobre de la población acumula exactamente el 1% de la enfermedad total.

GRÁFICO 3.7

INDICES DE CONCENTRACIÓN DE LOS REPORTES DE ENFERMEDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES, 2000 (en desviaciones)



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

(23.5%)<sup>5</sup>. Sin embargo, cabe señalar que las brechas de enfermedad entre hombres y mujeres es casi nula entre los quechua (o aymara) hablantes.

Este resultado se repite para la tasa de utilización de servicios de salud, que entre los quechua hablantes es baja (47.1% ante 57.6% del resto del país) pero homogénea. Sin embargo, el gasto de bolsillo es notablemente mayor para las mujeres (S/. 30.3) que para los hombres (S/. 15.8). En el resto de la población, en cambio, la diferencia es poco significativa. El acceso a los proveedores y el grado de afiliación a seguros es homogéneo por sexo en la población indígena; por tanto, la explicación estaría más bien asociada a las características de las necesidades de las

mujeres. En concreto, el grado de satisfacción por la atención es menor entre las mujeres indígenas (66.3% ante 71.8% entre los hombres). Este resultado insinúa que la oferta de servicios de salud no parece responder a las necesidades específicas de las mujeres indígenas. Aunque se gasta más en ellas, este esfuerzo familiar no logra compensar esta desventaja que enfrentan las mujeres.

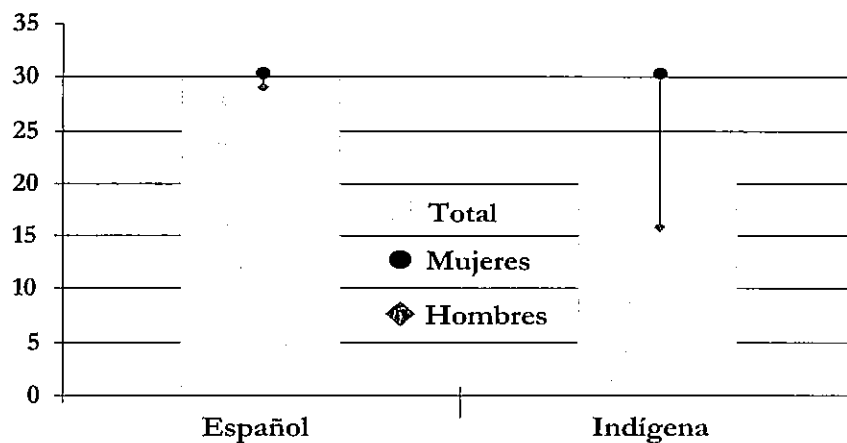
### 3.8. DESIGUALDAD EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES POR SEXO

La población adulto mayor presenta un perfil de salud específico. Esa etapa de la vida se caracteriza por una mayor debilidad de salud

<sup>5</sup> En el caso peruano, el 15% de la población señala como lengua materna el Quechua o el Aymara (u otra lengua nativa), las cuales suelen referir también el origen étnico, y asocia hábitos y marcos culturales peculiares, capaces de incidir en sus criterios de uso de servicios de salud. La población indígena se ubica ordinariamente en el ámbito rural y, por tanto, se encuentra en peores condiciones económicas.

GRÁFICO 3.8

GASTO DE BOLSILLO DE HOMBRES Y MUJERES ENFERMOS EN SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN LENGUA MATERNA, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

y una mayor necesidad de atención. Los reportes de enfermedad y las tasas de utilización de servicios de salud se elevan en esta población, de 23.3% a 39.8% y de 55.0% a 58.7%, respectivamente. Sin embargo, no hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres.

Las diferencias aparecen más bien en el gasto de bolsillo, según muestra el Gráfico 3.9. Entre los mayores de 60 años, los hombres gastan S/. 4.5 más que las mujeres cuando se enferman. Entre los menores de esa edad, la brecha alcanza S/. 5.7, pero favorece a las mujeres. La aparición de diferencias sólo después de la consulta (al adquirir medicinas, realizar análisis o buscar consultas adicionales) implica que se cuenta con criterios objetivos (la opinión de un médico) en la decisión de gastar más en los hombres adultos mayores.

¿Puede decirse que la salud de las mujeres de edad avanzada requiere una menor inversión? La evidente longevidad relativa de las mujeres daría un sustento intuitivo a esta conclusión. Por otra parte, los reportes de satisfacción no indican que las mujeres se sientan postergadas por este

patrón de gasto. De hecho, estos reportes indican que, entre los adultos mayores atendidos por una enfermedad, el 76.7% de las mujeres se declara satisfecha, cifra que alcanza sólo 71.0% en el caso de los hombres.

La diferencia de gasto a favor de los hombres de edad avanzada sería mayor de lo mostrado por el Gráfico 3.9 en la medida en que las tasas de aseguramiento los favorecen con relación a las mujeres. A diferencia del resto de la población, entre los adultos mayores se observa una desventaja significativa de las mujeres en el acceso a un seguro de salud. Las tasas de afiliación son 49.1% y 43.4% para hombres y mujeres, respectivamente.

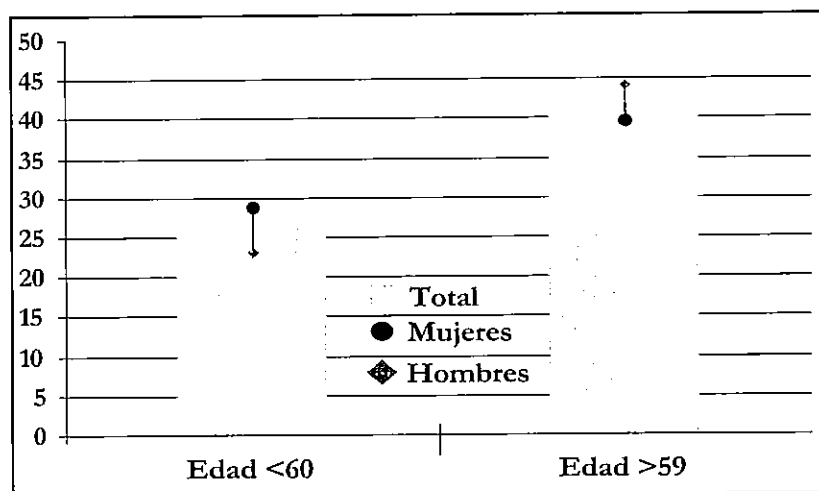
### 3.9. LA EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO

#### 3.9.1. EL ASEGURAMIENTO

En el Perú, sólo una tercera parte de la población está cubierta por el Seguro Social o algún sistema de seguro privado. Aunque reducida, esta tasa de afiliación representa un incremento en comparación con los años

GRÁFICO 3.9

GASTO DE BOLSILLO DE HOMBRES Y MUJERES ANTE ENFERMEDAD, SEGÚN EDAD, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

anteriores: en 1994 y 1997 el porcentaje de asegurados no llegaba al 25%<sup>6</sup>. Por otra parte, en ninguno de los tres años estudiados aparece una diferencia significativa entre las tasas de cobertura de hombres y mujeres (33.9% y 32.8% en el 2000, respectivamente). Evidentemente, la afiliación familiar justifica este resultado.

### 3.9.2. EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

A pesar de la similitud entre las tasas de enfermedad y atención de salud de hombres y mujeres, los gastos realizados ante la enfermedad muestran una divergencia significativa entre ambos sexos. En concreto, los hogares gastan 15% más en curar las enfermedades de las mujeres (S/. 30.4) que las de los hombres (S/. 26.4).

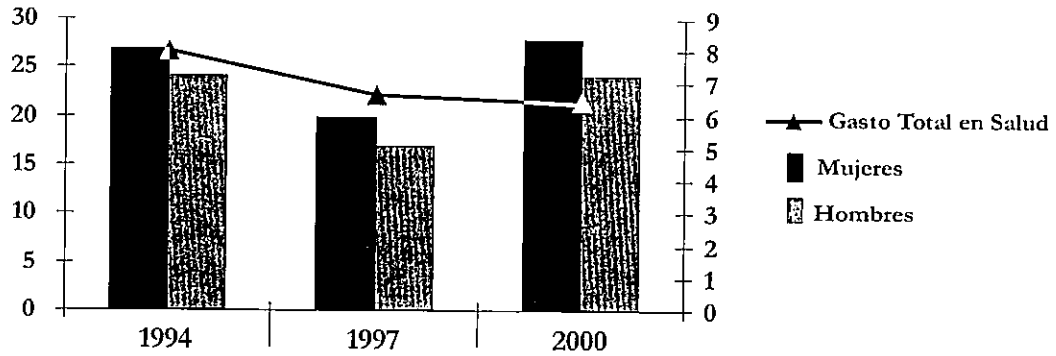
Estos cálculos se basan en los reportes de gastos «de bolsillo» reportados por las familias y, por tanto, excluyen los pagos de compañías de seguros o los subsidios del Estado. Así, esta brecha refleja una decisión totalmente familiar, que puede ser explicada por varias hipótesis: a) las prescripciones para curar las enfermedades de las mujeres son más intensivas en insumos relativamente más caros; b) los hogares están dispuestos a gastar más para asegurar la recuperación de las mujeres; o c) la atención de las mujeres demanda otros factores adicionales a los propiamente médicos (calidad de atención, trato, etc.) y, por ello, resulta más cara.

El Gráfico 3.10 verifica que la tendencia a gastar más en las mujeres se registra en todos

<sup>6</sup> Una limitación de estas comparaciones se debe a diferencias en los cuestionarios de las ENNIV. Sólo en el 2000 se permite al individuo responder que tiene «otro» sistema de seguro, distinto de ESSALUD, las Fuerzas Armadas, o algún seguro privado. Esta cuarta alternativa, incluida como «sector privado», podría ser en el 2000 alguna de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), creadas a partir de la legislación emitida en 1999. Sin embargo, el 9.9% de la población que reporta «otro» seguro de salud excede claramente el crecimiento oficial de las captaciones de las EPS. Resulta más probable que las «otras» alternativas hayan estado también presentes en 1994 y 1997 y, sin embargo, hayan sido reportadas como «no afiliación» (a ESSALUD, las FF.AA. o algún seguro privado).

GRÁFICO 3.10

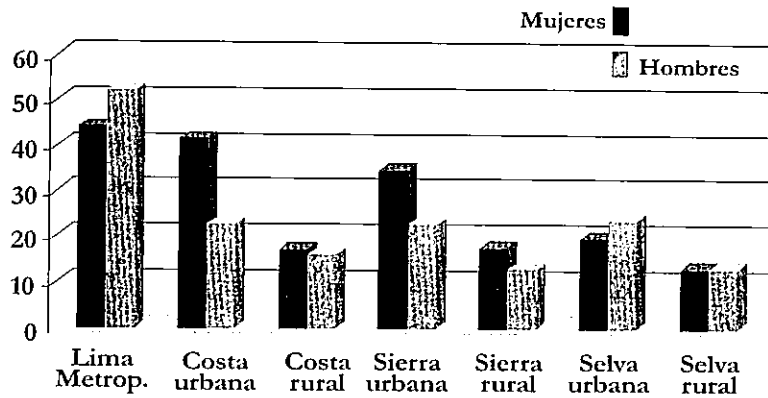
GASTO DE BOLSILLO ANTE ENFERMEDAD DE HOMBRES Y MUJERES Y GASTO TOTAL *PER CÁPITA* EN SALUD, 1994, 1997 Y 2000 (en Nuevos Soles al mes)



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

GRÁFICO 3.11

GASTO DE BOLSILLO EN LA SALUD DE HOMBRES Y MUJERES, SEGÚN DOMINIO, 2000

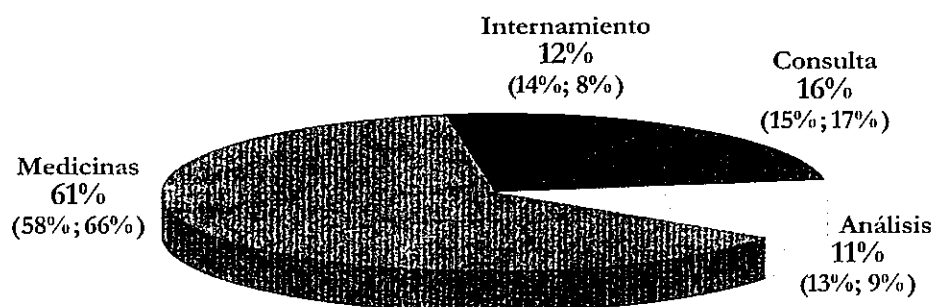


Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.



GRÁFICO 3.12

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD SEGÚN TIPOS DE GASTO, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

los años estudiados y, además, que el gasto en términos reales se redujo temporalmente en 1997: en 1994 y en el 2000, el gasto real, expresado en moneda de 1997, se mantiene estable.

El Gráfico 3.11 muestra que, en el 2000, las mujeres reciben un mayor gasto en todos los dominios, con excepción de Lima Metropolitana y de la selva. Esta observación es importante porque se vincula con la mayor brecha de salud que se observa a favor de los hombres en la selva del país. En esa región, no basta al parecer la igualdad de las tasas de atención de salud de hombres y mujeres: hace falta también gastar más en las mujeres, como ocurre en el resto del país.

Por otra parte, el resultado para Lima Metropolitana contrasta con la equidad del resto de datos sobre la salud en la ciudad capital. Cada consulta médica de las mujeres es más costosa en Lima, de modo que el gasto es mayor para ellas aun cuando su tasa de atención es similar a la de los hombres.

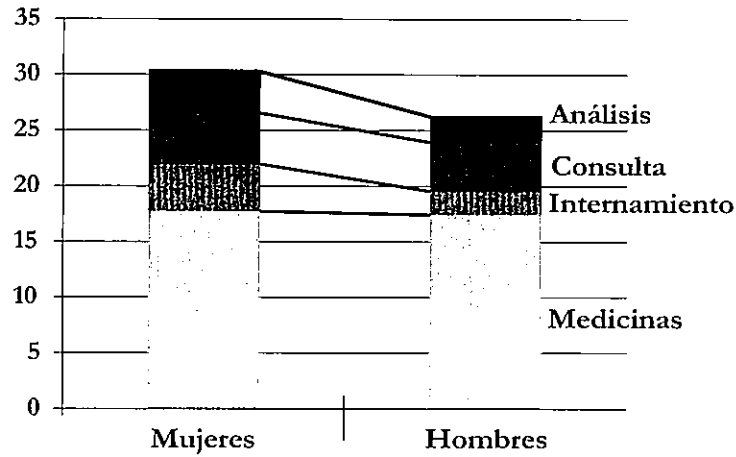
El Gráfico 3.12 muestra la distribución del gasto de bolsillo en salud e indica claramente que las medicinas absorben la mayor parte del mismo. Estas representan el 61% del gasto, mientras que los costos de consultas acumulan el 16%. Los gastos de internamiento, aunque poco frecuentes, son suficientemente elevados para absorber el 11% del gasto total.

El Gráfico 3.12 presenta, entre paréntesis, la distribución del gasto en la salud de las mujeres y de los hombres, respectivamente. Los hombres dedican una proporción mayor de su gasto a medicinas y, en cambio, las mujeres gastan relativamente más en hospitalizaciones y análisis.

Las implicancias de estas diferencias en cuanto a las brechas de gasto entre hombres y mujeres son mejor ilustradas por el Gráfico 3.13, que muestra que el diferencial de gasto aparece en los costos asociados a la hospitalización y análisis. Los gastos de consultas y medicinas, en cambio, son similares para hombres y mujeres

GRÁFICO 3.13

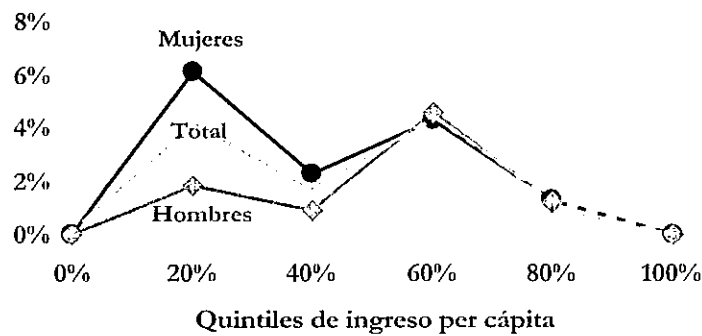
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE HOMBRES Y MUJERES, SEGÚN TIPOS DE GASTO, 2000  
(en Nuevos Soles al mes)



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

GRÁFICO 3.14

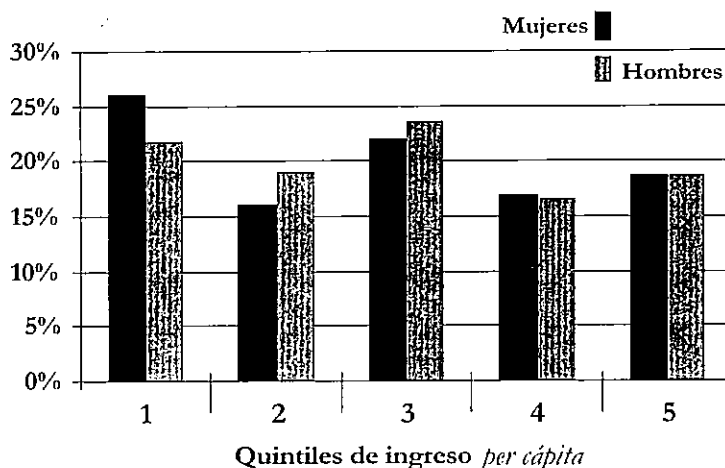
CURVAS DE CONCENTRACIÓN DE LOS SUBSIDIOS DEL MINSA  
(EN DESVIACIONES), 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

GRÁFICO 3.15

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUBSIDIOS DEL MINSA, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO FAMILIAR *PER CÁPITA*, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

3.9.3. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUBSIDIOS DEL MINISTERIO DE SALUD <sup>7</sup>

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, no aparece un sesgo sistemático en ningún sentido. Se emplea desviaciones de las curvas de concentración para verificar la concentración de los subsidios en los quintiles más pobres y se encuentra que ésta es mayor entre las mujeres (ver Gráfico 3.14).

El Gráfico 3.15 ilustra que las mujeres del quintil más alto reciben un 18.7% de subsidio, mientras que las mujeres del quintil más pobre llegan a recibir el 26.1%. Entre los hombres, estos porcentajes son 18.8% y 21.8%, respectivamente. Estos resultados a favor de la población femenina pueden estar asociados a la mayor tendencia de las mujeres enfermas a buscar atención médica, y al uso más intensivo que éstas pueden hacer de determinados servicios, especialmente de aquéllos asociados a la atención del

niño y de la madre. Sin embargo, se trata de una tendencia a favor de los pobres que es muy débil. Considerando a los tres quintiles inferiores como objetivo del gasto del MINSA, se tendría actualmente una filtración (error tipo II) de casi 36%.

3.10. LA EQUIDAD DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

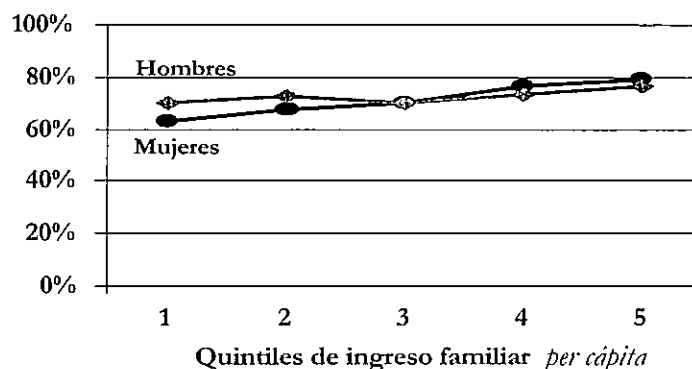
El Gráfico 3.16 muestra un resultado interesante en torno a la satisfacción por la atención recibida, la cual, en principio, refleja la calidad de esta atención. Según el gráfico, la calidad provista a los hombres es estable en todos los quintiles y, sin embargo, la calidad que reportan las mujeres es claramente creciente con el nivel de ingresos familiares.

La brecha de satisfacción favorece inicialmente a los hombres y se revierte a favor

<sup>7</sup> Los subsidios implícitos que se derivan de la atención de salud ambulatoria del Ministerio de Salud pueden ser calculados a partir de la diferencia entre el costo de atención y los pagos reportados por los usuarios en la ENNIV. Las siguientes estimaciones incorporan los costos de los servicios de medicina general, que son diferentes para Puestos/Hospitales de Costa/Sierra/Selva/Lima, obtenidas a partir del estudio de costos de 1994 (CIUP, 1996).

GRÁFICO 3.16

PROPORCIONES DE HOMBRES Y MUJERES SATISFECHOS POR ATENCIÓN RECIBIDA, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO *PER CÁPITA*, 2000



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

de las mujeres en los dos quintiles más altos. Por lo demás, el gráfico muestra altas tasas de satisfacción en todos los casos, hasta llegar a 79% entre las mujeres del quintil más alto

ingresos familiares, nivel de educación, etc. En el estudio es especialmente relevante analizar el papel de tres de ellos: la necesidad de los servicios de salud; la presencia de la madre y sus condiciones de salud; y el aporte del individuo al presupuesto familiar. Según la discusión previa, estos tres factores deberían explicar en parte por qué las mujeres reciben mayor atención de salud cuando declaran enfermedad o dolencia.

#### 4. ¿QUÉ FACTORES EXPLICAN LA BRECHA DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

##### 4.1. CONSIDERACIONES EMPÍRICAS

Como se ha discutido en las secciones previas, las decisiones de utilización de servicios de salud dependen de diversos factores: edad,

La utilización de servicios de salud ante la ocurrencia de una enfermedad es medida en este trabajo por: a) la probabilidad de realizar una consulta, y b) el gasto de bolsillo (que incluye el gasto por consulta, medicinas, análisis, etc.).

Por otro lado, la necesidad de servicios de salud es medida por un indicador basado en la morbilidad esperada del paciente. Para todos los individuos, se predice la probabilidad de sufrir una enfermedad que restrinja sus actividades<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> La regresión de la probabilidad de inactividad por enfermedad está disponible a solicitud del lector, aunque cabe señalar que los resultados no difieren sustancialmente de la variable «reporte de enfermedad» empleada como aproximación de la necesidad de salud.

Dicho de otro modo, este indicador refleja cuánto riesgo corre la persona de que la enfermedad que declara llegue a requerir reposo para ser superada.

El procedimiento de instrumentación es aplicado también al salario individual (según la propuesta de Heckman para estimar los salarios «sombra») y a la afiliación a un sistema de seguro. Las variables restantes son consideradas exógenas: edad, nivel educativo y zona de residencia (costa/sierra/selva urbana/rural).

#### 4.2. ¿CUÁLES SON LOS DETERMINANTES DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD?

El Cuadro 4.1 muestra los resultados de las regresiones de la utilización de servicios de salud y el pago de bolsillo total por estos servicios<sup>9</sup>. Se incluyó una variable dicotómica que es igual a la unidad en el caso de las mujeres. De este modo, el coeficiente de esta variable debería captar las diferencias entre mujeres y hombres que no logran ser explicadas por el resto de factores relevantes.

La decisión de consulta es estimada mediante un modelo *Probit*, cuyos resultados se presentan en la primera columna del Cuadro 4.1. La segunda columna muestra los resultados de un modelo *Tobit* (censurado inferiormente en cero) para el gasto de bolsillo en salud. En las siguientes líneas se comentan las implicancias de estas estimaciones.

La edad es un determinante de la utilización de servicios de salud. De hecho, las personas alrededor de los 45 años de edad tienen una mayor probabilidad de buscar servicios médicos. Personas muy jóvenes, o muy mayores, acuden con menor probabilidad a una consulta. En este punto, es importante notar que esta mayor prontitud para acudir a establecimientos de salud no depende de una mayor necesidad de los adultos de 45 años o, más plausiblemente, a su

mayor costo de oportunidad si una enfermedad restringiese su actividad. Estas dos variables son explícitamente controladas en las estimaciones y, por tanto, pueden asumirse constantes, independientes de cambios en la edad. La explicación de la mayor atención a los adultos, en comparación con los jóvenes y los ancianos, debe hallarse entonces en criterios subjetivos familiares: más allá de las necesidades objetivas de sus miembros, el hogar considera urgente la atención de los adultos.

El nivel de educación es también un determinante importante de la utilización de servicios de salud. Según los datos, la probabilidad de atención se elevaría hasta 59% si se diese educación adicional a todos los individuos que no han completado la instrucción primaria, de modo que efectivamente la terminen. Nuevamente, estos datos excluyen el efecto asociado a otras variables explícitamente controladas en la ecuación y, por tanto, reflejarían un efecto directo: personas más educadas son más conscientes de la conveniencia de recibir atención médica o, también, pueden comprender y seguir mejor las recomendaciones médicas (de modo que es más eficaz y atractivo realizar una consulta).

*¿Qué brecha de utilización de servicios de salud se observaría si sólo el nivel educativo difiriese entre ambos sexos? Según simulaciones a partir del Cuadro 4.1, si las variables restantes se igualasen para todos los individuos al promedio general de la muestra, ¡los hombres se atenderían más que las mujeres!*

La menor educación de las mujeres reduce la probabilidad de que reciban atención de salud. Sin embargo, la brecha observada favorece a las mujeres porque otros factores no observables corrigen este perjuicio.

A su vez, el ingreso *per cápita* familiar afecta positiva y significativamente la probabilidad de consulta ante una enfermedad. Evidentemente, se trata de un efecto - ingreso, que denota que la atención de salud es, en términos económicos, un «bien normal».

<sup>9</sup> Ambas regresiones dependen de las mismas variables porque se entiende que las decisiones sobre la utilización y la calidad de los servicios son simultáneas y se toman de una sola vez.

CUADRO 4.1

REGRESIONES DE PROBABILIDAD DE CONSULTA Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

Variables	Probabilidad de consulta	Gasto de bolsillo (Log)
Constante	2,926***	-1,835
	1,5	-0,4
Edad	0,107*	0,052
	2,4	0,5
Edad <sup>2</sup> (x 10 <sup>-2</sup> )	-0,012**	-0,042
	2,3	-0,4
Años de estudio	0,085*	0,109
	2,0	1,1
Ingreso <i>per cápita</i>	0,063**	0,305***
	2,4	5,2
Afiliación a seguro	1,918***	-2,072
	2,7	-1,3
Costa urbana	-0,063	-0,045**
	-0,7	-2,2
Costa rural	-0,296***	-0,989***
	-2,7	-4,1
Sierra urbana	-0,050	-0,6996***
	-0,5	-3,4
Sierra rural	-0,365***	-0,928***
	-3,6	-4,1
Selva urbana	-0,548***	-0,532***
	-6,5	-2,9
Selva rural	-0,401***	-0,670***
	-4,0	-3,1
Salario	-1,119**	0,063
	-2,1	-0,1
Necesidad de servicios	0,933**	3,573***
	2,5	4,3
Mujer	-0,615*	0,433
	-1,9	0,6
Madre de familia	-0,012	-0,335**
	-0,2	-2,0
Número de observaciones	2472	2472
X <sup>2</sup>	211.52***	99.7***

\* significativo al 10% \*\* significativo al 5% \*\*\* significativo al 1%.  
Elaboración propia.

En cuanto a la relevancia del ingreso como determinante de la brecha de salud a favor de las mujeres, debe notarse que los datos de la ENNIV asignan a éstas un menor promedio de ingreso *per cápita*: S/. 519 ante S/. 554 para los hombres. Dicho en otros términos, los hogares de menores ingresos tienen una mayor proporción de mujeres. Esta observación, que puede explicarse por la existencia de hogares en los que está ausente el padre de familia, implica que la utilización de servicios de salud de las mujeres es disminuida por su menor ingreso aunque parece haber evidencia que no es un factor importante<sup>10</sup>.

Por lo demás, tampoco las tasas de aseguramiento explican la brecha, pues son similares para hombres y mujeres: alrededor de 31.5%<sup>11</sup>. Lo mismo puede afirmarse de la localización geográfica, pues hombres y mujeres están igualmente dispersos por el territorio nacional. En este caso, los resultados sólo subrayan el mayor gasto en salud en Lima Metropolitana, aun después de aislar el efecto del mayor ingreso y educación de la ciudad capital.

El aporte individual a los ingresos familiares es una de las variables conectada a las hipótesis para explicar las diferencias entre hombres y mujeres. Este aporte muestra un impacto negativo sobre la decisión de consulta, aunque en cuanto al gasto de bolsillo el efecto no es estadísticamente significativo.

Dado que el efecto - ingreso está controlado, el resultado sugiere que el salario eleva fuertemente el costo de oportunidad de la consulta. Es posible que aun a pesar del riesgo

de que la enfermedad se acentúe, los individuos de mayor salario obvian la necesidad de recibir atención y prosiguen con sus actividades ordinarias.

Este resultado tiene implicancias directas para la brecha entre hombres y mujeres. El mayor salario de los hombres les llevaría a demandar menos servicios de salud y, en este sentido, el salario es un potencial factor explicativo de aquella brecha. Las simulaciones a partir del Cuadro 4.1 indican que si hombres y mujeres se diferenciaren sólo en el salario, la brecha sería mucho mayor.

Puede decirse, entonces, que los menores ingresos de las mujeres no son «castigados» por la familia. En realidad, la familia más bien «exprime» a quienes más aportan a su presupuesto y sacrifica atenciones que deberían recibir a cambio de la continuidad de su actividad laboral. Desde esta perspectiva, el alejamiento del mercado laboral no resulta en perjuicio de cuidados de la salud para las mujeres<sup>12</sup>.

Por otro lado, se concluye que la probabilidad de consulta y el gasto de bolsillo se elevan cuando el individuo tiene mayor necesidad de atención<sup>13</sup>. Sin embargo, la diferencia de necesidad entre hombres y mujeres no es suficientemente fuerte para explicar parte de la brecha de utilización de servicios de salud. En el escenario simulado de que sólo la necesidad de estos servicios diferenciase a los hombres de las mujeres, habría una brecha muy reducida de la probabilidad de consulta por sexo.

---

<sup>10</sup> Más aún, la expresión logarítmica del ingreso *per cápita* reduce de hecho la diferencia entre los ingresos familiares *per cápita* de hombres y mujeres, lo que sugiere que la brecha entre los ingresos observados se debería más bien a la presencia de valores extremos.

<sup>11</sup> Por otro lado, aunque eleva la probabilidad de atención para hombres y mujeres por igual, es importante notar que el aseguramiento logra provocar este incremento. Según los resultados, la probabilidad de atención se eleva desde 31.7% hasta 91.7% cuando el individuo pasa desde una probabilidad nula de estar asegurado hasta la certeza completa de estarlo. La ausencia de un efecto significativo sobre el gasto de bolsillo, por otra parte, se debe a un efecto - precio: para los asegurados, la atención es más barata.

<sup>12</sup> Para cerrar la interpretación del efecto del salario, conviene recordar que el salario incluye también la productividad de las labores del hogar. De hecho, se ha empleado un salario «sombra» en las estimaciones anteriores. Esta observación es importante para asegurar la ausencia de una exageración en la relevancia del salario en la brecha de servicios de salud. En la simulación, se contempla la diferencia salarial entre el esposo trabajador y la esposa que realiza actividades de producción doméstica en el hogar y así se toma en consideración el papel productivo de la mujer dentro del hogar.

<sup>13</sup> El mismo resultado se obtiene cuando la necesidad es medida por la existencia de una enfermedad crónica.

Según la última hipótesis sobre la brecha entre hombres y mujeres, la familia cuidaría más de la madre de familia porque ésta luego se ocupa de cuidar al resto de miembros del hogar. Los resultados no respaldan esta hipótesis. En el caso de la probabilidad de consulta, se obtiene un impacto insignificante para la condición de madre de familia<sup>14</sup>. En otras palabras, el hogar no dedica más recursos a la madre de familia simplemente por el hecho de serlo<sup>15</sup>. Como una hipótesis preliminar, este resultado sugiere que la madre es, más que sustituta de los servicios de salud, complemento de los mismos. Cualquier aparente sesgo a favor de la madre se explica por su edad, su necesidad de atención u otras características.

Por otra parte, en el caso del gasto de bolsillo se obtiene un efecto significativo y negativo: el hogar gasta en la madre de familia menos que en el resto de sus miembros. Dada la ausencia de diferencias en la probabilidad de consulta, este resultado sugiere que, una vez iniciado el tratamiento, el hogar gasta menos en la madre.

Hasta este punto, sólo es posible hacer notar que los hogares no parecen tener un incentivo especial para cuidar la salud de la madre de familia más allá de lo explicado por las características ya discutidas (edad, educación, necesidad, costo de oportunidad del tiempo) o más allá del hecho de ser mujer (que es incluido por separado en la estimación).

La variable dicotómica que se iguala a la unidad en el caso de las mujeres debería tener un efecto irrelevante si toda la brecha entre hombres y mujeres fuese explicada por las variables anteriormente comentadas. Sin embargo, la probabilidad de consulta sí es sensible a esta variable y, sorprendentemente, se obtiene un signo negativo: los determinantes aún no identificados de la brecha son más bien contrarios a las mujeres.

De este modo, el Gráfico 4.1 muestra que esta aparente «discriminación» se une a la menor

educación de las mujeres para generar una fuerte reducción de la brecha que, por lo demás, debería favorecer ampliamente a las mujeres en cuanto a la utilización de servicios de salud. En principio, esta brecha debería llegar hasta 29.0 puntos porcentuales en la probabilidad de consulta. La discriminación y la educación suponen una reducción de 25.7 puntos y establecen la brecha final en 3.3<sup>16</sup>.

Por otra parte, en cuanto al gasto de bolsillo, se observa una conducta también contraria a la mujer pero, en términos más concretos, dirigida a la madre de familia. Es ésta la mujer que es discriminada y privada de servicios de salud.

Aunque la familia gasta más en la salud de los que necesitan más atención, no puede atribuirse de manera exclusiva a este hecho la existencia de la brecha en los servicios de salud recibidos por los hombres y las mujeres. Si bien las mujeres tienen mayores necesidades de salud con relación a los hombres, la brecha no es suficientemente alta para explicar el uso diferente de servicios de salud entre ambos. Por otro lado, en el ámbito de lo subjetivo, las familias tienen una menor probabilidad de demandar servicios de salud cuando es una mujer quien los necesita. Sin embargo, si se llega a realizar una consulta, la mujer (con excepción de la madre de familia) es compensada mediante un mayor gasto.

¿Qué elementos se hallan detrás de esta postergación de la mujer en el uso de servicios de salud? Esta discriminación trasciende los motivos económicos. Aparentemente, la respuesta requiere abordar aspectos psicológicos o sociológicos propios de cada comunidad. Desde luego, se trata de ámbitos que un modelo econométrico no puede explorar y que requieren un análisis focal de casos y un análisis cualitativo.

En resumen, las mujeres se atienden más que los hombres a pesar de una discriminación efectiva y de la brecha educativa. El motivo

<sup>14</sup> Para fines operativos, la madre de familia es definida como la mujer que es jefe del hogar o cónyuge del jefe del hogar.

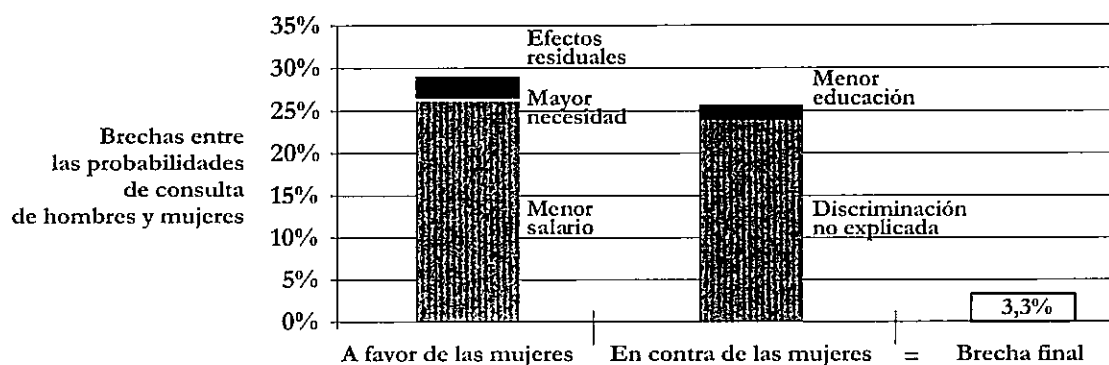
<sup>15</sup> Desde luego, el menor salario o alguna otra características podrían causar que, por otro lado, se cuidara más de su salud.

<sup>16</sup> Los «efectos residuales» del Gráfico 4.1 se deben al menos parcialmente a otras características ya incluidas dentro de las estimaciones. En conjunto, logran afectar ligeramente la brecha entre hombres y mujeres, aunque por separado generan un efecto irrelevante.



GRÁFICO 4.1

COMPONENTES DE LA BRECHA ENTRE LAS PROBABILIDADES DE CONSULTA DE HOMBRES Y MUJERES



Fuente: ENNIV 2000 - Elaboración propia.

básico de este resultado es el mayor salario de los hombres, que supone un fuerte incentivo para eludir la realización de una consulta de salud y continuar sus actividades ordinarias. En cambio, el costo de oportunidad del tiempo empleado para una consulta es para las mujeres mucho menor debido a que su actividad de producción en el hogar tiene mayores márgenes de flexibilidad que la de su participación en un mercado laboral formal. Desde este punto de vista, las mujeres que eligen cubrir las necesidades familiares en el ámbito doméstico tienen una ventaja inesperada frente a los hombres que trabajan en mercados laborales formales.

## 5. CONCLUSIONES

La presente investigación ha analizado las diversas dimensiones de la salud y equidad en el acceso y financiamiento, distinguiendo la situación entre los hombres y las mujeres. En esta comparación, se observan numerosos contrastes y similitudes, enumerados a continuación.

1. Las diferencias laborales entre hombres y mujeres son reconocidas; sin embargo, se observa también una tendencia decreciente en la brecha de los años de educación entre ambos sexos. Si bien las mujeres estudian en promedio menos años que los hombres, la brecha se reduce en el tiempo. La actividad laboral y la remuneración siguen una tendencia similar.
2. Las mujeres reportan con mayor frecuencia una enfermedad reciente. Ciertamente, el exceso con respecto a los hombres es ligero, pero persistente, y especialmente alto en la selva. Sesgos asociados a la subjetividad del auto-reporte pueden influenciar este resultado. Por otra parte, aunque la distribución de la salud desfavorece a los pobres tanto entre los hombres como entre las mujeres, se observa un mayor grado de inequidad entre los hombres. Este resultado sugiere una menor sensibilidad de la salud de la mujer ante cambios en las circunstancias económicas: la familia tendría aparentemente un mayor incentivo para cuidar de la mujer en las situaciones adversas.

3. Las mujeres reportan una diferencia más clara (de 15%) con respecto a los hombres en el gasto de bolsillo ante enfermedad. En especial, esta diferencia en la disposición a pagar se acentúa en el caso de los enfermos que requieren hospitalización. Una mayor proporción de mujeres fueron internadas en los hospitales, pero los hombres pasaron más días de internamiento (6.4 días) con relación a las mujeres (4.7 días). La brecha de gasto puede reflejar criterios de focalización por tarifas del MINSA (en favor de la mujer).
4. En general, la familia suele invertir más en la medicación de los hombres, de modo que la salud de las mujeres sería más bien «intensiva en consultas» y la de los hombres, «intensiva en medicamentos». Este resultado es consistente con el resto de observaciones del estudio: el costo de tiempo de la atención médica aleja a los hombres de los establecimientos de salud, pero protege su salud a través de la compra de insumos o medicamentos.
5. En comparación con los estratos de ingreso, los más pobres presentan un «déficit de satisfacción» por los servicios recibidos. Sin embargo, hay una brecha importante entre mujeres y hombres pobres. Las mujeres más pobres son las más castigadas en cuanto a la calidad de los servicios de salud. Cabe recordar que las mujeres tienen una valoración especial por la privacidad, la comunicación por parte del médico, el trato y la capacidad profesional del personal de salud. La diferencia por sexo es mayor en la población adulta mayor e indígena.
6. En este contexto, los subsidios de salud provistos por el Ministerio de Salud (MINSA) favorecen a las mujeres. Se favorece a estas últimas en el estrato de menores ingresos (con un 25% del costo del servicio). Sin embargo, el quintil superior de ingreso recibe un subsidio sólo ligeramente menor (18%). Dado que el ingreso promedio de un hogar de este quintil es 15 veces el de un hogar del quintil inferior, este resultado cuestiona la política de focalización y la distribución de los subsidios públicos en salud.
7. Según las estimaciones econométricas de la demanda de servicios de salud, la menor educación de las mujeres reduce la probabilidad de que reciban atención de salud. La brecha favorece finalmente a las mujeres porque otros factores corrigen este perjuicio.
8. Sorprendentemente, los datos niegan que la familia tienda a cuidar de la salud de la madre de familia con mayor énfasis que la del resto de los miembros de su hogar. Según el análisis econométrico, cualquier aparente sesgo a favor de la madre se explica por su edad, su necesidad de atención u otras características propias no observadas que están asociadas a elementos culturales propios de la comunidad.
9. Aunque la familia gasta más en la salud de los que necesitan más atención, no puede atribuirse a este hecho la brecha en los servicios de salud recibidos por los hombres y las mujeres. Aunque éstas presentan mayor necesidad de tratamiento, la diferencia en comparación con la necesidad de los hombres no es suficientemente alta para explicar la brecha en la atención de salud por sexo.
10. Desde la perspectiva del acceso a cuidados de la salud (y otros bienes que demanden tiempo), el alejamiento del mercado laboral no resulta negativo para las mujeres. El mayor costo de oportunidad del tiempo del hombre exige a éste continuar con sus actividades laborales ordinarias y le impide realizar consultas de salud.
11. La investigación intuye que existen factores no observables (discriminatorios) en contra de la salud de las mujeres. Si hombres y mujeres compartiesen un mismo nivel de educación, de salario (costo de oportunidad del tiempo) y de necesidad, las mujeres recibirían una atención mucho menor que los hombres. El origen de esta discriminación ha de

buscarse en consideraciones de tipo cultural o social, que escapan a un análisis cuantitativo y que justifican incorporar variables cualitativas en futuras encuestas de salud.

12. Por último, las limitaciones encontradas por el trabajo resaltan la necesidad de bases de datos que, a nivel del hogar, capten con mayor precisión las diferencias críticas entre hombres y mujeres: Entre ellas, la

definición de las actividades diarias de los miembros del hogar, los reportes sobre los atributos de calidad deseados, entre otros. Con los datos disponibles, a pesar de que se observa diferencias de necesidad y uso de servicios entre hombres y mujeres, los resultados no son suficientemente contundentes para sostener una situación de discriminación contra la mujer en el mercado de la salud del Perú.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrera, A. (1990). The Role of Maternal Schooling and Its Interaction with Public Health Programs in Child Health Production. *Journal of Development Economics*, 32: 69-91.
- Behrman, J. & Birdsall, N. (1983). The Quality of Schooling: Quantity Alone is Misleading. *The American Economic Review*, 73(5): 928-946.
- Behrman, J. & Deolalikar, A. (1993). Unobserved Household and Community Heterogeneity and the Labor Market Impact of Schooling: A Case Study for Indonesia. *Economic Development and Cultural Change*, 41(3): 461-488.
- Bishai, D. (1996). Quality Time: How Parents' Schooling Affects Child Health Through its Interaction with Childcare Time in Bangladesh. *Health Economics*, 5: 383-407.
- Bliss, Ch. & Stern, N. (1978). Productivity, wages and nutrition: Part 2, some observation. *Journal of Development Economics*, 5: 363-398.
- Boissiere, M., Knight, J.B. & Sabot, R.H. (1985). Earnings, Schooling, Ability, and Cognitive Skills. *The American Economic Review*, 75(5): 1016-1030.
- Butler J. S., Burtlhauser, R., Mitchell, J.M. & Pincus, Th. (1987). Measurement Error in Self-Reported Health Variables. *The Review of Economics and Statistics*, 69(4): 644-650.
- Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. (1996). «Análisis de Costos de los Servicios de Salud: Perú, 1994.», Lima. (Mimeo).
- Chatterjee, M. (1990). *Indian Women: Their Health and Economic Productivity*. Washington, D.C.: Banco Mundial, Documento de Trabajo 109.
- Coppin, A. (1998). A Comparison of Male-Female Earnings Differences across Two Caribbean Economies. *The Journal of Developing Areas*, 32: 375-394.
- Cortez, R. (1999). *Salud y productividad en el Perú, Un análisis empírico por género y región geográfica*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo R-363.
- Crémieux, P.Y., Oueltte, P. & Pilon, C. (1999). Health Care Spending as Determinants of Health Outcomes. *Health Economics*, 8: 627-639.
- Cuánto S.A. Encuestas Nacionales de Niveles de Vida (ENNIV), 1994, 1997 y 2000.
- Falaris, E. M. (1995). The Role of Selectivity Bias in Estimates of the Rate of Return to Schooling: The Case of Married Women in Venezuela. *Economic Development and Cultural Change*, 43(2): 333-350.
- Gastón, N. & Tenjo, J. (1992). Educational Attainment and Earnings Determination in Colombia. *Economic Development and Cultural Change*, 41(1): 125-139.
- Handa, S. (1999). Maternal Education and Child Height. *Economic Development and Cultural Change*, 47(2): 421-439.

- Knaul, F. M. (1999). *Linking Health, Nutrition and Wages: The Evolution of Age at Menarche and Labor Earnings Among Adult Mexican Women*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo R-355.
- Pitt, M. & Rosenzweig, M. (1985). Health and Nutrient Consumption across and within Farm Households. *The Review of Economics and Statistics*, 67(2): 212-223.
- Pitt, M., Rosenzweig, M. & Gibbons, D. (1995). The Determinants and Consequences of the Placement of Government Programs in Indonesia. En: van de Walle, D. & Nead, K. (Eds.). *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence*. Baltimore y Londres: Banco Mundial.
- Pitt, M., Rosenzweig, M. & Hassan, N. (1990). Productivity, health and inequality in the intrahousehold distribution of food in low-income countries. *American Economic Review*, 80(5):1139-56
- Ribeiro, R. & Nuñez, J. (2000). Adult Morbidity, Height, and Earnings in Colombia. En: *Wealth from Health*. Washington D.C.: Inter-American Development Bank.
- Rizzo, J., Abbott, Th. & Pashko, S. (1999). Labour Productivity Effects of Prescribed Medicines for Chronically Ill Workers. *Health Economics*, 5: 249-265.
- Rosenzweig, M. & Schultz, T. P. (1982). Market Opportunities, Genetic Endowments and Intrafamily Resource Distribution: Child Survival in Rural India. *The American Economic Review*, 72(4): 803-815.
- Savedoff, W. & Schultz, T. P. (Eds.). (2000). *Wealth from Health*. Washington D.C.: Interamerican Development Bank.
- Schultz, T. P. & Tansel, A. (1997). Wage and Labor Supply Effects of Illness in Côte d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled. *Journal of Development Economics*, 53(2): 251-286.
- Sindelar, J. (1982). Differential Use of Medical Care by Sex. *Journal of Political Economy*, 90(5): 1003-1019.
- Wolfe, B. & Behrman, J. (1984). Determinants of Women's Health Status and Health-Care Utilization in a Developing Country: A Latent Variable Approach. *Review of Economics and Statistics*, 56(4): 703-720.

## I. INTRODUCCIÓN

La década de los 90 ha sido una década de reformas estructurales en la mayoría de países de América Latina. Tras los desastrosos resultados económicos de la década de los 80, el cambio del decenio trajo consigo un amplio consenso acerca de la necesidad de reformas económicas y del sentido de tales reformas (el llamado Consenso de Washington). En ese contexto, el replanteamiento del rol del Estado en la economía, la búsqueda de eficiencia económica y la liberalización –comercial, financiera, laboral– fueron elementos comunes en la agenda de discusión de los países latinoamericanos.

La ola de reformas estructurales llegó a nuestro país en los primeros años de la década de los 90. Con el cambio de consideraciones acerca del papel del Estado, las privatizaciones de empresas públicas se dieron a la par de la creación de un sistema previsional de pensiones privado, complementario al sistema de pensiones público. La reforma en el sector salud demoró algunos años más. Aunque no existe unanimidad en las posturas sobre este aspecto, se reconoce al Estado un protagonismo importante que va desde el establecimiento del marco normativo para el funcionamiento del sector y la obtención y difusión de información sobre calidad y acceso a los servicios de salud, hasta el financiamiento de la atención por motivos de equidad (Maceira, 1996).

En el Perú se llevó a cabo una reforma institucional en la seguridad social en salud en la segunda mitad de la década de los noventa. Los cambios efectuados, sin embargo, no han alterado la configuración global del sistema de salud, pero sí han asignado un papel complementario a las empresas privadas en el campo de la seguridad social.

El presente documento de trabajo tiene como finalidad presentar una síntesis del nuevo marco institucional, a la vez que realiza un análisis de la situación actual y de los retos y posibilidades de la seguridad social. Si bien la reforma no lleva

### LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: SITUACIÓN Y POSIBILIDADES

*Juan Carlos Carbajal\* • Pedro Francke\*\**

\* Economista, actualmente realiza estudios de doctorado en la Universidad de Washington, St. Louis, EE.UU. E-mail: cblponce@wuccon.wustl.edu

\*\* Economista y Magíster en Economía. Maestría en Gerencia de Programas y Proyectos Sociales (UPCH). Pontificia Universidad Católica, Lima, Perú. E-mail: pfrank@pucep.edu.pe

Los autores agradecen a Luis García por las fructíferas discusiones sobre éste y otros temas.

todavía mucho tiempo de implementada, puede extraerse algunas conclusiones del desempeño logrado hasta el momento. Al parecer, el diseño implementado tendría problemas para cumplir con los objetivos iniciales de la reforma. Complementariamente, como se mencionó, la configuración del sistema peruano como un todo (donde participan, además del Seguro Social, el Ministerio de Salud y los agentes privados) mantiene un esquema segmentado, lo que dificulta la coordinación y el establecimiento de metas y medidas comunes y coherentes.

En lo que sigue se hará una recapitulación de la situación de la seguridad social en salud antes de la reforma. Posteriormente se analizará los cambios introducidos, los nuevos arreglos institucionales y el desempeño de los agentes partícipes del sistema. Finalmente, se evaluará los principales retos y desafíos que enfrenta la Seguridad Social.

## II. SITUACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS INICIOS DE LOS 90

La convulsión económica vivida en la década de los 80 afectó el desenvolvimiento de los sistemas de seguridad social de toda América Latina. Si bien los costos sociales de la crisis y de la inflación golpearon de manera desigual a los países latinoamericanos, dos transformaciones importantes tuvieron lugar como resultado de estos fenómenos: la crisis del Estado benefactor y de la seguridad social; y la reforma social, que implicó cambios importantes en el rol del Estado, los seguros sociales y las políticas de asistencia social (Mesa – Lago: 2000).

A diferencia de lo ocurrido con los sistemas de pensiones, donde un número importante de países emprendió reformas estructurales en los inicios de la década de los

90, pocos países se aventuraron a introducir cambios institucionales en sus sistemas de salud. La introducción de reformas en el sector se vio dificultada por las diferencias en la constitución de los sistemas en la Región. Londoño & Frenk (1997) han efectuado una tipología de los modelos de salud en América Latina, identificando cuatro patrones característicos: el modelo público unificado (aplicado en Cuba y Costa Rica), el modelo de contrato público (por ejemplo el caso brasileño), el modelo privado atomizado (Argentina y Paraguay) y el modelo segmentado. Éste último se aplica a la mayoría de países latinoamericanos, entre ellos el Perú.

El modelo segmentado mantiene tres grandes bloques (subsistemas) que -sugieren los autores mencionados- corresponden a otros tantos grupos sociales. Los segmentos distinguen entre la población pobre, no cubierta por la seguridad social y con problemas de acceso efectivo a servicios de salud (básicamente estatales), y la población con capacidad de pago. Esta última, a su vez, forma dos grupos distinguidos. El primero de ellos lo constituyen trabajadores del sector formal de la economía, los que están cubiertos por la seguridad social. El segundo grupo lo forman las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social<sup>1</sup>.

Los sistemas de seguridad social forman pues una parte constitutiva de los modelos segmentados. Aun cuando este documento se centra en la evaluación de la seguridad social, no se debe dejar de reconocer los problemas que los sistemas segmentados presentan: duplicación de funciones administrativas, desperdicio de recursos, diferenciales de calidad importantes entre los segmentos, traslape de demanda por la falta de reconocimiento de las divisiones artificiales (Londoño & Frenk, 1997). Estos problemas estructurales se ven agravados al considerar las deficiencias de la seguridad social.

<sup>1</sup> «En la práctica, [muchos miembros de estas clases] ven sus contribuciones a la seguridad social como un impuesto más, y no como una prima de aseguramiento» (Londoño & Frenk, 1997: 14).

La crítica generalizada a los sistemas de seguridad social se basó en los problemas de ineficiencia administrativa, desequilibrio financiero-actuarial, concentración de la cobertura en los sectores medios de la población, baja calidad técnica y satisfacción percibida y exclusión de los grupos de ingresos bajos y los pobres (Mesa-Lago, 2000: 8). Como en la práctica los sistemas de salud previsional estatal mantenían un cuasi monopolio en la provisión de servicios, había además pocos incentivos para comportamientos eficientes.

El desempeño del caso peruano no se aparta de este diagnóstico. La cobertura de la seguridad social ha estado históricamente restringida al sector asalariado formal, concentrada en Lima y las principales ciudades de provincia y en los sectores de ingresos medios y altos<sup>2</sup>. Por otro lado, el crecimiento sostenido de la informalidad y de las modalidades de subcontratación que eluden las regulaciones laborales y sociales ocurridos a partir de la reforma en el mercado de trabajo, contribuyeron a agravar la crisis de la seguridad social en salud.

Complementariamente, existían los graves problemas de ineficiencia administrativa mencionados, dado que en la práctica la entidad previsional concentraba a inicios de la década la recaudación, administración y provisión de los servicios en un mismo organismo centralizado. Los bajos incentivos a prácticas eficientes por el monopolio en las prestaciones de salud se veían incrementados por el mecanismo de pago utilizado en la seguridad social. La transferencia de recursos de la administración del fondo hacia los centros proveedores de los servicios se basaba en un presupuesto global establecido por antecedentes históricos, lo que alimentaba la inercia institucional y deficiente asignación de recursos. Esto se veía agravado por las dificultades en la evaluación de desempeño del personal de salud (debido a las condiciones de incertidumbre que rodean a la salud, incluyendo los efectos sobre ésta de las

prestaciones de servicios médicos). En el argot económico, el agente (prestador) contaba con cierto espacio para ejercer discrecionalidad y no cumplir con las metas que el principal (la institución administradora de los fondos) había definido (Maccira, 1996).

En 1990, la población cubierta por el Seguro Social (organismo conocido entonces como el Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS) ascendía a aproximadamente 7,3 millones de habitantes. Entre el año 1990 y el año 1994, este monto se había reducido a una tasa promedio de 4 por ciento anual (véase el Cuadro 1a). En los tres años posteriores a 1994 hubo un ligero aumento de la población cubierta, aunque no suficiente para compensar los resultados negativos iniciales. Así, entre el año 1990 y el año 1997, la reducción acumulada de la población cubierta por el IPSS fue de aproximadamente 11 por ciento. Ese año, esta población representó el 27 por ciento de la población nacional, según la propia institución (Cuadro 2).

Al examinar las variaciones al interior de la población cubierta por el IPSS, se encuentra disimilitudes entre la evolución de la población aportante y la población cubierta. La primera sufre una reducción de cerca de 27 puntos porcentuales en el periodo comprendido entre los años 1990 y 1997, mientras que la segunda aumenta 6 por ciento aproximadamente en el mismo periodo. Estas cifras muestran el impacto de la liberalización de los mercados laborales en la Seguridad Social, al disminuir la masa de aportantes como consecuencia de la expansión de los empleos informales, en tanto que el peso de los seguros de regímenes especiales no coactivos (destinados a trabajadores independientes) sobre los ingresos de esta institución era mínimo (Cuadro 1b).

El sesgo regresivo del sistema de seguridad social era también evidente en los primeros años de la década. En el año 1994, según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNV) realizada

<sup>2</sup> «El seguro social en salud descansó desde su creación en la década de los años 30, en un modelo de aseguramiento basado en la expansión del empleo formal» (Petrera & Cordero, 1999).

CUADRO 1.a

POBLACION ASEGURADA POR ESSALUD 1990-2000<sup>1/</sup>  
(tasa de variación anual promedio)

	1990 - 1994	1994 - 1997	1997 - 2000	1990 - 2000
I. Asegurados Regulares	-6.2	-2.1	-0.8	-3.4
II. Asegurados de Reg. Especiales	-10.3	-0.7	-9.6	-7.3
III. Pensionistas	-9.0	1.0	2.0	-2.8
IV. Total Asegurados Aportantes (I+II+III)	-6.8	-1.6	-0.9	-3.5
V. Derecho Habientes	-1.7	4.2	-0.9	0.3
VI. Asegurados Potenciales	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
VII. Población Asegurada S/Nuevos Seguros (IV+V+VI)	-4.2	1.6	-0.2	-1.3
VIII. Nuevos Seguros <sup>2/</sup>	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
IX. Población Asegurada Total (VII+VIII)	-4.2	1.6	0.7	-1.0

1/ A abril del año 2000.

2/ Disponibles a partir del año 1998.

Fuente: ESSALUD.

CUADRO 1.b

POBLACION ASEGURADA POR ESSALUD 1990-2000  
(como porcentaje del total de asegurados)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
I. Asegurados Regulares	40.7	35.6	32.2	36.4	37.4	34.6	33.7	33.5	32.5	32.1	32.0
II. Asegurados de Reg. Especiales	3.4	2.5	4.2	3.5	2.6	2.4	2.5	2.4	1.9	1.8	1.7
III. Pensionistas	6.5	4.6	5.0	4.6	5.3	5.3	5.1	5.2	5.4	5.4	5.4
IV. Total Asegurados Aportantes (I+II+III)	50.6	42.8	41.3	44.4	45.3	42.3	41.4	41.1	39.8	39.4	39.2
V. Derecho Habientes	49.4	57.2	58.7	55.6	54.7	57.7	58.6	58.9	56.2	56.3	56.2
VI. Asegurados Potenciales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	2.7	2.0
VII. Población Asegurada S/ Nuevos Seguros (IV+V+VI)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98.4	97.3
VIII. Nuevos Seguros <sup>2/</sup>	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	2.7
IX. Población Asegurada Total (VII+VIII)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

1/ A abril del año 2000.

Fuente: ESSALUD.



## CUADRO 2

### ESSALUD POBLACIÓN PROTEGIDA POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 1996 - 2000

VARIABLE	1996	1997	1998	1999	Abril 2000*
Población Nacional	23,946,779	24,371,043	24,800,768	25,232,226	25,661,690
Población Asegurada	6,373,206	6,477,491	6,489,636	6,574,532	6,610,562
% población nacional	26.6	26.6	26.2	26.1	25.8

\* Población Estimada a junio del 2000 por el INEI  
Fuente: ESSALUD

por el Instituto Cuánto, el IPSS fue receptor de alrededor de 30 por ciento del total de consultas realizadas por individuos pertenecientes a los más altos quintiles poblacionales. En el otro extremo, el quintil más bajo de la población demandó únicamente 8 por ciento de las consultas médicas de esta institución. Las cifras para la encuesta realizada en 1997 no difieren mucho (véase el Cuadro 3). Es evidente que existían desigualdades en el consumo de servicios de atención de salud, al cubrir el IPSS a los empleados formales y a sus familias ubicados en los niveles medios y altos de la distribución del ingreso<sup>3</sup>.

El perfil de los cubiertos y los no cubiertos por el Seguro Social corrobora este hecho. Quienes gozan de mejor situación –disponen de seguridad

social y/o privada– son predominantemente varones menores de 64 años, residentes en Lima Metropolitana, con educación superior y uso del idioma español y están ubicados en los quintiles poblacionales más altos según la distribución del ingreso. En el otro extremo, los más desfavorecidos son aquellos que no tienen cobertura de seguridad social –ni privada–, predominantemente jóvenes, con ligera superioridad femenina, con educación escolar y en algunos casos uso de idiomas nativos, provenientes de los quintiles más bajos de la distribución del ingreso (Petrera & Cordero, 1999).

Aunque no hay datos oficiales publicados que muestren la mala asignación de recursos y la pérdida de eficiencia económica al interior del IPSS, es altamente probable que ambos

## CUADRO 3

### LUGARES DE CONSULTA POR QUINTILES POBLACIONALES (en porcentajes)

VARIABLE	Total	Quintil Poblacional				
		I	II	III	IV	V
IPSS	21.6	7.6	15.0	22.4	31.0	28.3
MINSA	39.5	60.9	50.3	43.8	29.9	17.6
Otros	38.9	31.5	34.7	33.8	39.1	54.1
<b>1997</b>						
IPSS	18.0	5.1	14.5	15.4	22.0	23.9
MINSA	41.1	56.2	49.5	46.1	42.1	25.8
Otros	40.9	38.7	36.0	38.5	35.9	50.3

Fuente: ENNIV 1994, ENNIV 1997.

<sup>3</sup> Por otro lado, el gasto efectuado por el MINSA en los distintos programas, si bien reduce la desigualdad, no es lo suficientemente significativo para reducir las brechas en el acceso a los servicios (Banco Mundial: 1999), lo que hace más relevante el problema de la equidad en la distribución de la provisión de servicios médicos.

fenómenos se dieran en la práctica. La asignación de recursos de la administración central del IPSS hacia los centros de atención, como se dijo, estaba basada en transferencias presupuestales históricas.

Las transferencias de presupuestos, como mecanismo de asignación, tienen algunas ventajas<sup>4</sup>: son de implementación bastante sencilla, requieren costos administrativos relativamente bajos, y otorgan fuerte control a la agencia central, lo que es ventajoso cuando no hay cuadros gerenciales preparados en las oficinas descentralizadas. Sin embargo, tienen dos inconvenientes graves. Primero, requieren de sistemas de recolección y procesamiento de información competentes para operar correctamente, pues de otra forma no se registran los cambios en la demanda de servicios de salud de los proveedores locales. Esto genera la posibilidad de diferencias significativas entre la oferta de servicios y la demanda real de los mismos, con lo que coexistirían problemas de subutilización de recursos y demandas insatisfechas por algunos servicios (Musgrove, 1985). El segundo inconveniente de las transferencias es que éstas generan pocos incentivos para prácticas eficientes, debido a que la principal motivación de los proveedores es asegurar el presupuesto futuro, gastando efectivamente lo asignado sin tener en cuenta medidas efectivas en costos. La inercia institucional y el desperdicio de recursos no son ajenos a estas prácticas.

Hacia 1995, la administración central del IPSS decidió descentralizar la administración y la provisión de los servicios, modificándose el mecanismo de asignación de recursos de la administración del fondo de salud hacia los centros proveedores. Se dejó de lado los presupuestos globales históricos, optándose por el método denominado Valor Bruto de Producción (VBP), indicador de estimación anual.

Este mecanismo «...consiste en la asignación de un monto fijo monetario (Tasa de pago) diferenciado por tipo de producto y de acuerdo a la categoría del establecimiento donde se entregará la prestación» (ESSALUD, 1999: 17). En la práctica, la Seguridad Social estableció un mecanismo basado en transferencias de presupuesto prospectivas (estimadas a priori) por líneas de producto, diferenciando las tarifas para el cálculo del presupuesto de acuerdo al tipo de centro de atención. El cambio de determinación histórica del presupuesto por estimaciones anuales evita la inercia institucional y permite adaptar la oferta de servicios a los cambios en la demanda de las poblaciones. Si la demanda es estimada correctamente, la fijación de los presupuestos por línea de servicios omite la posibilidad de utilización ineficiente de recursos.

Por otro lado, la distinción entre los establecimientos de salud se realiza a partir de la complejidad y tamaño de los mismos<sup>5</sup>, asignándose mayor valor por producto a los hospitales de mayor jerarquía. Esto se justifica porque hospitales de mayor jerarquía realizan intervenciones más complejas, que son más caras. Son dejadas de lado variables como la ubicación geográfica, el riesgo poblacional, los niveles socioeconómicos, etc. El inconveniente de esta metodología es que ignora las economías de escala en la prestación de la mayoría de servicios médicos, y el costo de transporte asociado al desplazamiento del material médico, insumos y personal.

A pesar de los cambios introducidos, la situación del sistema era poco sostenible a largo plazo. Hacia 1997 menos de la cuarta parte de la población tenía acceso a algún tipo de aseguramiento (véase el cuadro 4)<sup>6</sup>, cubriendo el Seguro Social cerca de 20 por ciento de la población. Los seguros privados, por otro lado,

<sup>4</sup> Consúltense Barnun *et al.* (1995) para una revisión de los mecanismos de asignación de recursos en los sistemas de salud y los incentivos que generan sobre el comportamiento de los agentes involucrados.

<sup>5</sup> La Seguridad Social divide a sus establecimientos de acuerdo a su tamaño en Hospitales (IV-I), Policlínicos, Centros Médicos y Postas Médicas. La ordenación es de mayor a menor.

<sup>6</sup> Según ESSALUD, la población cubierta en el año 1997 llegaba a representar 27 por ciento de la población nacional. Estos datos difieren de los obtenidos mediante la ENNIV aplicada ese año.

## CUADRO 4

### PERÚ: NIVELES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1994 - 1997 (en porcentajes)

CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO	1994	1997
No asegurado	62.3	76.5
Asegurado	37.7	23.5
ESSALUD	31.3	19.7
<i>ESSALUD y seguro privado</i>	1.5	0.6
<i>Sólo seguro privado</i>	2.1	1.6
- Privado individual	n.d.	1.2
- Privado empresa	n.d.	0.4
<i>Policial / Militar</i>	2.8	1.6
Total	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Pettera y Cordero [1999, cuadro N. 3]. Elaborado en base a las ENNIV 94 - 97.

llegaban a cubrir únicamente al 2 por ciento de la población nacional. Además del problema de la baja cobertura, se presentaba el fenómeno de doble aseguramiento. La equidad no era una de las características del sistema, y las reformas estructurales en el mercado laboral habían disminuido la población cubierta por la seguridad social. El funcionamiento general del sistema distaba de ser satisfactorio, y adolecía de fallas graves en su estructura. Para remediar esta situación, en el año 1997 se emprende una reforma en la seguridad social.

### III. EL IMPACTO DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Ya se había establecido que el sistema peruano de salud previo a la reforma de la seguridad social podía caracterizarse como un sistema de salud segmentado. Como se verá a continuación, los cambios institucionales implementados no han modificado la configuración del sistema, pero sí han tenido impacto en la constitución del ámbito del seguro público.

En términos generales, la reforma del Seguro Social llevada a cabo en 1997 estableció un esquema mixto, donde se rompe el monopolio en las prestaciones de salud del Ente Previsional. Bajo la nueva configuración, se permite la participación de las denominadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para ofrecer planes alternativos a los brindados por el IPSS. La creación del Seguro Social en Salud (ESSALUD) a partir del IPSS en el año 1999 terminó la conformación del sistema de aseguramiento. Sin embargo, a escasos tres años de implementarse la reforma, es posible observar deficiencias serias en este esquema, que cuestionan el logro de los objetivos planteados inicialmente (Carbajal & García, 2000).

#### A) PROPÓSITO DE LA REFORMA Y CAMBIOS INSTITUCIONALES

La reforma del sistema de seguridad social en salud<sup>7</sup> fue llevada a cabo con el explícito propósito de lograr, en el largo plazo, la universalización de la cobertura de la seguridad social en salud en el país, en un marco de equidad, solidaridad y eficiencia (Artículo 1, D.S. N° 009-97-SA). A grandes rasgos, la nueva legislación

<sup>7</sup> Las leyes marco que dieron forma final a la reforma son la Ley N° 26790 (Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud) y su Reglamento, la Ley N° 26842 (Ley General de Salud), ambas promulgadas en el año 1997; y la Ley N° 27056 (Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD) y su Reglamento, del año 1999.

establece dos regímenes alternativos en el sector salud. Por un lado se tiene el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, que comprende los servicios tradicionales e incorpora nuevos planes de salud ofrecidos por ESSALUD, complementado con los programas de salud privados a cargo de las EPS. Por el otro, el Régimen Estatal no contributivo a cargo del MINSA, destinado a otorgar prestaciones de salud pública y prestaciones de salud individual para la población pobre. El tercer segmento, aunque no se pone de manifiesto, estaría conformado por el sector privado, sea a través de los seguros privados o a través de las prestaciones privadas directamente financiadas como pago por servicios.

Las funciones del reformado Seguro Social no sufrieron mayor modificación, así como tampoco la contribución de los trabajadores dependientes –asegurados regulares (9 por ciento de la remuneración mensual, a cargo del empleador). Por otro lado, como se mencionó líneas arriba, el nuevo esquema del Régimen Contributivo faculta a ESSALUD para ofrecer nuevos servicios de aseguramiento (*nuevos seguros*), orientados a la población laboral independiente y a los estudiantes universitarios y de institutos superiores, cuyo costo y cobertura dependen del plan elegido<sup>8</sup>. Si bien antes de la reforma el Seguro Social ofrecía planes adicionales a los coactivos –conocidos como *seguro facultativo*– al parecer éstos no habrían sido actuarialmente sostenibles en el largo plazo, debido a la selección adversa de parte de la población demandante. En otras palabras, las personas con un riesgo elevado de enfermedades catastróficas habrían constituido la mayor parte de la demanda del seguro facultativo. Esta insostenibilidad actuarial –financiera habría forzado a ESSALUD a reformar los planes de inclusión de la población independiente, con algunos mecanismos para evitar la selección por riesgo.

En el plano institucional interno, se estableció mayor rigidez en las transferencias del

fondo administrado centralmente hacia los centros proveedores (esto es, se exigió mayor cumplimiento en las metas presupuestales a los centros proveedores, restringiéndose las partidas de recursos extraordinarias), y se reforzó la separación entre la administración de los recursos y la provisión de los servicios.

La oferta de salud previsional se complementó con las EPS. Se facultó la creación de estas entidades, destinadas según ley exclusivamente a la provisión de servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros. Las EPS quedaban habilitadas para ofrecer planes complementarios a los trabajadores dependientes, cuya cobertura abarca al menos el Plan Mínimo de salud (que incluye a los tratamientos de mayor frecuencia y menor costo, agrupados en lo que se ha denominado *capa simple*), recibiendo a cambio el 25 por ciento de la contribución a ESSALUD (esto es, 2.25 por ciento de la remuneración mensual). Las EPS no están impedidas de ofrecer seguros complementarios al Plan Mínimo, pudiendo cobrar por ellos primas adicionales y/o copagos que no excedan el 2 por ciento del ingreso mensual por cada atención ambulatoria y el 10 por ciento por cada hospitalización o, por el contrario, el 10 por ciento del costo total del tratamiento (Artículo 17° Ley No. 26790). También están autorizadas a ofrecer planes a la población independiente.

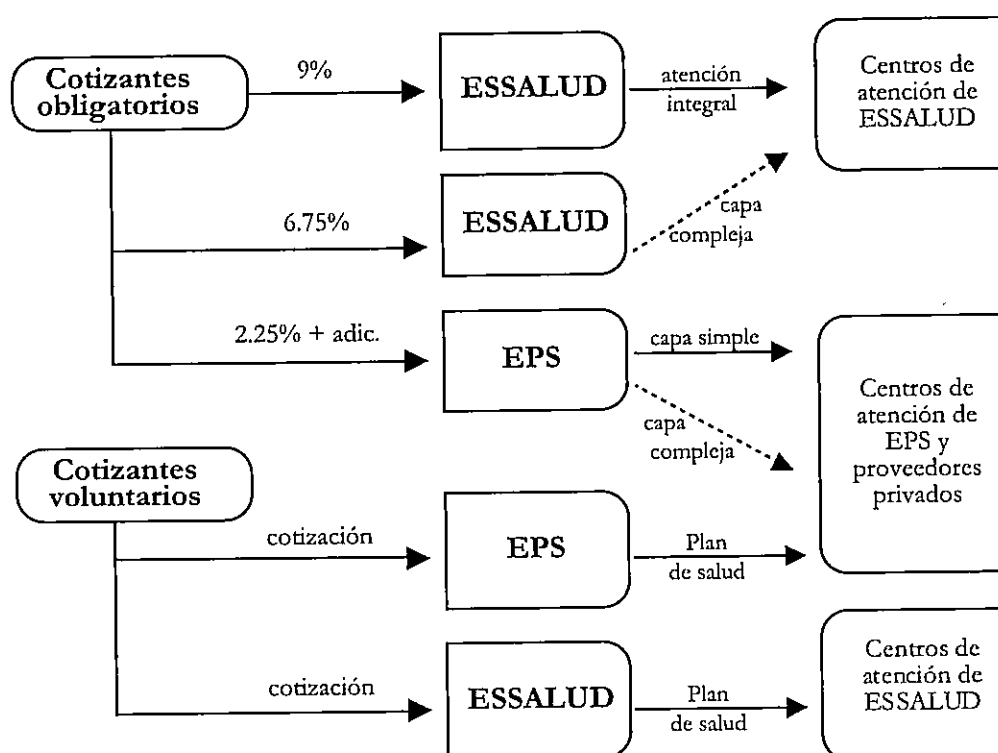
Los afiliados tienen la posibilidad de continuar con la cobertura de prestaciones íntegramente en ESSALUD, o acceder a un plan presentado por las EPS. Los trabajadores dependientes no pierden en ningún caso el derecho de tratamiento de enfermedades catastróficas (agrupadas en lo que se ha denominado *capa compleja*) a cargo de ESSALUD. La elección del proveedor se ha limitado al plano colectivo (mediante votación en la que participan todos los trabajadores de una empresa), para evitar problemas de selección adversa y por cuestiones

---

<sup>8</sup> La cobertura no puede ser en ningún caso menor a un Plan Mínimo establecido por el propio ESSALUD.

FIGURA 1

EL SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL PERUANO



de equidad<sup>9</sup>. Aun en el caso de que se decida colectivamente la afiliación de los trabajadores de una empresa a una EPS, se mantiene el derecho individual de cada trabajador a permanecer en ESSALUD (Artículo 15° Ley No. 26790). El tránsito entre una y otra institución está sujeto a un periodo mínimo de asistencia (una sola vez dentro de cada año contractual, Artículo 52° del Reglamento de la Ley No. 26790). La Figura 1 resume los cambios institucionales creados a partir de la reforma.

Complementariamente a la reforma institucional, se creó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), como organismo público descentralizado con mandato

para autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las EPS. Formalmente, los recursos que financian el funcionamiento de la SEPS provienen directamente del Ministerio de Economía y Finanzas<sup>10</sup>.

### B) RESULTADOS INICIALES

El propósito declarado del sistema mixto ESSALUD – EPS fue descongestionar los servicios de atención básica del Ente Previsional, ampliar la cobertura de la salud previsional, y aumentar la inversión en el sector. Adicionalmente, se pensó que la competencia entre los

<sup>9</sup> Por esta razón el plan seleccionado de una EPS debe garantizar igual cobertura a todos los trabajadores, independientemente de su nivel remunerativo.

<sup>10</sup> Paradójicamente, la SEPS está adscrita al MINSA, en tanto ESSALUD depende del Ministerio de Trabajo.

proveedores privados y el proveedor público mejoraría la eficiencia en la asignación de recursos y la calidad de la atención. Es corto el tiempo efectivo de implementación del nuevo esquema, lo que impide una evaluación concluyente. Sin embargo, se puede ir considerando cierto escenario futuro de mediano plazo. Lo relevante en este momento es evaluar las tendencias y formular argumentos críticos al actual diseño institucional. En todo caso, como mencionan García & Soto (1999), es de suma importancia en este tipo de cuestiones comprender la naturaleza dinámica de la relación entre los hábitos de los agentes económicos y las instituciones.

### **LOS CAMBIOS EN LA OFERTA DE ESSALUD**

A partir del año 1998 el Seguro Social inicia la oferta efectiva de los nuevos planes previsionales a segmentos de la población no dependiente<sup>11</sup> (véase el Cuadro 5 y el Cuadro 1b). El propósito de los programas previsionales de salud fue incorporar a la fuerza laboral independiente y a los estudiantes universitarios y de escuelas superiores. Meta bastante ambiciosa si se tiene en cuenta la significación del empleo independiente e informal dentro de la PEA peruana<sup>12</sup>.

Estos nuevos planes se basan en aportes fijos mensuales (semestrales o anuales en el caso del seguro universitario), diferenciados por la edad del contratante y, en el caso del seguro independiente, el número de derecho habientes beneficiados<sup>13</sup>. La cobertura del seguro independiente y del seguro universitario<sup>14</sup> depende del plan elegido. En el primer caso, se ofrece tres planes de aseguramiento; el plan básico cuenta con una cobertura limitada a emergencias/accidentes y enfermedades básicas, mientras la cobertura del plan completo es similar a la obtenida por un asegurado regular a ESSALUD. El seguro universitario cuenta con cinco planes elegibles, de acuerdo a los convenios que se

establezcan entre el Seguro Social y los centros educativos superiores. La cobertura va desde atención exclusiva de emergencias, accidentes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, hasta atención ambulatoria y hospitalaria, tanto clínica como quirúrgica de cualquier complejidad. La atención de los seguros no cubre enfermedades preexistentes.

Como consecuencia de esta nueva oferta, la población total cubierta por ESSALUD crece, aunque levemente, entre este año y el año 2000. La incorporación de la nueva población suma 176 mil personas hacia el mes de abril del 2000, a despecho de una leve reducción (del orden de 2 por ciento) en la cantidad de asegurados regulares aportantes. A pesar del relativo éxito del programa de nuevos seguros en el año 1999 y en lo que va del 2000, no es posible todavía llegar a conclusiones finales acerca de la evolución de los nuevos planes del Seguro Social. Sin embargo, a la fecha el peso de estos programas sobre la masa poblacional cubierta es todavía poco significativo, constituyendo apenas el 3 por ciento del total. Esto significa, por otro lado, que la población con acceso a seguridad social sigue siendo menos de un tercio del total nacional.

Si bien en teoría los nuevos seguros de ESSALUD compiten con los planes previsionales del sector privado, esto no ocurre en la práctica, pues el público objetivo de uno y otro son distintos. El seguro privado está diseñado para llegar casi exclusivamente a los segmentos socioeconómicos con mayor capacidad adquisitiva, mientras que los planes del Ente Previsional están destinados a cubrir sectores de la población que antes no tenían acceso a los servicios previsionales. En este sentido, los productos de ESSALUD carecen de sustitutos locales.

Debe hacerse dos consideraciones. Para evitar el fenómeno de selección adversa en el caso de los seguros independientes se ha establecido precondiciones de aseguramiento, que en la

<sup>11</sup> Principalmente Seguro Agrario, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, Seguro Independiente, Seguro Universitario.

<sup>12</sup> El subempleo urbano en el Perú llegó a cerca de 44 por ciento de la PEA urbana en el año 1999, poco menos de 3.5 millones de personas.

<sup>13</sup> Adicionalmente al aporte mensual, el seguro independiente tiene un esquema tarifario con deducible y copago.

<sup>14</sup> El costo del seguro para los estudiantes de universidades estatales recibe un subsidio de 50 por ciento a cargo del Estado, al menos en teoría.

CUADRO 5

POBLACION ASEGURADA POR ESSALUD 1997-2000

	1997	1998	1999	2000 1/
I. Asegurados Regulares	2,168,651	2,109,303	2,112,215	2,117,276
II. Asegurados de Reg. Especiales	155,929	124,362	117,640	115,133
III. Pensionistas	337,727	349,006	357,349	358,139
<b>IV. Total Asegurados Aportantes (I+II+III)</b>	<b>2,662,307</b>	<b>2,582,671</b>	<b>2,587,204</b>	<b>2,590,548</b>
V. Derecho Habientes	3,815,184	3,650,093	3,703,205	3,711,995
VI. Asegurados Potenciales	0	256,577	177,187	131,519
<b>VII. Población Asegurada S/ Nuevos Seguros (IV+V+VI)</b>	<b>6,477,491</b>	<b>6,489,341</b>	<b>6,467,596</b>	<b>6,434,062</b>
VIII. Nuevos Seguros <sup>2/</sup>	0	295	106,937	176,500
<b>IX. Población Asegurada Total (VII+VIII)</b>	<b>6,477,491</b>	<b>6,489,636</b>	<b>6,574,533</b>	<b>6,610,562</b>

1/ A abril del año 2000.  
Fuente: ESSALUD.

práctica marginan del sistema previsional a las personas con mayor probabilidad de eventos perjudiciales. La auto-selección del plan elegido por riesgo individual o familiar (esto es, la selección de prima y cobertura óptimas de acuerdo a las necesidades de salud de las personas y/o familias) puede además ser un fenómeno poco presente en el medio, en tanto no hay hábitos o costumbres previsionales (es decir, los individuos podrían no actuar maximizando su utilidad a largo plazo, por falta de conocimiento o debido a la inercia del cálculo a corto plazo). Otros factores que explicarían este fenómeno tienen que ver con inseguridad inherente a la condición laboral independiente, y la persistente situación de pobreza en la que vive la mayor parte de trabajadores independientes.

En el caso del seguro universitario, si bien se evita la selección por riesgo al ofrecerse uno o dos planes de los cinco a los estudiantes de un centro educativo, todavía está sin demostrarse la sostenibilidad financiero – actuarial a largo plazo. Esto se agrava al incorporarse a estudiantes de universidades públicas de provincias, cuyas poblaciones suelen estar asociadas a mayores riesgos.

La expansión en la oferta de la institución coincide con nuevas inversiones en infraestructura médica y hospitalaria, realizadas sobre todo en 1999, año en el que el presupuesto de inversión en infraestructura y equipamiento llegó a cerca de S/. 300 millones. Monto éste tres veces mayor que lo presupuestado para el año anterior (véase el Cuadro 6). La inconveniencia de esta expansión es que parece no haber respondido a estudios de necesidades y/o demandas de servicios de salud de la población, sino a motivos políticos en una coyuntura pre-electoral donde uno de los candidatos opositores había sido Presidente Ejecutivo del IPSS y basaba parte de su fortaleza electoral en una percepción ciudadana favorable a dicha gestión. Esta injerencia resulta, por otro lado, perjudicial para la marcha del sistema de seguridad social, y ha sido identificada como uno de los principales problemas de este subsector (Apoyo, 2000).

La expansión de la oferta de ESSALUD no ha sido suficiente, aún, para revertir el impacto negativo de la crisis de la década de los 80. Como se mencionó al inicio, los factores asociados a ella y a los cambios estructurales –desempleo y

## CUADRO 6

### ESSALUD INVERSIONES EN INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO (EN S/.) 1998 - 1999

Rubro	1998	1999
Estudios de pre inversión	1,017,925	363,150
Estudios definitivos	1,596,582	3,842,745
Obras	29,754,417	79,779,608
Terrenos, inmuebles	1,134,850	-
Equipo ligado a proyectos	3,496,226	73,894,497
Equipo no ligado a proyectos	64,000,000	133,507,849
<b>TOTAL</b>	<b>101,000,000</b>	<b>291,387,849</b>

Fuente: ESSALUD

subempleo, liberalización del mercado de trabajo, presiones para reducir el déficit fiscal— causaron una merma en la cobertura de la Seguridad Social que todavía no se repara. Así, entre el año 1990 y el año 2000, los aportantes regulares disminuyeron en cerca de 29 por ciento; para el mismo periodo, el total de población cubierta cayó en 10 por ciento aproximadamente. De otro lado, como se aprecia en el Cuadro 7, los ingresos reales de la Entidad Previsional no reflejan todavía una tendencia clara a partir de la nueva oferta de servicios.

El que se logre incorporar a segmentos amplios de la población que ahora no gozan de seguridad social depende de dos hechos: de la evolución de la actividad económica y la ampliación de los puestos de trabajo formales; y de la capacidad de la seguridad social (ESSALUD y EPS) para ofrecer planes atractivos a las nuevas poblaciones—sectores informales, universitarios— y al mismo tiempo actuarialmente equilibrados a largo plazo.

### *EL DESEMPEÑO DE LAS EPS*

Desde inicios de la reforma hasta la fecha se constituyeron cuatro Entidades Prestadoras: Novasalud Perú S.A. EPS, Rímac Internacional S.A. EPS, Santa Cruz S.A. EPS (que entraron a operar el año 1998), y Pacíficosalud EPS S.A. (funciona a partir de 1999). De las cuatro organizaciones constituidas, tres están vinculadas a empresas aseguradoras. En los casos de Rímac Internacional y Pacíficosalud, se decidió mantener el nombre original de las aseguradoras<sup>15</sup>, para beneficiar a las nuevas organizaciones del prestigio de sus matrices. Novasalud, por otro lado, cuenta con la participación de la Corporación Backus y el Grupo Wiese. A inicios del año 2000 Santa Cruz EPS fue absorbida por Rímac Internacional, aumentándose la concentración de mercado y reduciéndose los incentivos efectivos a la competencia. De este modo, y dado que la legislación vigente no impide integraciones en el ámbito de la

<sup>15</sup> Rímac Internacional Compañía de Seguros y Reaseguros, y El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, respectivamente.



## CUADRO 7

### EVOLUCION ANUAL DE LOS INGRESOS REALES, 1996 - 1999 (En Nuevos Soles Reales de 1997)

Año	Ingresos Anuales (miles de S/.)	Tasa de crecimiento	Ingresos Anuales <i>per cápita</i>	Ingresos Mensuales <i>per cápita</i>
1996	1,848,675	n.a.	290.1	24.2
1997	2,161,458	16.9	333.7	27.8
1998	2,123,749	-1.7	327.3	27.3
1999	2,150,303	1.3	327.1	27.3

Fuente: ESSALUD

administración de los fondos, las EPS han sido constituidas por compañías de seguros.

Como se mencionó líneas arriba, la oferta de los planes complementarios privados es reciente. Si bien la aprobación del funcionamiento de las EPS se realizó entre los años 1998 y 1999, recién en mayo de este último año comienzan las entidades a captar afiliados. Estas cuatro compañías han logrado, al primer trimestre del año 2000, absorber aproximadamente a 143 mil asegurados regulares, de los cuales 53 mil son afiliados aportantes<sup>16</sup>. Esto todavía no representa mayor significación del total de aportantes al sistema previsional (al mes de abril del mismo año, los asegurados aportantes a ESSALUD sumaban 2,750 mil aproximadamente). Si bien la tendencia de crecimiento del sub-sistema EPS es clara, debe tenerse en cuenta algunas consideraciones.

Dadas las características de los mercados de seguros, las EPS estarían focalizando su población objetivo en trabajadores de empresas de gran tamaño y de ingresos altos, con el propósito de disminuir el riesgo actuarial y elevar la rentabilidad de las entidades (Carbajal & García, 2000). De ser así, las EPS llegarían con cierta rapidez al tope de su población objetivo, debido al poco peso relativo de las empresas grandes dentro de la composición de la fuerza laboral. Únicamente el 28 por ciento de la PEA urbana está empleada en empresas con más de 10 trabajadores.

No es claro que a largo plazo se expanda la oferta de planes complementarios privados para abarcar a las empresas medianas y pequeñas y a los trabajadores informales de bajos ingresos mediante la oferta de planes de seguro independientes. A marzo del año 2000, las cifras de recaudación de las EPS parecen corroborar esta hipótesis (Cuadro

<sup>16</sup> Adicionalmente cuentan con 61 mil asegurados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, y 3 mil asegurados potestativos [SEPS]. Boletín Estadístico Trimestral, 1(1)

## CUADRO 8

### ASEGURADOS, APORTES Y APORTES *PER CÁPITA* Acumulado Primer Trimestre del 2000 (en soles corrientes)

Asegurados por tipo	Número Asegurados	Aporte	Aporte <i>per cápita</i> mensual
Asegurados regulares	143,626	30,803,663	71.5
Afiliados aportantes	53,406	30,803,663	192.3
Derecho habientes	90,220	n.a.	n.a.
Asegurados potestativos	3,409	525,185	51.4
S. Complementario de Trabajo de Riesgo	61,977	3,987,041	21.4
<b>Total</b>	<b>209,012</b>	<b>35,315,889</b>	<b>56.3</b>

Fuente: SEPS, Boletín Estadístico Trimestral, Año 1, Número 1.

8). Nótese el alto costo *per cápita* para los usuarios de las Entidades en cualquiera de sus modalidades. Este hecho significa, en la práctica, un sesgo selectivo a favor de las empresas de gran tamaño y de elevados salarios promedio.

#### IV. PERSPECTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La evaluación conjunta de la reforma del sistema de salud previsional pasa por considerar sus logros en función de los objetivos trazados. Éstos fueron establecidos sobre la base de los principios clásicos de equidad, solidaridad y eficiencia, progresiva universalización en el acceso a la cobertura y libertad de elección. Sin embargo, la reforma contendría serias fallas de estructura (Carbajal & García, 2000).

La adopción de un mecanismo de asignación de recursos prospectivo y la creación de un esquema mixto privado-público en el ámbito de la provisión de servicios de salud, han debido tener ciertamente un impacto positivo,

aunque de difícil medición, sobre la eficiencia económica. Se sabe por otro lado que el personal de ESSALUD comienza a internalizar la separación de las funciones de administración de recursos y provisión de servicios médicos, con lo que también se gana en eficiencia. A pesar de estos logros, hay temas trascendentales que falta tratar, que no son contemplados en la reforma o que no han sido correctamente encarados.

El nuevo sistema previsional difícilmente puede calificarse como equitativo. A pesar del intento de igualación de las prestaciones en el ámbito laboral, las disparidades en la cantidad y la calidad de las atenciones pueden presentarse utilizando la figura de servicios adicionales sujetos a copagos. La desigualdad en el acceso y la atención es más latente fuera del ámbito local (es decir, en el ámbito inter-empresarial). Como se mencionó, el diseño institucional crea fuertes incentivos hacia la discriminación por centros de trabajo. Dada la estructura planteada, las EPS caerían en un proceso de descreme de mercado (*cream skimming*). Los más beneficiados serían sin duda los trabajadores de las grandes empresas, que por lo general mantienen salarios por encima del

promedio y están ubicados en las principales ciudades. En el extremo opuesto están los que se desempeñan en los sectores de la pequeña y mediana empresa. Las características del sector informal y del sector rural –micro empresas con prácticas laborales tradicionales, ingresos fluctuantes, operaciones al margen de la legislación laboral, entre otros– dificultan gravemente su incorporación al sistema privado complementario. Difícilmente se solucionará el problema de la exclusión efectiva de grandes sectores de la población a la seguridad en salud exclusivamente mediante mecanismos de mercado. La pregunta que surge a colación es acerca de la no obligatoriedad de afiliación al Régimen Contributivo de la Seguridad Social de los trabajadores independientes. ¿Es justo marginar a grandes masas poblacionales? ¿Es financieramente sostenible su incorporación?

Por otro lado, la solidaridad del sistema en las enfermedades no catastróficas se hace presente únicamente al interior de los centros ocupacionales. No existe un fondo único solidario para la cobertura de las prestaciones preventivo–promocionales y curativas más comunes, sino que se separa en los aportes a ESSALUD y a cada EPS. Esto reduce los niveles previamente existentes de solidaridad de la Seguridad Social. Hecho que se agrava si se tiene en cuenta que serían las personas con mayores aportes (en términos *per cápita*) y menor riesgo las que optarían por el esquema mixto ESSALUD – EPS, disminuyendo los recursos del fondo social.

La libertad de elección, en la práctica, se vería reservada a los asegurados regulares de mayores ingresos. En efecto, ellos tienen la posibilidad de elección entre los planes colectivos ofrecidos por las EPS o lo que les ofrece ESSALUD. Sin embargo, aquellos que optan por éste último no tienen libertad de elección en las atenciones, dado que no pueden escoger libremente los centros asistenciales de su preferencia. Esto limitaría los incentivos para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia de los establecimientos, puesto que enfrentan una demanda fija de servicios. Una medida sencilla para producir ganancias en eficiencia sería otorgar libertad de elección a los afiliados de la Seguridad Social, de modo que los centros de esta institución

compitan para captar parte de la demanda. Esto complicaría, por otro lado, el mecanismo de transferencias presupuestales a los establecimientos de atención, por lo que se abre el debate sobre la conveniencia de otros medios de asignación (pagos capitados, pagos por servicio, etc.). El pago capitado podría ser una opción interesante y novedosa para regular las relaciones entre la gerencia administradora de ESSALUD y los centros proveedores.

La falta de integración entre el Régimen Contributivo y el Régimen Estatal cuestiona también la universalidad del sistema. Si el efectivo funcionamiento de las entidades privadas supone efectivamente dejar a grupos poblacionales con escasa o sin ninguna protección, lograr el propósito de universalidad en el acceso a la salud previsual quedaría en manos de ESSALUD. Lo más probable es que esta institución requiera financiamiento estatal para cumplir con su cometido, si quiere llegar a los sectores de menores recursos. Si bien es prematuro hacer una evaluación final de la marcha de los nuevos planes de aseguramiento, hasta la fecha su impacto en los ingresos de la Seguridad Social ha sido poco significativo. De ser la universalización de la cobertura previsual el propósito real, cabe entonces preguntarse por la cuestión de las competencias entre el MINSA y ESSALUD. La pregunta de fondo es si los hacedores de política tienen claro la agenda prioritaria.

Un tema adicional es el ámbito de competencia entre la Entidad Previsual y las entidades privadas. La reforma en sí misma mantiene hasta la fecha ambigüedades. Por un lado se promueve la participación del sector privado, por el otro se procura la expansión de los servicios de ESSALUD. Este es el caso de los nuevos seguros. Los planes de salud no obligatorios, si bien no compiten directamente con los ofrecidos por las EPS, se benefician de los privilegios con los que cuenta ESSALUD. En la práctica, esta institución no se ajusta a las exigencias en la administración de los fondos impuestas por la Superintendencia de Banca y Seguros, algo que no sucede con las EPS. Por otro lado, si uno de los objetivos de la reforma era descongestionar a las atenciones de ESSALUD, ¿por qué se aumenta la población

cubierta por el sistema previsional? Otra vez estamos ante la cuestión de competencias.

Aunque la reforma no lleva mucho tiempo de actuación, en los próximos años debe definirse el camino a seguir. Las opciones no son muchas. O se profundiza el régimen mixto, dejando a las EPS a cargo de los sectores de más altos ingresos y ampliando la cobertura de ESSALUD a los sectores populares; o se proclama la obligatoriedad de la afiliación a los planes ofrecidos por las EPS, otorgando subsidios a la demanda a la población de escasos ingresos; o se desanda lo implementado hasta ahora y se busca otras alternativas.

En este sentido, uno de los desafíos más importantes en el futuro mediano es la definición del rol del seguro social ESSALUD. El problema es que la injerencia de la política en la administración de la entidad puede provocar inestabilidad y toma de decisiones equivocadas. Como sugiere el estudio llevado a cabo por Apoyo (2000), la continuidad en la administración de ESSALUD no ha sido posible por los cambios continuos en la presidencia de la institución. Una propuesta es que el Presidente sea nombrado, como sucede con otros cargos importantes, por el Congreso de la República y por un periodo mínimo de cuatro o cinco años.

Un efecto negativo adicional, y quizás más grave, de la intervención política, es que ésta puede llevar a un desfase sustancial entre la oferta y la demanda de servicios de atención médica. Si la planificación de la expansión de la infraestructura física y personal de ESSALUD se guía por motivos distintos a los de la correcta estimación de las necesidades de salud de la población, el desfase sería profundo. En estos casos, las necesidades quedan descubiertas o los recursos son desperdiciados, o suceden ambas cosas a la vez (Musgrove, 1985). Si bien este desequilibrio sería resuelto, esto ocurriría en el largo plazo, y con los consiguientes costos materiales y humanos. De allí que sea importante contar con instituciones independientes en la determinación de las necesidades de salud, en la planificación de las inversiones y la expansión de la oferta pública, y en la ejecución de los programas de salud. Otro motivo de preocupación es la poca disposición de las autoridades al debate sobre la conveniencia,

arquitectura, fines y modos de efectuar la reforma en el sector salud. Hubo poca participación activa de los sectores interesados, y en general la situación se caracterizó por una falta de debates abiertos, estudios técnicos e interacción entre los distintos actores del sector.

Todo parece indicar que el nuevo sistema previsional, tal como ahora está diseñado, no será capaz de cumplir con los objetivos que motivaron la reforma. ¿Cabe alguna medida correctiva, un replanteamiento de la reforma, o una nueva reforma? Al menos parece ser que la existencia de una inadecuación institucional tiene que ver más con la institucionalidad existente, o propuesta, que con dificultades irresolubles a corto plazo (Escobal & Iguíñiz, 2000). Todavía es prematuro responder acerca de la sostenibilidad a largo plazo. Probablemente las EPS culminen su proceso de expansión bastante pronto, manteniendo un mercado en su mayor parte ya cubierto anteriormente por los seguros privados. Esto significa un ahorro para los individuos que mantenían doble cotización. Pero se trata justamente de individuos con ingresos elevados. El éxito de ESSALUD depende en su mayor parte de que sea capaz de financiar su expansión con recursos propios, lo cual es discutible. Se está incorporando a una población con vastas necesidades de salud y poca capacidad de pago. El fenómeno de selección adversa estaría presentándose en la afiliación a ESSALUD, quedando esta institución con los individuos de mayores requerimientos de salud y menores ingresos.

Bajo esta perspectiva resulta difícil sostener el cambio del modelo del sector salud, entendido como un todo. Se mantienen los tres segmentos definidos por el MINSA, la Seguridad Social complementada con las EPS y el sector privado financiado exclusivamente con desembolsos directos (suponiendo que los seguros privados de salud son sustituidos por el esquema ESSALUD-EPS). Antes de la reforma previsional ocurría una división, de proporciones reducidas, dentro del Seguro Social: los individuos con aseguramiento privado complementario tenían acceso a servicios privados de mayor calidad. De confirmarse la tendencia en el comportamiento del subsistema ESSALUD-EPS, esta separación aumentaría. El modelo segmentado no sólo no cambia, sino que crea nuevos sub-segmentos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APOYO (2000). Ortiz de Cevallos, G. & Pollarolo, P. (Eds.). *Task Force Agenda para la Primera Década: Salud*. Lima: Instituto Apoyo.
- BANCO MUNDIAL (1993). *World Development Report 1993. Investing in Health*. Washington D.C.: The World Bank.
- \_\_\_\_\_ (1999). *Perú. Improving health care for the poor*. A World Bank Country Study. Washington D. C.: The World Bank.
- Barnum, H., Kutzin, J. & Saxenian, H. (1995). *Incentives and provider payment methods*. Human Capital Development and Operations Policy Working Paper Series, N° 51. Washington D.C.: The World Bank.
- Carbajal, J. C. & García, L. (2000). ¿Adónde apunta el esquema ESSALUD – EPS? *Actualidad Económica del Perú*, N° 204, febrero – marzo. Lima.
- Escobal, J. & Iguñiz, J. (2000). *Balance de la investigación económica en el Perú*. Lima: CIES, Serie Diagnóstico y Propuesta 1.
- ESSALUD (1999) «El Seguro Social de Salud (ESSALUD) de hoy: una mirada desde los aspectos económico-financieros en salud». Gerencia de Estudios Económicos y Estadística, Gerencia Central de Finanzas. (Documento no oficial).
- García, L. & Soto, R. (1999). «Aspectos institucionales de la reforma de salud en Chile». Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado, Departamento de Economía. (Mimeo)
- Londoño, J. L. & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Serie de Documentos de trabajo N° 353. New York: BID, Oficina del Economista Jefe.
- Mesa – Lago, C. (1999). Política y reforma de la seguridad social en América Latina. *Nueva Sociedad*, (160), marzo – abril. Caracas.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. CEPAL / Naciones Unidas, Serie Políticas Sociales N° 36. Santiago de Chile: CEPAL.
- Maccira, D. (1996). *Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de salud en América Latina y el Caribe*. Serie de Documentos de trabajo N° 335. New York: BID, Oficina del Economista Jefe.
- Musgrove, P. (1985). Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. *Cuadernos de Economía*, Año 22 (66). Santiago de Chile.
- \_\_\_\_\_ (1996). *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. World Bank Discussion Paper N° 339. Washington D.C.: The World Bank.
- Petrerá, M. & Cordero, L. (1999). El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor. En: Webb, R. & Ventocilla, M. (Eds.). *Pobreza y economía social. Análisis de una encuesta (ENNII' 97)*. Lima: Instituto Cuánto.
- SEPS (1999). *Boletín Estadístico Trimestral*, 1(1). Lima: Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud.



## INTRODUÇÃO

Desenvolvemos neste texto uma reflexão em torno da reestruturação produtiva, recompilando de forma sucinta sua origem, sua natureza e algumas de suas principais conseqüências que, em proporções diferenciadas, atingem amplos segmentos sociais. No momento presente, o referencial político, sócio-econômico e cultural da sociedade industrial está sendo ultrapassado, gerando novas formas de sociabilidade. Mostramos um conjunto de ambivalências reveladoras da convivência de modelos com características próprias da sociedade pré-industrial e da sociedade industrial em profunda transformação. As contradições inerentes a esse estágio atual vêm configurar o que qualificamos de «sociedade da insegurança».

## REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E NOVAS FORMAS DE SOCIABILIDADE

---

*Carlos Minayo-Gomez\**  
*Sonia Maria da Fonseca Thebim-Costa\*\**

---

A revolução tecnológica, que muitos autores denominam de Terceira Revolução Industrial, impõe uma nova dinâmica às estruturas produtivas – reestruturação produtiva - cujos impactos mais óbvios dizem respeito ao nível de emprego, ao perfil de distribuição de renda e à capacidade de mobilização dos trabalhadores. O esgotamento do padrão de desenvolvimento fordista e de seu concomitante compromisso social deixaram um vácuo na sociedade que vive do trabalho. A classe trabalhadora, enquanto sujeito social definido, objetiva e subjetivamente reconhecido como interlocutor, entrou em crise. Projetou-se um quadro em que o emprego deixou de constituir-se em principal vetor de inserção social.

A reestruturação produtiva advém de um longo processo sócio-histórico de acumulação capitalista, acelerado com a introdução de inovações tecnológicas. Num cenário mundial de acirrada concorrência, particularmente na década de 80, além das inovações tecnológicas, exemplarmente sintetizadas na microeletrônica, instauram-se novos padrões de racionalização da produção, de gestão da força de trabalho e de divisão internacional do trabalho que geram crescente concentração e centralização do capital

---

\* Doctor en Ciencias Sociales. Investigador del ENSP/Fiocruz. E-mail: minayogo@ensp.fiocruz.br

\*\* Maestra en Salud Pública. Investigadora del ENSP/Fiocruz.

(Harvey, 1993). No curso desse processo, o maior período de prosperidade, para os países capitalistas avançados, correspondeu a um padrão de desenvolvimento em que a produção em massa de produtos padronizados (modelo fordista) associava-se a políticas públicas de garantia de emprego e de direitos aos cidadãos. A elevação dos níveis de produtividade nesses países, aliada a uma redistribuição de renda aos assalariados, ao permitir a ampliação do comércio e do consumo, logrou estender a grande parte da população os benefícios do desenvolvimento. Nesse contexto, o Estado ocupava o papel de regulador macroeconômico, o que de alguma forma aconteceu na época do denominado «milagre brasileiro». Hoje, particularmente em países como o Brasil, a grande incumbência do Estado é a redução das desigualdades e do desemprego que prolifera no processo de modernização tecnológica, com a expulsão constante de parte da população empregada.

A atual globalização ou mundialização da economia, em certa medida, pode ser considerada uma evolução do mercado, que teve seu início com o desenvolvimento das empresas multinacionais, após a segunda guerra mundial. O mercado se expande geográfica e seletivamente. Consolida-se e universaliza-se a primazia da lei do valor - transformar tudo em mercadoria - e evidenciam-se as limitações de uma perspectiva eminentemente economicista. Os impactos estruturais gerados no mundo do trabalho pelo movimento de globalização econômica e de mundialização de capital, a partir dos anos 90, guardam relação com a complexidade da reestruturação produtiva. Configura-se uma nova hegemonia do capital na produção adequada ao novo estágio do capitalismo mundial. Alteram-se os processos de trabalho, provocando, entre outros efeitos, novas formas de precarização para os trabalhadores assalariados, inclusive com a incorporação do trabalho feminino, assim como transformações em sua própria consciência, enquanto sujeitos-sujeitados desse processo. Tem, ainda, como conseqüências históricas, o incremento do desemprego estrutural e diferenciadas formas de exclusão social, de fragmentação das desigualdades - étnicas, de gênero, culturais e

etárias - e novos tipos de pobreza. A grande parcela mais precarizada, desempregada, experimenta a rejeição da vida social, o isolamento, a apatia, o silêncio e até a violência, a agressão direta.

## A LÓGICA DA FLEXIBILIZAÇÃO

A flexibilização, concebida inicialmente como estratégia restrita à transformação de processos produtivos, vêm induzindo profundas alterações no mundo do trabalho enquanto elemento central, definidor das condições materiais de vida e das formas de reprodução social.

Essa estratégia - já inerente à produção capitalista desde seus primórdios, ao separar o trabalhador de seus meios de produção - exacerba-se em função das exigências de concorrência do capitalismo mundial, num momento de crise de superprodução, retração do consumo e de disputa entre grandes grupos transnacionais e monopolistas. Em contraposição ao modelo fordista de acumulação e à fase keynesiana, considerados fatores limitantes de crescimento, introduzem-se várias transformações no próprio processo produtivo, com a incorporação dos avanços tecnológicos e de novas formas de gestão organizacional e da força de trabalho. Trata-se, portanto, de implantar modos alternativos ao binômio taylorismo-fordismo, que têm especialmente no toyotismo, ou modelo japonês, seu «momento predominante» (Alves, 2000). Tal modelo, que assumiu valor universal, visa uma produção variada e diferenciada, através de trabalhadores polivalentes e máquinas polifuncionais.

Essa via particular de acumulação capitalista tem como principais características, além de uma produção diversificada de acordo com a demanda individualizada dos consumidores, diferentemente da produção em série, um processo produtivo flexível, que possibilite maior agilidade na utilização de máquinas e mudança de projetos, um melhor aproveitamento do tempo produtivo - princípio *just in time* - e uma redução drástica dos estoques - sistema *Kanban*. Implantam-se os círculos de



controle de qualidade – CCQs – com a apropriação do saber-fazer cognitivo dos trabalhadores, ignorada no fordismo, numa questionável aproximação entre concepção e execução do trabalho. Os mecanismos da qualidade total complementam tal estratégia. Em última instância, tudo reverte na intensificação do trabalho, através de trabalhadores qualificados, multifuncionais e envolvidos com esse ideário (Antunes, 1999).

Entre os componentes do complexo produtivo toyotista, destaca-se também sua estrutura horizontal, transferindo para terceiros a maior parte de sua produção, mantendo apenas os setores considerados centrais – teoria do foco – e um corpo funcional de trabalhadores imprescindíveis, com maior estabilidade. Garante à empresa, dessa forma, maior autonomia na gestão da estrutura ocupacional e no gerenciamento do tempo de trabalho, na medida em que passa a ter capacidade de monitorar o nível e a composição da produção realizada em sua planta, modificando de maneira planejada a relação função produtiva-função ocupacional e o nível de demanda ao sistema de subcontratação. Nessa transferência às empresas subcontratadas e fornecedoras incluem-se, em princípio, os métodos e procedimentos seguidos na empresa matriz. No entanto, ao externalizarem-se parcelas menos rentáveis de produção para outras empresas, restringem-se, habitualmente, a exigir o cumprimento de prazos e a qualidade dos produtos, sem maior comprometimento com os trabalhadores terceirizados, instaurando-se as bases para a contratação de mão-de-obra em condições mais precárias.

A extensão do modelo toyotista em escala mundial vem condicionada às singularidades e especificidades econômicas e de mercado dos países, à sua forma de inserção na divisão internacional do trabalho. Enfrentar a competitividade com os concorrentes externos requer, entre outras alternativas, abandonar linhas de produtos, fechar unidades, buscar aliados, efetuar fusões ou transferências do controle acionário e reduzir custos, particularmente com a mão-de-obra.

O aproveitamento mais eficiente das tecnologias e matérias primas existentes para um mercado consumidor global alia-se à implantação

de um processo de flexibilização da força de trabalho, que implica a mudança de um modelo baseado no uso intensivo de mão-de-obra semiquificada para a utilização intensiva da mão-de-obra qualificada polivalente e cooperativa. Substitui-se o trabalho material direto por um trabalho dotado de maior importância e dispêndio de energia intelectual, que requer capacidade de tratamento da informação e da comunicação horizontal e vertical. Em consequência, contratam-se trabalhadores mais jovens com qualificação adequada e maior potencial de adaptação aos padrões de polivalência e multifuncionalidade, o que propicia a intensificação do tempo e do ritmo do trabalho.

A redução do trabalho fabril, manual e mais estável, próprio da fase taylorista e fordista, tem como contraponto o surgimento de um novo proletariado precarizado em escala mundial, composto por homens e mulheres em regime de tempo parcial, em trabalhos temporários. O expressivo incremento do trabalho feminino, tanto na indústria, mas particularmente no setor de serviços, representa uma dimensão da emancipação relativa das mulheres. Como essa inserção ocorre, majoritariamente, em áreas onde predominam técnicas e gestão de cunho mais tayloristas, em tarefas menos qualificadas, configura-se uma nova divisão sexual do trabalho, ampliando-se a dominação de classe com a dominação de gênero.

Como resultante desse processo de fragmentação da sociedade que vive do trabalho, deparamo-nos com uma classe trabalhadora mais heterogênea, mais atomizada, mais fragilizada e mais explorada, submetida a uma trajetória de incertezas e insegurança constantes, de renovadas tensões e sofrimento. Dilui-se o sentido de pertencimento a uma classe. No núcleo mais estável, prevalece o compromisso com a produtividade, a competitividade, e o empenho em demonstrar sintonia com os interesses das empresas. Para os que não têm acesso a segmentos de um mercado formal extremamente seletivo, resta a aceitação de padrões frequentemente espúrios de terceirização e subcontratação, de empregos com vínculos precários ou outros arranjos laborais que emergem sob o eufemismo de «novas formas de trabalho» e expressam ocupações de tempo parcial, de duração eventual.

Acirra-se, portanto, a insegurança no mercado de trabalho, no emprego, na renda, na contratação e na representação (Mattoso, 1995). Tal cenário explica, em grande parte, o enfraquecimento dos movimentos reivindicatórios, bem como as crises e os desafios com que se depara o sindicalismo mundial. Essa debilitação do mundo do trabalho organizado, da práxis sindical, reflete a transformação de seu caráter sóciopolítico, passando a desenvolver ações de cunho neocorporativo e sem maiores perspectivas imediatas, a não ser vinculando-se a movimentos sociais e políticos capazes de colocar entraves ao pensamento economicista único e dominante.

O efeito mais visível da limitação de espaço no mercado de trabalho é a expansão da informalidade e o desemprego recorrente, de longa duração e sem perspectivas de superação, particularmente para os mais velhos. Se anteriormente os grupos vulnerabilizados, que constituíam o exército industrial de reserva, representavam um contingente funcional do processo de acumulação capitalista, hoje muitos dos expelidos do mundo do trabalho são considerados economicamente supérfluos e socialmente incômodos.

Alguns dados são ilustrativos desse cenário. Segundo a OIT, em 1999, aproximadamente um bilhão de homens e mulheres - um terço da força de trabalho mundial - encontravam-se desempregados ou em trabalhos precarizados. No Brasil, em 1989, os assalariados com carteira assinada representavam 59,5% do total de ocupados; os sem carteira assinada, 18,4%; os trabalhadores por conta própria, 17,7% e os empregadores, 4%. Em 1999, esses percentuais passam, respectivamente, para 44,7, 26,9, 23,5 e 4,9, ampliando-se os setores que nem mesmo fazem jus ao seguro desemprego. O tempo médio de desemprego que, em 1989, situava-se em torno 15 semanas, alcança, em 1999, 40 semanas (Mattoso, 2000).

Segundo dados do Ministério do Trabalho (1999), ao longo dos anos 90, foram extintos 3,3 milhões de postos de trabalho. Na indústria de transformação, entre os subsetores mais atingidos destacam-se as indústrias têxtil e da

construção civil. No setor de serviços, o mais afetado, paradoxalmente, é o financeiro. No final da década de 90, cerca de 35% da população brasileira - em torno a 57 milhões - encontra-se abaixo da linha de pobreza e 16 a 17 milhões vivem em condições de miséria absoluta. Segundo dados da mesma fonte, em cada cinco brasileiros economicamente ativos dos grandes centros urbanos um está desempregado e 2 inseridos em ocupações informais.

Na América Latina, conforme a OIT, o setor informal chega a atingir, em alguns casos, até 70% do mercado de trabalho, com uma taxa de crescimento anual superior a 4%. No Brasil, em apenas uma década, a ocupação predominante passou a ser a informal, alcançando no final de 1998 a proporção alarmante de 55% da força de trabalho metropolitana (Pochmann, 1999). O número de empregos gerados com carteira assinada passou de um crescimento de 23% (1986-1990) para uma queda de 28% (1991-1997). Estima-se hoje que, de dez novos empregos criados, apenas dois são assalariados do mercado formal, enquanto até a década de 80 a proporção era de dez para oito. A partir dos anos 80, o desemprego duplicou: de 9% para 18%. Entre 1989 e 1996, o desemprego cresceu relativamente, sobretudo para o grupo de pessoas com mais de 11 anos de escolaridade, para homens com idade superior a 40 anos e para a população negra. A sensível redução na qualidade da maioria dos postos de trabalho gerados reflete-se no fato de o desemprego adquirir menores proporções para aqueles com baixa escolaridade, para as mulheres e para os que buscam um reemprego, já inseridos no circuito da precarização.

Essa fragilização e o rompimento de vínculos laborais impele amplos setores da população a uma trajetória de insegurança, onde a convivência com o provisório perde seu caráter circunstancial. A vulnerabilidade inerente às diversas faces da precarização tem como desfecho final o desemprego recorrente, a exclusão social. Uma exclusão caracterizada «por trajetórias de labilidade dos vínculos sociais até uma ruptura completa, atravessando «terrenos» de dissociação ou desvinculação. Entre o início

da trajetória e a ruptura total, existem situações (ou zonas) intermediárias de rupturas parciais de vínculos, eventualmente reconstituídas a partir da criação de novos vínculos mais ou menos lábeis» (Escorel, 1999:53). Nos países centrais, mecanismos públicos de bem-estar social e redes de proteção social amenizam essas situações e impedem, em alguma medida, que a exclusão social se consuma em todo seu potencial desagregador. Em países periféricos, como o Brasil, sua principal dimensão é a contínua e crescente aproximação do empobrecimento.

A flexibilidade, ao constituir-se em padrão dominante da produção social, em princípio pretensamente universal, cuja aplicação ultrapassa a oferta e a procura do mercado de trabalho, apresenta-se como a única solução capaz de garantir a sanidade econômica. Pode ser descrita como um «afrouxamento dos freios», o que implica a flexibilidade da força de trabalho, dos contratos de trabalho, do volume de emprego, dos salários e sistemas de recompensa e de benefícios, dos horários e locais laborais, na legislação e na regulamentação social e sindical.

Sob as premissas da racionalidade econômica dominante e para tornar os investidores confiantes, encorajando-os a investir, colocam-se como pressupostos necessários o controle mais estrito dos gastos públicos, a redução dos impostos, a extinção de formas rígidas de incorporação ao mercado de trabalho e a reforma do sistema de proteção social. Em outras palavras, deve alterar-se o papel regulador do Estado no mercado (Dupas, 1999). É preciso abolir normas contrárias à maleabilidade dos regimes de trabalho, da estrutura ocupacional, da jornada de trabalho e dos custos salariais. Encontramo-nos numa situação oposta ao período pós-Segunda Guerra, em que o incremento da produção e da produtividade favoreceram o crescimento econômico, propiciando a apropriação dos ganhos de produtividade pelos trabalhadores, a elevação da arrecadação do Estado e dos gastos públicos no âmbito de setores essenciais como saúde e educação. Hoje, a redução dos encargos sociais das empresas representa uma queda na arrecadação, constituindo-se um dilema diante da necessidade de aumentar os

gastos em políticas públicas e em seguridade social. Sobretudo com um Estado nacional fortemente debilitado, devido a privatizações lesivas, sonegações e atritos fiscais. Um Estado atrelado a uma dívida externa que o faz refém de decisões conflitantes com sua imperiosa premência em compensar as desigualdades e fragilidades sociais, bem como, minimamente, mitigar as injustiças decorrentes da precarização do trabalho e da vida. Dado que as grandes decisões estratégicas relativas às atividades produtivas permanecem concentradas internacionalmente nas mãos de lideranças governamentais e grandes empresas - o oligopólio mundial, como qualifica Chesnais (1996) - nas quais participa em posição subalterna, tende a limitar sua função à garantia de um «orçamento equilibrado», que tole sua soberania na formulação e efetivação de políticas públicas capazes de se confrontar com as concepções meramente economicistas. É revelador, nesse sentido, o fato de que a posição hegemônica dos EUA no mercado mundial, através da Organização Mundial do Comércio - OMC, tenha permitido, nos anos 90, obter notáveis resultados de crescimento econômico, apesar das crises mexicana e asiática, e negociar políticas de liberalização comercial favoráveis aos interesses das corporações transnacionais.

Um dos riscos da atrofia do Estado social é a hipertrofia do Estado penal, a transmutação do Estado-previdência no Estado-penitência. Alerta-nos para essa ameaça o que vem acontecendo em sociedades com menor grau de desigualdade, como nos países membros da União Europeia e, particularmente, nos Estados Unidos. Neste país, encontravam-se, em 1997, cerca de 1.800.000 encarcerados e mais de 600.000 empregados nas penitenciárias. Esse setor, caracterizado inclusive por postos de trabalho precários era, na época, o terceiro empregador do país. Considerando-se que a estimativa para 2001 ultrapassa 270.000 lugares apenas nas prisões privadas, trata-se lamentavelmente de um negócio lucrativo. Mesmo sem estabelecer uma relação direta entre pobreza e criminalidade, fundem-se a violência da exclusão econômica com a da exclusão carcerária (Wacquant, 2001).

## PRECARIZAÇÃO DA SAÚDE

Os reflexos da reestruturação produtiva agudizam problemáticas não superadas, de natureza, amplitude e gravidade diferenciadas, acrescentando-lhes as decorrentes de especificidades das atuais transformações. Nesse cenário, defrontamo-nos com um quadro de saúde bastante complexo, que abrange um amplo leque de situações. De um lado, as que dizem respeito aos que conseguem manter-se em funções mais qualificadas, sob a lógica da flexibilização, nos núcleos mais estáveis das empresas ou se inserem em novas ocupações de características muito diferenciadas, como no caso dos profissionais de tele-trabalho – *home office* - e dos operadores de tele-marketing. Outras, derivam-se da permanência de processos produtivos obsoletos e da intensificação do trabalho imposta por mudanças introduzidas na gestão organizacional, particularmente no setor de serviços, mesmo com a incorporação incipiente de novas tecnologias. Por outro lado, com o esfacelamento progressivo do estatuto de reconhecimento e pertencimento social, construído com a «civilização do trabalho», do emprego assalariado, grandes contingentes da população sofrem as consequências da fissura desse edifício, trazendo de novo para a ordem do dia a velha obsessão popular de viver «dia por dia» (Castel, 1998). Dentre eles, os submetidos a padrões questionáveis de terceirização e subcontratação, freqüentemente sem vínculo formal, em constante rotação, e os que compõem os segmentos mais vulneráveis do setor informal, sem direito à assistência e ao controle de sua saúde ou até sem reconhecimento da condição de cidadão-trabalhador doente.

Obter uma estimativa dos riscos e das doenças resultantes da ampla gama de atividades fora do mercado formal constitui, para a Saúde Pública, uma dificuldade intransponível no estágio atual. A única fonte de dados sistematizados é a da Previdência Social, cujos registros vêm pautados pela lógica restrita à concessão de benefícios previdenciários a trabalhadores com vínculos formais, excluídos os servidores públicos das três esferas de governo, sujeitos a regimes próprios de previdência, os trabalhadores domésticos e os autônomos, entre

outros. Mesmo no setor formal, impera uma reconhecida subnotificação, decorrente de deficiências e omissões no preenchimento de instrumentos de controle e na seqüência de procedimentos que configurariam um sistema de informação em saúde do trabalhador. Essa subnotificação, entre outras razões, é reforçada pelo descompromisso das empresas, particularmente com trabalhadores terceirizados, ao omitir acidentes que não se traduzem em benefícios previdenciários e pelas estratégias da própria seguridade social de descaracterizar doenças relacionadas ao trabalho, numa política de redução de custos, da qual o exemplo das Lesões por Esforços Repetitivos - LER - é hoje um dos mais sintomáticos.

No setor informal, desprovido de mecanismos de proteção legal no caso de acidentes e doenças, o grande desafio é construir estratégias alternativas de obtenção de dados, sobetudo diante de seu contínuo crescimento, de sua fragmentação e atomização.

Com esse intuito, vimos desenvolvendo uma linha de investigação, de cunho quantitativo e qualitativo, no âmbito do Rio de Janeiro. Procedemos à busca ativa em hospitais de maior complexidade, dotados de serviço de emergência, setores de internação e ambulatórios especializados, que atendam a amplos segmentos da população, a fim de identificar, entre as causas externas, as ocorrências capazes de configurar-se como decorrentes do trabalho. Esse investimento, potenciamente promissor, esbarrou nas lacunas e deficiências no preenchimento de campos dos boletins de emergência essenciais para o nosso objetivo. Diante desse impasse, o recurso a entrevistas com pacientes internados mostrou-se profícuo: o número de acidentes de trabalho foi seis vezes superior ao dos registrados como tal, dos quais mais de 50% ocorreram com trabalhadores que realizavam atividades no mercado informal. Esse fato evidencia as possibilidades de conseguir resultados bastante satisfatórios, desde que se introduzam profundas mudanças na coleta e sistematização de informações nos serviços de saúde, ultrapassando inclusive, a visão securitária ainda prevalente (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 2000).

A investigação realizada nos registros de ocorrência da polícia civil constituiu outra alternativa para dimensionar os agravos à saúde no mercado informal. Embora ainda em fase de análise dos dados, já é possível vislumbrar nessa fonte um acervo valioso, que revela grande parte da violência de que são vítimas os trabalhadores no espaço urbano e, sobretudo, as ocorrências derivadas da ação do narcotráfico.

Apresentamos, a seguir, uma síntese de outros estudos que temos desenvolvido em relação ao mercado informal, sobre o processo de terceirização em curso na construção civil e sobre o caso específico das lesões por esforços repetitivos – LER.

#### **AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS: UM MODO DE ADOECER EMBLEMÁTICO**

As LER representam um modo de adoecer emblemático desse processo de acumulação flexível, de intensificação e aceleração do trabalho pelo aumento da produtividade. A patogenicidade está na forma de apropriação, de utilização dessas tecnologias. Uma doença, que inicialmente era considerada «doença de digitadores», nas últimas décadas, vem afetando todos os setores e atividades econômicas, desde trabalhadores da linha de montagem fabril e de diversos ramos industriais aos do setor de serviços, inclusive os de limpeza – empregadas domésticas, funcionários de lavanderias, hotéis. Num momento em que supostamente se reduziria o trabalho manual, ao introduzir a automação e as novas tecnologias, se «adoece das mãos». Não se trata mais da força bruta, mas de novas exigências para o corpo: «os esforços são agora bem mais leves, mas contínuos, rápidos, dando a impressão de serem inócuos, tal a leveza no manuseio das máquinas industriais e dos escritórios. Agora, o corpo sai pouco do lugar. Nesses trabalhos atentos, tensos e intensos, a cabeça e os olhos seguem os passos rápidos da produção, as mãos se movimentam mais que o resto do corpo e os braços os acompanham ou se colocam em posturas mais ou menos rígidas para que elas executem as

tarefas prescritas» (Ribeiro, 1999: 92). As maiores vítimas encontram-se prevalentemente numa população em plena fase produtiva, com idade inferior a 40 anos.

Em estudo que efetuamos no Instituto de Seguridade Social do Rio de Janeiro, percebemos as estratégias articuladas para dissociar a relação entre o corpo-doente e o trabalho; para negar o nexos com doença do trabalho na maioria dos casos de LER; para, em lugar de diagnosticar a doença, avaliar o grau de incapacidade para o trabalho de um sujeito que adoecer. Um indivíduo a quem se imputa a responsabilidade por adoecer, a quem se culpa por ter personalidade mórbida ou predisposição ao adoecimento. Uma pessoa obsessiva, minuciosa, detalhista que frente às exigências do trabalho produz o corpo-doente, o corpo-improdutivo, incapaz e descartável (Verthein & Minayo-Gomez, 2001). Esse processo de descaracterização das LER como doença do trabalho é levado ao extremo quando se interpreta sua sintomatologia e se as rotula como «doenças de mulheres», próprias da natureza feminina, da «histerização» do corpo da mulher: ansiosa, perfeccionista, neurótica. Constrói-se, dessa forma, um discurso que pretende fragilizar e naturalizar as mulheres em perfis cristalizados (Verthein, 2001).

Estima-se que, no Brasil, menos de 20% dos casos de LER são notificados, o que corresponde a aproximadamente 60% do total de doenças do trabalho. As LER revelam os limites do corpo. Não é uma síndrome nova. Já no século XVIII, o médico italiano Ramazzini a denominava «doença» dos escribas. É paradigmática do momento atual e continua sendo uma «doença invisível», sua percepção está toda no portador da lesão, que altera sua estrutura psíquica, que tem a dura tarefa de conviver com os limites impostos pela doença: descrédito, simulação, fraqueza, preguiça. Do ponto de vista da relação custo-benefício, conforme estudos realizados por economistas, seria mais rentável implantar programas de vigilância que assumir os encargos com funcionários temporariamente afastados. Muitas empresas, no entanto, acham menos dispendioso se defender na justiça do que investir em prevenção.

### SETOR INFORMAL: REVERSO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

O mercado informal dá a proporção dos desafios atuais da contemporaneidade. Como afirma Dupas (1999), no topo das cadeias produtivas globais opera-se por concentração - fusões, aquisições, *joint ventures* - e nos níveis inferiores por fragmentação, franquias, terceirização, subcontratação, trabalho domiciliar - de forma a estabelecer uma clara inter-relação entre agentes econômicos formais e informais, criando-se espaços crescentes de utilização de trabalho informal e de baixas remunerações. A visão prevalente é a de articulação subordinada, dependência complexa e favorável ao modelo econômico vigente.

Apesar das diferentes concepções sobre o mercado informal, é sempre percebido como alternativa de emprego, sobretudo em tempos de crise. Reconhecido seu alto grau de heterogeneidade, que extrapola as categorizações habitualmente adoradas (Cacciamali, 1996), tanto é inconsistente afirmar que possa expandir-se em virtude de sua própria eficiência, quanto é inviável formular políticas governamentais para o setor, sem deter-se na análise da variedade de segmentos que o compõem. Dentre estes, os que exercem atividades com expressivo impacto nas taxas de morbi-mortalidade, não contempladas nos estudos sobre o trabalho informal, por razões que vão desde a falta de reconhecimento social a seu caráter de ocupação à margem da legalidade.

Essas diferenciações se estabelecem inclusive entre os que desenvolvem atividades aparentemente similares, conforme pudemos comprovar em investigação com camelôs, agrupados em espaço legalmente reconhecido pela Prefeitura no centro da cidade e vendedores ambulantes desprovidos de licença oficial. Foram objeto de análise: as trajetórias ocupacionais que conduziram à atual situação; os mecanismos diversos de obtenção e garantia da licença para o exercício da atividade; a origem, propriedade das mercadorias e renda média; as questões referentes às condições de trabalho, ao reconhecimento social da ocupação e às diversas situações que interferem na saúde; as principais demandas às instâncias públicas; as expectativas e projetos futuros.

O caso dos camelos forneceu uma série de elementos que servem de alerta para evitar generalizações quanto aos níveis de precarização do trabalho no mercado informal. Trata-se de trabalhadores que, além de obter com sua qualificação rendimentos muito superiores aos do mercado formal, expressam relativa satisfação propiciada, entre outras razões, por uma autonomia maior que a inerente à condição de assalariado, pelas relações interpessoais estabelecidas e pela ausência iminente de riscos associados ao trabalho. Permanece, no entanto, a questão da carência de proteção social manifesta na insegurança diante de situações imprevisíveis como doenças, mudanças na política municipal de organização e destinação desses espaços e até mesmo pressões espúrias que levem à perda do local conquistado. Quanto aos ambulantes, além de ganhos inferiores, a maior insegurança decorre do confronto, inclusive físico, com os fiscais, da possibilidade cotidiana de apreensão de suas mercadorias e da necessidade de defender seu espaço de trabalho, através de «pactos financeiros» com os agentes da ordem. Para eles, dada essa condição de ilegalidade, os camelôs adquirem o estatuto de trabalhadores formais.

Em estudo o realizado no entorno de uma zona comercial da cidade, junto a crianças e jovens que encontram na rua alternativas de sobrevivência, emergem outras dimensões dessas diferenças. Buscou-se desvelar o conjunto de circunstâncias - conjugadas ou não a situações de pobreza - que impele a essa opção, os problemas decorrentes das atividades exercidas e as repercussões para a saúde. Entre outros aspectos, foram contemplados: contexto familiar, escolaridade, risco-benefício da rua, renda e destinação, perspectivas de ultrapassar a situação atual.

Encontramos algumas semelhanças com os vendedores ambulantes, mas as diferenças são cruciais. A opção pela rua, além do sustento, constitui-se contraditoriamente, em alguns casos, em estratégia de proteção contra a violência no seio familiar e as insistentes ofertas de envolvimento no narcotráfico em suas comunidades, o que significa conviver permanentemente com situações de risco

iminente de vida. Os jovens demonstraram um certo domínio e controle do espaço de trabalho e das relações nele travadas. Sob esse aspecto, aproximam-se da situação, com seus prós e contras, dos camelôs acima referidos. No entanto, ao contrário desses, deparam-se no cotidiano com diversas manifestações de violência, que atingem formas por vezes radicais, inclusive por parte daqueles que deveriam cumprir a função social de protegê-los. Além da insegurança, expressam sofrimento pela falta de reconhecimento de sua ocupação e revolta pelo estigma de agentes, mesmo que em potencial, da violência. Aliados do ensino formal, entre outras razões por não conseguirem compatibilizar sua permanência na escola com a necessidade de inserção precoce em atividades precárias, vêm-se aprisionados numa encruzilhada que alguns interpretam como etapa provisória, mas que tende a perenizar-se, na ausência de perspectivas reais de inclusão social. O avanço na escolaridade, no entanto, conforme ressalta Pochmann (1999), não garante a elevação do nível de emprego, dado o declínio da participação relativa dos trabalhadores mais jovens, na faixa de até 29 anos, nos setores assalariados, agravado pelas crescentes barreiras de acesso ao primeiro emprego.

A problemática de adolescentes e jovens em situações iminentes ou já instaladas de risco, particularmente de inserção no narcotráfico, foi também eleita como objeto de investigação. Com esse intuito, numa etapa inicial, foram selecionados projetos/programas de instituições públicas e ONGs de diversos Estados voltados para essa população, com vistas a mapear as principais questões implicadas e a identificar formas mais efetivas e impasses para seu enfrentamento. Na análise de sua atuação, emerge como principal desafio ultrapassar as limitações para sua inserção no mercado de trabalho, particularmente daqueles que atingem a maioria. Na ausência de políticas públicas para a juventude que contemplem, no seu conjunto, questões inadiáveis para as classes populares, as instituições defrontam-se com uma série de impasses relativos à formação básica e profissional frente às exigências de qualificação, de forma a romper com a lógica de mera perpetuação do sub-emprego, de «treinar pobres para emprego de pobres».

Um tratamento adequado à complexidade da situação implica dispor de profissionais com competência, dedicação permanente, compromisso e solidariedade, partindo-se da premissa de estarem lidando – numa analogia com pacientes graves – com jovens que «se encontram na UTI». Para o sucesso desse trabalho, onde se coaduna conhecimento e afeto, o próprio reconhecimento social e econômico desses agentes educacionais aflora como questão relevante. Diante de um contexto de escassez de recursos frente às dimensões da situação, constatamos a necessidade fundamental de desenvolver estratégias capazes de ampliar o alcance de projetos isolados, através da formação de redes, da busca ativa de aliados entre setores governamentais, empresariado e outras organizações da sociedade civil.

#### CONSTRUÇÃO CIVIL: OS PARADOXOS DA TERCEIRIZAÇÃO

Em pesquisa que viemos desenvolvendo junto a trabalhadores da construção civil pudemos comprovar como as relações de trabalho interferem decisivamente na interpretação dos agravos gerados nos processos produtivos. Sua influência tem que ser ponderada enquanto condicionantes que assumem um peso significativo quando se avaliam, nesses processos, os riscos ou cargas - referentes às condições materiais dos ambientes - e as exigências - requerimentos decorrentes da organização do trabalho. Aos efeitos de caráter físico e psicossocial se aliam os provenientes da fragilidade dos vínculos, marcados pela insegurança, instabilidade, e pela degradação das condições materiais de vida e das formas de reprodução.

A terceirização dos serviços, nas mais variadas formas e graus de extensão, inclui, além de atividades próprias dos processos produtivos, os setores administrativos, sociais, médicos e de segurança no trabalho. Encontra-se em curso, entre outras estratégias empresariais, o estímulo à criação de organizações improvisadas, sob a denominação de cooperativas de trabalhadores, como forma de eximir-se dos encargos sociais e dos compromissos trabalhistas.

O quadro encontrado revela um cenário emblemático do conjunto de seqüelas da precarização para um contingente majoritário dos trabalhadores da categoria. Evidenciam-se na transgressão frontal da legislação trabalhista (exemplarmente expressa no fato de mais de 50% de trabalhadores carecerem de registro em carteira), da regulamentação vigente sobre saúde e segurança, bem como das cláusulas da convenção coletiva da categoria, sobretudo das referentes à sub-contratação de serviços. A ausência de requisitos mínimos de segurança reflete-se no elevado número de acidentes graves e fatais, onde predominam as quedas, facilmente evitáveis se nos ambientes de trabalho prevalecessem normas de segurança e preceitos éticos de valorização da vida. As maiores vítimas de acidentes fatais são os trabalhadores de empreiteiras e com vínculos informais, particularmente os serventes, na faixa etária de 20 a 30 anos. De um modo geral, mas sobretudo em trabalhadores sem registro, esses eventos desestruturam famílias, conforme pudemos comprovar nas entrevistas realizadas, e ao sofrimento gerado pela perda ou incapacitação de um de seus membros acrescentam-se as seqüelas decorrentes da subtração de um aporte financeiro essencial ao sustento familiar e da total desproteção social. Raramente obtêm indenizações e pensões, pois o recurso à Justiça que, em princípio, exige um longo e tortuoso percurso, é freqüentemente inviabilizado pela ausência de provas, repetidamente escamoteadas. Aquelas famílias, com filhos adolescentes, vivem o desafio de evitar sua captura por atividades à margem da legalidade.

A construção civil constitui-se numa expressão paradigmática da sociedade da insegurança: desde a instabilidade dos vínculos laborais e dos rendimentos deles decorrentes, à precarização das condições muitas vezes já precárias de exercício de suas funções. Nesse setor predomina um empresariado marcado por uma cultura de obtenção de lucros imediatos e elevados, às custas da desvalorização do trabalho e do trabalhador.

A vida do peão da construção civil, dada a extrema rotatividade imposta pela circulação em várias empresas, pela atuação em locais diversos, pela inconstância e fragilidade das relações de trabalho, é marcada pelo convívio

com a transitoriedade, pela provisoriedade, por um constante processo adaptativo a novas realidades de trabalho e vida. Tais situações geram um processo de dessocialização progressiva que, na fragilização ou impossibilidade de estabelecer outros laços de pertencimento, pode traduzir-se em doença mental ou física, pois ataca os alicerces da identidade.(Dejours, 1999).

Para ampliar a compreensão dos mecanismos que sustentam as diversas formas de precarização constatadas, estamos analisando as lógicas empresariais e as que sustentam a atuação de seu corpo técnico, a intervenção das instâncias públicas e as estratégias sindicais, enquanto atores implicados na perpetuação ou superação dessa problemática. Os níveis intermediários de gestão da mão-de-obra constituem objeto de particular atenção, partindo do pressuposto de que esses profissionais, convivendo de perto com o trabalho real, têm uma noção bastante aproximada da situação de seus subordinados e do desgaste físico, mental e emocional a que estão submetidos, pelo qual são, em princípio, corresponsáveis enquanto elos de uma cadeia de imposições. Buscamos interpretar as formas pelas quais apaziguam ou enfrentam o possível mal-estar instaurado pelos conflitos entre o cumprimento do papel que lhes é exigido, gerador de sofrimento alheio, e seus princípios éticos.

Em última instância, o que tentamos, ao caracterizar a atual precarização do trabalho já precarizado em peões da construção civil, é revelar a confluência de injunções que constróem esses construtores anônimos da cidade (Minayo, 1987; Minayo-Gomez, 1987). A novidade não reside nas relações de dominação travadas, mas no fato de serem justificadas pela naturalização de condutas injustas que lhes constituem a trama.

## **(IN)CONCLUSÕES: AMBIVALÊNCIAS DA SOCIEDADE DA INSEGURANÇA**

O espaço cibernético eletronicamente sustentado, com o advento da rede mundial de informática, em vez de homogeneizar a condição humana com a anulação tecnológica das distâncias



temporais e espaciais tende a polarizá-la. «Emancipa certos seres humanos das restrições territoriais e torna extraterritoriais certos significados geradores de comunidade, ao mesmo tempo que desnuda o território, no qual outras pessoas continuam sendo confinadas, do seu significado e de sua capacidade de doar identidade» (Bauman, 1999:25). Como afirma o autor, para a «elite da mobilidade», que viaja no espaço, significa a libertação em relação ao «físico», livres da intrusão de vizinhos inoportunos, na segurança de seu isolamento, da imunidade frente a interferências locais, construindo fossos ou torres visíveis e virtuais que lembram os castelos medievais. Fala-se de «globalização», enquanto processo de concentração de capitais, das finanças e de todos os outros recursos de escolha e ação efetiva, mas sobretudo da liberdade de se mover e agir. E no outro extremo das riquezas globais, dessas «cercas», os guetos atuais desprezados e despojados de poder - a miséria local - irrompem com suas expressões de violência.

O mercado financeiro «hipertrofiado» - onde acontece a maior valorização do capital - livre da determinação espacial, muito mais franqueado que o capital produtivo, a tal ponto que os fluxos financeiros mundiais correspondem hoje a aproximadamente 78 vezes dos recursos aplicados produtivamente (Pochmann, 1999), adquire uma mobilidade tal que agudiza o descompromisso com as conseqüências locais dos investimentos para a vida cotidiana, com os jovens e fracos, com as gerações futuras, com a auto-reprodução das condições gerais de vida. A reestruturação produtiva configura um novo estágio de dependência para os países situados em posição subalterna. Obtém-se maior liberdade para explorar recursos e mão-de-obra e esquecer as conseqüências dessa exploração para a perpetuação da comunidade, como a destruição da natureza e do meio ambiente, o crescimento de um contingente de trabalhadores precarizado ou à margem do sistema produtivo e a intensificação dos níveis de desemprego estrutural. Tais mudanças não interferem apenas na base material, mas atingem o âmbito da subjetividade, as formas de sociabilidade humana, antes mais fundada em determinados ganhos sociais e na seguridade social, tendo instâncias corporativas e partidos políticos como mediadores

organizacionais e institucionais, com o Estado desempenhando a função arbitral.

Neste início de século, testemunhamos um quadro social e político que, longe de configurar uma situação de crise, revela a consolidação das premissas da economia de mercado, enquanto princípio hegemônico de regulação econômica. Vivemos o fim de uma era caracterizada pela transformação da sociedade em mercado, em «sociedade de mercado», onde adquire primazia o indivíduo concebido apenas como produtor e como consumidor. Acirrou-se a concorrência desregulada entre indivíduos, empresas e nações ou blocos econômicos, tendo como uma variável fundamental de ajuste o controle e redução dos custos salariais. Concorrência e competitividade têm sido privilegiadas em seus atributos exclusivamente privados e relegadas a segundo plano as formas de regulação pública.

Pretensamente, a justiça social e a equidade resultariam do livre jogo das forças do mercado. Ao indivíduo cabe a iniciativa de concorrer, de competir. Ele é o responsável pelos acertos e pelos erros em sua trajetória de vida. Quebra-se a tradição de conceber o trabalho como direito do cidadão, que caberia ao Estado assegurar e substitui-se pela expressão falaciosa de «empregabilidade», atualmente incorporada em todos os discursos, transferindo ao indivíduo mais vulnerável a culpa por sua falta de escolaridade, de qualificação profissional, de habilidades e outros atributos que, supostamente, lhe dariam acesso ao trabalho formal, tornando-o empregável. Uma visão a tal ponto arraigada, que o trabalhador desempregado a introjeta com sentimentos de culpa.

Com a ruptura definitiva do antigo paradigma do mercado de trabalho (Dupas, 1999), instalou-se uma verdadeira síndrome de insegurança, vinculada à perda de uma perspectiva clara de futuro (Mattoso, 1995). Vive-se um momento de institucionalização da dúvida, em que a desconfiança, o risco e o acaso assumem um novo caráter (Giddens, 1991). A incerteza não tem a ver com qualquer desastre iminente, mas com o longo prazo obscuro que desorienta a lógica de ação, debilita os laços de confiança e compromisso, e causa perplexidade, mesmo nos indivíduos bem-sucedidos.

A transformação da economia industrial para uma economia pós-industrial vem acompanhada de um profundo questionamento da cultura da modernidade, do pensamento liberal, de matriz iluminista, que hegemonicamente lhe foi associado. Uma cultura fundamentada na idéia de que a razão humana teria uma capacidade ilimitada de orientar o comportamento e as ações humanas para um futuro sempre melhor. Essa fé secular no progresso, que permeou as diversas correntes ideológicas, perde suas bases de sustentação.

Caminha-se, por um lado, num movimento rumo ao individualismo extremo. Fora do indivíduo tudo é ambíguo, nada é seguro, objetivo. Exarceba-se a subjetividade, tendendo-se a dissociar esfera pública e privada, dado o desprestígio da atuação política e da noção de representatividade.

Relativizam-se os valores e as idéias. Manifestam-se indiferença na busca de um sentido ou significado para a experiência humana e falta de entusiasmo para viver em função de um ideal. As instituições sociais clássicas de socialização da modernidade, como a família burguesa e, particularmente, a escola vêem reduzida sua capacidade de transmitir ou reproduzir imagens do mundo, valores, modelos de ação e sentimento comunitário. Os meios de comunicação, apesar de ocuparem um papel fundamental na sociedade da informação – em especial com a força da imagem – apresentam uma visão do tempo presente de forma fragmentada, factual e permeada de contradições.

Em contraposição a essa tendência, vem aflorando uma nova cultura em cuja base antropológica está a compreensão da pessoa humana como ser racional, mas também como ser de afetos, sentimentos, paixões, intuições e mística, em suma, um ser pluridimensional. O conceito de liberdade se alarga, incluindo a idéia de viver de acordo com as próprias convicções e sensibilidades, independentemente da sua justificação racional. Emerge o sentimento de solidariedade em manifestações diversas e como valor fundamental.

Redefine-se o público e o privado e se desfaz a identificação entre o público e o estatal.

Toma-se consciência dos limites e possibilidades atuais da ação estatal frente aos graves e complexos desafios colocados nos campos social, cultural, econômico e político, fazendo surgir a ação cidadã, enquanto responsabilidade complementar à do Estado. Isso não significa desconhecer a importância dos Estados para conseguir um padrão de igualdade, de segurança e estabilidade social, o que não é incompatível com uma orientação da economia global. Sociedades com ampla abertura para o mercado mundial não são mais desiguais que as sociedades com o mesmo sistema econômico e menos negócios exteriores. Mas, para tanto, há necessidade de políticas públicas reguladoras, inclusive internacionais, que garantam efeitos significativos e duradouros sobre o mercado de trabalho. Essa capacidade estatal, diante da crescente interdependência global, é talvez a questão mais acalorada de todos os debates sobre a reestruturação produtiva.

Não cabe esperar que a estabilidade macro-econômica traga «naturalmente» mais empregos ou mais investimentos que gerem mais empregos e, enquanto isso não ocorre, continuar assistindo ao crescimento do desemprego, à desorientação da juventude, à explosão da criminalidade, à corrupção política e empresarial. Não é possível permanecer indiferentes à declaração do ex-diretor do Banco Mundial na África e presidente da Transparência Internacional, uma ONG devotada à promoção da honestidade, em entrevista à revista brasileira *Veja* (25/04/95), afirmando que, no mínimo, em torno a um terço da dívida externa é recebido por políticos e funcionários públicos corruptos.

O direito ao trabalho é uma reivindicação necessária. Um novo projeto econômico, capaz de reduzir o desemprego passa também por uma articulação supranacional, já que a internacionalização da economia situou a competitividade em termos planetários na busca pelo aumento da produtividade. Acordos multilaterais internacionais podem colocar limites ao desemprego resultante da reestruturação produtiva, evitando que o aumento de produtividade se traduza em redução do tempo de trabalho e, conseqüentemente, de emprego.

Nessa transição de uma sociedade fundada no emprego em massa para outro tipo de sociedade regida apenas por critérios de mercado, procede pensar na sociedade pós-mercado, baseada numa lógica de solidariedade?

Alguns autores vêm no «terceiro setor», em constante crescimento, uma perspectiva para atenuar o desemprego. Atribuem sua origem, entre outras razões, à crise do Estado de bem-estar social, que teria gerado a necessidade de encontrar opções para fornecer serviços de natureza diversa à população, alguns deles anteriormente oferecidos pelo setor público e, inclusive, pelo privado.

Muitas outras alternativas despontam frente ao desemprego. Destacam-se aquelas que vêm se diversificando, dentro do amplo leque da denominada economia popular ou economia solidária, para enfrentar associativamente, numa multiplicidade de agrupamentos com pouca organicidade, seus problemas de subsistência e de satisfação das necessidades básicas. Apoiadas por instituições religiosas ou organizações não governamentais e pautadas por princípios autogestionários, muitas dessas alternativas não se limitam a desenvolver atividades econômicas, mas também instauram novas formas de conceber o trabalho e o relacionamento social. Fenômeno generalizado nos países latinoamericanos, particularmente nos grandes centros urbanos, que tende a se perpetuar e ultrapassa a mera estratégia de geração de emprego e renda (Tiriba, 1998), tais iniciativas mereceriam uma análise cuidadosa.

Finalmente, frente à atual disseminação de múltiplas formas de mal-estar, indaga-se: estaremos chegando ao outono da civilização de nosso sistema histórico? Devemo-nos preparar para o frio do inverno, para o fim do ciclo, o ocaso do sistema histórico que sabe produzir, mas não consegue distribuir? Para Wallerstein (2001), partindo do pressuposto de que todos os sistemas têm suas contradições internas, as perspectivas futuras do capitalismo histórico vêm determinadas por três dilemas: o dilema da acumulação, sob a tensão entre a necessidade de monopolizar e o caráter autodestrutivo do monopólio; o dilema da legitimação política, após os Estados terem passado por todos os processos usuais de ajuste para obter o apoio popular, e o dilema da agenda geocultural da civilização capitalista, fundada na centralidade do indivíduo enquanto sujeito da história, que, por um lado, incita a iniciativa, o esforço, a imaginação e, por outro, estimula uma virulenta corrida de todos contra todos. Como conclui o autor, alguma nova ordem histórica emergirá, levando à desintegração da fé no progresso, mas não podemos saber como será. É possível manter a utopia de uma nova ordem mundial mais igualitária? A realização, em janeiro de 2001, do Fórum Social Mundial em Porto Alegre abriu um espaço de contraposição ao pensamento hegemônico imperante em Davos, no Fórum Econômica Mundial. Podemos perceber no embate entre as duas óticas que, longe de ser descartada por sua aparente inantigibilidade, investir nessa utopia revigora e aglutina forças. Em meio ao pesadelo, o sonho insiste em manifestar-se.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, G. (2000). *O novo (e precário) mundo do trabalho: Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. São Paulo: Boitempo.
- Antunes, R. (1999). *Os sentidos do Trabalho: Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho*. São Paulo: Boitempo.
- Bauman, Z. (1999). *Globalização: As Conseqüências Humanas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Cacciamali, M.C. (1996). Assalariamento ilegal no mercado de trabalho urbano da Grande São Paulo: características e evolução, 1985-1992. Em: Figueiredo, J.B. (Comp.). *Las instituciones laborales frente a los cambios en America Latina*. Ginebra: Instituto Internacional de Estudios Laborales.
- Castel, R. (1998). *As Metamorfoses da Questão Social: uma Crônica do Salário*. Petrópolis: Vozes.

- Chesnais, F. (1996). *A mundialização do Capital*. São Paulo: Xamã.
- Dejours, C. (1999). *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: FGV.
- Dupas, G. (1999). *Economia Global e Exclusão Social: Pobreza, Emprego, Estado e o Futuro do capitalismo*. São Paulo: Paz e Terra.
- Escorel, S. (1999). *Vidas ao Lém: uma Etnografia da Exclusão Social*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Giddens, A. (1991). *As Consequências da Modernidade*. São Paulo: UNESP.
- Harvey, D. (1993). *A Condição pós-Moderna*. São Paulo: Loyola.
- Mattoso, J. (1995). *A Desordem do Trabalho*. Campinas: Scritta.
- \_\_\_\_\_ (2000). *O Brasil do Desemprego*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Minayo, M.C.S. (1996). *Os Construtores da Cidade*. Rio de Janeiro: Fase.
- Minayo-Gomez, C. (1987). A formação do trabalhador em construção. *Proposta*, 33:48-56.
- Minayo-Gomez, C. & Thedim-Costa, S.M.F. (2000) Estratégias de Investigación Relacionadas com la Violencia y la Precarización del Trabajo. Em: Briceño-Lcón, R., Minayo, M.C.S. & Coimbra Jr., C.E. *Salud y Equidad: una Mirada desde las Ciencias Sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério do Trabalho. (1999) Cadastro Geral de Empregos. Brasília.
- Pochmann, M. (1999). *O Trabalho sob Fogo Cruzado*. São Paulo: Contexto.
- Ribeiro, H.P. (1999) *A Violência Oculta do Trabalho: as Lesões por Esforços Repetitivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Tiriba, L.V. (1998). Economia Popular e Produção de uma Nova Cultura: Contradições e Desafios Frente à Crise do Trabalho Assalariado. Em: Frigotto, G. (Org). *Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas do Final de Século*. Petrópolis: Vozes.
- Verthein, M.A.R. (2001). *Jogos de Poder Instituído Saber sobre as Lesões por Esforços Repetitivos: as Redes Discursivas da Recusa do Nexa*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Verthein, M.A.R. & Minayo-Gomez, C. (2001). O Território da Doença Relacionada ao Trabalho: o Corpo e a Medicina nas LER. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 10(2).
- Wallerstein, I. (2001). *Capitalismo Histórico e Civilização Capitalista*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Wacquant, L. (2001). *As Prisões da Miséria*. Rio de Janeiro: Zahar.

# XII

LA RELACIÓN ENTRE CIENCIAS SOCIALES  
Y SALUD PÚBLICA A LA LUZ DE LOS RETOS DE LA EXCLUSIÓN



## A NECESSIDADE DE REVISITAR CONCEITOS

Ao iniciarmos o século XXI, é patente a necessidade de examinar alguns dos conceitos que, com diferentes graus de crítica, usamos cotidianamente ao produzir conhecimento ou pensar intervenções no campo da saúde pública. Se considerarmos a profusão de novas, ou renovadas, propostas de produção de conhecimento, de organização dos serviços ou de desenvolvimento de modelos de assistência recentemente colocadas na cena da saúde – saúde da família, vigilância da saúde, promoção da saúde, suporte social, redução de riscos, redução de danos, redução de vulnerabilidade, medicina baseada em evidências, entre outras – somos levados a considerar proporcionalmente restrita a produção de uma reflexão conceitual mais sistemática. No entanto, uma tal sistematização mostra-se fundamental, de um lado pela necessidade de uma crítica consistente e madura acerca dos significados sócio-históricos desses movimentos recentes, de outro lado, pelo interesse na reconstrução das bases epistemológicas de um campo tecno-científico extremamente dinâmico, mas bastante resistente ao trabalho teórico-filosófico.

Nesse sentido, e sem nenhuma pretensão de ser exaustivo quanto ao elenco das questões selecionadas para a discussão, nem tampouco de esgotar o tratamento teórico dado às mesmas, espera-se aqui identificar alguns pontos que podem e, segundo pensamos, necessitam ser problematizados e reformulados na perspectiva de um adensamento conceitual do conhecimento e da intervenção em saúde pública. É assim que procuraremos examinar quatro grupos de questões conceituais, mutuamente implicadas, de grande importância no processo de reflexão aqui defendido: subjetividade/intersubjetividade, identidade/alteridade, controle técnico/sucesso prático e, por fim, tratamento/cuidado.

## REPENSANDO CONCEITOS E PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA

---

*José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres\**

---

---

\* Médico sanitarista. Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar, sala 2220 01246-903, Cerqueira César, São Paulo/SP. Tel: 11-3062.6822, ramal 24. Fax: 11-3062.6822, ramal 20. E-mail: jrcayres@usp.br

## O SUJEITO COMO QUESTÃO

No Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia, de Lalande (1993), o substantivo sujeito se refere ao «ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações» (Idem: 1090 C); «... que existe não só *em si*, mas *para si*, e que, não se limitando a ser objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, apenas tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir, sem dúvida, de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal» (Idem: 1089 - notas). Esta nos parece ser a concepção mais pregnante de sujeito nos discursos da saúde pública, legado da forte influência hegel-marxiana no pensamento sanitário brasileiro e latino-americano, de modo geral.

Há dois tópicos fundamentais onde encontramos esse sujeito de traços hegelianos em nossos discursos. O primeiro é relativo à *identidade* dos destinatários de nossas práticas, o ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e sinal de sua situação particular. É desse sujeito que falamos quando nos comprometemos a conhecer ou atender às «reais necessidades de saúde da população», surrado jargão de nosso campo. O segundo tópico é relativo à *ação transformadora*, o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir. É disso que falamos quando desejamos que aqueles a quem assistimos «tornem-se sujeitos de sua própria saúde», outra conhecida expressão, de que certamente cada um de nós já terá feito uso alguma vez.

Ora, encontrar os sujeitos, esses seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história, está no centro da maior parte das propostas renovadoras acima apontadas. Mas, será essa concepção de sujeito, que temos usado tão acriticamente, adequada a essas propostas de renovação? Muito particularmente no campo da prevenção, onde talvez ainda mais do que no campo do tratamento ou da reabilitação, se cobra a presença do sujeito na orientação de nossas intervenções, será essa concepção de sujeito verdadeiramente produtiva?

Dois núcleos de significação implícitos nessa concepção de sujeito parecem-nos problemáticos. O primeiro é a idéia de *permanência*, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que «faz a si mesmo a partir de uma natureza dada», moldada por um «devir voluntário», uma «conquista pessoal». O segundo é a idéia de *produção* em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana.

O que se quer defender aqui é uma revisão, com base em já sólidos desenvolvimentos da filosofia contemporânea (Ricoeur, 1991; Habermas, 1990; Rorty, 1994; Gadamer, 1996), que leve à subsunção dessa concepção de subjetividade (subjetividade querendo denotar aqui simplesmente o ato ou estado de ser sujeito), em uma conceituação mais rica. Uma conceituação de subjetividade em que a idéia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de *contínua reconstrução de identidades* e a idéia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens.

Voltaremos mais adiante a essas mudanças. Cabe, antes, chamar a atenção para o fato de que ambas as passagens dependem de que superemos também os pressupostos solipsistas e fundamentalistas que permanecem na base de nossa concepção mais habitual de sujeito, por mais que não nos demos conta disso. Dependem, de um lado, que pensemos muito mais em *intersubjetividade* que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, *o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*.

Em um antigo texto seu, o filósofo Ernildo Stein (1976) fazia referência a uma alegoria utilizada por Kant, na Crítica da Razão Pura, que pouca atenção recebera na literatura filosófica desde sua publicação, mas que lhe parecia muito fecunda: a alegoria do vôo da pomba. Stein chama a atenção para o fato de que o que mais lhe impressionara na alegoria eram certas possibilidades interpretativas que, admitia, não eram exatamente aquelas a que Kant recorreu



no seu uso original. O mesmo ocorre aqui. A alegoria da pomba será utilizada aqui com propósitos bem diferentes da intenção de discutir a metafísica, tal como aparece na obra original, ou a questão da finitude e da transcendência, veio explorado por Stein. Nos interessa aqui perceber como, na metáfora do vôo da pomba, é possível identificar elementos interpretativos que podem nos levar a uma visão de sujeito mais fecunda do que aquela que nos legou a filosofia do sujeito moderna.

Diz o texto:

*A leve pomba, enquanto, em seu livre vôo, corta o ar cuja resistência sente, poderia imaginar que ainda mais sucesso teria no vácuo.*

Esse vôo sonhador da pomba pode ser tomado como uma vigorosa metáfora do *ato identificador*, da atribuição de predicados aos diferentes momentos da experiência que nos faz constituir, simultaneamente, nossos mundos e nós mesmos (Heidegger, 1995). Ela remete ao processo de construção de identidades que nos indica uma inexorável dialética de negar construindo/construir negando, tão difícil de expor em palavras e tão claramente expressa na alegoria.

Interessa-nos, particularmente, um aspecto fundamental dessa dialética: o lugar do sujeito, esse ser pensante que, ao atribuir predicados ao mundo, identifica a si próprio. Interessa-nos a experiência de «resistência» que faz surgir esses sujeitos como presenças reais. Troque-se o vôo da pomba pela história humana, a resistência do ar pela presença inexorável do outro e entenderemos a posição que queremos aqui sustentar: *não existe o sujeito individual*, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um «sonho» de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente «o outro de cada um» (Ricoeur, 1991).

É a partir dessa resistência do outro fora de nós que nos identificamos. É a alteridade vivida que nos leva a atribuir a nós mesmos o predicado de indivíduo. *In-dividuum*, o que não se pode dividir, o que permanece coeso. Mas se é do outro que vem a resistência, se são sempre diferentes os

predicados que, ao atribuírmos a terceiros, nos identificam, então essa permanência não pode ser «mesmidade» (o mesmo), mas «ipseidade» (pelo mesmo) (Ricoeur, 1991). Isto é, o que permanece no tempo não é sempre um e mesmo predicado que nos define como sujeitos, mas uma auto-diferenciação que se afirma a cada vez que (re)conheço um outro, o que leva Heidegger (1995) a distinguir a individualidade/eu da individualidade/si, guardando esta última o sentido forte de sujeito, de subjetividade.

Segundo Heidegger, o eu refere-se ao ôntico, ao ente, ao existenciário, o si refere-se ao ontológico, ao ser, ao existencial. Segundo esse filósofo, estaremos falando verdadeiramente de sujeito quando nos referirmos a essa identidade-si, existencial, ao Eu que é «a cada vez meu».

## O PROBLEMA DA IDENTIDADE NA CONSTRUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Em anos recentes, pudemos observar no campo da saúde a emergência de uma série de categorias para o desenho de estudos e intervenções em saúde baseados em diferentes identidades subjetivas: mulheres, idosos, adolescentes, negros, índios, trabalhadores, gays, etc. De fato, essa tendência representa um saudável avanço em relação às propostas universalizadas e massificantes de um sanitarismo mais tradicional, baseado na verticalidade de categorias nosológicas – as epidemias e endemias. Apoiar as intervenções em identidades ligadas ao exercício/construção da subjetividade, ao invés de apoiá-las em doenças, representou um dos grandes avanços das práticas de saúde pública do final do século passado. Essa mudança significou também desenhar novas e mais ricas propostas de intervenção, em função das diversas ocasiões e cenários de encontro com os grupos beneficiários das ações. Mas, muito especialmente, significou aberturas, ainda que não voluntárias, à emergência de necessidades que dificilmente encontrariam canais de expressão nos ambientes médicos tradicionais.

O reconhecimento de outras identidades que não as de paciente, portador ou grupo de risco para alguma patologia, como o pertencimento a determinados grupos étnicos, culturais, comunitários, etc., abre possibilidades de se escapar à camisa de força que parte da classificação bipolar entre o normal e o patológico. No espaço das identidades socialmente construídas há melhores chances para que os juízos sobre o desejável ou indesejável para a saúde escapem desse modelo bipolar. Partir das questões sócio-identitárias pode levar à superação de critérios únicos para as escolhas normativas, tais como a funcionalidade orgânica ou a prevenção de riscos. Trabalhar com uma cultura, seja uma identidade de orientação sexual, como ser gay, ou um recorte de gênero, como ser mulher, pode colaborar para retirar das tecnociências a prerrogativa exclusiva de enunciar o que é desejável para aquele grupo específico. As dimensões ética, política e, especialmente, estética ganham aqui, muitas vezes, um estatuto comparável, quando não superior, às positivities tecnocientíficas na escolha de direções e caminhos para o bem viver.

Ora, escapar a alternativas bipolares, construir critérios plurais, abertos e consensuais e enriquecer estética, ética e politicamente os juízos normativos é tudo que se pode desejar, quando se persegue um sentido mais democrático e criativo para nossas intervenções em saúde pública. Podemos assumir que esses são os valores mesmos que instruem o modo como percebemos que esse campo deva avançar. Contudo, é preciso que nos detenhamos com uma certa cautela diante desses avanços. Até onde nos estão levando? Em que medida os potenciais oferecidos pelas mudanças observadas podem efetivamente avançar nas direções acima apontadas?

O ponto que queremos sustentar aqui é que os interessantes potenciais acima apontados não se atualizarão se um desafio fundamental não for enfrentado: o exame crítico das próprias categorias sócio-identitárias construídas, a reflexão sobre até onde pode ser universalizada a condição da qual se quer dar conta com a identidade trabalhada.

Algumas dessas categorias são demais universais e positivas, no modo em que foram

construídas. Assim, o que era voltado para o enriquecimento e pluralidade acaba se tornando uma nova «camisa-de-força» das categorias sócio-sanitárias. É claro que devemos reconhecer que categorias com pretensões de validade universais não são construídas ao acaso. Sua efetividade histórica está em relação direta com algum tipo de eficácia prática, que a tornou teoricamente tão positiva. Não é preciso negar esse fato, porém, para resistir à perpetuação acrítica de sua utilização.

O que devemos nos perguntar, então, é até onde, e de que modo, nos interessam conceitos com o grau de universalidade de que se pretende dotar. Isto significa que toda e qualquer categoria identitária para a intervenção em saúde deve ser compreendida sob a ótica um *«textualismo forte»*, num sentido quase rortiano (Bernstein, 1991). Isto é, deve-se assumir como uma construção discursiva, pragmaticamente válida, e válida enquanto pragmática, as categorias identitárias que utilizamos para apreender e intervir sobre os processos particulares vividos em cada situação de investigação e intervenção pelos sujeitos que se quer atingir.

Esse textualismo forte, se é o antídoto necessário para ações de saúde massificantes e tecnicistas, pode trazer, por sua vez, um outro problema potencial: o risco de um relativismo absoluto, em que padrões éticos de determinados grupos, por exemplo, ficariam fora do alcance de qualquer proposta de transformação. É só no sentido de evitar a paralisia imposta por um relativismo dessa natureza que enxergamos a vantagem das pretensões de universalidade de certas categorias conceituais, pelas referências que constroem para interações entre indivíduos e contextos diversos, pela base comum de diálogo e de compartilhamento de experiências e valores que tais categorias podem oferecer.

Para nos colocarmos, então, a uma justa distância entre um universalismo essencialista e um contextualismo paralisante, é que julgamos importante distinguir, conforme sugerido por Ricoeur (1991), a *identidade-idem* da *identidade-ipse*, a primeira entendida como «mesmidade», permanência imutável e invariante, e a segunda como identidade reflexiva e construída continuamente na relação com a alteridade.

Tratar de identidades como «ipseidades» significará, assim, explicitar clara e positivamente o horizonte normativo que nos orienta quando usamos essas categorias, através dos aspectos contextuais que chamamos à cena. Significará, ao mesmo tempo, lançar mão de elementos a partir dos quais os diversos sujeitos envolvidos – técnicos, cientistas e grupos populacionais – possam ter um solo comum onde os diversos sentidos normativos dos discursos sobre a saúde possam ser livre e amplamente apreendidos, discutidos e validados.

Certamente um tal giro na concepção de identidade implica em revisões não menores também no modo como compreendemos e estruturamos as intervenções em saúde pública. Implicará em rever os sentidos dos saberes científicos e da técnica no âmbito de nossas práticas. É o que tentaremos examinar a seguir.

## O TÉCNICO E O NÃO-TÉCNICO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

A alegoria kantiana, acima citada, talvez nos ajude a reconstruir nossa idéia de sujeito segundo a ipseidade pela qual queremos guiar nossas construções identitárias. Nela encontramos três elementos que nos guiam nessa direção: o aspecto relacional, o aspecto existencial e o aspecto pragmático.

O *aspecto relacional* encontra-se expresso na *indissociabilidade de ar e asa para a idéia de vácuo*. Nada aparentemente mais antagônico que vácuo e resistência, e no entanto é da experiência da segunda que se projeta a idéia da primeira. É dessa vivência substantivamente relacional – resistência é sempre de algo a algo, do ar à asa do pássaro, no caso – que nasce o predicado «vazio», que cria identidades simultaneamente para o ser voante, que é a pomba, e seu mundo de preenchimentos vividos e vácuos sonhados.

Esse aspecto relacional remete, por sua vez, ao segundo, o *aspecto existencial*. O caráter existencial da construção de identidades pode ser

encontrado no fato de que a experiência da resistência só relaciona o «ser pomba» à sua condição voante e ao seu mundo de resistências e vazios porque, no dizer da alegoria, a pomba pode imaginar voar no vácuo. É porque ela é um ser, não um ente (Heidegger, 1995), que surge um sujeito e seu mundo. É porque projeta, porque deseja, e quando deseja, que o acontecer da resistência contra suas asas leva a pomba a conceber e construir pássaros, asas, vôos e espessuras no espaço.

Por fim, o *aspecto pragmático*. É que a possibilidade da pomba imaginar o vácuo tem uma origem muito bem definida na alegoria. É ela o *ato de voar*. De fato, não é senão no ato de voar que a pomba se põe a imaginar o vazio. Note-se que é a partir desse ato, no sentido «existenciário», que se plasma o vôo como ato «existencial» (Idem), isto é, a pomba faz-se pomba, entende-se como pomba, no exato momento em que constrói uma idéia de *sucesso* para seu vôo, o qual se encontra mais além, na virtualidade de um espaço sem resistência. É tratando de vencer a resistência do ar que ela efetivamente voa, e permanece pomba na diversidade dos cenários que percorre voando. No sentido existenciário, o vácuo seria sua impossibilidade mesma de ser pássaro, de nada lhe serviria suas asas no vácuo, mas em sentido existencial é só enquanto mantém em ato a possibilidade de vencer a resistência do ar que a pomba segue voando, que segue sendo pássaro.

Note-se que o «sucesso» do vôo no vácuo designa uma idéia reguladora, um móvel moral, distinguindo-se nisso da idéia de êxito técnico, do alcance de fins determinados segundo certos meios pré-estabelecidos. Quando Kant se refere ao suposto sucesso de voar no vácuo, está apontando para um desfecho que transcende a pura «objetualidade». Na verdade, o saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, mas é o saber voltado ao sucesso existencial que constitui sujeitos (Gadamer, 1996). Esse aspecto é muito importante para a compreensão do giro filosófico aqui defendido. Subsumir a idéia de êxito técnico, ou de *produção* de artefatos, na de *sucesso* existencial é parte fundamental desse giro.

De nossa hermenêutica da alegoria do vôo da pomba podemos extrair, portanto, três conclusões básicas:

- 1) Subjetividade não é mesmidade, é ipseidade, é sempre relação, é inter-subjetividade.
- 2) O sentido existencial dessa relação é configurado como um encontro desejante com a circunstância – o ato de reconhecer a si diante do Outro e projetar «compossibilidades»<sup>1</sup> para ambos em seu mundo compartilhado.
- 3) O que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz de modo restrito ao êxito técnico, mas refere-se a um sucesso, a uma situação que se traduz por felicidade, o que abarca também, e especialmente, dimensões éticas e estéticas.

De posse da arquitetônica conceitual acima, podemos agora nos aventurar a campos de práticas mais concretos onde nós, humanos, nos *reconhecemos* sujeitos. Mas socorramo-nos ainda um pouco mais da rica alegoria da pomba. Entre nós, humanos, qual é o correspondente do ar, de cuja resistência promana a experiência do si mesmo, do outro e do projetar mundos? Essa parece ser uma questão fulcral, que nos poderá conduzir das alturas abstratas do vôo da pomba à iluminação de nossas práticas de saúde pública. Isto porque o ar é, na alegoria, o elemento central da experiência que liga entre si o relacional, o existencial e o pragmático na alegoria da pomba. No caso de seres humanos, qual é a experiência que põe cada um em contacto com o outro, levando-o a reconhecer a si mesmo a cada vez e sempre?

É possível que haja muitas respostas para essa pergunta, mas não parece restar muita dúvida de que um dos mais poderosos meios desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a *linguagem*. Na linguagem encontra-se a «resistência» fundamental que nos põe em presença do Outro. Heidegger (1995) já afirmara que a linguagem é a morada do ser. Gadamer (1996) completou: o ser que pode ser compreendido (leia-se compreender-se) é linguagem.

Ora, assim como o ar não ganha existência como mundo enquanto não é experimentado pela

pomba como resistência ao vôo, também a linguagem só existe enquanto tal *em ato* (Habermas, 1988). E o que é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão *diálogo*? Podemos, então, afirmar que *sujeitos são diálogos*.

Esse modo de ver a questão nos leva a rever com profundo desconforto a atitude tão difundida entre nós, profissionais da saúde, de buscar *estabelecer* um diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais queremos dispor nossos talentos e competências profissionais. Desconforto porque, se analisarmos com atenção, vamos verificar que quando pensamos em «estabelecer» um diálogo ignoramos o diálogo no qual já estamos, imediatamente, imersos. Não se trata apenas de uma questão formal de linguagem, mas de uma experiência concreta que reiteramos com pouca densidade de crítica: o fato de que desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio. É como se cada sujeito sáísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse em alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde.

Assim, nossa limitada capacidade de alcançar o acalentado ideal de que as pessoas se tornem «sujeitos de sua própria saúde» é sempre interpretada pela pobre versão de um «fracasso». Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas. É a versão do fracasso nos mantém imobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos, com alguma cosmética remodeladora, as velhas estratégias «mobilizadoras». Na pior delas simplesmente desistimos. O que deixamos de fazer é lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro; deixamos de colocar em questão a razão pela qual o grande e imperceptível diálogo que já vínhamos mantendo tornou tão inoperante esse pequeno diálogo particular que quisemos operar, razão pela qual tornou-se tão «ineficaz».

O que aconteceria se mudássemos de perspectiva? Assumamos que o que importa para nossas aspirações médico-sanitárias é a intersubjetividade com que experimentamos esse campo de práticas. Esse giro irá exigir de nós, sem dúvida, um esforço nada pequeno de reconstrução. A obra de Habermas, um dos mais importantes teóricos dessa constituição dialógica das subjetividades, poderá talvez nos socorrer nessa tarefa. Tome-se, por exemplo, os três planos fundamentais por meio dos quais, segundo este autor, realizam-se e validam-se os processos dialógicos em geral, quais sejam, o da correção normativa, o da verdade proposicional e o da autenticidade expressiva (Habermas, 1988).

Segundo Habermas, o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apóia-se em três níveis de validação intersubjetiva: a) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamamos de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político, existencial, enfim; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso. Não será difícil verificar as razões do problema a que nos referíamos acima. Basta começar pelo plano de validação normativa desses discursos.

O sentido de correção que norteia nossos discursos, como profissionais de saúde, está fundamentalmente relacionado à utopia do conhecimento/controlado das doenças. Há que se perguntar: é possível imaginar compartilhamento entre nós, profissionais, e as populações-alvo quanto a esse horizonte normativo? Há, efetivamente, um horizonte normativo comum quando nos dirigimos às pessoas orientados por essa perspectiva de controle? Esse controle pode realmente mover os sujeitos visados por nossas ações em seus «encontros desejantes» com os seus mundos?

Claro que não se deve diminuir em nada a importância do controle das doenças, seja dos sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade

como critério normativo de sucesso das práticas de saúde. Já foi dito aqui que a dimensão pragmática da constituição de (inter)subjetividades é caracterizada por fazer-se sempre acompanhar pelo móvel de um sucesso prático. Ora, se examinarmos com atenção o sucesso pelo qual nós, profissionais da saúde pública, independente do quanto o percebamos e o desejemos, temos orientado nossas práticas, veremos que ele se confunde flagrantemente com êxito técnico (Ayres, 1995). Mas êxito técnico e sucesso prático não são eventos intercambiáveis; originam-se e destinam-se a esferas relativamente distintas da experiência, como já foi ressaltado. O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um «como» fazer. Não faz parte de suas aptidões definir os «quê fazer» – e por isso é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde.

Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde. Afinal, qual é o nosso sonhado «vácuo», quando estamos lidando com cada um dos diferentes obstáculos que encontramos à nossa saúde? Sem nos dedicarmos conseqüentemente a esta reflexão, ficamos condenados à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las.

Examinemos, nesse sentido, o exemplo do conceito epidemiológico de risco. O conceito de risco emergiu desde meados do século como um dos mais influentes discursos nos diálogos contemporâneos da saúde (Ayres, 1997). Ele atingiu essa posição privilegiada em função do seu impressionante sucesso em três tarefas simultâneas. Em primeiro lugar ele permitiu estender a tradução da doença para além dos limites do corpo. Um fator ambiental qualquer, por sua associação probabilística com um certo agravo à saúde, já pode ser visto como um dano, mesmo antes disto se materializar no corpo. Mais que isso, e o que é fundamental, fez retornar ao plano da individualidade do corpo suas propostas de intervenção, pois é em relação a fenômenos aferíveis no indivíduo que o fator ambiental tem seu caráter de risco estabelecido. É sobre o balanço individual dessas associações que recairá predominantemente a gestão do risco.

Em segundo lugar, o conceito de risco foi capaz de realizar essa extensão ambiental do raciocínio patogênico através de um rigoroso manuseio de regularidades, trabalhando produtivamente com um tipo determinado e relevante de «saber como»: sempre que...então...; na proporção de  $x$  encontra-se  $y$ . Além desse tipo de inferência possibilitar um rigoroso controle científico, responde muito bem às necessidades de produção farta de tecnologias para a intervenção.

Por fim, a abordagem do risco retraduz continuamente a interpretação de seus limites como necessidade de um «saber como» ainda mais rigoroso, isto é, fazendo coincidir toda idéia de sucesso prático com uma infinita busca de controle técnico. Se o que se sabe sobre uma associação de risco é pouco, ou se o que se sabe não permite intervenções muito eficazes, parte-se para o controle, mais uma vez nomológico, da incerteza, ou para o controle técnico dos fatores que se associam regularmente ao mau resultado. Sempre a argüição sobre o *como* fazer, raramente sobre o *que* se está fazendo.

Mas de fora da epidemiologia surgem, periodicamente, questionamentos sobre o sentido de seus constructos. Limites decorrentes da sua restrição à dimensão técnica foram recentemente experimentados, por exemplo, com a eclosão da epidemia de aids. Por circunstâncias próprias à epidemia, tornou-se visível até onde iam os desejáveis êxitos técnicos das estratégias de conhecimento/intervenção apoiadas no conceito de risco e onde começavam exigências de sucesso que iam para além dos seus domínios. A aids flagrou na prática o fato de que o controle de uma epidemia constitui para os sujeitos afetados ou afetáveis por ela um horizonte normativo muito pouco claro perto do projeto de felicidade associado, por exemplo, a vivências da sexualidade.

É neste contexto que o conceito de vulnerabilidade, oriundo do campo dos Direitos Humanos, adentra o campo da saúde (Mann & Tarantola, 1996). Ele não é outra coisa que uma forma de ampliar os horizontes normativos desse campo para além da eficácia técnica. A idéia de sucesso prático que lhe instrui orienta-se para um

nítido deslocamento de horizontes normativos, buscando a subsunção do ideal de controle da doença no de respeito a necessidades fundamentais do ser humano (França Jr. *et al.*, 2000).

Em outro texto, trabalhamos as características e potencialidades dessa proposição para o campo da saúde (Ayres *et al.*, 1999). No presente trabalho, não nos interessa examinar especificamente o conceito de vulnerabilidade, mas apontar que a perspectiva que sua discussão abriu na direção dos Direitos Humanos pode vir a enriquecer a noção de sucesso prático no campo de saberes e práticas da saúde pública.

Pensamos ser evidente que a exploração das relações entre saúde pública e Direitos Humanos na pesquisa e intervenção com saúde de populações é uma tarefa fundamental, porquanto pode vir a ampliar os horizontes compreensivos de nossas teorias e de nossos modelos de intervenção. Para além de incorporar um conjunto de conhecimentos e práticas de caráter humanístico aos repertórios da saúde, os Direitos Humanos podem dar visibilidade à vulnerabilidade de certas populações a agravos à saúde e/ou violações de direitos, inapreensíveis por meio de instrumentos conceituais restritos à tradição médico-sanitária. Desnecessário dizer que essa proposta de deslocamento normativo ainda tem muito o que amadurecer para que sua validação intersubjetiva atinja uma dimensão tal que a torne uma referência positiva para o campo da saúde – como, de resto, também ocorre com as propostas mais ambiciosas de PSF, promoção da saúde, vigilância da saúde, etc. Tal processo de construção de validade também dependerá, por outro lado, de mudanças nas demais esferas de validação do discurso sanitário. A necessidade de nos limitarmos ao objeto do presente ensaio impede-nos de explorá-las mais amplamente aqui. Deixe-se apenas o registro de que tal mudança implica, necessariamente, rever também o cientificismo que domina seus regimes de validade proposicional.

Com efeito, se tratamos de subsumir o controle das doenças em concepções de sucesso que não se deixam traduzir por tarefas técnicas apenas, se a felicidade almejada por nossas

## O CUIDADO E O COMPARTILHAMENTO DE HORIZONTES NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE

intervenções em saúde nos obriga a dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral, etc., então os constructos científicos não serão suficientes. Claro que não se trata de abolir a ciência do âmbito da validação das práticas médico-sanitárias, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde, desde os conhecimentos acadêmicos não-nomológicos, como a filosofia, o direito e demais ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais.

Seguindo o mesmo raciocínio, não podemos imaginar que os códigos com os quais experimentamos e construímos intersubjetivamente nossas identidades possam permanecer fora de questão. Se queremos enriquecer o diálogo, é preciso cuidar que sua matéria prima acompanhe essa ambição, é preciso refletir sobre nossa linguagem. Nesse sentido, um dos maiores desafios que se nos é colocado como participantes do diálogo médico-sanitário, é superar as barreiras lingüísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população. Boaventura Santos (1989) já nos chamava a atenção para a necessidade desse movimento de reconstrução das pontes lingüísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum.

No campo da saúde, especialmente, isso é urgente. Sem essas pontes lingüísticas limitam-se as possibilidades de compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos e o público. Claro que esse desencontro é sempre fonte de restrições ao diálogo, em qualquer campo. A questão é que esta restrição pode ser tolerável em alguns deles. Diante de um aparelho de TV funcionando, para dar um exemplo caricato, será mesmo pequeno o interesse em fundir os horizontes normativos dos tecnocientistas da eletrônica e dos telespectadores. Quando, porém, se trata de prescrever comportamentos, formas de vida, intervenções sobre o corpo ou a mente das pessoas, certamente já não se poderá dizer o mesmo.

Para finalizar esta reflexão, caberá uma última palavra sobre o caráter da intervenção em saúde. Na perspectiva de aberturas lingüísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não tecnicista, fica evidente que é preciso enriquecer também a concepção de intervenção que estabelece e justifica os diálogos que travamos no campo da saúde. Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetivadora, enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções. Quando esses dois sujeitos – o profissional de saúde e a(s) pessoa(s)-alvo das ações de saúde – se constituem um diante do outro, naturalmente que um processo de objetivação e «objetificação» está colocado. Há uma técnica que justifica e estabelece a presença de um diante do outro. Mas se tudo o que dizíamos acima for verdadeiro, então essa presença, para que justifique mesmo a utilidade desta técnica particular, cobrará elementos que vão exigir dela muito mais que a produção e a manipulação de objetos (Schraiber, 1997; Ayres, 2000).

Por isso, *cuidar*, no sentido de um «tratar que seja», isto é, uma interação que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser, por excelência, a vocação das práticas de saúde. Nesse sentido, a alegoria de Kant nos envia a Heidegger. A leve pomba kantiana nos leva em suas asas à alegoria do Cuidado. É que Heidegger, no seu clássico «Ser e Tempo», utiliza uma antiga alegoria de Hígino sobre o cuidado como metáfora para a fundamentação de sua ontologia existencial. Essa alegoria também nos serve perfeitamente para elucidar o que queremos dizer quando distinguimos cuidar de tratar, curar ou controlar. Vejamos o que diz a alegoria:

*Certa vez, atravessando um rio, cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia*

sobre o que criava, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: «Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver (Heidegger, 1995: 263-4).

Note-se que a vontade de sucesso revela-se na alegoria de Higino como a substância mesma das identidades. Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. *Querer é o atributo e o ato do ser.* Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, a forma humana de ser. Mas é igualmente soprar o espírito, isto é, ver que essa forma não seja pura matéria suspensa no tempo (mesmidade), mas um ser que permanentemente trata de ser, um ente «que se quer sendo» (ipseidade).

Se transpusermos a mesma idéia de cuidado para o plano mais concreto das práticas de saúde, vemos permanecer intacto o seu conteúdo fundamental, o seu significado mais relevante. Cuidar da saúde de alguém, ou de alguns, é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas a aplicação de tecnologias, por mais rigoroso que seja seu embasamento científico.

Vemos em Lalande (1993) que tecnologia é o termo que, por metonímia, vem freqüentemente substituir o termo técnica, o qual designa o «conjunto dos procedimentos bem

definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis. São tradições que se legam de geração em geração, pelo ensino individual, pela aprendizagem, pela transmissão oral dos segredos de ofício e de processos» (Lalande, 1993: 1109). Há mais dois sentidos para técnica em Lalande, ambos apoiados nesse núcleo significativo básico, de um conjunto de procedimentos universais, com vistas a finalidades específicas, transmitidas por meio de aprendizado.

Ora, a idéia de «procedimentos bem definidos» e «destinados a produzir certos resultados» já implica um certo «fechamento» de meios e fins, contrário à idéia de expansão normativa e dialógica dos sentidos das práticas de saúde. Seria possível preservar o sentido forte de diálogo quando se fala do uso de «procedimentos bem definidos» visando «certos resultados»? Certamente que não. Tais procedimentos consistem num saber fazer, que trata cada caso particular como expressão circunstanciada de determinadas relações meio-fins, universalmente estabelecidas e transmitidas. Inspirados na análise crítica de Gadamer (1996) sobre a «objetificação» do fato humano pela tecnociência, tendemos a achar que aqui se trata de uma questão bastante próxima. A intersubjetividade viva do momento do cuidado pode permitir escapar a uma objetivação «dessubjetivadora» na medida exata em que ali se efetive uma troca, um espaço relacional, que *extrapole o tecnológico*, que se realize através dele, mas não se limite a ele.

Estabelece-se a partir e em torno dos universais que a tecnologia carrega uma possibilidade de diálogo, mas é essa dimensão dialógica mesma que lhe cobra os limites. A co-presença «carnal» de um assistente e de um assistido no ato de cuidar põe inexoravelmente em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Não é da *theoria* nem da *poiesis* que se trata, portanto, mas da *praxis*, ou atividade prática.

É desse outro tipo de saber que se trata quando percebemos a possibilidade de efetivo



diálogo, de plena presença do outro no ato assistencial. Trata-se da *phronesis*, ou sabedoria prática, que não cria objetos, mas *realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo*.

Formulado nos moldes de uma sabedoria prática, o resgate do potencial re-subjetivador do ato assistencial traduz-se justamente como uma «des-mitificação» da auto-regulação tecnológica. Assume-se que saúde não é só objeto mas, na condição mesma de objeto, *um modo de «ser-no-mundo»*. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, passa a ser entendido como uma decisão entre outras, que não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis necessariamente, mas é, ainda assim, e por isso mesmo, exercício fundamental de autonomia humana. Revalorizar a dignidade dessa sabedoria prática é o «que fazer» implicado nessa transição do tratar ao cuidar. Difícil, porém, a tarefa, porque temos «atrofiado» o exercício dessa sabedoria, presos a um racionalismo estritamente instrumental. Difícil, ainda, porque é freqüente interpretarmos o reconhecimento e a valorização pública do exercício da *phronesis* como obscurantismo, reação conservadora ao desenvolvimento tecnológico ou até como pura nostalgia humanista. Mas é fundamentalmente nessa perspectiva que entendemos o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: atitude e espaço de (re)construção de intersubjetividades, de exercício aberto de construção compartilhada de projetos para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela. Mais que uma ação teleológica, uma equação meio-fins, o significado e finalidades da intervenção passam a se apoiar não tanto no estado de saúde visado de antemão, nem somente nas formas como se busca alcançá-lo, mas sim na experiência que une o conteúdo da primeira ao movimento da

segunda. O cuidado é essa atividade realizadora na qual caminho e chegada se engendram mutuamente. Abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre meios e fins da assistência à saúde sem determinar de modo universal e *a priori* onde e como chegar com a assistência: eis um norte político e uma tarefa prática dos mais difíceis, porém dos mais relevantes quando se tem a emancipação humana como horizonte ético.

A atitude «cuidadora» precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?

São diversos, interligados e complexos os giros apontados aqui: de sujeito para intersubjetividades; de mesmidade para ipseidade, de controle técnico para sucesso prático; de tratar para cuidar. A grande tarefa, uma vez compartilhada a necessidade desses giros, é saber como fazê-los no nosso cotidiano. Pode parecer demasiado ambiciosa a tarefa, excessivamente trabalhosa e ampla. É verdade. Mas, quanto a isso, há ainda um elemento na alegoria da pomba que não parece nem um pouco negligenciável. Trata-se de um aspecto mais estético que lógico. É a liberdade do voar. É o «divre voo da leve pomba» que nos encanta e envolve, pela maravilhosa sensação que nos transmite ao espírito de potência na fragilidade, de amplidão de horizontes e de busca de sonhos. Deixemo-nos, pois, inspirar por essa imagem na busca de nossos projetos de felicidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayres, J.R.C.M. (1995). *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- \_\_\_\_\_ (1997). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- \_\_\_\_\_ (2000). Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(1):117-20.
- Ayres, J.R.C.M., Franca Junior, I., Calazans, G.J. & Saletti Filho, H.C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. Em: Barbosa, R. M. & Parker, R. G. *Sexualidades pelo aresso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; São Paulo: Editora 34.
- Bernstein, R.J. (1991). Cuál es la diferencia que marca una diferencia? Em: Bernstein, R.J. *Perfiles filosóficos – ensayos a la manera pragmática*. México, D.F.: Siglo Veintiuno.
- Deleuze, G. (1991). *A dobra: Leibniz e o Barroco*. Campinas: Papyrus.
- Franca Junior, I., Ayres, J.R.C.M. & Calazans, G.J. (2000). «Saúde Coletiva e Direitos Humanos: um diálogo possível e necessário». Salvador, Anais. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. (Mimeo).
- Gadamer, H-G. (1996). *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme.
- Habermas, J. (1988). *Teoría de la acción comunicativa*. I/II. Madrid: Taurus.
- \_\_\_\_\_ (1990). *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Heidegger, M. (1995). *Ser e tempo*. I. Petrópolis: Vozes.
- Lalande, A. (Ed.) (1993). *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mann, J. & Tarantola, D.J.M. (Eds.). (1996). *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1991). *O si mesmo como um outro*. Campinas: Papyrus.
- Rorty, R. (1994). *Contingência, ironia e solidariedade*. Lisboa: Presença.
- Santos, B.S. (1989). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal.
- Schraiber, L.B. (1997). No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1):123-40.
- Stein, E. (1976). *Melancolia: ensaios sobre a futilidade do pensamento ocidental*. Porto Alegre: Movimento.

## NOTAS SOBRE CIENCIAS SOCIALES Y SALUD: EL REGRESO DEL CUERPO EN TIEMPOS DE LIBERALISMO

Mario Pecheny \* • Hernán Manzelli \*\*

*Entre las gitanas no se dan a leer la mano*  
Liliana Felipe

Las relaciones entre las ciencias sociales y la salud han sido abordadas desde varias perspectivas. Desde los años cincuenta, la literatura se ha ocupado de las ciencias sociales «en la medicina» —a la manera de ciencias auxiliares de esta última— y de las ciencias sociales «de o sobre la medicina» (Llovet & Ramos, 1995). Estas dos perspectivas reconocen pertinencias y límites claros entre ambos tipos de disciplinas. Desde fines de los sesenta, aparecen enfoques críticos que cuestionan tales límites y la consideración de lo médico como dado. Paralelamente, se va desarrollando la idea de que el ámbito de la salud y la enfermedad incluye aspectos psicológicos y sociales que van más allá de los biomédicos y epidemiológicos, como lo ilustran las conocidas definiciones de «salud» que van adoptando las organizaciones sanitarias internacionales (WHO, 1986). En los noventa, en parte como respuesta a cierta «adopción acrítica de muchos de los postulados críticos», autores como Llovet & Ramos (1995: 49) proponen repensar unas ciencias sociales «con la medicina», en el sentido de una integración sinérgica entre ambas.

Nuestra idea aquí es desplazarlos de la sociología de la salud como disciplina delimitada, y volver a las ciencias sociales en su generalidad<sup>1</sup>. Para ello, proponemos interrogar la relación entre las ciencias sociales y la salud desde las preguntas siguientes: ¿en qué medida el abordaje de la salud en tanto objeto de investigación plantea a las ciencias sociales desafíos específicos? y ¿cuáles son algunos de esos desafíos?

En pocas palabras: sociólogos y politólogos generalistas —por llamarlos de algún modo—, se topan con dificultades y con desafíos particulares cuando sus temas se cruzan con la salud-enfermedad. En lo que sigue, señalaremos algunas de esas dificultades y de esos desafíos, con ánimo de presentar más un punteo de debate que un análisis exhaustivo de la cuestión.

\* Doctor en Ciencias Políticas. Instituto Gino Germani, UBA/CONYCET. E-mail: mpecheny@mail.retina.ar

\*\* Sociólogo, becario de postgrado del CONYCET en el CENEP. E-mail: hernan@cenep.org.ar

<sup>1</sup> A los efectos del presente trabajo y debido a nuestras formaciones profesionales, nos ocuparemos principalmente de la sociología y de la ciencia política.

Como conclusión del trabajo, proponemos discutir la doble hipótesis siguiente: a) que los científicos sociales se vienen enfrentando crecientemente a temas de salud debido a la reintroducción del cuerpo como preocupación central de estos tiempos; y b) que esta reintroducción se da conforme a la hegemonía de los valores del liberalismo y a la persistencia de la salud como uno de los pocos valores universales aún incuestionables.

## EL OBJETO «SALUD» COMO CUESTIÓN DE LA SOCIOLOGÍA Y LA CIENCIA POLÍTICA

En las ciencias sociales, la consideración de la salud como un objeto de estudio legítimo es bastante reciente. Como señala Anthony Giddens, «hasta hace poco tiempo los sociólogos no habían comenzado a reconocer el carácter profundo de las interconexiones que existen entre la vida social y el cuerpo» (Giddens, 1999: 164). A pesar de que el tema del carácter social del cuerpo fuera tratado ya desde los años 1920 y 1930 en antropología (Mauss, 1968), recién en los últimos años comienza a desarrollarse lo que algunos denominan sociología del cuerpo, que investiga de qué manera nuestro cuerpo se ve afectado por las influencias sociales. Mario Bronfman y Roberto Castro (1999: 11) señalan que hace treinta años se realizó el primer congreso que relacionaba la salud con las ciencias sociales. Este hito permitiría comenzar a hablar de la sociología médica o sociología de la salud.

Abocados a estudiar los factores que actúan sobre las dinámicas poblacionales, los demógrafos contribuyeron a introducir en la sociología el tema de la salud. Éste surgió como un objeto hasta ese momento poco explorado y que no parecía estar exclusivamente determinado por los factores biológicos y sanitarios. ¿Cómo se explicaban los diferenciales de mortalidad y morbilidad en poblaciones similares sin recurrir a explicaciones exclusivamente biológicas? Hasta entonces la salud no había sido un problema central de la sociología, y el cuerpo había sido dejado de lado. Si bien la

epidemiología abordaba tales cuestiones, para la sociología quedaban incómodas preguntas pendientes: ¿cómo explicarse, entre otras cosas, que las diferencias en los cuerpos reproducían patrones de otras causas de desigualdad social (por ejemplo la clase)?

La sociología se edifica a finales del siglo XIX como la disciplina que estudia las sociedades, y en ellas el factor biológico es un supuesto de partida y no un área a problematizar. El pensamiento positivista, fundador de la sociología, se erige sobre las ciencias biológicas, químicas, físicas y psicológicas (Comte, Saint Simon) y aunque la sociología es «pensamiento último», las tiene como base necesaria. La oposición entre naturaleza y sociedad inevitablemente lleva a excluir el cuerpo como problema social, y lo toma como «base» de lo social. Por otro lado, los enfoques sociológicos predominantes durante décadas (estructural-funcionalismo y marxismo), de tipo holista, resaltan el carácter condicionante de las estructuras sociales sobre las acciones e individuos. El cuerpo está doblemente excluido de lo social: en tanto biológico y en tanto individual.

El cuerpo entra en aquella caja negra de la sociología que existe entre los condicionantes de la estructura social y la acción individual o colectiva. En tal contexto se hace difícil pensar el cuerpo como socialmente determinado o como construcción social. Las corrientes de microsociología como el interaccionismo simbólico y la etnometodología, al enfatizar los componentes activos y creativos del comportamiento humano, contribuyeron de manera significativa a esclarecer cómo se constituye, mediante la interacción social, la figura del enfermo y de su enfermedad, así como a indagar en el discurso y la propia experiencia de los «enfermos». Por otro lado, un importante aporte del posestructuralismo fue el de repensar el cuerpo —que permanecía como base biológica material dada de los comportamientos sociales— como objeto y a la vez sujeto de esa estructura.

La ausencia del cuerpo como objeto de la reflexión sociológica ha repercutido no sólo en la sociología de la salud, sino en las ciencias sociales en general. Por el contrario, crecientemente la

sociología se ocupa del agente social como un individuo con cuerpo (*embodied*) (Turner, 1992), al tiempo que se reconoce al cuerpo como un terreno donde se manifiestan y confluyen conflictos sociales (Douglas, 1994; Giddens, 1999). En este sentido, ya focalizándonos en el tema de la salud, podemos distinguir dos enfoques: por un lado, se toma a la medicina como un campo más en el que tienen lugar relaciones sociales y de poder; por el otro, se toma a dicho campo como un ámbito con reglas específicas, que es necesario describir y explicar. La dificultad principal reside en concebir al campo de la medicina y de la salud-enfermedad, incluyendo ambas perspectivas: concebirlo como un campo más, en el sentido de que no está exento de condicionantes sociales y que está cruzado por los distintos clivajes y asimetrías que definen a cualquier campo social; y concebirlo como un campo específico, cuyas modalidades y saberes es necesario conocer, los cuales no son puras construcciones sociales y simbólicas.

Dicho esto, ¿qué consecuencias trae el hecho de lidiar con lo biológico cuando uno hace ciencias sociales? Luego de las experiencias de discursos totalitarios que han basado su legitimidad en supuestos criterios biológicos o raciales, hoy se excluye explícitamente la referencia a lo biológico como categoría pertinente para el análisis político. En efecto, la comunidad académica actual, pluralista, acuerda en que lo biológico y lo natural son exteriores e incluso contradictorios de lo político, y en que éste último se refiere al mundo de lo contingente, a lo que es susceptible de decisiones, y no al mundo de lo necesario.

No obstante, cuando un científico social estudia temas relativos a la salud y la enfermedad, ya sea al nivel micro de la vida cotidiana con una determinada patología o al nivel macro de las políticas de salud, lo biológico y lo natural vuelven a mostrar su pertinencia.

Un ejemplo en materia de sida: ¿cómo saber en qué medida la construcción del sida como enfermedad «de otros» se monta simbólicamente en una estructura de prejuicios sociales negativos ante la (homo)sexualidad o el consumo de drogas, y en qué medida lo hace en

datos epidemiológicos sobre riesgos diferenciales? O más precisamente, ¿cómo dar cuenta del hecho de que datos médico-epidemiológicos y prejuicios simbólicos contribuyen ambos a delinear la imagen social del sida?

Un ejemplo en materia de legislación sobre aborto: ¿según qué tipo de criterios se determina la viabilidad del feto, la cual constituye la principal condición que muchas legislaciones establecen como límite para la legitimidad de una interrupción voluntaria del embarazo? ¿se trata de criterios puramente sociales, o puramente biomédicos?

Cuando la salud y la enfermedad, cuando el cuerpo humano en tanto ser biológico, constituyen o cruzan el objeto de estudio de una investigación en sociología o ciencia política, lo natural y lo biológico vuelven a entrar ineludiblemente en un marco epistemológico que en principio excluye tales cuestiones. El hecho de tener que manejarse en una zona aparentemente ambigua, natural y política a la vez, implica decisiones éticas, conceptuales y metodológicas que no son menores.

Como se sabe, la legitimación de relaciones sociales de subordinación, dominación e incluso violencia en tanto relaciones naturales es un proceso o un mecanismo del cual pueden darse innumerables ejemplos actuales, ya sea en la corta o en la larga duración. El caso más típico de legitimación de relaciones sociales como naturales es la de las relaciones de género en un sistema patriarcal. En este sentido, la lucha por la redefinición de tales relaciones pasa por mostrar su carácter histórico y socialmente construido, impugnando su supuesta naturalidad. Ahora bien, el reconocimiento del carácter social y contingente de las relaciones sociales (así como de las prácticas y de las identidades) llevó a muchos a pensar que lo natural es pura contingencia, pura construcción. Esta línea de análisis ha venido prevaleciendo durante un tiempo en numerosas investigaciones sociales en materia de salud. Sin embargo, según nuestro criterio, cada vez más reaparece la percepción de que cuando nos enfrentamos con cuestiones relativas a la salud y la enfermedad, más allá de lo construido, existe siempre un exceso

inexplicable con las herramientas de las ciencias sociales, que tiene que ver con el ser humano como ser biológico<sup>2</sup>.

En este sentido, el filósofo alemán Hans-Georg Gadamer señala que *«es precisamente al establecerse entre el hombre y el animal una proximidad tan grande [...] cuando, extrañamente, la singularidad del hombre se manifiesta de manera particularmente visible. Es en aquello que el hombre tiene de plenamente natural que éste último aparece como un ser extraordinario, y el hecho tangible de que es el único entre los otros seres vivos en transformar su propio medio en medio cultural, instituyéndose así en 'maestro de la creación', tiene en sí mismo, sin ser bíblico, la fuerza de una nueva revelación. Si ésta ya no enseña que la vocación del alma es el más allá, nos enseña por el contrario que la naturaleza ya no es la naturaleza tal como la definía la investigación en los siglos precedentes, la que nos obligaba a pensarla como la 'materia sometida a leyes' (Kant)»* (Gadamer, 1998: 22-23). Es que la salud de la persona, objetivo de la acción médica sobre el cuerpo biológico, es un estado subjetivo y moral —indeterminable por las ciencias de la naturaleza— y un estado de hecho —indeterminable por las ciencias humanas. Dicho de una manera burda, el hombre como animal político de Aristóteles, el hombre como animal social de Santo Tomás, es efectivamente un «animal», un ser biológico. Estas definiciones oximorónicas nos obligan a volver a pensar las relaciones entre lo biológico y lo político más allá de la simple exclusión o impugnación recíproca.

Para resumir, aun en los análisis específicamente sociopolíticos de problemas sociales o políticos, cuando éstos están cruzados por la salud y la enfermedad, nos enfrentamos al reingreso de lo natural y biológico, revelando así que el cuerpo es la condición y el soporte ineludible del individuo-ciudadano, del agente social y del sujeto político.

## ALGUNOS DESAFÍOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS A LOS QUE SE ENFRENTAN LOS INVESTIGADORES SOCIALES AL ABORDAR LOS TEMAS DE SALUD

En lo que sigue intentamos resumir una serie de reflexiones teóricas y metodológicas que surgen de nuestra aproximación como investigadores sociales a los temas de salud.

**Al introducirse el concepto salud en la investigación social se redefine la siempre tensa relación entre sociología y biología.** ¿A partir de qué punto la sociología puede problematizar los acontecimientos orgánicos del cuerpo individual como cuestión social y hasta dónde es puro fenómeno biológico? Este límite teórico preciso entre el cuerpo biológico como objeto de la biomedicina y la acción social como primer objeto de la sociología se desdibuja cuando ambas disciplinas entran en intersección, trayendo aparejado una redefinición de los campos disciplinares en donde se hace manifiesta la necesidad de un abordaje interdisciplinario a cada uno de los problemas en salud. Por ejemplo, en el campo de la salud sexual y reproductiva, se torna poco válido explicar las infecciones de transmisión sexual como resultado de un comportamiento individual por falta de información o irresponsable exposición a un riesgo biológico concreto, sin tener en cuenta el escenario social en el que se desarrolla dicha infección y los patrones de comportamiento con respecto al riesgo, sexualidad y género predominantes. Sin embargo, el mayor riesgo al que nos enfrentamos hoy en día los investigadores sociales no es tanto el de abordar los temas de salud desde un enfoque exclusivamente biomédico y dedicarnos a buscar condicionantes sociales que interfieran en el natural desarrollo de la biología, sino el de pasarnos a un

<sup>2</sup> Por ejemplo, en una investigación en curso con personas que viven con VIH/sida y con HCV/hepatitis C, aparece que tales personas, así como sus entornos afectivos, le prestan mucha mayor atención a la primera patología que a la segunda. La pregunta que nos surge como investigadores es: ¿Hasta qué punto este fenómeno se debe al mayor peso simbólico del sida respecto de la hepatitis C y hasta qué punto esta evaluación es correcta desde el punto de vista clínico-terapéutico? Esto no puede responderse únicamente apelando a variables sociales.

construccionismo extremo en el que se pierdan de vista los necesarios determinantes biológicos. Reconocer la reciprocidad de causalidades entre lo biológico y lo social no implica invertir el orden de la tradicional relación causal. Esta situación coloca a los sociólogos en el productivo desafío de la interdisciplinariedad y de adentrarse en paradigmas teórico-metodológicos diferentes a los habituales en las ciencias sociales.

**Los temas de salud resultan un importante eje para pensar la relación entre lo micro y lo macro en ciencias sociales.** Para analizar las experiencias subjetivas de los individuos respecto a los procesos de salud-enfermedad es esencial tener en cuenta el contexto estructural en el que surgen dichos procesos. Inversamente, en el momento de estudiar los condicionantes estructurales de determinado problema de salud pública es necesario integrar las experiencias subjetivas de los actores sociales y la reapropiación que hacen éstos de los acontecimientos fisiológicos en sus vidas cotidianas. En este sentido, tal vez sea significativo señalar que la investigación en salud desde la sociología es una de las áreas más plurales con respecto a las técnicas de investigación y los paradigmas teóricos desde los cuales aborda su objeto de estudio. Los abordajes cualitativos en sociología, marginales durante décadas en la academia, encontraron en el área de la salud un importante campo para su desarrollo. Y actualmente, cuando en muchas áreas de la investigación social el enfoque menospreciado es el cuantitativo y ninguna investigación parece ser relevante si no se explora específicamente «el punto de vista de los actores», las investigaciones cuantitativas en salud siguen gozando de una perfecta salud. Esta suerte de heterodoxia teórico-metodológica en el campo de las investigaciones en salud desde las ciencias sociales también trae aparejada la complejidad de trabajar con diferentes criterios de validez (para las investigaciones cualitativas y cuantitativas) y de legitimación de las investigaciones. Ello también se verifica en el reciente desarrollo de centros de formación de investigadores especializados en ciencias sociales y salud. Tanto a nivel de las disciplinas como de las metodologías empleadas, es fácil constatar que la regla es el trabajo

transdisciplinario y multi-metodológico. Esto se aplica tanto a las perspectivas teóricas (utilización de los distintos paradigmas de las ciencias sociales) como al trabajo práctico y de campo. Por ejemplo, los estudios epidemiológicos demuestran ser vacíos si no incorporan las dimensiones provistas por la sociología cualitativa y el trabajo etnográfico.

**La investigación social que trabaja sobre la salud y la enfermedad está fuertemente orientada a pensar y resolver problemas concretos, y con resultados transferibles de un modo aparentemente más directo que otros tipos de investigaciones.**

**Los indicadores de salud de una población reflejan las inequidades sociales que existen al interior de ésta.** Este enunciado, ampliamente reconocido, trae aparejada la idea, no tan ampliamente aplicada, de que para abordar cualquier problema específico de salud es necesario tener en cuenta los principales clivajes sociales: clase, género, etnia, generación, preferencia sexual, etc. Si bien cada una de estas líneas de análisis puede ser trabajada en forma particular, hoy en día, cuando se hace investigación sobre temas específicos de salud, resulta imprescindible analizar detenidamente la relación que existe con cada uno de estos grandes determinantes de inequidad social. Al mismo tiempo, las cuestiones de salud constituyen reveladores privilegiados de mecanismos y procesos sociales más amplios. Epidemias y problemas de salud actuales, notablemente la epidemia de sida y la salud femenina, son cuestiones en las que las inequidades sociales juegan un papel determinante.

Para el análisis social y político de cuestiones relativas a la salud y la enfermedad, **es conveniente explicitar la distinción que existe en cuanto al lugar que ocupa el discurso biomédico en los trabajos de ciencias sociales**, de acuerdo con el uso que cada investigador hace de él. Por una parte, los científicos sociales se reapropian de los términos, categorías y definiciones del campo biomédico, y los utilizan en sentidos no necesariamente idénticos a los de dicho campo. Por otra parte, los científicos sociales muchas veces trabajan con

los propios términos, categorías y definiciones del discurso biomédico. Dichos usos presentan desafíos opuestos y complementarios. La resignificación que hacen los científicos sociales, como legos, de los términos médicos, implica que tengan consciente y hagan explícitos los sentidos que están siendo utilizados en el análisis social; y una cosa bien diferente es pretender tomar los términos médicos en tanto tales y en el marco de significación original que les da sentido. Por ejemplo, las críticas que se han hecho a la noción epidemiológica de «grupos de riesgo» o a la noción de «hombres que tienen sexo con hombres» son más legítimas en el contexto del primer uso que del segundo. Es decir, dichas nociones son inaceptables si se trasladan al mundo simbólico de las prácticas e identidades sociales, pero tienen un sentido denotativo útil y legítimo en el terreno de la epidemiología (aun cuando sea ingenuo tomar una actitud acrítica hacia el objeto de estudio considerado como dado, y sea necesario advertir el modo en que éste es construido e interpretado) (Oppenheimer, 1992). Inversamente, mientras se reconozca en qué registro se está hablando, ya no es relevante si el uso del discurso médico que hacen los científicos sociales se corresponde o no con el modelo original. En síntesis, quizá una de las dificultades del diálogo entre legos, científicos sociales y médicos resida en que los sentidos utilizados no son compartidos<sup>3</sup>, o incluso son recíprocamente descalificados.

Finalmente, si se toma en cuenta las instituciones que sirven de sede para las investigaciones, **la colaboración entre actores parece ser la regla**: universidades y otros centros académicos, organizaciones no-gubernamentales y actores gubernamentales han conformado – luego de más de una década de cooperación y conflictos– verdaderas redes de intervención e investigación. La colaboración entre actores gubernamentales y no-gubernamentales, académicos, comunitarios, a menudo tiene su

origen en la necesidad de complementación de saberes y recursos (por ejemplo, la necesidad de los investigadores y de los programas gubernamentales de llegar a poblaciones más o menos ocultas, mediante la técnica de la «bola de nieve»; inversamente, la necesidad de contar con recursos financieros y técnicos llevó a los grupos de personas afectadas a vincularse con universitarios y funcionarios). Como resultado, no sin recelos, desconfianzas y conflictos, diferentes modelos de investigación-acción y/o de intervención-evaluación fueron siendo ensayados por redes institucionales mixtas. Desde un punto de vista más general, además, la mayor parte de los estudios, incluso los universitarios y académicos, están vinculados directamente con la intervención preventiva y asistencial, por ejemplo en lo que se refiere a la elaboración de programas, su implementación y evaluación. Del mismo modo, el trabajo académico en temas de salud parece estar bastante ligado a los grupos sociales que se constituyen a partir de problemas de salud específicos (por ejemplo, los movimientos por la salud de las mujeres o de las personas homosexuales conviviendo con VIH/sida).

En lo que sigue, presentaremos algunos puntos que se plantean al investigar tópicos centrales de la sociología y de la ciencia política cuando en tales investigaciones se cruza la cuestión de la salud y la enfermedad. La elección de los temas se debe simplemente a que hemos trabajado sobre ellos.

## LOS ESTUDIOS DE GÉNERO

En tanto el género es una categoría analítica que trasciende la definición biológica de sexo para referirse a las formas en que se construye socialmente la feminidad y la masculinidad, el análisis de género implica estudiar la organización social de las relaciones entre los sexos (De Barbieri,

<sup>3</sup> Dice Borges: «quiero hacer más las decentes palabras que confesó Lope de Vega acerca de Góngora: Sea lo que fuere, yo he de estimar y amar el divino ingenio deste cavallero, tomando del lo que entendiere con humildad y admirando con veneración lo que no alcanzare a entender» (Borges, 1993: 28).



1992; Lamas, 1995). Al hablar de que no existen individuos abstractos, sino individuos sexuados, los estudios de género evidenciaron la necesidad de introducir el cuerpo en el debate académico y comunitario. Ya desde los primeros estudios con perspectiva feminista, los estudios de la mujer o los posteriores estudios de las mujeres, el tema de la construcción de un imaginario social sobre el cuerpo femenino, determinado por la subordinación femenina a la dominación masculina, era de central importancia; como así también la forma en que esta «social naturalización» del cuerpo femenino repercutía sobre la vida cotidiana de las mujeres, justificando socialmente relaciones de inequidad entre hombres y mujeres. En la última década, los estudios de género experimentaron un nuevo avance al romper la ecuación género = mujer y al incorporar al hombre en tanto actor genérico y sujeto y objeto de estas relaciones sociales de dominación.

Al surgir de la escisión entre sexo y género, naturaleza y sociedad, los estudios de género fueron desde sus comienzos lúcidos lectores del devenir de las relaciones entre ciencias sociales y salud. El género se construye socialmente e históricamente a partir del dato biológico del sexo. Si bien se reconoce un punto de partida biológico, no se concibe la relación como causal, ya que no es el sexo biológico lo que hace al género, sino la construcción histórico-social que se hace de los sujetos a partir de su posesión de órganos genitales femeninos o masculinos. Ya desde su idea fundadora la teoría del género aboga por incluir el tema del cuerpo, en tanto objeto natural y objeto social, en la discusión de las ciencias sociales, no tomarlo como supuesto dado por la naturaleza ni como pura construcción social. De ahí que, desde sus inicios, gran parte de los estudios de género estuvieran estrechamente relacionados con los temas de salud.

De manera esquemática, podríamos señalar cuatro preocupaciones centrales de los estudios de género cuando trabajan con temas de salud.

Una de estas preocupaciones es la cuestión de aquellas enfermedades y acontecimientos vitales que afectan

exclusivamente o mayoritariamente a uno de los sexos. Evidentemente hay acontecimientos en los cuerpos individuales de los sujetos que sólo ocurren en tanto su pertenencia biológica a uno u otro sexo. Por definición, un hombre nunca va a estar embarazado ni va a sufrir determinado tipo de enfermedades que están relacionadas con la fisiología femenina. Pero sí resulta una interesante área de indagación la forma en que enfermedades exclusivas de uno u otro sexo son resignificadas a partir de la construcción social de género, endosando determinadas propiedades de uno u otro sexo a fenómenos biológicos. Por otro lado, también se plantea la tensión recíproca entre causas biológicas y causas sociales cuando se analiza enfermedades que aparecen mayoritariamente en uno de los sexos. ¿Se trata de cuestiones biológicas o se debe a causas de la socialización? Benno de Keijzer (1995) señala que el concepto de «varón como factor de riesgo» es un eje central para el trabajo en torno a la masculinidad, su construcción social y la forma en que afecta la salud de hombres y mujeres. En este trabajo, el autor considera que si bien no es posible afirmar que todos los acontecimientos de morbi-mortalidad son determinados por la socialización de género, puede considerarse que ésta última permite explicar una gran proporción. En este punto, lo más común parece ser caer en falsas abstracciones generalizantes (o todo está determinado por el sexo biológico o todo es pura construcción de género), cuando cada uno de los problemas que surgen en los procesos de salud-enfermedad deberían ser analizados en su especificidad, indagando el peso real de lo biológico y de lo social en cada caso.

En lo que se refiere al devenir de lo que en algún momento fue el control de la natalidad y aquello muy diferente que hoy se identifica como salud reproductiva y sexualidad (pasando por los conceptos de planificación familiar, salud sexual y reproductiva, etc.), los estudios de género cumplieron y siguen cumpliendo un papel fundamental (Barzelatto, 1998; Langer, 1999; Corrêa, 1996). Es a partir del reconocimiento primario de que la vida cotidiana se refiere a la producción y reproducción de cuerpos que se puede comenzar a hablar de individuos, personas,

agentes sociales y ciudadanos. Aquello que en algún momento se planteó como problema social debido al explosivo desarrollo biológico de las sociedades y que era necesario controlar, en la actualidad se analiza desde los factores sociales y culturales que lo condicionan y como espacio de derecho individual. Ahora bien, en el ámbito académico regional, el impulso inédito que han cobrado los estudios de género se explica en parte gracias a la legitimidad provista por aquello que la propia noción de género apunta a negar: si el género es la construcción social e histórica de la diferencia sexual, en oposición a la diferencia biológica y médica, no deja de sorprender el hecho de que los estudios de género –aun en su matriz más antropológica y cultural– reciben muchas veces su respaldo en base a argumentos sanitarios. Por ejemplo, ¿cuántos estudios antropológicos sobre construcciones de imágenes de género en adolescentes se justifican académicamente y ante los órganos financiadores en nombre de la salud reproductiva? ¿cuántos estudios sobre la vida gay han sido justificados en nombre de la prevención del VIH/sida?

Un tercer eje de análisis para los estudiosos de género cuando se adentran en temas de salud es el del proceso de medicalización de la reproducción y la sexualidad, y del progresivo desplazamiento de los otros saberes sobre el cuerpo. En el marco de esta preocupación surge el tema de las relaciones de poder que se establecen entre médico-paciente (sobre todo, en el binomio médico hombre y paciente mujer), como así también las desigualdades de género en el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud.

El tema de la construcción de las identidades genéricas y del papel que ha venido cumpliendo el dispositivo biomédico en la definición de caracteres identitarios es crucial en los estudios de género. El clásico ejemplo de esto es el del concepto de homosexualidad de origen médico y la reapropiación y redefinición que hicieron los propios actores sociales que

encontraron en esta categoría un espacio de pertenencia sobre el cual construir su identidad social.

## LA ACCIÓN COLECTIVA Y LOS MOVIMIENTOS SOCIALES

Entre otras varias cosas, la ciencia política estudia los distintos procesos a través de los cuales los grupos sociales plantean sus reivindicaciones y obtienen o no respuestas. Entre dichos procesos, se destaca un tipo particular: la acción colectiva. La acción colectiva tiene lugar en general mediante organizaciones, como los partidos políticos o los sindicatos. Tradicionalmente, las condiciones de la participación de los individuos en dichas organizaciones se analizan en términos de cálculos de costos y beneficios. Sin embargo, una categoría definida a partir de un interés compartido, no necesariamente constituye un grupo social, es decir un conjunto de individuos que mantienen contactos regulares, que comunican y que pueden eventualmente poseer una estructura identificable. El pasaje de la categoría al grupo social constituye un problema y, por ende, no es posible presuponer la identidad de los actores ni su conciencia de la existencia de un interés compartido.

Cuando se estudian situaciones como la de las mujeres que sufren abortos clandestinos o de las personas que viven con VIH/sida, puede verse que los individuos pertenecientes a esas categorías, definidas a partir de una condición relativa a su salud, raramente se presentan de entrada, públicamente, como compartiendo una problemática común. Por esta razón, el hecho de hacer pública su condición compartida es el aspecto crucial del proceso hacia la constitución del grupo social y hacia la acción colectiva<sup>1</sup>. Ahora bien, ¿hasta qué punto las condiciones específicas derivadas de la estigmatización social e institucional de este tipo de categorías dificultan la constitución de movimientos de víctimas directas y de otras personas implicadas (familiares, amigos)?

<sup>1</sup> De ahí, por ejemplo, la célebre estrategia de las feministas de decir públicamente «yo aborté».

Los sujetos de las acciones colectivas que tradicionalmente estudia la ciencia política, como los capitalistas y los trabajadores, tienen en común un mínimo grado de visibilidad ya dado. Por el contrario, en casi todos los casos de acción colectiva en vistas a reivindicaciones en materia de salud, dicha visibilidad tiene que ser adquirida o construida. En consecuencia, además de analizar los esfuerzos de organización y de deliberación propios de cualquier acción colectiva, es necesario tomar en cuenta que la construcción de la visibilidad implica costos específicos. Tales costos, independientes del tiempo y de la energía dedicados a la acción colectiva, se derivan de la revelación pública de condiciones, prácticas e identidades a menudo estigmatizadas que, en tiempos normales, se encuentran protegidas por los límites de lo privado. Este simple análisis de la acción colectiva en términos de costos y de beneficios nos permite prever casi *a priori* la existencia de dificultades inherentes a la constitución de movimientos sociales en torno a reivindicaciones de salud.

Para comprender las razones de algunos individuos que afrontan, a pesar de todo, los costos particularmente elevados de entrada a la acción colectiva y de su exposición pública, encontramos dos tipos de explicaciones: en términos de intereses y en términos de la identidad. En términos de la lógica del interés, podemos detectar varios casos. En primer lugar, la situación trágica, es decir aquella en la cual al individuo no le queda otra opción que salir a pelear públicamente por su salud, en el sentido literal de la opción «vida o muerte». En segundo lugar, el caso en que el beneficio perseguido, aun siendo colectivo, es tan importante en términos individuales que el individuo evalúa positivamente la conveniencia de no ser un *free rider* y de asumir solo los costos de la acción política. Y en tercer lugar, el caso en que existen beneficios secundarios compensatorios, sabiendo que los beneficios secundarios para los participantes en la

acción colectiva no son necesariamente materiales, sino más bien en términos de la identidad personal. Dichos beneficios están en relación con la autoestima, con el entusiasmo de estar junto a sus semejantes, con el placer experimentado por la lucha llevada a cabo en común, es decir con la cuestión de la identidad y la lucha simbólica. Esto último apunta a lo que han mostrado los analistas de los nuevos movimientos sociales, en el sentido de que la lógica del interés no alcanza para explicar las acciones políticas, sin tomar en cuenta las narrativas personales y la construcción identitaria.

En síntesis, desde la ola de transiciones a la democracia iniciada en los años ochenta en el continente latinoamericano, fueron desarrollándose movimientos sociales relacionados directa o indirectamente con la salud, como los movimientos de mujeres, de minorías sexuales, de personas viviendo con VIH/sida, de usuarios de drogas, de jubilados, etc. El análisis de tales movimientos permitió enriquecer los estudios clásicos sobre acción colectiva y sobre nuevos movimientos sociales, al incorporar la dimensión de la visibilidad como una de las variables centrales. Además, y esto se vincula con nuestro punto siguiente, la problemática de la salud contribuyó a legitimar en gran parte a dichos movimientos sociales, y a forzarlos a diseñar sus demandas como reivindicaciones susceptibles de ser objeto de políticas públicas. Si bien las demandas sociales no se agotan en la obtención de respuestas por parte del sistema político, la posibilidad de demandar atención al espacio público y respuestas a las instituciones políticas sirvió para catalizar las organizaciones, promover el desarrollo argumentativo y de algún modo profesionalizar la militancia en estos temas<sup>5</sup>.

## LA AGENDA PÚBLICA Y POLÍTICA

Otro tema central de la ciencia política contemporánea es el tema de la agenda y las

<sup>5</sup> El resultado de este proceso es ambiguo, ya que al tiempo que los movimientos adquieren así un cierto derecho de ciudadanía y un reconocimiento de su carácter de actores legítimos del sistema político, pierden radicalidad. Un caso típico es el movimiento que reivindica la despenalización del aborto, cuando oscila entre argumentos radicales basados en los derechos de las mujeres a disponer de su cuerpo y en argumentos supuestamente más neutros de salud pública, como los referidos a la reducción de la mortalidad materna.

políticas públicas. En un sistema democrático, esquemáticamente, podemos decir que el espacio de la política tiene límites que se derivan histórica y conceptualmente de la división social liberal entre un espacio público y un espacio privado. Esta división presupone que las decisiones políticas se toman sobre aquello que afecta al colectivo, mientras que lo privado es asunto de cada uno<sup>6</sup>. Los límites sobre qué cuestiones son legítimamente susceptibles de ser objeto de discusiones públicas y de decisiones políticas señalan un espacio de inclusión y uno de exclusión. En términos generales, se incluyen las cuestiones que son contingentes, colectivas, públicas, políticas o sociales, y/o que son vividas como injustas; y se excluyen las cuestiones que son necesarias (que no pueden ser de otra manera), individuales, privadas, naturales, y/o que son vividas como producto del infortunio. Así, un problema de salud llega a ser considerado como una cuestión legítima del debate público y de decisiones políticas si puede ser caracterizado mediante el primer grupo de calificativos, y no mediante el segundo grupo. Por ejemplo, el tema del aborto puede ser considerado como una cuestión legítima del debate y la decisión siempre y cuando no aparezca como algo necesario, como un acontecimiento puramente individual o arbitrario, como el problema privado de tal mujer, como el resultado de las diferencias y roles naturales, o como un infortunio producto de la «mala suerte»... Por el contrario, el aborto es politizado cuando se muestra como una cuestión que puede ser de otra manera, que concierne a las mujeres en su conjunto como género, que afecta la salud pública, que se deriva de relaciones sociales y políticas, y que implica una injusticia para gran parte de la población.

En el espacio público y político la sociedad discute los problemas que considera son de interés común. Para el estudio de este fenómeno, una herramienta que se reveló fecunda es pensarlo en términos de «agenda», es decir de una lista de

temas o cuestiones en discusión – o a la espera de estarlo. El estudio de la agenda pública (el conjunto de cuestiones que una sociedad debate en un momento dado) y de la agenda política (el conjunto de cuestiones que debaten aquellos que pueden tomar decisiones) no constituye un campo disciplinario uniforme. Sin embargo, en términos generales, la propia noción de agenda presupone la idea de que un determinado problema social, construido como tal, debe competir con otros problemas para convertirse en una cuestión legítima y pertinente en el seno del sistema político. Una cuestión (en inglés, *issue*) es aquel problema susceptible de ser objeto de debate y de decisión política; y, como se sabe, la atención pública e institucional es escasa.

Del mismo modo que un problema social, una cuestión política nunca es puramente objetiva ni puramente subjetiva. Aquí es interesante notar cómo los politólogos que estudian las agendas, del mismo modo que los propios actores, recurren a la legitimidad médica para fundamentar sus argumentos. Para trabajar con temas de salud como el uso y abuso de drogas, la salud reproductiva, el sida, el consumo de alcohol y tabaco, los accidentes de tránsito, o una epidemia como la del dengue, el cólera o el mal de Chagas, o para trabajar con temas menos directamente vinculados a la salud como el trabajo sexual, el medio ambiente, el divorcio, la adopción de niños, etc., los politólogos recurren con mayor o menor felicidad a médicos, epidemiólogos, genetistas y demógrafos, y a argumentos y datos que éstos proveen.

Ahora bien, cuando algún tema relativo a la salud entra en la escena pública, como el estatus legal del aborto inducido o del sida, se abren debates que ponen en juego elementos muy diversos, como la sexualidad, los estilos de vida, la relación con la muerte, los derechos de los enfermos, de las mujeres o de las minorías sexuales, o la modalidad de las políticas sociales.

<sup>6</sup> Dejamos de lado, por razones de espacio, los análisis acerca de cómo dicha división contribuye a la reproducción de relaciones sociales de subordinación y dominación, que fueran desarrollados tanto por socialistas como por feministas.

En particular, como dijimos, las cuestiones de salud plantean problemas que tienen que ver con aspectos de la vida que en tiempos normales se encuentran invisibles y de los cuales no se habla públicamente, aportando visibilidad a numerosos aspectos de la vida que se encuentran relegados al ámbito privado y que, por este hecho, se sitúan fuera del alcance de los debates públicos.

Por ejemplo, la cuestión del sida hizo hablar públicamente, y con una mirada distinta, de numerosos temas considerados tabú. En particular, el sida hizo hablar de diversas formas de sexualidad, no sólo en términos de relaciones sexuales, sino también en términos de amor, de manifestaciones públicas del amor, de derechos sociales y de derechos de ciudadanía. Quizá también por primera vez, grupos hasta entonces marginalizados —como los consumidores de drogas o los homosexuales— fueron objeto de políticas públicas distintas que la represión. La lucha contra la enfermedad implicó asimismo la cooperación de actores *a priori* heterogéneos, como funcionarios, políticos, epidemiólogos, médicos, militantes gays, ex o actuales usuarios de drogas, y enfermos.

Los estudios empíricos de varias cuestiones de salud muestran que la discusión pública y la toma de decisiones sobre ellas contribuyen a la redefinición pública de relaciones sociales consideradas privadas o naturales, así como a la revelación de situaciones de injusticia que exceden el ámbito de la salud y la enfermedad. Ejemplo claro de esto es la cuestión de la salud reproductiva: el debate, la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas en la materia implican, entre otras cosas, la puesta en evidencia y la eventual redefinición de las relaciones entre los géneros, del estatus de la mujer, de las diferencias sociales y regionales, etc.

En este sentido, conviene recordar que, además de un programa de acción, una política pública constituye la opinión del Estado sobre una cuestión en debate. Las modalidades de una política pública sobre determinado problema de salud muestran en qué medida y cómo el Estado se hace cargo de dicho problema, así como también del reconocimiento de aquellos real o potencialmente afectados por el mismo. En síntesis, el análisis de las políticas de salud permite

describir y comprender el grado de igualdad social y política de las diferentes categorías de individuos y grupos.

En los últimos años, en el marco del ajuste y retraimiento del Estado, las políticas públicas dejan de hecho un enfoque totalizador y son cada vez más focalizadas. La salud no escapa a este cambio (Arce, 2000). En lo que se refiere a las relaciones con las ciencias sociales, esto se refleja en el hecho de que la investigación cualitativa y micro se ve más respaldada por el financiamiento de organismos públicos e internacionales, ya sea en el diseño como en la evaluación de impacto. Es en este marco que emerge el tema de la calidad de servicio y de la satisfacción del usuario de servicios de salud, tema que es concebido de una manera quizá demasiado atada a los criterios mercantiles (González García & Tobar, 1999).

Relacionado con esto, pero yendo más allá del tema de las políticas públicas en sentido restringido, reaparece toda la discusión actual sobre la justicia en la distribución de recursos escasos, y sobre el conflicto entre igualdad y eficacia. En materia de salud, tal distribución y tal conflicto pueden implicar decisiones trágicas, que definen en última instancia quiénes vivirán y quiénes no (Elster & Herpin, 2000).

Finalmente, para correr un poco de un marco epistemológico en el que los principales interesados parecen estar ausentes, proponemos discutir un último punto, referido a la cuestión de los derechos humanos.

## LOS DERECHOS HUMANOS

También los estudiosos de los derechos humanos han venido ocupándose de temas relativos a la salud, en función de al menos tres preocupaciones. Primero, evidentemente, se discute e investiga sobre el estatus normativo y político del derecho a la salud, ya sea teniendo en cuenta a la población en general o a determinadas categorías sociodemográficas. Segundo, se analiza hasta qué punto las políticas de salud alientan, dificultan o violan el ejercicio de los derechos humanos. Tercero, se ha comenzado a estudiar en qué medida el respeto o la violación de

derechos humanos tienen impacto en la salud de la población y de cada uno de los individuos (Mann *et al.*, 1999).

Una primera comprobación que aparece al cruzar derechos humanos y salud es que los indicadores necesarios para tal análisis no se limitan a la calidad y nivel de acceso a los servicios de salud, sino que implican una consideración global de la autonomía de individuos y grupos sociales. En efecto, una persona afectada por una patología que la convierte en estigmatizable, para retomar el término de Goffman, no sólo ve comprometidos sus derechos en cuanto al acceso a la salud, sino el propio derecho a tener derechos. Por ejemplo, en materia de sida se ha visto hasta qué punto, al conocerse un resultado positivo al VIH, una persona pierde la posibilidad de ejercer sus derechos al trabajo, a una cobertura médica, a la residencia e incluso al matrimonio.

Así, la salud-enfermedad constituye un objeto privilegiado para estudiar los matices del fenómeno social de la discriminación. Por ejemplo, en materia de salud, es indispensable retomar la distinción entre la discriminación directa e indirecta. La discriminación directa tiene lugar cuando se establecen reglas basadas en principios discriminatorios, como la regla de no emplear personas discapacitadas. La discriminación indirecta tiene lugar cuando se adopta una regla que aparece como neutra y que se aplica a todos, pero que tiene efectos discriminatorios únicamente en un individuo o grupo determinados. También debe distinguirse entre la discriminación activa o ejecutada, y la discriminación anticipada o temida (Green, 1995). Las investigaciones en materia de salud muestran que la discriminación indirecta es más frecuente que la directa, y la discriminación temida es más frecuente que la ejecutada. En cuanto a las personas afectadas, todas estas formas de discriminación son nocivas para su salud, teniendo consecuencias para la calidad de vida y para la adopción de comportamientos de riesgo y preventivos.

Otro aspecto a considerar son las medidas de discriminación positiva, que tienden a la compensación de situaciones desiguales producidas por la discriminación. El dilema que

surge es que si bien tales medidas otorgan mecanismos legales de protección a las víctimas, al mismo tiempo pueden acentuar su «victimización» y la discriminación anticipada o temida. A ello se suma el hecho de que la discriminación no es sólo ni principalmente legal: en condiciones de discriminación social y de estigmatización, es necesario indagar en qué medida tales condiciones dificultan o impiden el ejercicio de las prerrogativas y los derechos – cuando éstos existen, por supuesto.

En este sentido, el examen de los discursos y prácticas relativos a la salud muestra que la discriminación no es un fenómeno uniforme, sino que se manifiesta de distintos modos según los espacios sociales. A nivel público y colectivo, no existe homogeneidad entre la legislación, las políticas públicas, las opiniones que reproducen los medios de comunicación, la situación en el trabajo, en la familia y en el «mundo de los pares». A nivel individual, raramente hay coherencia entre los valores, los discursos y las prácticas. Hay que tomar en cuenta, pues, los distintos niveles para tener una idea de conjunto. En particular, sigue siendo fecunda la distinción que hacía Goffman entre estigmas directamente perceptibles o no. Y ello no sólo para analizar los mecanismos de gestión del estigma, sino también las condiciones para la acción política que apunta a modificar la situación de estigmatización. Si bien la discriminación es fundamentalmente social, las acciones de las víctimas se sitúan cada vez más en un plano público y político. Esto es importante, pues el hecho de hacer pública la dimensión estigmatizada de la identidad transforma la naturaleza misma de la estigmatización. A partir de una mayor visibilidad, el estigma puede eventualmente llegar a ser objeto de indiferencia o incluso de orgullo, tanto para el individuo implicado como para la sociedad en la que vive. Del mismo modo que la discriminación, la lucha por el reconocimiento social se desarrolla a distintos niveles: a un nivel individual, a un nivel social y público intermedio (integrado por la familia, los otros significativos, los colegas...), a un nivel social general y a un nivel estatal. Los análisis de temas como el sida, la discriminación basada en la orientación sexual, o el aborto ilegal muestran cómo la discriminación y el

reconocimiento operan a estos distintos niveles, que determinan una serie de estrategias políticas individuales y colectivas muy diversas.

Para finalizar, las investigaciones sobre derechos humanos y salud no pueden sino escuchar y registrar otras de las voces y de las historias tradicionalmente poco conocidas. De ahí el auge creciente de las investigaciones que parten de las narrativas de las experiencias de la enfermedad, en un juego hermenéutico no desprovisto de compromiso.

## PERSPECTIVAS

Para hablar de perspectivas, debemos recordar por último, y muy simplificado, una serie de tendencias sobre las propias enfermedades y los propios pacientes, que nos permitan vislumbrar las posibles evoluciones de las relaciones entre ciencias sociales y salud.

En términos de enfermedades, durante siglos, cuando una persona contraía una enfermedad, generalmente infectocontagiosa, llegaba enseguida a un momento crítico del cual salía rápidamente o se moría (Strauss, 1986). En las últimas décadas, por múltiples factores, el perfil de los pacientes fue cambiando. Cada vez más, se trata de pacientes con patologías no transmisibles y/o con tendencia a la cronicidad. A ellos se agregan los pacientes considerados clínicamente sanos, es decir la mayoría de individuos que recurren a los servicios con cierta periodicidad para chequear y conservar su estado (Herzlich & Pierret, 1984; Herzlich & Adam, 1997). En lo que se refiere a América Latina, esta evaluación general corresponde *grosso modo* al presente y al futuro de los sectores urbanos y de clase media para arriba, pero bien sabemos que, al mismo tiempo, vastos sectores de la población del continente siguen padeciendo las enfermedades «de antaño» (infectocontagiosas, inmunoprevenibles) que aún nuestros sistemas de salud no logran erradicar.

Es necesario entonces pensar las transformaciones que vienen produciéndose en los pacientes. Heurísticamente, para discutir,

proponemos distinguir tres tipos de pacientes, según la modalidad de autonomía que los caracteriza: paciente como sujeto pasivo, como usuario de servicios de salud y como interlocutor. El paciente como sujeto pasivo del proceso salud-enfermedad se define por su menor autonomía relativa en cuanto a la toma de decisiones. Tal autonomía puede o no tener que ver con las limitaciones de las capacidades corporales del sujeto. El cuerpo es aquí objeto del saber/poder médico, y se inserta en un orden simbólico, social, político y legal que legitima la heteronomía corporal y psíquica. El paciente como usuario de servicio de salud goza del mismo tipo de autonomía que cualquier cliente o consumidor de un servicio en un mercado no-monopólico ni totalmente libre. La autonomía del paciente, como la del consumidor, es ambigua respecto del prestador, quien a su vez depende del usuario para ejercer exitosamente su profesión. El vínculo así definido se inserta en un orden mercantil que legitima cuestiones como la calidad de servicio, la satisfacción del usuario, etc., todas ellas provenientes de la lógica económica. El paciente considerado como un interlocutor legítimo –capaz de voz y decisión– aparece como un modelo emergente. Aquí el sujeto sabe que tiene derecho a la información que le concierne, a manifestar su opinión, a acceder a los medios necesarios y a tomar las decisiones sobre su estado de salud, terapéuticas y opciones vitales, en el marco de una suerte de contrato ciudadano de derechos, responsabilidades y obligaciones individuales y comunitarias. Aquí puede retomarse y adaptarse el análisis habermasiano del vínculo comunicativo entre interlocutores autónomos y legítimos.

## RECAPITULACIÓN Y UNA HIPÓTESIS A DISCUTIR

A lo largo de este trabajo hemos abordado algunos de los desafíos a los que se enfrentan las ciencias sociales cuando se aproximan a los temas de la salud. Analizamos la conflictiva inclusión del cuerpo en la teoría social, que implica un reposicionamiento de los términos opuestos naturaleza y sociedad que constituyen uno de los

pilares de la ciencia moderna. En este marco, planteamos lo que consideramos algunos desafíos teórico-metodológicos a los que se enfrentan los investigadores sociales al abordar los temas de salud: la necesaria redefinición de la relación entre biología y ciencias sociales; la oportunidad de tomar los temas de salud como un eje para analizar las relaciones entre lo micro y lo macro en ciencias sociales; la orientación predominantemente práctica y operativa que tiene la investigación social cuando encara los temas de salud; el carácter revelador que tienen los problemas de salud en cuanto expresiones de inequidades sociales; el lugar que ocupa el discurso biomédico en los trabajos en ciencias sociales; y el carácter cooperativo entre los actores en esta área de investigación.

Tomando como base nuestra experiencia en investigación social, presentamos algunos puntos que consideramos son planteados en investigaciones que cruzan la cuestión de la salud y la enfermedad. Analizamos algunos problemas particulares que se le plantean al estudioso de las relaciones de género que aborda cuestiones como la salud reproductiva; al investigador sobre acción colectiva cuando ésta se organiza en torno a una demanda sanitaria; o al investigador sobre derechos humanos cuando se propone estudiar, por ejemplo, el estatus de las personas que viven con VIH/sida.

Finalmente, queremos retomar nuestra afirmación de que el objeto «salud» opera como legitimador de investigaciones sociales, etnográficas y políticas sobre varios temas, ya sea en cuanto a su financiación como a su legitimación académica: por ejemplo, en temas de sexualidad, género o estilos de vida. En efecto, la salud ha servido para legitimar institucionalmente las investigaciones y demandas en materias de sexualidad. Por un lado, los estudios de género –feministas, de gays y lesbianas– han venido insistiendo en desnaturalizar la diferencia sexual. Así, en el caso de la homosexualidad y las prácticas e identidades sexuales no heterosexuales, un logro fundamental de los movimientos en pro de los derechos de las minorías sexuales fue el reconocimiento de que la homosexualidad («no ego-distónica») no es una patología. Pero por otro lado, paradójicamente, vemos que los estudios

de género, en particular sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, han recibido buena parte de su financiamiento y de su derecho de ciudadanía en nombre de la salud reproductiva de las mujeres, incluso de la salud pública. Lo mismo puede decirse de los estudios sobre minorías sexuales que, en América Latina, pudieron ser encarados institucionalmente en universidades e instancias gubernamentales recién a partir de la epidemia de sida.

Si bien la salud legitima investigaciones sociales, en otro orden de cosas se detecta una mayor exigencia de legitimación (conjunto de esfuerzos necesarios para alcanzar la legitimidad científica). Eso se explica, entre otras cosas, por el hecho de que los científicos sociales que trabajan sobre temas de salud someten real o potencialmente sus investigaciones al juicio de expertos externos a sus disciplinas e instituciones. Esto implica un esfuerzo suplementario por demostrar la pertinencia y calidad de los procedimientos y resultados de las investigaciones: no sólo ante sus pares, sino también ante otros expertos –fundamentalmente investigadores y profesionales de la salud– y crecientemente los nuevos «expertos» que son los pacientes, parientes de pacientes y ONGs que trabajan en salud.

Esto se enmarca en la conclusión de nuestro trabajo, conclusión a discutir: a) que los científicos sociales crecientemente se vienen enfrentando a temas de salud –en sentido estricto y en sentido amplio– debido a la reintroducción del cuerpo como preocupación central de estos tiempos, ya sea en el ámbito científico-académico como en el sociopolítico; y b) que esta reintroducción es conforme a la hegemonía de los valores del liberalismo (y su noción de autonomía corporal y espiritual) y a la persistencia de la salud como uno de los pocos valores universales aún incuestionables.

Respetuosamente colocado en las manos de la biomedicina, el cuerpo fue tratado por las primeras corrientes de la sociología como base material de los comportamientos sociales, supuesto del cual se partía para explicarlos. Progresivamente se fueron profundizando las diferencias entre naturaleza y sociedad, entre biología y ciencias sociales. La corriente



construccionista de fines del siglo XX rescató los comportamientos sociales y culturales que intervenían sobre las diferentes configuraciones de los cuerpos y los acontecimientos que experimentaban esos cuerpos. Llevado a un extremo, una extendida lectura del construccionismo llegó a negar los necesarios componentes biológicos de los comportamientos para colocarlos en el nivel de la construcción social. Actualmente, presenciamos una reintroducción del cuerpo como preocupación central de las ciencias sociales; reconociendo tanto su materialidad biológica como su realidad social.

La reaparición del cuerpo como sujeto-objeto de la investigación social y política es conforme a los valores del liberalismo clásico, aquél que hacía del individuo autónomo el pilar de su visión del mundo, liberalismo que en un sentido amplio hoy vuelve a ser hegemónico. Así, aun frente a los embates de la variante neoliberal que recupera solamente, y apenas, al individuo como agente económico, la reintroducción ideológica del individuo autónomo –en términos físicos e intelectuales– no puede sino contribuir a que el tema del derecho al cuerpo, como a la libertad de pensamiento, sea una cuestión central de la reflexión sociopolítica contemporánea, en el ámbito académico y fuera de él.

La globalización, tan criticable en muchos aspectos, nos hace sin embargo cada vez más conscientes de que grandes cuestiones de la humanidad con impacto local deben ser afrontadas globalmente. Entre estas cuestiones aparecen aquéllas que se refieren a la salud y a la enfermedad.

Es en este marco que decimos que la defensa de la salud, un valor compartido universalmente, aparece como un vector de legitimación de derechos humanos, viejos y nuevos. En particular, por ejemplo, la reivindicación de salud reproductiva permite legitimar algunos derechos de las mujeres, del mismo modo como la lucha contra el sida lo hace respecto de los derechos de las minorías sexuales. La defensa de la salud no sólo da lugar a la legitimación de nuevos derechos, sino también a la exigencia de nuevas responsabilidades. Siguiendo con los mismos ejemplos: adoptar una perspectiva de salud pública frente a la problemática reproductiva significa apelar a la responsabilidad en el control de la fecundidad, para evitar los embarazos no deseados y por ende los abortos; asimismo, el llamado a la responsabilidad individual es planteado como la base fundamental de la prevención de la transmisión del VIH y de la lucha contra el sida.

La noción de derechos y responsabilidades presupone el reconocimiento de individuos autónomos. A la manera del principio clásico de la ciudadanía, si el Estado exige de los individuos una parte de responsabilidades y obligaciones hacia la comunidad, ello se hace en contrapartida de la garantía de los derechos de cada uno. Los derechos y las responsabilidades en materia de salud, de sexualidad y de reproducción apoyan así la idea de ciudadanía «ligada al cuerpo», es decir una ciudadanía que reconoce la pluralidad de situaciones en tales materias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arce, H.E. (2000). Evolución del pensamiento sanitario durante el siglo XX. *Medicina y sociedad*, 23(2): 64-82.
- Barzelatto, J. (1998). Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional. En: Bilac, E. & Baltar da Rocha, M. (Org.). *Saúde reproductiva na América Latina e no Caribe. Temas e problemas*. San Pablo: Editora 34.
- Bianco, M. et al. (1998). *Mujeres sanas, Ciudadanas libres (o el poder para decidir)*. Buenos Aires: FEIM, FDR, CLADEM y FNUAP.
- Borges, J.L. (1993). *Inquisiciones*. Buenos Aires: Espasa Calpe y Seix Barral.

- Bronfman, M. & Castro, R. (Comp.). (1999). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Selección de las principales ponencias presentadas durante el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, México D.F., EDAMEX.
- Cáceres, C. (1999). Final Report. Project: «Constitution of a Research Network on HIV/AIDS among populations of Men who have Sex with other Men in Latin America». Lima.
- Corrêa, S. (1996). «Salud reproductiva, género y sexualidad: legitimación y nuevos interrogantes». Seminario Internacional sobre Avances en la Salud Reproductiva, México, D.F.
- de Keijzer, B. (1995). «La masculinidad como factor de riesgo». Seminar on Fertility and the cycle in the era of fertility decline, SOMEDE-IUSSP, Zacatecas, México, 13-16 noviembre.
- De Barbieri, T. (1992). Sobre la categoría de género. Una introducción teórico y metodológica. En: *Ediciones de las Mujeres: Fin de siglo. Género y cambio civilizatorio*, N° 17. Santiago de Chile: Isis Internacional.
- Douglas, M. (1994). *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. Londres: Routledge.
- Elster, J. & Herpin, N. (Comp.). (2000). *La ética de las decisiones médicas*. Buenos Aires: Gedisa.
- Farmer, P. (1999). Pathologies of Power: Rethinking Health and Human Rights. *American Journal of Public Health*, 89(10):1486-1497.
- Gadamer, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris: Grasset-Mollat.
- García Moreno, C. & Claro, A. (1994). Challenges from the Women's Health Movement: Women's Rights versus Population Control. En: Sen, G., Germain, A. & Chen, L. (Eds.). *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights*. Boston, MA: Harvard series on population and international health.
- Giddens, A. (1999). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Gogna, M., Pantelides, E. & Ramos, S. (1997). *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad*. Buenos Aires: Cuadernos del CENEP, N° 52.
- González García, G. & Tobar, F. (1999). *Más salud por el mismo dinero. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires: ISALUD, 2ª. ed.
- Green, G. (1995). Attitudes toward people with HIV: Are they as stigmatizing as people with HIV perceive them to be? *Social Science and Medicine*, XLI(4):557-568.
- Herzlich, Cl. & Adam, Ph. (1997). Urgence sanitaire et liens sociaux : L'exceptionnalité du SIDA? *Cahiers internationaux de Sociologie*, 102:5-28.
- Herzlich, Cl. & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.
- Kornblit, A.L. et al. (1997). *Y el Sida está entre nosotros. Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad*. Buenos Aires: Corregidor.
- Kreimer, P. (1999). *De probetas, computadoras y ratones. La construcción de una mirada sociológica sobre la ciencia*. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes.
- Lamas, M. (1995). Cuerpo e identidad. En: Arango, L., León, M. & Viveros, M. (Comp.). *Género e identidad. Ensayos sobre lo masculino y lo femenino*. Bogotá: TM Editores. Ediciones Uniandes. U.N.-Facultad de Ciencias Humanas.
- Langer, A. (1999). Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica. En: Bronfman, M. & Castro, R. (Coord.). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX.
- Llovet, J.J. & Ramos, S. (1995). Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas. En: Hardy, E., Duarte Osis, M.J. & Rodríguez Crespo, E. (Eds.). *Ciencias sociales e medicina. Actualidades e perspectivas latino-americanas*. San Pablo: CEMICAMP.
- Mann, J.M., Gruskin, S., Grodin, M.A. & Annas, G.J. (Eds.). (1999). *Health and Human Rights*. Nueva York y Londres: Routledge.
- Mauss, M. (1968). Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité (1926) y Les techniques du corps (1936). En: *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF.

- Oppenheimer, G. (1992). Causes, Cases, and Cohorts: The Role of Epidemiology in the Historical Construction of AIDS. En: Fee, E. & Fox, D. (Eds.). *AIDS. The Making of a Chronic Disease*. Berkeley: University of California Press.
- Pecheny, M. (2000). «La investigación sobre SIDA y HSH en América Latina y el Caribe: políticas públicas y derechos humanos». XXII Congreso de LASA, Miami.
- Sen, G., Germain A. & Chen, L.C. (Eds.). (1994). *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights*. Boston, MA: Harvard series on population and international health.
- Strauss, A. (1986). Chronic Illness. En: Conrad, P. & Kern, R. (Eds.) *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. Londres: Routledge.
- World Health Organization. (1986). Constitution. En: *Basic Documents*. Ginebra: WHO, 36th. ed.

