

VIII Jornadas de Etnografía y Métodos Cualitativos Bs. As. 10 al 12 de agosto de 2016

"¿Qué aporta hoy el trabajo de campo etnográfico al conocimiento de los procesos de salud/enfermedad/tratamientos/cuidados? Perspectivas críticas e interdisciplinariedad.

Título: *Hacer visible la cotidianeidad de las "unas" y los "otros"*

Autora: Lidia Schiavoni (Universidad Nacional de Misiones, UNaM)

Correo electrónico: lischia05@yahoo.com

Nuestra contribución en este panel proviene de la articulación de experiencias muy diversas en el campo de la salud a partir del contrapunto entre las prestaciones del sistema público y la vida cotidiana de la población usuaria. En nuestra carrera como investigadoras realizamos numerosas incursiones¹ indagando aspectos de la salud, desde las formas de instrumentar determinadas políticas, a profundizar en las prácticas de las mujeres para el cuidado de su salud y las de sus familias.

Nos centraremos para esta presentación en la última etapa de trabajo de campo realizado en Posadas²; durante casi siete años convivimos en el ámbito hospitalario y en centros de atención primaria de la salud desarrollando una muy variada gama de actividades que nos permitieron poner en conexión el mundo cotidiano de las mujeres usuarias y los equipos de salud.

Actividades en el hospital y en los centros de salud

Como apoyo a la implementación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, nos solicitaron la realización de una encuesta para conocer quiénes eran las usuarias, por sugerencia del responsable del programa adaptamos un formulario propuesto por el

¹ Las primeras exploraciones fueron entre 1982 y 1983, la reconstrucción de los itinerarios terapéuticos de familias residentes en barrios periurbanos de Posadas muy alejados geográficamente del hospital central. Luego, en 1988 la experiencia de trabajar desde el propio ministerio de salud provincial en Educación para la salud nos llevó a tomar contacto desde otro lugar con algunos de los problemas y vicisitudes que atravesaba la población usuaria. Las derivaciones hacia las cuestiones de género y trabajo nos alejaron momentáneamente del eje de la salud; pero las discusiones sobre la sexualidad nos devolvieron a este campo a través de la salud sexual y reproductiva, investigaciones desarrolladas entre 1994 y 1998 sobre la incidencia de la cantidad de hijos en los perfiles laborales de las mujeres y su relativo acceso a los métodos anticonceptivos. Tema que nos puso en alerta sobre la importancia de trabajar el derecho de las usuarias a decidir y disponer de sus cuerpos y no transitar la experiencia de la maternidad como ineludible para ser valoradas como sujetos. Asumimos entonces (2004- 2010) una estrategia de acción que combinaba investigación y promoción, en la Unidad de Perinatología del Hospital Madariaga y varios centros de salud.

² Es la capital de la provincia de Misiones, con 350.000 habitantes; dispone de cuatro hospitales públicos y más de 30 Centros de Atención Primaria de la Salud.

CLAP³. En la etapa de instrumentación de esta encuesta, advertimos el tiempo que las mujeres permanecían en la sala de espera antes de la atención médica. Desarrollamos así las “tertulias” en la sala de espera, en las salas de internación de puérperas, en la residencia de madres de bebés internados en el Servicio de Neonatología y también con las vecinas que concurrían a los centros de salud.

La modalidad de trabajo, consistía en concertar un diálogo sobre temas de sexualidad, la misma para los diversos escenarios adaptada a las circunstancias y rutinas de cada área. Así, en las salas de espera las actividades se desarrollaban a la mañana temprano, en las salas de internación a la tarde y en la Residencia de Madre a media mañana.

A partir de las 6,30hs. las **salas de espera**⁴ congregaban a las usuarias que concurrían a la consulta médica (para planificación familiar o para control de embarazos), solas o en compañía de sus compañeros y/o hijos/as. Las mujeres más jóvenes (primerizas sobre todo) solían estar acompañadas por sus madres o suegras. Permanecían entre media hora y una hora en espera de la atención médica, calladas, pensativas (no llevan lectura ni música para escuchar), las que estaban acompañadas a veces charlaban, la sala se mantenía silenciosa. La enfermera llamaba a quienes se iban a atender para controlar el peso, chequeaba la lista de pacientes del día.

En ese tiempo ocioso conversábamos con las usuarias sobre métodos anticonceptivos: los que usaban, los que conocían, los que recomendaban, sus temores, ventajas y desventajas, situaciones atípicas que les preocupaban, etc. De allí se derivaba -según los intereses de las participantes o según objetivos del equipo de investigación – hacia otros temas vinculados como los cuidados del cuerpo, controles regulares, charlas con los hijos y /o con la pareja, las infecciones de transmisión sexual, etc. El uso de láminas del cuerpo humano⁵ facilitaba la comprensión de las explicaciones y suscitaba gran interés tanto entre las mujeres participantes como en los varones. Se complementaban las explicaciones con la observación de los diferentes métodos anticonceptivos (DIU, pastillas de diverso tipo,

³ Centro Latinoamericano de Perinatología, de la OPS.

⁴ La mayoría eran mujeres residentes en Posadas, que preferían el Hospital a los Centro de Salud aunque tuviesen que viajar, elegían los profesionales con los cuales atenderse y su nivel educativo era de primaria completa a secundaria incompleta, incluso algunas universitarias.

⁵ Inicialmente utilizamos unas láminas ampliadas tomadas de un libro de Educación para la salud, pero luego se elaboraron un grupo de láminas tamaño natural de toda la silueta humana con los aparatos genitales internos y externos de mujeres y varones, del desarrollo sexual humano, etc.

ampollas inyectables, preservativos, etc.) que se distribuían entre las mujeres para que los tocaran, miraran... Las tertulias duraban entre 30 y 60 minutos según la llegada del médico y/o el interés de las participantes, ya que muchas veces continuaban mientras transcurría la atención en consultorio. Se entregaban folletos sobre los diferentes métodos anticonceptivos⁶ y se las convocaba a próximos encuentros acompañadas por sus hijos o conocidos interesados en anticoncepción.

En los centros de salud⁷, las tertulias se desarrollaban a la siesta, en la espera para la atención pediátrica y/o obstétrica, tenían la misma modalidad y la concurrencia variaba: mujeres y niños, o bien parejas o mujeres jóvenes acompañadas por otras mujeres mayores. La duración era menor pues la circulación por la sala de espera interrumpía la actividad una vez iniciada la atención en consultorios.

Las **salas de internación de puérperas**⁸ una vez administrada la merienda (16,30 a 17hs.), eran espacios tranquilos donde la televisión era el único recurso que conectaba las mujeres con el mundo. Como disponían de escaso material de lectura, y no siempre se contactaban espontáneamente unas con otras, las tardes transcurrían sin mayores altibajos: algunos llantos de bebés, pasos que se arrastraban hasta el baño o por el pasillo...la ronda de enfermería o algún llamado puntual de una usuaria.

Habitualmente se encontraban entre dos y ocho mujeres en cada sala, la mayoría con sus hijos en la misma cama; pasaban horas acostadas dando la teta y mimando a sus hijos, observándolos, concentradas en sus pensamientos pero atentas a los estímulos de conversación que se plantearan. Como las camas se encontraban distantes unas de otras, la atención se centraba en el sector medio del pasillo: las que se podían mover sin dificultades se sentaban en el extremo de los pies de su cama y se acercaban a los interlocutores situados en el centro, o bien se desplazaban hacia el sector donde se encontraban las más doloridas y/o inmovilizadas.

Se desarrollaron diversas modalidades utilizando variados disparadores: un folleto, unas láminas, un tema elegido por el equipo, etc. Si se planteaba una conversación

⁶ El diseño de los folletos constituyó parte de las negociaciones con el equipo de salud, sobre un diseño consensuado con los médicos (contenidos), se puso a prueba con las enfermeras y las usuarias (ilustraciones, extensión de los temas).

⁷ Los centros de Atención Primaria a los que concurríamos eran el N°21, el N°23 y el N°5.

⁸ La mayoría de estas mujeres provienen de los diferentes barrios de Posadas y de sus ciudades aledañas, Garupá y Candelaria, incluso hay entre un 10 y 15% de casos de mujeres del interior de la provincia que por embarazos de riesgo o

en torno a un folleto, se lo distribuía cama por cama; como se advertían diferentes habilidades para la lectura y comprensión del material, se les brindaba un tiempo (5 a 10 minutos según las usuarias) para lectura y luego se iniciaba el diálogo con preguntas como ¿usaban algún método anticonceptivo antes de tener este bebé? ¿Tienen interés en conocer más sobre métodos anticonceptivos? ¿Conocen los MACs que se presentan en ese folleto?

Las mujeres iban respondiendo con cierta vergüenza al principio y luego se iban largando a comentar cuestiones más personales, a preguntar sobre sus dudas o datos que les habían dado (surgían con mayor frecuencia miedos ante el uso del DIU, el fantasma de la esterilidad según la administración de pastillas o inyecciones, etc.). La conversación podía durar entre 15 y 30 minutos según la participación de las mujeres, no estaba previsto dar clase ni siquiera un repertorio básico de información sino responder a sus interrogantes o preocupaciones, se planteaba esta instancia como un estímulo para la charla del consultorio de alta por ello constituía más un estímulo para pensar sobre estos temas que agotar su tratamiento. También aquí se utilizan láminas grandes y un set de MACs para que conozcan y toquen el DIU, las diferentes presentaciones de las pastillas, los preservativos, etc. El encuentro concluía pero el tema no se agotaba allí sino que continuaba en el consultorio de alta y luego podían concurrir al programa de planificación familiar para ampliar sus conocimientos y disponer la utilización de algún MAC. Se les recomendaba a las que tenían compañeros, que concurrieran con ellos a estas consultas.

La **Residencia de Madres**⁹ se encontraba en las dependencias del Servicio de Neonatología, podía albergar hasta 8 mujeres. En los encuentros allí desarrollados se trataba generar, en primera instancia, un clima propicio para el intercambio y el aprendizaje significativo; se las invitaba a compartir inquietudes acerca de la salud de su bebé, los hijos restantes, los modos de prevención y cuidados en general de la salud. El diálogo también se acompañaba con las láminas, se proveían folletos e información acerca del área de Planificación Familiar. Estas “tertulias” se llevaban a cabo una vez por semana en horarios vespertinos, duraban de 30 minutos a una hora; observamos muy buena disposición de las mamás ante estas acciones de promoción.

De cada uno de estos encuentros se elaboraba un informe donde se consignaban los temas tratados, las opiniones de las mujeres, las aclaraciones del equipo promotor, el tipo de materiales didácticos usados, las reacciones de la gente ante éstos así como

⁹ Eran mujeres que provenían mayoritariamente del interior de la provincia, en condiciones de extrema pobreza algunas que no disponían de recursos para albergarse mientras sus hijos estaban internados en el Servicio de Neonatología.

comprendan cómo eran sus cuerpos y los de sus compañeros por dentro y por fuera, para que las explicaciones sobre cómo operaban los diferentes métodos anticonceptivos fueran entendibles, constituyeron extensas reuniones, tediosas porque los prejuicios sobre la ignorancia de las pacientes era recurrente.

Definir el contenido y la presentación de los métodos para dar forma a un folleto “a medida” de esa población, fue una batalla también difícil pues los criterios técnicos médicos y comunicacionales eran contrapuestos, nuestra tarea como antropólogos para articular ambas posiciones resultó exitosa aunque compleja.

Las mujeres también son personas

Advertir a los integrantes del equipo de salud que las mujeres no “están sueltas” ni “son solas”, pues ni viven aisladas ni carecen de historia, no resultó una tarea fácil pues la naturalización de estas expresiones las transformaba casi en axiomas. Era mínimo el registro de estas mujeres como sujetos históricos, portadoras de numerosos conocimientos sobre sus cuerpos, que establecían criterios para el cuidado y atención de su salud y la de sus familiares, que disponían de categorías diferentes para explicar y dar cuenta de los síntomas que padecían, que sus miedos y vergüenzas también existían y que para lograr seguimiento y efectividad en los tratamientos era imprescindible conocerlas, tenerlas en cuenta como personas (Prece 1996; Ramírez Hita 2005 y 2007).

Complejizar la mirada sobre los “otros”, que no “son brutos”, ni “son irresponsables”, que también tienen ideas acerca de lo que les pasa, exigía exponer sistemáticamente que las acciones de promoción y educación para la salud no era antes ni después de la atención sino también durante la atención. Y por ello el trabajo interdisciplinario era imprescindible para garantizar el derecho a la salud. Para nosotros el vínculo con las mujeres usuarias no se limitaba al ámbito de las prestaciones de salud, también compartimos la cotidianeidad de la vida en sus casas, conocimos la dinámica de sus barrios, registramos los apremios y preocupaciones que atravesaban, lo cual nos llevó a reubicar a las “unas” en una trama tan compleja como la de los “otros”, los propios integrantes del equipo de salud. Las mujeres usuarias de los servicios públicos de

Desde ya, la misma consideración de este proceso de salud/enfermedad/ tratamientos y cuidados implica reconocer cuanto más complejos son estos hechos sociales –en el sentido de Mauss- que algunos miembros del equipo de salud solo registraban las consultas, como episodios aislados. El antes y el después del contacto con el sistema de salud bio médico no era tenido en cuenta, las mujeres usuarias no tenían una familia ni un entorno de vida. Y nosotros con nuestros informes y reuniones les dábamos forma humana a estas pacientes, les complicábamos la rutina al darle espesor social a este contacto breve por la duración pero más que significativo para la vida de estas mujeres. Asumir que las mujeres concurrían al control prenatal por el pago del subsidio, o por generar una ficha en el Servicio de Obstetricia era más sencillo que admitir que esta consulta era unos de los eslabones de sus itinerarios terapéuticos y que ya habían probado y consultado con otros especialistas y el sistema público de salud constituía un recurso más en un amplio abanico de posibilidades. Este contacto podía resultar clave para mantener la regularidad de los controles o realizar una preparación adecuada para el parto. Nuestros aportes no eran bienvenidos, agregábamos otra preocupación a una cotidianeidad de por sí compleja que muchas veces los superaba (Anger 2005). La dimensión sociocultural de los sujetos se desdibuja o se reemplaza por una mirada estrictamente biológica donde el nacimiento pierde su sentido social: la llegada de un nuevo miembro al grupo esperado por su madre y también su padre además de una familia y una comunidad.

La concepción integral de la salud, bio-psico-social, era muy exigente para estos equipos profesionales. Atender el embarazo de una nena de 12 años podía limitarse a garantizar que no le subiera la presión, a que el feto se desarrollara bien y que la cesárea se programe. Pero la pregunta sobre ¿por qué se embaraza una nena de 12 años? Superaba lo que podían soportar, biologizar el embarazo era más sencillo que asumir la complejidad del caso. Aún siendo el hospital de mayor complejidad de la provincia, este servicio no contaba con profesionales del campo psicológico de forma permanente, apoyos puntuales del Servicio de Salud Mental cooperaban ante situaciones límites; considerar el contexto de vida era exigir demasiado (Schiavoni 2010a y 2010b).

Otra idea instalada era que “estas mujeres son solas”, tener hijos o no parece no formar parte de un proyecto de vida compartido con otros, sea la pareja o la familia. La presencia del compañero como co-protagonista de las decisiones ante la

anticoncepción aunque esté reconocida legalmente no siempre era respetada en la atención; no obstante se han observado parejas que ingresaban juntos a la consulta (dependía del o la profesional no del cumplimiento de la normativa vigente).

El grupo de enfermería resultaba más sensible a las cuestiones sociales que los médicos, lograban mejores relaciones con las mujeres por la menor distancia social pero a veces también se montaban en el discurso médico y las castigaban o desvalorizaban del mismo modo. La conducta descalificadora del médico hacia las usuarias operaba de modo especular sobre otros profesionales y el personal administrativo, quienes se sienten habilitados para censurar el comportamiento de pacientes en los mismos términos de ignorancia e irresponsabilidad que emplean los médicos (Schiavoni y Báez 2009). Comparten prejuicios, aun en situaciones de subalternidad, corporativizados nada más que en el juicio de valor que les merecen las usuarias. Se construyen interpretaciones y se significan comportamientos dentro de relaciones de “contagio social”, por lo tanto las medidas correctivas en un sistema jerarquizado se introducen por la cúspide (Menéndez 1990).

Las instancias de contacto entre estos usuarios y el equipo de salud son insignificantes si consideramos la dimensión temporal (oportunidades en que se consulta, frecuencia y duración de los encuentros); pero muy significativas si consideramos la vulnerabilidad percibida por los usuarios cuando recurren al sistema de salud (fracaso de prácticas domésticas de atención, reconocimiento de la complicación de un caso, temor a la muerte, etc.). Este posicionamiento desventajoso posibilitaba la imposición de la bio-medicina sobre otro tipo de prácticas y sobre todo la desvalorización de otras alternativas terapéuticas.

El personal de salud al negar a la población usuaria su condición de sujetos históricos desconociendo sus condiciones de vida y sus formas de resolver las cuestiones de salud, se niegan a sí mismos la posibilidad de comprender las prácticas de sus pacientes. La excusa recurrente es la desigual relación entre cantidad de prestadores y cantidad de usuarios del sistema. Resulta difícil asumir las prácticas profesionales desde una perspectiva de derechos, considerando al otro como un sujeto social y no como un “paciente”, pasivo y obediente. La dimensión socio-cultural de los sujetos se desdibuja o se reemplaza por una mirada estrictamente biológica donde la decisión

ante la reproducción pierde su sentido social: tener o no descendencia afecta no solo a quienes toman la decisión sino además a sus familias y comunidad (Puyana, 2003).

La deshumanización de las usuarias llegaba a extremos tales donde el reclamo de formas elementales de interacción social siquiera eran registradas: saludar, responder si es interpelado, no avanzar sobre el cuerpo del otro sin establecer algún vínculo, considerar los tiempos diferentes para establecer confianza, entre otros. Las mujeres no adoptaban actitudes rebeldes, ni reaccionaban repudiando al sistema, en todo caso apenas se quejaban de aquellas actitudes que las despersonalizaban, y donde tampoco se consideraban en sus privaciones materiales: la pobreza en lógica médica es “una complicación” más. Las precarias condiciones de vida y las limitaciones en el acceso a servicios básicos como pueden ser el agua potable o el transporte público se instalaban como barreras en el cumplimiento de los tratamientos e indicaciones, adjudicándole a la población usuaria responsabilidad ante la desigual distribución recursos en nuestra sociedad.

Reflexiones finales

Considero que las diferentes incursiones que fuimos haciendo en el campo de la salud, con diferentes duraciones temporales y diversidad de técnicas (entrevistas individuales y grupales, talleres, observaciones y observaciones participantes) nos permitieron establecer criterios claves para colocarnos en esos escenarios. De un posicionamiento inicial, como investigadores dispuestos a cooperar para garantizar el ejercicio del derecho a la salud –aspecto solo inteligible para funcionarios de carrera o con formación de sanitarista- al logro de la invisibilidad por la incorporación al mundo cotidiano del hospital proponiendo y aportando herramientas que facilitarían la tarea de rutina pero a la vez que posibilitara registrar lo que sentían y reclamaban las mujeres usuarias y sus familias.

Aportes puntuales como realizar encuestas para “conocer a las jóvenes embarazadas”, o desarrollar las consejerías grupales para promover el uso de métodos anticonceptivos, elaborar folletos para incentivar los cuidados y controles ginecológicos, etc. Fueron parte de las acciones que los otros, miembros del equipo de salud, no sabían o no querían hacer: admitieron numerosas sugerencias y nos abrieron múltiples espacios de acción (salas de puérperas, talleres del curso de parto, reuniones de alta médica de las parturientas, etc.) pero nunca aceptaron

propuestas que pusieran en duda su posición dentro del sistema, en cierto modo *nunca dejamos de ser extranjeros*. La hegemonía médica nunca pudimos quebrarla, y quizás abrir algunas grietas fue uno de los motivos que llevaron a nuestro retiro de algunas áreas asistenciales.

Nuestra labor como investigadoras era indescifrable para médicos o enfermeras, escuchaban nuestros diálogos detrás de las puertas y luego nos preguntaban “cómo hacen para que les contesten esas preguntas”, el *rapport* no era algo directamente observable aunque sí perceptible ya que sorprendía lo que podíamos conversar con las mujeres y la soltura con que ellas compartían sus experiencias de vida.

Pero cuando escuchaban nuestros aportes en las jornadas de investigación del hospital, reconocían habernos visto hacer preguntas, completar algunos formularios pero no lograban encajar en sus esquemas la complejidad del “estar en campo” que tampoco terminaba cuando nos íbamos del hospital o del centro de salud.

Un hecho insólito quebró nuestro trabajo de años, la publicación de un artículo en un diario local con un error de tipeo constituyó la excusa para limitar nuestra presencia en el hospital, continuamos en los centros de salud unos meses más hasta concluir los compromisos contraídos, pero hacia fines de 2011 nos desvinculamos de estos espacios. Considero este episodio periodístico como una excusa bien fundamentada pues creo que nuestra presencia molestaba. Explicitar lo que no se quiere ver, decir lo que nadie puede escuchar.... Es un papel poco amigable.

A varios años de estas investigaciones, considero que el trabajo de campo etnográfico si bien no logró resquebrajar la hegemonía médica por lo menos nos deja la ilusión de haber generado algunas grietas, algunas reflexiones involucraron a los médicos residentes, otro valor a su trabajo percibieron las enfermeras, las pacientes y sus familias se sintieron escuchados y aún en esta mínima expresión de sus opiniones y padeceres objetivaron sus posiciones, los mismos investigadores y estudiantes nos transformamos en este largo proceso. La etnografía sigue siendo un método flexible para encarar investigaciones en salud y es parte de nuestra responsabilidad como investigadores sistematizar los hallazgos y reflexiones para no volver sobre los mismos pasos.

Una reciente invitación a participar en un panel sobre la maternidad centrada en la familia en el actual Hospital Neonatal me lleva a pensar que la experiencia valió la pena... el desafío ahora es compartir con ellos estas reflexiones.

Bibliografía mencionada

Anger, Laura (2005) "La Atención del Proceso Embarazo, Parto y Puerperio en el S.O. del Hospital Público de Autogestión Dr. Ramón Madariaga de Posadas, Misiones. Argentina". *Tesis de Grado*. Lic. en Antropología Social, UNaM. Posadas, junio de 2005.

Guber, Rosana (2012) *La Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bs. As. Ed. Siglo XXI. 2012

Menéndez, Eduardo (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana. México.

Prece, Graciela, Di Lischia, M.H. y Piñero, L. (1996) *Mujeres populares. El mandato de cuidar y curar*. Ed. Biblos. Bs. As.

Puyana, Yolanda (2003) *Padres y Madres en cinco ciudades colombiana. Cambios y permanencias*. Almudena Editores. Bogotá.

Ramírez Hita, Susana (2005) *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. Cooperacion Italiana- Plural Editores. La Paz.

Ramírez Hita, Susana (2007) *Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos*. Ed. Bellaterra. Barcelona.

Schiavoni, Lidia (2010a) "Las respuestas de la población usuaria y el equipo de salud ante la violencia contra las mujeres. Experiencias en la Maternidad pública de Posadas (Misiones)". Cecym, Buenos Aires, 4 y 5 de Noviembre de 2010. *Foro Violencia hacia las mujeres sexualidad y reproducción. Políticas públicas y modelos de intervención*.

Schiavoni, Lidia (2010b) "Mujeres y encima pobres: márgenes de elección ante la reproducción. La voz de las usuarias en la Maternidad pública de Posadas." 3º *Encuentro del Observatorio de Género y Pobreza de Argentina*. Posadas, 21 y 22 de Octubre de 2010.

Schiavoni, Lidia en co-autoría con Báez, Alina (2009) "Entre el "trato" y el "contrato": percepciones de las usuarias acerca de los servicios de atención obstétrica del sector público" *VIII Jornadas Nacionales de Debate interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto Gino Germani, Fac. de Ciencias Sociales. UBA. en Bs. As. 5,6 y 7 de Agosto de 2009.