# EXPERIENCIAS INNOVADORAS EN SALUD REPRODUCTIVA

**MÓNICA GOGNA**
**SILVINA RAMOS**
(compiladoras)

# EXPERIENCIAS INNOVADORAS EN SALUD REPRODUCTIVA

## La complementación de las ciencias médicas y sociales. Desafíos y aprendizajes

**CONSORCIO LATINOAMERICANO DE PROGRAMAS EN SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD**
**CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP**

© CEDES

Auspicio: Fundación Ford

ISBN: 950-9572-21-7

CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)
Sánchez de Bustamante 27
(1173) Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54 11) 4861 5204/2126
E-mail: salud@cedes.org
Web site: http://www.cedes.org

# ÍNDICE

Acerca de los autores ..... 7
Prólogo ..... 11

**I. A modo de introducción**

Algunas reflexiones acerca de las ciencias sociales y biomédicas: ¿dos catedrales o un arquetipo inconcebible?
James Trostle ..... 21

**II. La complementación entre investigación biomédica e investigación social**

Reflexiones metodológicas en torno a un estudio cuali-cuantitativo sobre la percepción de la calidad de la atención prenatal en países en desarrollo
Gustavo Nigenda, Mariana Romero y Ana Langer ..... 31

Aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia en Chile: una experiencia de investigación multidisciplinaria
Paulina Vidal Pollarolo ..... 45

Investigación clínica aleatorizada sobre la segunda opinión ante la decisión de la operación cesárea
Fernando Althabe y José M. Belizán ..... 55

Aceptabilidad de los médicos/as y satisfacción de las mujeres participantes de una intervención para reducir el nivel de las cesáreas en hospitales de América latina
Silvina Ramos y Mariana Romero ..... 63

**III. La investigación como insumo para el diseño y monitoreo de políticas, y la intervención en servicios**

Traileros en la frontera de México y Guatemala
Mario Bronfman, René Leyva y Mirka Negroni ..... 75

Salud y violencia de género: el relato de un intento de acercamiento
Florinda Riquer Fernández ..... 83

Mejorando la calidad de la atención postaborto: estrategias de intervención sociológica en territorio médico
Susanna Rance ..... 105

**IV. Experiencias de entrenamiento en ciencias sociales y salud**

Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade: uma experiência que está dando certo
Elza Berquó ..... 119

Reflexiones acerca del entrenamiento en ciencias sociales y salud: la experiencia del Programa Regional en Salud Reproductiva y Sexualidad del CEDES
Mónica Gogna ..... 139

Un desafío pedagógico: saber médico, cuerpo y sociedad
Jacqueline Pitanguy y Alicia Navarro de Souza ..... 149

# ACERCA DE LOS AUTORES

FERNANDO ALTHABE

Médico obstetra. Actualmente se desempeña como investigador en perinatología en el Centro Latinoamericano de Perinatología (OPS/OMS) en Montevideo, Uruguay. Es coordinador del Estudio Latinoamericano de Cesáreas y una de sus principales actividades es investigar y promover el uso de las prácticas más efectivas para mejorar la salud materna y perinatal.

JOSÉ MIGUEL BELIZÁN

Médico obstetra, doctor en biología de la reproducción e investigador superior del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. Ha publicado cerca de 200 artículos en revistas científicas con referato y en libros internacionales. Actualmente se desempeña como director del Centro Latinoamericano de Perinatología (OPS/OMS), Montevideo, Uruguay.

ELZA BERQUÓ

Demógrafa, Coordenadora Geral do Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Nepo/Unicamp e Pesquisadora Sênior do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Presidente da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento e do International Organizing Committee da XXIVth General Population Conference - IUSSP/Brazil 2001. Membro do Comitê Nacional de DST/Aids e Membro Titular da Academia Brasileira de Ciências.

MARIO BRONFMAN

Sociólogo, Universidad Nacional de Buenos Aires. Doctor en salud pública, Escuela Nacional de Salud Pública, Fiocruz, Brasil. Director ejecutivo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. Autor y coautor de varios libros. Su publicación más reciente es *Como se vive se muere: familia, redes sociales, y muerte infantil*. Fue director de investigación para CONASIDA (Consejo Nacional de sida), México, y presidente del Comité Asesor para Investigación Social y de Comportamientos para el Programa Global de sida de la Organización Mundial de la Salud.

MÓNICA GOGNA

Socióloga, graduada de la Universidad del Salvador (Buenos Aires). Diploma Superior en Ciencias Sociales (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires). Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Ciencias Sociales). Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Investigadora titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Docente de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO). Integra el Foro por los Derechos Reproductivos.

ANA LANGER

Médica especializada en pediatría y perinatología. Directora regional del Population Council para América Latina y el Caribe. Sus principales áreas de interés incluyen la salud de la mujer y la salud reproductiva, la calidad de la atención médica, los aspectos psicosociales que afectan el embarazo y el parto, el diseño de intervenciones y su evaluación, y la utilización de los resultados de investigación para la toma de decisiones. Ha publicado sobre estos temas en revistas especializadas y libros, y ofrece cooperación técnica a gobiernos, organizaciones académicas y no gubernamentales en México y en otros países de la región.

RENÉ LEYVA FLORES

Médico cirujano y partero (IPN, México). Maestro en medicina social (UAM-Xochimilco, México). Candidato a doctor por la Universidad de Barcelona. Investigador titular "A" del Centro de Investigación en Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. Especialista en salud internacional (OPS, Washington, DC). Investigador y docente en políticas de la salud, organización y evaluación de servicios de salud, medicamentos esenciales, migración y sida.

ALICIA NAVARRO DE SOUZA

Médica, psicoanalista, doctora en ciencias de la salud (psiquiatría) del Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Pro-

fesora adjunta del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Río de Janeiro.

### Mirka Negroni

Socióloga, Universidad de Harvard. Magister en administración pública del Colegio De Baruch de la Universidad de la Ciudad de Nueva York. Investigadora en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. Fue directora ejecutiva del Centro de Información La Raza, y agregada regional para las Américas de la Comisión Internacional de Derechos Humanos para Gays y Lesbianas, San Francisco. Participa en el Proyecto Poblaciones Móviles y sida en México, Centroamérica y Estados Unidos, tanto a nivel regional y como coordinadora de la investigación sobre Áreas de Alta Transmisión.

### Jacqueline Pitanguy

Socióloga y cientista política. Desde 1990 es directora de la organización no gubernamental CEPIA, Ciudadanía Estudios Investigación Acción, de la cual ha sido fundadora. Desde 1997 CEPIA está a cargo de la secretaría del Foro de la Sociedad Civil en las Américas, del cual es directora ejecutiva. Entre 1986-1989 ha sido presidenta del Consejo Nacional de los Derechos de la Mujer. Fue profesora en la Universidad Católica de Río de Janeiro y en la Universidad de Rutgers, de los Estados Unidos. Actualmente, es miembro del consejo directivo del Instituto para la Educación, de la UNESCO, de Diálogo Interamericano, de Global Fund for Women, de SID-Society for International Development. y de la Comisión Ciudadanía y Reproducción. Es miembro también del consejo editorial de las revistas *Health and Human Rights* y *Ser médico*, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, y del CREMESP, Consejo Regional de Medicina de San Pablo.

### Silvina Ramos

Socióloga, graduada de la Universidad del Salvador (Buenos Aires). Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Filosofía y Letras). Investigadora titular del Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Especialista en investigación social en el campo de la salud/enfermedad y salud reproductiva. Coordinadora académica de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO). Profesora en programas de posgrado en instituciones argentinas y latinoamericanas en los campos de sociología de la salud, metodologías cualitativas y salud reproductiva. Ha sido consultora de organizaciones internacionales (OPS, UNICEF, BID, Banco Mundial) y de fundaciones internacionales (IPPF, Fundación Ford y Fundación Mac Arthur). Integra el Foro por los Derechos Reproductivos.

Susanna Rance

Socióloga, nació en Londres, Inglaterra, y reside en La Paz, Bolivia, desde 1980. Candidata al doctorado en el Departamento de Sociología, Trinity College, Universidad de Dublín, con una tesis sobre los discursos médicos en torno al aborto. Realiza actividades de investigación, docencia, coordinación de proyectos y *advocacy* en las áreas de género y salud. Sus publicaciones incluyen los libros *Planificación familiar: se abre el debate* (1990, La Paz, CONAPO) y *Trato humano y educación médica* (1999, La Paz, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia).

Florinda Riquer Fernández

Socióloga, feminista, mexicana. Profesora/investigadora titular de tiempo completo en la Universidad Iberoamericana de la ciudad de México. Actualmente, coordinadora del posgrado en Ciencias Sociales. Por más de veinte años se ha dedicado a la investigación, la docencia y la difusión en el campo de los estudios sobre la mujer. Ha publicado más de treinta textos en libros especializados.

Mariana Romero

Médica y maestra en ciencias en salud reproductiva. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Medicina). Investigadora asociada del Área Salud, Economía y Sociedad (CEDES). Coordinadora de estudiantes de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO). Docente de posgrado en epidemiología y salud reproductiva a nivel nacional y latinoamericano. Consultora de organismos internacionales como el FNUAP y de fundaciones como The Population Council, Wellstart International y Packard Foundation. Integrante del Foro por los Derechos Reproductivos y de la comisión científica de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática.

James Trostle

Antropólogo y maestro, Columbia University; maestro en epidemiología y doctor en antropología médica, Universidad de California Berkeley y San Francisco. Profesor asociado de Antropología en el Trinity College, Hartford, Connecticut, e Investigador Titular "C" en el Instituto Nacional de Salud Pública, México. Es autor de diversas publicaciones sobre uso de medicamentos, historia de la antropología y epidemiología, desarrollo de investigaciones en salud, y usos de la investigación en las políticas de salud.

Paulina Vidal Pollarolo

Socióloga, Universidad de Ginebra, Investigadora del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, docente, investigadora y coordinadora del área género de la Universidad Bolivariana. Desde 1985 trabaja en Chile en la temática de género y salud sexual y reproductiva.

# PRÓLOGO

## ACERCA DEL SEMINARIO

Este libro es el resultado del Seminario "Experiencias Innovadoras en Salud Reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales: desafíos y aprendizajes", realizado en Buenos Aires el 9 y 10 de octubre de 2000.

El evento fue organizado por el CEDES, como parte de las actividades del Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Creado en 1993, con apoyo de la Fundación Ford, el Consorcio reúne a tres importantes programas de investigación y entrenamiento de la región: el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México (México), el Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade del Núcleo de Estudos de População (NEPO) de la Universidad de Campinas (Brasil) y el Programa Regional de Investigación Social, Entrenamiento y Asistencia Técnica en Salud Reproductiva y Sexualidad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES, Argentina).

El Consorcio tiene por objetivos desarrollar y difundir conocimientos acerca de los temas relevantes de la salud sexual y reproductiva, así como contribuir a la formación de profesionales involucrados en la investigación y la acción que comprendan la complejidad de los factores que inciden sobre la salud reproductiva y la sexualidad de varones y mujeres en América latina. Entre sus objetivos específicos se cuentan:

- Promover la reflexión colectiva entre los estudiosos de las ciencias sociales y las ciencias biomédicas, con vistas al desarrollo de abordajes conceptuales y metodológicos sobre temas de interés común.
- Incrementar las oportunidades de intercambio entre los investigadores/as de los centros integrantes del Consorcio y entre ellos y otros grupos o centros de actuación en el área de la salud reproductiva y la sexualidad en la región.
- Realizar sistemáticamente reuniones de discusión académica, dentro y fuera de la región, con vistas a avanzar en el diálogo entre las ciencias sociales y las ciencias biomédicas, y a explorar aspectos poco abordados y extremadamente importantes relacionados con las dimensiones públicas y políticas de la salud reproductiva y la sexualidad.

En este marco programático se realizó el mencionado seminario, que contó con los auspicios del International Forum for Social Sciences in Health y de la Organización Mundial de la Salud (Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction).

Su objetivo fue reflexionar acerca de experiencias innovadoras de complementación de las perspectivas de las ciencias médicas y sociales en el abordaje de problemas relevantes del campo de la salud reproductiva. Por una parte, nos interesaba discutir la utilización de resultados de investigación para el diseño y monitoreo de políticas, programas e intervenciones. Por otra, reflexionar acerca de experiencias de entrenamiento destinadas a promover un abordaje integral y crítico de los problemas del campo entre profesionales de las ciencias sociales y de las ciencias médicas (investigadores, prestadores de servicios, diseñadores de políticas; activistas, etc.).

La dinámica de trabajo consistió en una conferencia inaugural, a cargo de James Trostle (Tritinity College, Estados Unidos) y en la realización de una serie de paneles con presentación de trabajos, los que fueron comentados por profesionales provenientes del campo de las ciencias sociales y del campo médico. La organización de los paneles tuvo en cuenta diversos criterios. Por una parte, se privilegiaron experiencias que dieran cuenta de problemas relevantes del campo de la salud reproductiva y la sexualidad: sida, aborto, violencia, anticoncepción de emergencia, atención del embarazo y cesárea. Por otra, se intentó reflejar la riqueza de modalidades de relación entre las ciencias sociales y las disciplinas médicas que existen actualmente en nuestra región (integración de perspectivas dentro de un proyecto o institución, investigación clínica y "módulo social", trabajo antropoló-

gico en instituciones médicas, etc.). Asimismo, se incluyeron proyectos de investigación que proveyeron insumos para la formulación, el monitoreo y/o la evaluación de políticas y programas. Finalmente, también se discutieron trabajos en los que se reflexionó acerca de experiencias de entrenamiento en salud reproductiva y sexualidad, dirigidos a diversos tipos de audiencias (biomédica, de ciencias sociales "mixta").

El primer panel, "La complementación entre investigación biomédica e investigación social", incluyó la presentación de tres estudios multicéntricos:

*Reflexiones metodológicas en torno a un estudio cuali-cuantitativo sobre la percepción de la calidad de la atención prenatal en países en desarrollo.* Gustavo Nigenda, Ana Langer (The Population Council, México) y Mariana Romero (CEDES, Argentina).

*Aceptabilidad de los médicos/as y satisfacción de las mujeres participantes de una intervención para reducir el nivel de las cesáreas en hospitales de América latina*. Silvina Ramos y Mariana Ramos (CEDES, Argentina), y Fernando Althabe y José M. Belizán (Centro Latinoamericano Perinatal, CLAP, Uruguay).

*Aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia en Chile: una experiencia de investigación multidisciplinaria.* Paulina Vidal Pollarolo (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, ICMER/Universidad Bolivariana de Santiago, Chile).

Los comentaristas de este panel, moderado por Mónica Gogna, fueron Adolfo Rubinstein (Jefe Unidad de Medicina Familiar y Preventiva, Hospital Italiano, Argentina) y Edith Pantelides (Centro de Estudios de Población, CENEP/CONICET, Argentina).

El segundo panel, "La investigación como insumo para el diseño y monitoreo de políticas públicas", reunió las siguientes presentaciones:

*Salud reproductiva y violencia doméstica. Reflexiones alrededor de una experiencia de diseño e implementación de un proyecto con epistemología feminista.* Irma Saucedo (El Colegio de México, México).

*Traileros en la frontera de México y Guatemala*. Mario Bronfman, René Leyva y Mirka Negroni (Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud, INSP, México).

*Estudio multicéntrico sobre el impacto de la nueva legislación brasileña acerca de la esterilización voluntaria*. Elza Berquó (Núcleo de Estudos de População, NEPO, UNICAMP, Brasil).

La comentarista de este panel fue Mabel Bianco (Proyecto de Control del SIDA y ETS, LUSIDA, Ministerio de Salud, Argentina).

La segunda jornada comenzó con el panel "La investigación como insumo para intervenciones en servicios", en la cual se presentaron las ponencias:

*Salud y violencia de género: el relato de un intento de acercamiento*. Florinda Riquer (INSP, México).

*Aceptabilidad del condón femenino en Brasil: de la investigación a la intervención*. Regina Barbosa (Núcleo de Estudos de População, NEPO/UNICAMP, Brasil).

*Mejorando la calidad de la atención postaborto: estrategias de intervención sociológica en territorio médico*. Susanna Rance (Trinity College, Universidad de Dublín).

Este panel, moderado por María Coleta de Oliveira (NEPO/UNICAMP), fue comentado por Pablo Vinocur (Coordinador de Programas Materno-Infantiles, Ministerio de Salud, Argentina).

El seminario concluyó con un "Panel sobre experiencias de entrenamiento en ciencias sociales y salud", en el cual se presentaron los casos de los tres programas integrantes del Consorcio y la experiencia de una ONG brasileña (CEPIA) en el entrenamiento en salud y derechos reproductivos de profesionales de las ciencias biomédicas. Las ponencias presentadas fueron:

*La formación en recursos humanos en el enfoque social de la salud reproductiva en México: una experiencia interdisciplinaria*. Ivonne Szasz (COLMEX) y Roberto Castro (Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM, México).

*La experiencia de diez años del Núcleo de Estudos de População (NEPO) en entrenamiento en salud reproductiva y sexualidad* . Elza Berquó (Núcleo de Estudos de População, NEPO/UNICAMP, Brasil).

*Reflexiones acerca del entrenamiento en ciencias sociales y salud: la experiencia del Programa Regional en Salud Reproductiva y Sexualidad del CEDES*. Mónica Gogna (CEDES/CONICET, Argentina).

*Un desafío pedagógico: saber médico, cuerpo y sociedad.* Jaqueline Pitanguy (CEPIA, Brasil) y Alicia Navarro de Souza (UFRJ, Brasil).

El panel fue moderado por Enrique Ezcurra (OMS) y los ponencistas recibieron los comentarios de Carlos Cáceres (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú).

En el marco del seminario, además, tuvo lugar la presentación del libro *De la investigación en salud a la política: la díficil traducción*, de Mario Bronfman, Ana Langer y James Trostle, con la presencia de dos de sus autores y los comentarios de Mario Róvere (Organización Panamericana de la Salud).

## ACERCA DEL LIBRO

Este libro contiene diez ponencias organizadas en cuatro secciones. A modo de introducción, se presenta la conferencia de James Trostle: "Algunas reflexiones acerca de las ciencias sociales y biomédicas: ¿dos catedrales o un arquetipo inconcebible?", en la cual el autor propone repensar la relación entre ambas analizando algunas de las metáforas habitualmente usadas para describir esta relación.

La segunda sección, "La complementación entre investigación biomédica e investigación social", narra tres experiencias de estudios multicéntricos. El artículo de Paulina Vidal Pollarolo describe las diferentes etapas por las que atravesó la interacción entre cientistas sociales e investigadores biomédicos, en el marco de un proyecto multicéntrico realizado en Brasil, México y Chile con el fin de evaluar la aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia y diseñar estrategias para su introducción en países de la región.

Los artículos de Althabe y Belizán, y de Ramos y Romero, por un lado, y el artículo de Nigenda, Romero y Langer, por el otro, describen un tipo de experiencia que comienza a cobrar auge en algunos países de la región a través de estudios multicéntricos para evaluar la eficacia clínica y social de intervenciones en el campo de la salud pública. Los dos primeros trabajos describen la combinación de un estudio clínico aleatorizado y un "módulo social", en el cual se analizaron la satisfacción de las mujeres y la aceptabilidad de los médicos res-

pecto de la intervención clínica. Ésta consistió en la aplicación de la estrategia de la segunda opinión de otro profesional para reducir el número de cesáreas innecesarias. El artículo de Nigenda, Romero y Langer describe un estudio con un diseño semejante, aplicado en este caso, para evaluar una intervención clínica en el campo de la atención prenatal y conocer la satisfacción de las mujeres con la estrategia.

La tercera sección, "La investigación como insumo para el diseño y monitoreo de políticas y la intervención en servicios", contiene trabajos cuyos resultados tienen como propósito orientar el diseño y evaluación de intervenciones sociales y el mejoramiento de la prestación de servicios de salud.

Así, el artículo de Bronfman, Leyva y Negroni relata la experiencia de un programa de difusión de información sobre VIH/sida con poblaciones móviles (los traileros que cruzan la frontera entre México y Guatemala). El proyecto incluyó la realización de un estudio etnográfico destinado a identificar actores y lugares de encuentro clave y a conocer las pautas sexuales de la población-objetivo. La etnografía sirvió de insumo para el diseño de un cuestionario que permitió trazar la línea de base para evaluar los resultados de la intervención, la cual consistió en la realización de charlas informativas con grupos pequeños de traileros y la utilización de diverso tipo de materiales de comunicación social.

Los trabajos de Riquer Férnandez y Rance, por su parte, centran la atención en los contextos hospitalarios. Riquer Fernández analiza la percepción que los trabajadores de la salud tienen de la violencia de género, haciendo evidente las oportunidades y obstáculos existentes en las instituciones gubernamentales de salud para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de este problema. La ponencia de Susanna Rance, por su parte, presenta resultados de dos estudios acerca de los discursos médicos sobre el aborto realizados con el fin de intervenir en espacios de práctica y formación médica. Estas experiencias son utilizadas por la autora como disparador para estimular la reflexión sobre las modalidades de relacionarse de los/as cientistas sociales con los/as profesionales de la medicina.

Finalmente, la sección "Experiencias de entrenamiento en ciencias sociales y salud" presenta un balance de las actividades de entrenamiento de dos de los centros integrantes del Consorcio. Las ponencias de Berquó (NEPO/UNICAMP) y Gogna (CEDES) presentan un análisis descriptivo de la evolución de las actividades docentes de sus respectivos programas, al tiempo que ofrecen un balance de los logros y desafíos pendientes. Finalmente, el artículo de Pitanguy y Navarro de Souza describe y analiza una experiencia innovadora resultante de la

cooperación entre una organización no gubernamental (CEPIA) y la Escuela de Medicina de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), destinada a ofrecer a los/as estudiantes de esa facultad herramientas conceptuales y metodológicas que faciliten su comprensión de las dimensiones sociales, políticas, económicas y culturales de la problemática de la salud-enfermedad.

Para concluir, los problemas actuales de la agenda de la salud sexual y reproductiva requieren, sin lugar a dudas, y al igual que muchos otros temas del campo de la salud pública, un abordaje conceptual y estrategias metodológicas multidisciplinarias, así como intervenciones que tengan en cuenta la compleja trama de factores que generan y reproducen situaciones de vulnerabilidad e iniquidad social.

Creemos que los estudios presentados y los debates mantenidos en este seminario han contribuido a sostener y promover el diálogo entre las ciencias sociales y las ciencias biomédicas, uno de los caminos posibles para elaborar propuestas innovadoras y eficaces en el campo de la salud sexual y reproductiva.

# I
# A MODO DE INTRODUCCIÓN

# ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y BIOMÉDICAS: ¿DOS CATEDRALES O UN ARQUETIPO INCONCEBIBLE?

JAMES TROSTLE

*Las dos catedrales*

En esa biblioteca de Almagro Sur
compartimos la rutina y el tedio
y la morosa clasificación de los libros
según el orden decimal de Bruselas
y me confiaste tu curiosa esperanza
de escribir un poema que observara
verso por verso, estrofa por estrofa,
las divisiones y las proporciones
de la remota catedral de Chartres
(que tus ojos de carne no vieron nunca)
y que fuera el coro, y las naves,
y el ábside, el altar y las torres.

Ahora, Schiavo, estás muerto.
Desde el cielo platónico habrás mirado
con sonriente piedad
la clara catedral de erguida piedra
y tu secreta catedral tipográfica
y sabrás que las dos,
la que erigieron las generaciones de Francia
y la que urdió tu sombra,
son copias temporales y mortales
de un arquetipo inconcebible.

JORGE LUIS BORGES, *La cifra*, 1981

Por qué comenzar una ponencia sobre ciencias sociales y biomédicas con un poema de Borges? Porque en esta presentación quiero jugar con imágenes y metáforas. Voy a concluir que, en la búsqueda de resultados, relaciones y razones para intercambios interdisciplinarios entre las ciencias sociales y biomédicas, parte del desafío actual es la presencia de imágenes y metáforas inconscientes o ajenas. Para los que quieran mejorar la calidad y la frecuencia de los intercambios interdisciplinarios, un objetivo central es buscar y escoger metáforas locales y apropiadas.

Como introducción, me gustaría recordar que en el libro de poesías *La cifra*, donde se encuentra este poema, Borges empieza su prólogo con esta frase: "El ejercicio de la literatura puede enseñarnos a eludir equivocaciones, no a merecer hallazgos". Con honor (y temor) por ser el primer expositor, deseo advertir que no voy a presentar hallazgos sino observaciones basadas en mi experiencia como antropólogo médico. Por momentos pareceré más un crítico literario que un científico social. Esto obedece a dos razones: primero, creo que podemos examinar nuestros prejuicios profundos cuando vemos cómo los expresamos en metáforas, y segundo, no soy un experto en salud reproductiva. Mis hallazgos científicos, si mi trabajo merece esta calificación, están basados en estudios del manejo de enfermedades crónicas, como la epilepsia, el uso de medicamentos por parte de las madres, los farmacéuticos o los médicos, y el manejo de enfermedades agudas como la diarrea o el cólera. Trabajé como antropólogo en una escuela de medicina cuando terminé mi carrera de grado, después hice una maestría en epidemiología en una escuela de salud pública, y recibí mi título de doctor en antropología médica en una escuela de medicina. He explorado el trabajo conjunto de antropólogos y epidemiólogos usando técnicas históricas, y he analizado varias cuestiones ligadas al proceso de la investigación: cómo diseminar resultados, cómo influir sobre las políticas y cómo organizar instituciones que puedan apoyar a los investigadores en vez de impedir su desarrollo. En síntesis, intento no perder de vista el objetivo literario de Borges: eludir las equivocaciones. Escúchenme como al bufón de la corte: intentaré decir la verdad, pero manifestando mi incomodidad, tendré que disfrazarla en imágenes, humor y algunas metáforas valiosas.

Empecemos con metáforas entonces, la literatura sobre la ciencia está llena de metáforas. Una es la de "las dos culturas" propuesta por C. P. Snow en Inglaterra en 1959 (*Two Cultures and the Scientific Revolution)*. Snow describe una división entre los pensadores intelectuales literarios, por un lado, y los científicos, por el otro. Sostiene que "una ruptura de incomprensión mutua, a veces hostilidad y aversión, existe entre los dos, pero sobre todo falta de comprensión". Snow enfatizó el lenguaje, la autoimagen, la visión del mundo y los valores como causas, y manifestaciones de esta falta de comprensión. Pensamos que, como científicos sociales, hemos visto esta brecha muchas veces, por ejemplo, cuando un médico-epidemiólogo me dijo: "Nosotros los médicos investigadores no tenemos teoría: usamos la biomedicina" o cuando un entrevistado comentó: "Una mujer puede tener la religión que quiera, la forma de pensar que quiera, pero si ella decide tal o cual cosa, tiene que ajustarse a un parámetro biomédico: le vamos a

inhibir la ovulación, y la inhibición de la ovulación es la misma en mahometanos, tibetanos o católicos, cualesquiera que sean sus ideas políticas [...]" (Bronfman *et al.*, 2000). Estas experiencias nos remiten a metáforas que apoyen esta idea de dos culturas –que como explicaré después, deberemos eludir–.

Hay otras metáforas circulando. Una, propuesta por Robert Straus en la década de 1957, remarcó no tanto una brecha total sino las distintas formas de colaboración entre científicos sociales y médicos. Enfatizando el papel de las ciencias sociales, este autor observó la diferencia entre la sociología *de* la medicina, y la sociología *en* la medicina. La primera, *sociología de (o antropología de, o economía de)* la medicina, implica una perspectiva crítica, en tanto que la *sociología en* la medicina implica una posición de apoyo. Expresada en una forma más sencilla, esta metáfora enfatiza la diferencia entre las ciencias básicas y las ciencias aplicadas.

Otra metáfora (y debemos pensar ¿cómo es una metáfora distinta del concepto de "modelo"?) propuesta por Rosenfield en 1992 intentó describir distintos modos de los intercambios entre disciplinas. Rosenfield refirió tres tipos de investigación, que se sintetizan en el cuadro 1.

Lo importante de esta metáfora es la sugerencia de que se pueden construir temas/problemas basados tanto en las ciencias sociales como en las ciencias biomédicas.

Pero ahora podemos profundizar un poco. Si estamos interpretando y analizando metáforas sobre el papel de las ciencias sociales *vis à vis* las ciencias biomédicas, debemos preguntarnos si no estamos ya trabajando con un modelo falso de los vínculos entre ambas. Tenemos falsas oposiciones binarias cuando hablamos así. El campo supuestamente homogéneo llamado "ciencias sociales" se fractura rápidamente bajo la presión y se desagrega en grupos pequeños de antropología, sociología, economía, etcétera. Y los antropólogos se "fracturan" rápidamente en culturales *vis à vis* biológicos *vis à vis* médicos, y los antropólogos médicos, a su vez, en críticos y clínicos, y los de Harvard se enfrentan con los de Emory. Al otro "lado", las facultades de medicina y enfermería coinciden como disciplinas clínicas en ciertos momentos, pero se enfrentan y presentan identidades diferenciadas cuando compiten por recursos limitados. ¿Comparten el endocrinólogo reproductivo y el gineco-obstetra alguna identidad como científicos clínicos? o ¿se definen como científicos clínicos cuando el contexto se los demanda? Las teorías de la identidad étnica actualmente sostienen que adoptamos y cambiamos nuestras identidades cuando las circunstancias lo demandan; por ejemplo, cuando hay nuevos recursos disponibles, o cuando otras personas intentan usar o tomar re-

CUADRO 1
TIPOS DE INVESTIGACIÓN

| *Tipo de investigación* | *Forma de colaboración* | *Programas académicos* | *Oportunidades profesionales* | *Contribución a las políticas y programas de salud* |
|---|---|---|---|---|
| Multi-disciplinario | Los investigadores trabajan en forma paralela o secuencial, desde una disciplina específica para abordar problemas comunes | Dentro de las disciplinas y facultades existentes | Atractivas | Resolución de problemas específicos a corto plazo |
| Inter-disciplinario | Los investigadores trabajan juntos, pero desde cada disciplina | Entre disciplinas y facultades; creación de programas compartidos | Necesitan fortalecerse | Nuevos programas específicos y resolución de problemas |
| Trans-disciplinario | Los investigadores trabajan juntos, usando un marco conceptual compartido que reúne teorías, conceptos y enfoques de disciplinas específicas | Síntesis de departamentos - nuevo departamento, nuevo campo de investigación | No existen todavía | Programas y acciones transectoriales de base amplia, de mayor duración; nuevos conceptos, métodos y políticas |

Fuente: extraído de P. Rosenfield, "The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences", cuadros 3 y 4, *Social Science and Medicine 35*, 1992, págs. 1343-1357.

cursos considerados tradicionalmente como nuestros. En síntesis, la posibilidad y el interés actual de discutir el tema de intercambios y las barreras entre ambos campos supone considerar una diversidad

de situaciones: incursión, conflicto, defensa o invasión futura, metafóricamente hablando.

No debe olvidarse que la separación entre sujetos *y métodos de investigación* llamados "sociales" *vis à vis* "clínicos" tiene su propia contingencia. Con el tiempo podemos ver claramente que el objetivo clínico de los eugenistas de principios de siglo era un objetivo social. Más recientemente, las demoras y los conflictos sobre la aprobación del mifepristone (RU-486) en los Estados Unidos ilustran las contingencias que influyen para que una cuestión sea considerada como social o como clínica. O sea, la oposición al aborto no objeta tanto que las píldoras de mifepristone sean inmorales, sino que son peligrosas. Y plantearse en qué momento comienza la vida humana ¿es una pregunta social o clínica? ¿Debe la Organización Mundial de la Salud invertir en investigaciones sobre métodos de planificación familiar natural?, ¿es una pregunta social o clínica? ¿Y cuál es el papel de la violencia doméstica en cuanto a la salud reproductiva?, ¿es una pregunta social o clínica? En suma, con preguntas como éstas, las respuestas nos ayudan a identificar los prejuicios intelectuales y políticos de los encuestados, y las contingencias históricas de las respuestas.

Me interesa entonces que cuando analicemos la relación entre las ciencias sociales y biomédicas, evitemos quedar prisioneros de nuestras metáforas. Hay que escogerlas (y sufrirlas), no sólo usarlas.

## DESAFÍO: DEFINIR NECESIDADES Y OPORTUNIDADES LOCALES

Propongo que parte de nuestro desafío lo constituye la búsqueda de metáforas apropiadas. Voy a mencionar algunas categorías y ejemplos donde deberemos explorar para encontrar metáforas locales y apropiadas si queremos buscar oportunidades para intercambios entre las ciencias sociales y biomédicas. Elegiré arbitrariamente algunos ejemplos relevantes en América latina, y otros más comunes, y los pondré dentro de cuatro categorías ilustrativas. Quiero destacar las siguientes: el uso de la investigación para fines políticos; la presencia de grupos de presión o interés; las formas de estructuras institucionales, y los atributos del sujeto en estudio.

### Uso de la investigación para fines políticos

En América latina las reformas del Estado y las reformas en el sector de la salud influyen también sobre el campo de la salud reproductiva (Langer *et al.*, 2000). Ofrecen a la vez varias oportunidades y ries-

gos para la colaboración entre científicos sociales y biomédicos. Hay oportunidades para estudiar temas como costo-efectividad, vigilancia epidemiológica, cobertura de servicios, valor de varios estados de salud/enfermedad y comunicación entre médicos y pacientes. Son temas que tal vez se pueden llamar "transdisciplinarios". Pero a la vez, como sostienen Langer *et al*. (2000), hay riesgos en la posible brecha entre retórica y práctica, y en un enfoque sobre costos que sacrifique la calidad de la atención.

Para estudiar las nuevas oportunidades de este nuevo mundo, podemos observar en muchos países una migración profesional de la universidad al gobierno, o a las agencias o bancos internacionales. Las fuertes críticas al Estado de varios amigos míos disminuyeron bastante después de su migración al Banco Mundial o al CDC en Atlanta. La metáfora "ciencias en" *vis à vis* "ciencias de" es muy relevante aquí.

## Presencia de grupos de presión o interés

Cuando Sonia Álvarez analiza cómo este enfoque de la reforma del Estado está influyendo sobre el feminismo latinoamericano, refiere cambios dentro de ese movimiento desde la acción popular hasta políticas y concentración de recursos en las organizaciones no gubernamentales (1998, pág. 1). Se pregunta qué quiere decir ser "experta en género" en vez de miembro de un "grupo popular que defiende los derechos de las mujeres" (Álvarez 1998, pág. 1). ¿Qué implicancias hay para las teorías de la sociedad usadas en estudios hechos por estos grupos? ¿Y cambia la forma de las coaliciones entre científicos y el público? En síntesis, la metáfora de la presión nos ofrece oportunidades de examinar la interacción entre disciplinas científicas, entre científicos y decisores, y entre científicos y el público.

## Las formas de las estructuras institucionales

La metáfora de "estructura" nos ayuda a pensar mejor en las condiciones del trabajo para los científicos sociales y biomédicos. (Y en la Argentina, la metáfora de un edificio caído es particularmente fuerte.)[1] El tamaño de las comunidades científicas, y la separación en

1. Se refiere a los atentados terroristas a la Embajada de Israel y de la AMIA, mutual de la comunidad judía, ocurridos en Buenos Aires, el primero el 17 de marzo de 1992, y el segundo, el 18 de julio de 1994.

América latina entre las escuelas profesionales y las disciplinas académicas, también divide las ciencias biomédicas de las ciencias sociales. ¿Cuántos científicos sociales hay en América latina? ¿Y cuántos biomédicos? En los Estados Unidos en 1997 había casi 2.500 miembros de sociedades de las ciencias sociales contando los de la Sociedad de Antropología Médica y la de Sociología Médica. Por otra parte, había 685.000 médicos en actividad, y casi 78.000 personas que trabajaban en facultades de medicina (Department of Health and Human Services, 2000). Si incluimos otras disciplinas como economía, psicología y ciencias políticas, arbitrariamente podemos duplicar a 5.000 el total de científicos sociales de los Estados Unidos involucrados en salud. Pero esto es sólo el 0,007% del total de médicos en actividad, y el 6% del total de las facultades de medicina. En una encuesta de la Sociedad Norteamericana de Facultades de Medicina, el porcentaje de docentes de facultades de medicina que trabajaban en departamentos clasificados como de ciencias sociales fue del 0,01%.

Finalmente, la metáfora de la estructura nos lleva a examinar los distintos diseños de las instituciones científicas, su arquitectura y hasta los distintos tamaños de los edificios.

## Atributos del sujeto en estudio

Los contenidos de la investigación nos ofrecen oportunidades ricas para la selección de metáforas apropiadas. Por ejemplo, un médico en México se refirió a "la bendita llegada del cólera". Nosotros tenemos trabajo, en el campo de la salud, gracias a las enfermedades. En este sentido, el médico reconocía la importancia del cólera como señal de alarma –y oportunidad– para el programa de lucha contra la diarrea. Fue (y es) una lucha que integró a investigadores de muchas disciplinas. En este mismo sentido (y sólo en este sentido) deberemos reconocer la importancia de la llegada del sida como motivación para muchos trabajos multi e interdisciplinarios. A la vez, podemos pensar en una obra transdisciplinaria, como los esfuerzos de Jonathan Mann de establecer el estudio del sida como un tema de los derechos humanos.

El tema de la salud reproductiva ofrece oportunidades de intercambio entre científicos sociales y biomédicos tan ricas como las que hallamos actualmente en el campo del sida. Plantear la salud reproductiva en el marco de los derechos humanos (Langer *et al.*, 2000), nos acerca a los objetivos de Jonathan Mann. En otras palabras, no podemos sostener posiciones en salud reproductiva que apoyen o aumenten la separación entre las ciencias sociales y biomédicas.

## CONCLUSIONES

He jugado con varias imágenes y metáforas en el transcurso de mi presentación. Algunas de estas metáforas nos ayudan a pensar en las formas de las relaciones entre las ciencias sociales y biomédicas, otras nos ayudan a comunicarnos con distintas audiencias –y por eso deberemos escogerlas consciente y cuidadosamente–.

Volviendo a mi primera (y última) metáfora: ¿si hablamos de ciencias sociales y ciencias biomédicas, estamos construyendo dos catedrales temporales? Si una es erguida en piedra y la otra tipográfica, ¿cuál es cuál? ¿O podemos pensar que estamos, artículo tras artículo, libro tras libro, década tras década y siglo tras siglo, moviéndonos hacia un arquetipo de conocimiento que ahora es inconcebible? Tenemos algunos ejemplos de lo que es posible. ¿Podemos mantener la curiosa esperanza de Schiavo?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarez, S.: "Advocating feminism: the Latin American feminist NGO 'boom.'", informe presentado en el Department of Politics, University of California Santa Cruz, 2 de marzo de 1998, pág. 1. http://www.mtholyoke.edu/acad/latam/schomburgmoreno/alvarez.html, agosto de 2000.

Borges, J. L.: *La cifra*, Buenos Aires-Madrid, Emecé, 1981.

Bronfman, M.; Langer, A. y Trostle, J.: *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, México, Instituto Nacional de Salud Pública y Manual Moderno, 2000, pág. 79.

Department of Health and Human Services. Health Resource Services Administration. United States Health Workforce Personnel Factbook, Table 201. Total and active physicians (MDs) and physician-to-population ratios, selected years 1950-1997, 2000. http://bhpr.hrsa. gov/healthworkforce-/factbook.htm, septiembre de 2000.

Langer, A.; Nigenda, G. y Catino, J.: "Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links", en *Bull*, Organización Mundial de la Salud, 2000, vol. 78, págs. 667-676.

Snow, Ch. P.: *Two Cultures and the Scientific Revolution*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

Straus, R.: "The Nature and Status of Medical Sociology", en *American Sociological Review 22*, 1957, págs. 200-204.

# II
# LA COMPLEMENTACIÓN ENTRE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA E INVESTIGACIÓN SOCIAL

# REFLEXIONES METODOLÓGICAS EN TORNO A UN ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN PAÍSES EN DESARROLLO

Gustavo Nigenda
Mariana Romero
Ana Langer

## INTRODUCCIÓN

Los estudios que combinan perspectivas teórico metodológicas de las ciencias sociales y la biomedicina son cada día más frecuentes. Este enfoque integrador ayuda a comprender procesos en el campo de la salud que son de naturaleza compleja y que apuntan no sólo a explicar los fenómenos de la manera más profunda posible, sino también a proponer formas o mecanismos de acción para su solución a través de la definición de políticas de salud apropiadas (Bryman y Burgess, 1994).

El presente documento expone la experiencia de un estudio realizado por un grupo interdisciplinario de investigadores interesado en poner a prueba la utilidad de la evidencia científica en el mejoramiento de servicios de salud prenatales que se prestan a mujeres embarazadas en cuatro países en desarrollo. El objetivo del proyecto "Ensayo Clínico Aleatorizado para la Evaluación de un Nuevo Modelo de Atención Prenatal" era mostrar que la reducción del número de visitas y el uso racionalizado de recursos y tecnologías utilizados para la atención prenatal permitirían, de acuerdo con las recomendaciones de diversos estudios científicos, ahorrar recursos y mantener un nivel adecuado de calidad de la atención sin afectar los resultados del proceso en términos del riesgo biológico de mujeres e hijos (Villar, *et al*., 2001).

El proyecto incluyó la participación de cuatro países: Arabia Saudita, Argentina, Cuba y Tailandia. El diseño del estudio en su versión

inicial era una investigación clínica en la forma de un ensayo clínico aleatorizado, donde sólo se obtenían datos "duros", objetivos y con técnicas de recolección de datos cuantitativos. A este núcleo metodológico inicial se incorporaron más tarde dos componentes. Uno de ellos tenía como objetivo llevar a cabo una evaluación económica con el fin de mostrar la reducción de costos que el nuevo modelo implicaba para las unidades de atención y para la población. El segundo módulo, denominado originalmente de calidad de la atención, buscaba describir la percepción de proveedores y usuarias acerca de los cambios en el protocolo de atención, así como ofrecer recomendaciones a planificadores y administradores de servicios de atención prenatal sobre las modificaciones de los protocolos de atención con miras a hacer más eficiente la entrega de servicios (Langer, *et al.*, 1998).

El componente de calidad de la atención fue el único componente del estudio interesado en obtener y analizar información cualitativa, derivada de percepciones u opiniones de los informantes. En el proceso de integrar este análisis del estudio se obtuvieron valiosas experiencias que son expuestas a continuación.

## METODOLOGÍA

### Del estudio en su conjunto

El componente clínico de la investigación consideró la obtención de información basal de las unidades de atención inicialmente seleccionadas en los cuatro países a fin de identificar indicadores de resultado, como número de muertes maternas y de muertes neonatales para compararlos posteriormente con los obtenidos a partir de la modificación del protocolo. Una vez terminada la fase de obtención de información basal, se aleatorizaron las unidades de atención y se definieron grupos experimentales y control en cada país. Debe mencionarse que la estructura de servicios difería en cada uno de ellos; en Arabia Saudita y Cuba, la gran mayoría de las unidades eran de primer nivel de atención. En la Argentina y Tailandia se incluyeron también unidades de más alto nivel de complejidad, aunque el estudio se hizo solamente en áreas ambulatorias.

El tamaño de la muestra de mujeres estuvo prefijado para cada unidad de atención. El total de mujeres incluido para los cuatro países fue de 20.000. Se registró información sobre consultas y sus resultados, así como la condición de salud de las mujeres durante el embarazo y el parto, y el estado de salud del recién nacido.

## Del componente de calidad de la atención

A diferencia del componente clínico de la investigación, el componente de calidad de la atención no recolectó información basal, por lo que toda la información se recogió en un solo período. Este componente se desarrolló en dos fases. La primera, de corte cualitativo y la segunda, de corte cuantitativo. La fase cualitativa fue diseñada con el fin de obtener una perspectiva etnográfica de los temas en estudio. En esta fase, en cada uno de los países, se llevaron a cabo grupos focales con mujeres dispuestas a participar en cada una de las unidades de atención. En algunos casos se realizaron entrevistas individuales con mujeres que por diversas razones no hubieran podido o querido participar en los grupos focales pero que estuvieron dispuestas a ofrecer sus opiniones de manera individual. También se llevaron a cabo entrevistas con personal de salud, particularmente con quienes estuvieran en disposición de proporcionar información. Finalmente, la fase etnográfica incluyó observaciones por parte del investigador de campo seleccionado en cada país, particularmente sobre el ambiente de las unidades de atención y las relaciones entre el personal y las pacientes. Tanto para mujeres como para el personal se utilizó una guía temática para conducir la entrevista y recuperar información relevante al proyecto.

El componente cuantitativo incluyó un censo al personal y una encuesta a una muestra representativa de mujeres que participaron en el estudio. En ambos casos se diseñó un cuestionario de aplicación fácil y rápida. Si bien los contenidos de las preguntas del cuestionario reflejaban los objetivos del estudio general, las preguntas eran formuladas de tal forma que recuperaran algunos de los resultados de la fase cualitativa. Se tuvo especial cuidado en las preguntas para identificar niveles de satisfacción, ya que diversos estudios han mostrado que en general las usuarias siempre señalan estar satisfechas con los servicios que reciben. Por lo tanto, se optó por hacer una pregunta directa para relevar la satisfacción, y dos indirectas. En el caso del censo al personal, el cuestionario fue autoadministrado. Versiones iniciales de todos los instrumentos fueron probadas antes de su aplicación. La versión original de todos ellos fue en castellano y se realizaron traducciones en función de las necesidades. La versión en castellano se probó en campo tanto en Cuba como en la Argentina, y los instrumentos finales contenían pequeñas diferencias en la redacción a fin de que el significado de la pregunta fuera entendido con precisión en cada país. En el caso de Tailandia y Arabia Saudita, los instrumentos fueron inicialmente traducidos al inglés por los coordinadores del

componente y posteriormente al tailandés y al árabe por el responsable del operativo de campo. En el caso del cuestionario a proveedores de atención, en Cuba y la Argentina se aplicó una sola versión en castellano, y en Tailandia y Arabia Saudita una sola versión en inglés, ya que se consideró, de acuerdo con los coordinadores del estudio en esos dos países, que el manejo del idioma inglés era amplio entre los proveedores (véase cuadro 1). En el caso de la encuesta a mujeres, el cuestionario fue aplicado por personal entrenado.

CUADRO 1
IDIOMAS EN LOS QUE SE PRESENTARON
LOS DIFERENTES CUESTIONARIOS EN CADA PAÍS

| *País* | *Proveedores* | *Usuarias* |
|---|---|---|
| Argentina | Castellano | Castellano (con ajustes de lenguaje) |
| Cuba | Castellano | Castellano (con ajustes de lenguaje) |
| Arabia Saudita | Inglés | Árabe |
| Tailandia | Inglés | Tailandés |

El cuestionario se aplicó a sesenta y siete prestadores de servicios de salud. El total de mujeres en la muestra de usuarias fue de 2.400 en los cuatro países (600 en cada uno y 300 por grupo) y fueron seleccionadas de forma sistemática.

En cada país se seleccionó y se entrenó a una persona para responsabilizarse del operativo de campo del componente. Se seleccionaron a cuatro mujeres, con formación profesional (dos enfermeras, una psicóloga y una médica), con experiencia en el área de salud (como investigadoras o prestadoras de servicios). En tres casos con experiencia en investigación y en uno con experiencia en el uso de técnicas cualitativas de investigación social. A su vez, cada una de ellas reclutó en su país el equipo de trabajo de campo con el que trabajaría. El criterio principal en este caso era tener algún vínculo con el campo de la salud, el cual se cumplió en todos los casos.

## RESULTADOS DEL COMPONENTE DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

### La fase cualitativa

Esta fase del componente tenía como propósito identificar una serie de aspectos genéricos relacionados con la percepción de la calidad de la atención presentes tanto en el contexto sociocultural de los grupos en estudio como en el ámbito institucional de la producción de servicios. Con esta fase también se buscó identificar una serie de temáticas para ser incluidas en los cuestionarios de la fase cuantitativa.

En su fase cualitativa el estudio mostró la influencia de los contextos cultural e institucional en la generación de conceptos sobre embarazo y atención de la salud, en la interpretación de la experiencia con las unidades de atención y los prestadores de servicios de salud, así como en la opinión desarrollada en relación con el programa de atención prenatal.

Los conceptos sobre embarazo se movieron en un rango amplio, caracterizado primordialmente por la existencia-inexistencia de una visión religiosa-espiritual. Así en uno de los extremos, en Arabia Saudita, el papel de la determinación de los actos humanos por una fuerza divina se encontraba presente en las explicaciones que las mujeres daban sobre el origen y curso del embarazo y sus resultados. En el otro extremo, en Cuba y la Argentina, predominó una visión en la cual el embarazo se observa como una función natural, asociada en el caso del primer país, a un uso amplio de un lenguaje médico profesional (Nigenda *et al.*, mimeo).

La experiencia con servicios de salud y proveedores se encuentra asociada a diversos aspectos organizacionales, de dotación de recursos y de atención por parte del personal que caracteriza a los distintos países. De esta forma, en Tailandia y Arabia Saudita existe una preferencia marcada por recibir atención de las parteras capacitadas disponibles en los servicios. En la Argentina hay una demanda manifiesta y sostenida por el uso de tecnologías como el ultrasonido, que no se observó en otros países. En Cuba una queja recurrente fue la escasez crónica de recursos con la que operan los servicios.

Los contextos cultural-social e institucional se encuentran enlazados en la determinación de la opinión de las mujeres sobre la atención prenatal. Por ejemplo en Cuba, si bien existe una ostensible escasez de recursos materiales, el monitoreo por parte del personal de salud supera en mucho al del resto de los países. Asimismo, mientras que en todos los países las mujeres buscan apoyo afectivo en sus parejas durante el embarazo, que obtienen o no como parte de la interpreta-

ción personal de una norma social, en Arabia Saudita la separación de unidades de salud entre hombres y mujeres hace imposible que los varones estén en el alumbramiento y por ello se debe buscar el apoyo en otro miembro de la familia o del personal de la unidad de atención.

### La fase cuantitativa

El objetivo principal del estudio fue conocer el nivel de satisfacción de usuarias y proveedores con el nuevo modelo de atención, por lo tanto los instrumentos se aplicaron de manera homogénea en muestras representativas de mujeres seleccionadas tanto en el grupo de unidades control como experimentales. En consecuencia, el estudio se concentró en los cambios principales que el modelo introdujo, como el número de visitas, el espaciamiento entre ellas, la información ofrecida y recibida, y la seguridad emocional que los proveedores transmiten a las mujeres (Langer *et al*., mimeo).

Las mujeres en el nuevo modelo estuvieron menos satisfechas con el número de visitas (77,4 vs. 85,2; IC de la diferencia: -15,9% a 0,23%) y el espaciamiento entre ellas (72,7% vs. 81,0%; IC de la diferencia: -16,8% a 0,3%) que sus contrapartes en el modelo normal. Las mujeres en las clínicas, tanto de intervención como de control, se encontraban igualmente satisfechas con el tiempo de espera, pero las del nuevo modelo estaban más satisfechas con el tiempo que el proveedor les dedicaba (85,7% vs. 79,1%; IC de la diferencia: -0,5% a 13,7%) (véase cuadro 2).

Uno de los componentes principales del nuevo modelo de atención era ofrecer mejor información y más sistematizada a las pacientes. Por tanto, la satisfacción de las mujeres con la información recibida de los proveedores fue explorada de manera especial. La encuesta mostró que las pacientes, tanto en el grupo control como en el de intervención, se encontraban igualmente satisfechas con la información recibida sobre su salud, las pruebas durante el embarazo y los tratamientos requeridos. El resto de las variables exploradas también mostró un efecto positivo de la intervención en la satisfacción de las mujeres. De hecho, aquellas en el grupo de intervención se encontraban mucho más satisfechas con la información recibida sobre el proceso normal (trabajo de parto y alumbramiento, amamantamiento y planificación familiar) y con la identificación de signos de peligro (ruptura de membranas, hemorragias y contracciones prematuras).

Usualmente se espera que los profesionales de la salud focalicen la información que proporcionan acerca de cuestiones que preocupan a

CUADRO 2
SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON LA ATENCIÓN PRENATAL
SEGÚN GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL*

| *Satisfacción con:* | *Grupo experimental (%)* | *Grupo control (%)* | *Diferencia ajustada (%)* | *IC 95%* |
|---|---|---|---|---|
| Número de visitas | 77,4 (789) | 85,2 (744) | -7,9 | (0,2; -16,0) |
| Espaciamiento entre visitas | 72,7 (782) | 81,0 (744) | -8,3 | (0,3; -16,8) |
| Tiempo de espera | 78,3 (780) | 77,6 (743) | 0,7 | (8,8; -7,4) |
| Tiempo con el proveedor | 85,7 (789) | 79,1 (747) | 6,6 | (13,7; -0,5) |

* Diferencias e IC 95% ajustadas por estrato del análisis de conglomerado de porcentajes.

sus pacientes. A fin de evaluar los cambios introducidos en el nuevo modelo, se preguntó a las pacientes sobre sus preocupaciones. A aquellas mujeres que manifestaban preocupaciones específicas, se les preguntó sobre el tipo de información obtenida de los proveedores que podría generarles seguridad emocional. En general, una proporción similar en las clínicas de control y de intervención expresó preocupaciones sobre la posición, el tamaño y las anormalidades del feto, el parto prematuro y otras complicaciones. Sin embargo, el estudio refleja que una mayor proporción de mujeres del grupo de intervención se sintieron más seguras, aunque estas diferencias no alcanzaron a tener una significancia del 5%.

En general, las mujeres de ambos grupos de la muestra mostraron niveles más altos de satisfacción, sin diferencias significativas entre ellas. Los niveles de satisfacción expresados fueron altos también cuando se les preguntó de manera directa (es decir, nivel de satisfacción) o indirecta (es decir, ¿regresaría a la misma unidad en un próximo embarazo?). El índice de satisfacción global mostró que más del 90% de las mujeres en ambos modelos dijeron estar "muy satisfechas" (véase cuadro 3).

CUADRO 3
SATISFACCIÓN GENERAL DE USUARIAS CON LA ATENCIÓN PRENATAL, SEGÚN GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL*

| *Satisfacción con:* | *Grupo experimental (%)* | *Grupo control (%)* | *Diferencia ajustada (%)* | *IC 95%* |
|---|---|---|---|---|
| En general, ¿hasta la fecha está usted satisfecha con la atención recibida en esta clínica? | 99,1 (786) | 98,9 (740) | 0,2 | (2,4; -1,9) |
| Si estuviera embarazada de nuevo, ¿regresaría a esta clínica? | 96,8 (785) | 95,4 (742) | 1,4 | (4,9; -2,2) |
| ¿Recomendaría esta clínica a una pariente o amiga para que le dieran seguimiento a su embarazo? | 98,1 (780) | 96,5 (743) | 1,6 | (4,7; -1,4) |
| Índice general de satisfacción | 95,4 (787) | 93,4 (744) | 2,05 | (6,6; -2,5) |

* Diferencias e IC 95% ajustados por estrato de un análisis de porcentajes de conglomerados.

El censo de proveedores mostró que el menor número de visitas en el modelo nuevo no era un problema, ya que no había diferencias importantes entre proveedores en ambos grupos del estudio. Sin embargo, los proveedores en el nuevo modelo manifestaron estar menos satisfechos con el espaciamiento de visitas (60,9% vs. 69,5%), pero más satisfechos con el tiempo que dedican a atender a cada mujer durante la visita (85,9% vs. 69,5%). A fin de identificar la satisfacción con la información provista tanto desde la perspectiva del proveedor como de la usuaria, se diseñó y aplicó un sistema de calificación para identificar la satisfacción de las mujeres con la información recibida. Es interesante resaltar que la calificación general que los proveedores se otorgan a ellos mismos como transmisores de información es más alta que la otorgada por las mujeres, tanto para el grupo control como

para el de intervención. Finalmente, sólo una quinta parte de los proveedores entrevistados en el grupo de intervención calificó la información que proveían como "muy buena" (20,7%), mientras que una proporción más alta de los ubicados en las clínicas con programa tradicional se otorgaron a sí mismos la misma calificación (30,5%).

## RETOS METODOLÓGICOS ENFRENTADOS POR EL COMPONENTE DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

*a) El diseño del componente en relación con el resto del estudio.*

El diseño del estudio en general fue hecho sobre la base de un ensayo clínico aleatorizado, donde la capacidad de contrastación estadística se daba a través de la definición de un grupo de intervención y su comparación con el grupo control. Cada grupo estaba constituido por cuatro fracciones correspondientes a la muestra de cada país. El componente de calidad de la atención además de recuperar información sobre el contexto sociocultural e institucional y su relación con la opinión de los informantes sobre los cambios en el protocolo de atención, buscó obtener representatividad estadística al alinear su muestra de mujeres a la del estudio general, al mismo tiempo que buscaba asegurar la validez metodológica al indagar con profundidad los determinantes de las opiniones.

*b) El personal que participó en el relevamiento de la información.*

En un estudio donde se indaga sobre una gran cantidad de variables de orden epistemológico distinto y donde la posibilidad de supervisión permanente y personalizada es prácticamente imposible, se debe reclutar personal de coordinación adecuado para las tareas que hay que cumplir. A esta problemática se debe añadir la escasez de personal local especializado en cada país. El estudio optó por dar prioridad a personas que tuvieran cierta experiencia de trabajo en el campo de la salud. Lo anterior, sin embargo, no garantizó homogeneidad en los años y en el tipo de experiencia, en el manejo de conceptos y técnicas, y en la experiencia de campo. Se buscó obtener la homogeneidad deseada a través de un proceso de entrenamiento intensivo y de visitas de supervisión en momentos clave del trabajo de campo.

*c) El trabajo de campo.*

Las condiciones para llevar a cabo el trabajo de campo en cada país fueron de naturaleza distinta. Entre los aspectos relacionados

con esto se encuentran: a) los político institucionales, y b) los sociales culturales. En ambas áreas es posible encontrar condiciones facilitadoras o problematizadoras de los procesos de investigación. Los tiempos de adaptación de un equipo de investigación para poder llevar a cabo procesos de recolección de información en profundidad varían y pueden tomar tiempo excesivo para el marco temporal del proyecto en su conjunto. Por ello se plantea la importancia de que personal local, familiarizado con la cultura y las instituciones, sea quien lleve a cabo el relevamiento.

*d) Los instrumentos.*

El gran reto es garantizar la validez y confiabilidad de los instrumentos en un escenario donde es necesario aplicar los mismos instrumentos en países en los que se hablan distintos idiomas y en los que las posibilidades de intercomunicación entre los equipos son escasas. La posibilidad de que las traducciones cambien el sentido de las preguntas es real, lo cual podría afectar tanto la validez como la confiabilidad. No obstante, se tomó la decisión de traducir y hacer ajustes de lenguaje, sólo cuando fue estrictamente necesario.

*e) El análisis.*

Los retos en este campo son de naturaleza distinta. El primero de ellos fue buscar los nexos analíticos entre la información de tipo cuantitativo y de tipo cualitativo (Langer *et al.*, 1998). Es posible que, dado el nivel de profundidad con el que cada uno recoge información, existan contradicciones entre las versiones de los informantes. Por otra parte, el diseño de la muestra del estudio en su conjunto no permite hacer inferencias por país sustentables estadísticamente. No obstante, es claro –al menos teóricamente– que el contexto social, cultural e institucional en cada uno de ellos determina la respuesta de los informantes, tanto de proveedores como de usuarias de los servicios. Creemos que el análisis comparando países puede generar líneas de interpretación importantes, aun a riesgo de perder capacidad inferencial.

## DISCUSIÓN

La experiencia expuesta en líneas anteriores muestra que la participación de las ciencias sociales y las biomédicas en la generación e interpretación de resultados de investigación es factible y aconsejable. Si bien las ciencias biomédicas parten de normas preestablecidas y

formas de investigación esencialmente deductivas y poco flexibles, sus fortalezas en cuanto a la aplicación sistematizada del método científico, particularmente en los ensayos clínicos aleatorizados, opera como un sólido esqueleto del proceso de investigación. La rigurosidad en la definición de las variables que se estudiarán, en el diseño y selección de las muestras y en los esquemas de análisis crean un marco adecuado de colaboración y definen las fronteras del análisis. A continuación se discuten las aportaciones del enfoque cualitativo así como las ventajas de la combinación de ambos enfoques.

## Aportaciones del enfoque cualitativo

En el caso particular de la investigación que se reporta en el presente artículo, existe una serie de aspectos positivos en la utilización de la perspectiva cualitativa:

a) La identificación de variables no consideradas originalmente como relacionadas con la respuesta de los informantes permitió ahondar en los determinantes de las respuestas ofrecidas, principalmente por parte de las mujeres. Esto se observó cuando fue posible identificar que las respuestas de evaluación positiva o negativa de la calidad estaban relacionadas con aspectos de tipo sociocultural (es decir, la religión del proveedor y el tipo de información esperado por parte de las usuarias).

b) Utilización de distintos métodos para contrastar respuestas. El acercamiento etnográfico a la realidad social parte de entender los discursos de los entrevistados como expresiones de su propia subjetividad. En este sentido, la comparación de las opiniones de distintos informantes genera sustratos interpretables en más de un sentido pero que permiten identificar las distintas experiencias en relación con un mismo aspecto (es decir, la consulta clínica).

c) Interés por entender el significado que los individuos le dan a sus actos en lugar de cuantificar. Si consideramos los significados que los individuos otorgan a las experiencias como sustratos de los comportamientos, resulta imprescindible indagar lo más profundamente posible las razones por las cuales las mujeres prefieren más o menos visitas prenatales, ser atendidas por un especialista o un médico familiar o ser atendidas por un hombre o una mujer. Desde luego los significados a su vez se expresan dentro de una matriz cultural que los determina. Así por ejemplo, el significado religioso que se da a la salud y a la atención de la salud predomina en Arabia Saudita pero no aparece en Cuba o en la Argentina.

d) Combina la perspectiva de los actores del proceso y los observadores externos. La interacción entre entrevistado y entrevistador más allá de la aplicación de un formulario de preguntas cerradas, permite al observador incursionar en la perspectiva del informante. Esto implica la posibilidad de exponer interpretaciones subjetivas de los fenómenos desde la perspectiva de quienes los viven día a día y no desde la perspectiva de quien los analiza. Esto permite, de acuerdo con la situación, dar realce a la voz de los miembros más débiles de una sociedad o de quienes no tienen mecanismos para expresar sus opiniones. En el estudio expuesto las mujeres encontraron un mecanismo de expresión ideal en su participación en los grupos focales.

## Aportaciones del análisis cualitativo-cuantitativo

La utilización combinada de métodos cualitativos y cuantitativos genera dilemas teóricos y metodológicos de naturaleza compleja que cada proyecto de investigación debe enfrentar y resolver. En el presente proyecto los aspectos más importantes en la combinación de ambos acercamientos fueron:

a) *Las preguntas de investigación.* Aunque las preguntas y los objetivos de la investigación apuntaban originalmente a la aplicación de un diseño cuasiexperimental con la participación de métodos cuantitativos, la ampliación hacia preguntas y objetivos relacionados con la evaluación de la dimensión subjetiva de la calidad de la atención generó la necesidad de introducir técnicas de investigación más flexibles, aunque no menos rigurosas, para la recolección de información apropiada.

b) *Los instrumentos de investigación.* El papel de los instrumentos cualitativos fue captar la diversidad de interpretaciones en torno a un mismo fenómeno. El papel de los instrumentos cuantitativos fue generar capacidad inferencial sobre la respuesta de los informantes. Ambos papeles o funciones son complementarios.

c) *El análisis.* Tanto los resultados de la fase cuantitativa como de la cuantitativa coinciden en mostrar que los cambios en el protocolo de atención no generan resistencias por parte de las usuarias y que son apoyados por los proveedores. A nivel nacional existen variaciones sobre estos patrones generales que pueden ser identificados por el análisis cuantitativo, pero interpretados sólo de manera parcial en este nivel. En la fase de análisis cualitativo los aspectos para realizar la interpretación de los fenómenos se ampliaron y permitieron un análisis más profundo.

d) *Contrastación de resultados.* El diseño metodológico permitió que algunos temas pudieran ser contrastados. La satisfacción general fue medida tanto directa como indirectamente, obteniéndose altos niveles de satisfacción. Es más relevante contrastar aspectos específicos de la satisfacción que buscar interpretar la satisfacción genéricamente. También fue posible contrastar temas entre informantes (cuadro 4). De esta forma, se muestra que la percepción de proveedores y usuarias establece diferencias importantes en la evaluación de los mismos fenómenos.

CUADRO 4
COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE INFORMACIÓN ENTRE PROVEEDORES Y USUARIAS EN GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL

| | *Grupo experimental* | | *Grupo control* | |
|---|---|---|---|---|
| | *Proveedores* | *Usuarias* | *Proveedores* | *Usuarias* |
| Calificación promedio* | 5,6 | 3,4 | 5,2 | 2,9 |

* Máxima calificación posible: 6.

e) *La aplicabilidad de los resultados.* Para el caso particular del estudio de la atención prenatal, la recomendación para el diseño de políticas está relacionada con el hecho de que es posible reducir el número de consultas prenatales si se resguardan apropiadamente aspectos de la calidad de la atención como la información proporcionada a las mujeres, lo cual además traerá un aumento en la eficiencia en el uso de los recursos involucrados. El componente de calidad de la atención, por su parte, recomendaría que para que este esquema sea aplicado de manera exitosa, es necesario tomar en consideración, en cada país, variantes relativas al tipo de información en el que se hace énfasis, el tipo de proveedor que debe brindar esa información y el respeto a las formas culturalmente establecidas de entender el embarazo, el alumbramiento y los cuidados en este período de la vida de las mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bryman, A. y Burgess, R. (comps.): *Analyzing Qualitative Data,* Londres, Routledge, 1994.

Langer, A.; Nigenda, G.; Romero, M. *et. al*.: "Conceptual Bases and Methodology for the Evaluation of Women and Providers Perspective on the Quality of Antenatal Care in the WHO Randomized Controlled Trial", en *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 12, supp. 2, octubre de 1998, págs. 98-115.

Langer, A.; Nigenda, G.; Romero, M. *et al*.: "Are women and providers satisfied with ante-natal care? Views on a standard and a new model of care in four developing countries", mimeo.

Nigenda, G.; Kuchaisit, Ch.; Langer, A. *et al*.: "Concepts on Quality of Antenatal Care in Developing Countries: Results of an Evaluation in Argentina, Cuba, Saudi Arabia and Thailand", mimeo.

Villar, J.; Ba'aqeel, H., Piaggio, G.; Lumbiganon, P.; Belizán, J. M.; Farnot, U.; Al-Mazrou, Y.; Carroli, G.; Pinol, A.; Donner, A.; Langer, A.; Nigenda, G.; Mugford, M.; Fox-Rushby, J.; Hutton, G.; Bergjso, P.; Bakketeig, L. y Berendes, H.: for the Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care, en *The Lancet*, vol. 357, ed. 9268, 2001, pág. 1551.

# ACEPTABILIDAD DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN CHILE: UNA EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

Paulina Vidal Pollarolo

## ASPECTOS GENERALES

Actualmente, tanto en el mundo científico como en la vida cotidiana, se considera que una visión parcial de la realidad no puede dar cuenta de las múltiples dimensiones de los fenómenos sociales. La compleja red de variables que incide en estos hechos, de los cuales la salud de las personas es uno de ellos, exige que sean analizados de manera integral.

De esta constatación comenzó a surgir la necesidad de un encuentro entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, tanto para entender distintos procesos relacionados con la salud de las personas, como para responder adecuadamente a sus necesidades. A pesar de esto, el trabajo en conjunto no ha estado libre de dificultades.

Los estudios realizados en América latina, que incorporan la metodología cualitativa proveniente de las ciencias sociales, han sido considerados poco científicos. Esto obedece al predominio aún existente de una visión positivista del conocimiento según la cual se valoran diferencialmente los estudios que provienen de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud, en el campo de la salud. De hecho se considera que el saber médico es no sólo técnica sino científicamente más importante. Esto trae como consecuencia que la asignación de recursos no sea equitativa y se privilegien algunos abordajes metodológicos, algunas temáticas y algunos grupos de investigadores, situación que en última instancia promueve el fortalecimiento de grupos y vi-

siones hegemónicas y parciales en el campo de la investigación en salud, y la persistencia de relaciones de poder desiguales.

## Las ciencias sociales en ICMER

El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) es una organización no gubernamental que desde l985 lleva a cabo investigaciones en el área biomédica en salud reproductiva, anticoncepción, infertilidad, lactancia y atención en el período posparto.

La comprensión de que el éxito de los programas de ICMER no podía ser únicamente explicado desde una perspectiva biomédica, reveló la necesidad de incorporar la visión de las ciencias sociales. Hubo interés por sistematizar y entender, más allá del uso apropiado de los procedimientos biomédicos, el impacto que tenían otras variables como la calidad de atención. También se percibió la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los equipos biomédicos para, desde allí, relacionarse con las mujeres participantes en los programas. Esto fue promoviendo un acercamiento entre las cientistas sociales, el equipo biomédico y los grupos de mujeres.

La institución logró desarrollar, con este proceso, una visión más integral en el abordaje de la salud reproductiva, que incluyó la comprensión del conjunto de variables que afectan la calidad de los servicios de salud y la aceptabilidad de los métodos anticonceptivos.

## El proceso de integración

Al inicio del proceso, en ambos equipos había poca claridad sobre el quehacer de las ciencias sociales en una institución que había trabajado exclusivamente en el área biomédica. Se pensaba que las psicólogas iban a atender los problemas de salud mental de las usuarias (generando falsas expectativas), en tanto que el rol de las sociólogas o de las antropólogas era absolutamente desconocido por el equipo de salud. También, en un principio, hubo dificultades para entender el lenguaje de las ciencias sociales y su forma de trabajo.

Para las cientistas sociales, la etapa inicial y de formación de la unidad estuvo acompañada de un período de desconcierto y poca claridad sobre el quehacer. Significó un largo período de adaptación, de acercamiento a otra forma de trabajo, de un modo diferente de hacer investigación, de aprender un nuevo lenguaje, con innumerables elementos técnicos desconocidos, pero significó fundamentalmente la búsqueda del aporte concreto que podían entregar las ciencias sociales a una institución con trayectoria biomédica.

La aprobación de los primeros proyectos de investigación integral, en los que participaban ambos equipos, le fue dando un perfil más claro al aporte que podían entregar las cientistas sociales a la institución. Mientras que en el equipo biomédico se fue conociendo y validando la metodología cualitativa, en el equipo de ciencias sociales se fue aprendiendo a trabajar con los profesionales de salud, a asimilar su lenguaje y sus modalidades de trabajo.

Aunque la evaluación global del proceso de integración es positiva, el período inicial se caracterizó por dificultades provenientes de ambos equipos. En el primer proyecto, en torno a calidad de atención, el equipo biomédico tuvo dificultades para asimilar los resultados de las entrevistas a las usuarias. Sus integrantes se sintieron cuestionados en la labor educativa que realizaban con mucha conciencia y esfuerzo, lo cual generó malestar con el equipo de cientistas sociales.

Por otra parte, las cientistas sociales sintieron al comienzo que llegaban a un equipo donde no todas las puertas estaban abiertas. Existían dificultades de comunicación y frecuentemente tenían la sensación de que los otros no entendían, no sólo por el lenguaje, sino debido a la actitud de no querer entender lo que el otro hace por considerarlo irrelevante y confuso. Mientras para el equipo de salud, las cientistas sociales complejizaban lo simple y cotidiano, para las cientistas sociales su aporte era justamente problematizar lo que se hacía y cómo se hacía.

La interacción a lo largo del tiempo, con el desarrollo de nuevos proyectos conjuntos, ha ido modificando el desconcierto inicial y la sensación de que cada grupo defendía su territorio. Ambos equipos fueron reconociendo la importancia de integrar el punto de vista del otro. El equipo biomédico fue incorporando herramientas de las ciencias sociales que ayudan en el trabajo con mujeres, como aprender a escuchar, una nueva manera de acceder al conocimiento que no se limite a los datos estadísticos y a los experimentos, sino por el contrario indagar en las subjetividades, en la interpretación de contexto y en el significado que el sujeto le da a sus actos.

Si bien se han logrado superar los problemas iniciales, han ido surgiendo algunas barreras para el desarrollo de las ciencias sociales en la institución. Estas barreras se hicieron visibles en la investigación sobre anticoncepción de emergencia.

## LA EXPERIENCIA DE TRABAJO CONJUNTO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

### Aspectos descriptivos

El estudio sobre el cual se basa esta ponencia formó parte de un proyecto multicéntrico realizado en Brasil, México y Chile, conducido por el Programa de Investigación y Entrenamiento para la Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, y fue financiado por la Fundación Mellon. La directora del proyecto fue la doctora Soledad Díaz, una de las fundadoras de ICMER, con la colaboración de una de las psicólogas del equipo, Soledad Sánchez.

La investigación se llevó a cabo para evaluar la aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia y diseñar estrategias para su introducción. Su justificación reside en tres problemas de salud pública existentes en América latina: el alto índice de embarazo en adolescentes, el aborto inseguro y las consecuencias del embarazo no deseado para los niños y sus familias. Estos problemas podrían verse reducidos por la introducción de la anticoncepción de emergencia, particularmente en las mujeres víctimas de abuso sexual y en las adolescentes, quienes a menudo inician su vida sexual activa sin protección y de manera no planificada.

Dos grandes objetivos guiaron esta investigación:

- Explorar la aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia entre potenciales usuarias y proveedores, autoridades y grupos de influencia.
- Diseñar una estrategia de introducción de la anticoncepción de emergencia de acuerdo con esas percepciones, y tomando en cuenta el contexto político-sociocultural y las condiciones de los servicios de salud.

Para cumplir con estos objetivos se realizaron dos actividades en forma paralela: un estudio cualitativo y una revisión de antecedentes sobre aspectos socioculturales, políticos y religiosos del contexto chileno, así como también, sobre la legislación vigente respecto de la anticoncepción y reproducción, que pudiera ser relevante para la introducción de la anticoncepción de emergencia.

En el estudio cualitativo se definieron las autoridades clave para ser entrevistadas y las categorías de población correspondientes a potenciales usuarias y proveedoras. En las primeras, se consideró cen-

tral entrevistar en forma grupal a adolescentes sin hijos y a adolescentes con hijos, a madres de adolescentes y a mujeres en edad reproductiva. En las potenciales proveedoras, se consideró clave entrevistar a matronas, médicos, profesores, activistas de la salud de la mujer y a monitoras de salud.

Se definió una metodología específica y adecuada a esta investigación para abordar las entrevistas grupales. Así, se escogió la modalidad de talleres para entrevistar cada categoría de población, que consistieron en tres sesiones, a las cuales asistían las mismas participantes (de seis a doce personas). En la primera sesión, el equipo biomédico investigaba el conocimiento previo de los participantes acerca de la anticoncepción en general y transmitía información técnica sobre la anticoncepción de emergencia y sus mecanismos de acción, y a continuación el equipo del área social recogía la primera impresión de las/os participantes (opiniones, necesidades, temores, etcétera). En la segunda sesión se indagaba acerca de las impresiones que dejaba la anticoncepción de emergencia, después de haber reflexionado sobre el método y haber conversado sobre él con otras personas. Asimismo, se exploraban las opiniones que tenían las participantes del contexto chileno respecto del tema de la sexualidad, que pudieran afectar la introducción de la anticoncepción de emergencia. En la tercera sesión, se indagaba acerca de las recomendaciones que pudieran hacer las/os participantes para la introducción y la difusión de ese método en Chile.

Se utilizó el programa Ethnograph para analizar las transcripciones, y tanto en el establecimiento de categorías temáticas y códigos, como en la decodificación y el análisis de los textos participaron el equipo biomédico (dos matronas y una doctora) y el equipo de ciencias sociales (dos psicólogas, una antropóloga y una socióloga).

El objetivo de la investigación (indagar acerca de la aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia en potenciales usuarias y proveedoras, así como autoridades) requería de la participación de investigadores biomédicos y de cientistas sociales. La naturaleza de los problemas que la introducción de la anticoncepción de emergencia conlleva requiere de un enfoque multidisciplinario. Para la presentación de los métodos usados para la anticoncepción de emergencia se necesitaban conocimientos biomédicos, en la medida en que se trataba de un anticonceptivo cuyo mecanismo de acción debía ser explicado antes de indagar sobre la percepción que tienen las personas sobre ese método. Al mismo tiempo, se requería de la perspectiva de las ciencias sociales, pues se debía indagar acerca de la percepción respecto de la anticoncepción de emergencia en el contexto chileno, en

particular las posibilidades de su introducción y difusión. Por otra parte, el segundo objetivo, diseñar la introducción de la anticoncepción de emergencia en este país, requería de la participación de ambos equipos: del personal biomédico, que conoce los programas y el funcionamiento de los servicios, y de las cientistas sociales, con capacidad para recoger e interpretar la opinión de las/os participantes.

De esta manera, para lograr el objetivo propuesto, se requería necesariamente del trabajo conjunto de equipos multidisciplinarios, cada uno de los cuales podía colocar su mirada específica sobre el tema y enriquecer el trabajo de investigación.

## Facilitadores y obstaculizadores en el trabajo conjunto

El principal facilitador fue la conciencia de esa necesidad por ambas partes. En el equipo existía claridad acerca de que los objetivos de esta investigación, especialmente la aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia –objeto de estudio de las ciencias sociales– sólo pueden ser abordados mediante la metodología cualitativa aplicada por cientistas sociales. Al mismo tiempo, esta investigación al estar basada en un objetivo biomédico (diseñar estrategias para introducir la anticoncepción de emergencia en Chile), requería de profesionales de esa especialidad.

Es necesario señalar, sin embargo, que en el transcurso de la investigación sobre anticoncepción de emergencia (tres años), se pudieron observar diversos obstaculizadores para llevar a cabo el trabajo conjunto. Principalmente, en relación con la dificultad del equipo de ciencias sociales para realizar un análisis exhaustivo de los textos. Aunque se intentó promover una mayor apertura al análisis reflexivo, esta necesidad no fue compartida por el equipo biomédico, acostumbrado a otro ritmo y a otra modalidad de trabajo. En consecuencia, el equipo de cientistas sociales muchas veces sintió que no se trataba de un trabajo enriquecedor en el plano profesional. Al tener que subordinarse a las demandas de profesionales que tienen una manera diferente de encarar la investigación social, no se contaba con el tiempo necesario para revisar la metodología, reflexionar sobre el quehacer, ni profundizar en el análisis de la información que proporcionaban los grupos.

## Principales resultados de la investigación

Las mayoría de las/os participantes mostró una actitud positiva, considerando que la introducción de la anticoncepción de emergencia

podría contribuir a resolver problemas graves de salud pública (aborto, embarazo en adolescentes y consecuencias de embarazo no deseado) y/o que es una alternativa anticonceptiva que las mujeres tienen derecho a conocer. Algunas personas expresaron preocupación por los efectos secundarios del método y por el impacto que la introducción de la anticoncepción de emergencia podría tener en conductas preventivas (como el uso regular de anticoncepción y de condones para la prevención de ETS y VIH). Algunos temían que pudiera generar conductas irresponsables en las/os adolescentes. Sólo unas pocas personas tuvieron expresiones negativas, porque les parecía que podía ser microabortivo en el caso de impedir la anidación de un huevo fertilizado (mecanismo de acción no comprobado).

Se analizó la necesidad que la población tiene de anticoncepción de emergencia como un factor facilitador. Se consideró que otro facilitador sería la aparición explícita de la anticoncepción de emergencia en el programa nacional de planificación familiar, ya que daría seguridad a las/os proveedores que la aconsejaran y a las farmacias que la comercializaran. Asimismo, se recomendó difundirla en un contexto de educación sexual y en conjunto con todos los otros métodos anticonceptivos, es decir, como una alternativa que sólo resuelve problemas "de última hora".

Se logró sensibilizar a algunas autoridades de salud de nivel intermedio y a grupos de personas que atienden a mujeres víctimas de violación. Muchos de las/os participantes de los talleres pidieron capacitación para difundir el método en forma correcta.

A pesar de esos logros se encontraron barreras reales para la introducción de la anticoncepción de emergencia. Como ejemplo de éstas podemos mencionar que en la División de Salud de las Personas y la Unidad de Salud Mental se elaboró una Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia, en la que se incluía la utilización de la anticoncepción de emergencia en el tratamiento de adolescentes víctimas de abuso sexual para prevenir el embarazo no deseado. Un miembro de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, al tomar conocimiento de la inclusión de la anticoncepción de emergencia en esa guía, ejerció presión sobre el Ministerio de Salud (MINSAL) para eliminar su uso. El MINSAL respondió con la publicación de una fe de erratas en la que se indicaba suprimir el texto que hacía referencia al uso de anticoncepción de emergencia. Este hecho muestra los enormes obstáculos existentes para las actividades de *advocacy* en el marco de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. También pone de relieve que en un país conservador como Chile, se necesita fundamentar desde la salud

pública (con datos cuantitativos) la necesidad de que la población conozca y se apropie de sus derechos sexuales y reproductivos.

En este país, los grupos de poder, como la jerarquía de la Iglesia Católica, los sectores conservadores autodenominados "pro vida" y los partidos de derecha, logran imponer, a través de los medios de comunicación de masas, un discurso que aparece como hegemónico en relación con los temas culturales relacionados con la familia y la sexualidad. Esta hegemonía en el discurso contrasta, sin embargo, con la práctica sexual de la población, la que no sigue estos parámetros. De ahí, que el trabajo multidisciplinario en salud sexual y reproductiva tenga gran relevancia.

## COMENTARIOS FINALES

En ICMER la integración del equipo biomédico y de ciencias sociales responde a la necesidad de desarrollar estudios con enfoques de género en salud sexual y reproductiva.

A pesar de las dificultades de integración, el balance de los siete años de trabajo conjunto es positivo. La experiencia de aprender a escucharse mutuamente, de empezar a entender lo que el otro aporta y su visión ha permitido abordar tanto la investigación como la atención hacia la usuaria, con una perspectiva más integral.

Se trata de un trabajo multidisciplinario en el cual los equipos trabajan en conjunto manteniendo cada uno su propia perspectiva. Algunos integrantes han planteado la posibilidad de apuntar a más largo plazo, a la realización de un trabajo interdisciplinario, en el que exista una convergencia y combinación de diferentes puntos de vista en una perspectiva única en el ámbito de la investigación en salud sexual y reproductiva. Otros plantean, en cambio, que no siempre es posible ni necesario un trabajo conjunto. En ocasiones, es necesario trabajar de manera independiente (como lo ha hecho y lo hace el área biomédica); en otras, es necesario aportar distintas perspectivas a una misma investigación.

Para el equipo de ciencias sociales, el desafío para ICMER no es sólo implementar un trabajo conjunto, sino también desarrollar líneas de investigación independientes, que apunten a profundizar en la perspectiva de género, diseñando proyectos de investigación en salud con un enfoque antropológico, así como también, desarrollando técnicas de metodología cualitativa y análisis en profundidad de la información.

Este desafío se sustenta en dos vertientes. En primer lugar, los alcances de la planificación estratégica realizada recientemente en la

institución, donde se visualiza el tránsito de un ICMER biomédico a un ICMER que incorpora la perspectiva de género, y el trabajo en red con organizaciones de mujeres. Desde allí, se define como una institución que participa activamente en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, que incorpora labores de *advocacy* y de diseño de políticas públicas.

Este desafío se sustenta, también, en las nuevas orientaciones del Ministerio de Salud, las que son analizadas en el marco de la reforma al sistema de salud. Representantes de ese ministerio han señalado públicamente que la verdadera reforma de salud tiene lugar en la cultura y en las costumbres de las personas, con lo cual se pone de relieve que la salud se construye socialmente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Díaz, S.; Sánchez, S.; Vidal, P.; Salazar, G.; Díaz, P.; Schiappacasse, V. y Araya, C.: Informe del proyecto "Aceptabilidad de la anticoncepción de emergencia", Santiago de Chile, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, diciembre de l999.

González Vélez, A. C. y Sánchez, M.: "La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: un abordaje necesario para la equidad en salud", Santiago de Chile, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC/LACWHN), julio de 2000.

Tijero, M.: "Ciencias sociales y biomédicas: una experiencia de integración", III Jornada Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Santiago de Chile, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, octubre de 1997.

# INVESTIGACIÓN CLÍNICA ALEATORIZADA SOBRE LA SEGUNDA OPINIÓN ANTE LA DECISIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA

FERNANDO ALTHABE
JOSÉ M. BELIZÁN

## EL PROBLEMA

No se poseen buenos registros nacionales que permitan establecer con precisión los *índices de cesárea en la región*. Realizamos una investigación para determinar las tasas nacionales de cesárea en países latinoamericanos, a partir de información proveniente de múltiples fuentes (Belizán *et al*., 1999), de cuyos resultados surgen consideraciones de gran alarma. Como ejemplo, las cifras nacionales de Chile muestran en 1997 una incidencia del 40%, porcentaje que revela un aumento de un tercio, ya que en 1986 era del 27,7%. En Brasil la tasa nacional es de alrededor del 27% y la tasa hospitalaria del 32% para el año 1996. En ciertas unidades llega a superar el 70% (Barros, 1996). En el cuadro 1 presentamos las tasas nacionales y por sectores en diecinueve países de América latina, junto con otros datos demográficos y de salud.

Es de destacar que este aumento no es explicable por la realización de partos en alto riesgo en instituciones, ya que países como Cuba, Chile y la Argentina tienen un índice muy alto de partos hospitalarios que llega a más del 95%.

Un hecho a considerar es que las cifras de cesáreas son más altas en las instituciones no públicas, es decir, en aquellas que atienden embarazadas que gozan de alguna cobertura social y que por ende tienen un mejor nivel socioeconómico. Ésta es una contradicción, ya que las embarazadas de mejor nivel socioeconómico presentan un riesgo más bajo, por lo que requerirían una menor práctica de la cesárea.

CUADRO 1

DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE LOS PAÍSES SELECCIONADOS

| País | Población (miles) 1997 | Media anual de nacimientos 1995-2000 (miles) 1995-2000 | Cantidad de médicos por 10.000 habitantes (1997) | Población urbana % 1998 | Partos institucionales o por personal capacitado % 1996 | Tasas de mortalidad | | | Tasas de cesárea (%) | | | | Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Materna, por 100.000 nacidos vivos 1992-1997 | Perinatal, por 1.000 nacidos 1990-1997 | Infantil, por 1.000 nacidos vivos 1997 | Nacional | Institucionales | | | |
| | | | | | | | | | | Todos los hospitales | Hospitales públicos y de la seguridad social | Hospitales privados | |
| Haití | 7.359 | 255,0 | 2,5 | 33,7 | 46 | 457 | 95 | 74 | 1,6 | – | 8,2 | | 1995 |
| Guatemala | 11.241 | 405,0 | 9,3 | 39,8 | 35 | 190 | 45 | 38 | 4,9 | – | – | | 1997 |
| Bolivia | 7.774 | 262,0 | 5,8 | 63,1 | 28 | 390 | 55 | 59 | 4,9 | 15,8 | – | | 1994 1997 |
| Perú | 24.367 | 613,0 | 10,3 | 72,0 | 56 | 265 | 35 | 43 | 8,7 | – | 12 | | 1996 1997 |
| Paraguay | 5.088 | 162,0 | 4,9 | 54,6 | 36 | 123 | 40 | 36 | 8,7 | 20,7 | 17 | 41 | 1997 |
| Honduras | 5.981 | 203,0 | 8,3 | 45,7 | 54 | 148 | 40 | 42 | 12,1 | – | – | | 1996 |
| El Salvador | 5.928 | 167,0 | 4,9 | 46,0 | 67 | 60 | 35 | 40 | 14,8 | 22,1 | 20- 22,9 | | 1996 |
| Colombia | 37.068 | 873,0 | 9,3 | 74,0 | 96 | 87 | 25 | 24 | 16,8 | – | 32,5 | 58,6 | 1995 1997 |
| Panamá | 2.722 | 62,0 | 12,1 | 56,9 | 89 | 84 | 25 | 16 | 18,2 | 20,5 | 20- 21,1 | – | 1996 |
| Ecuador | 11.937 | 309,0 | 13,2 | 61,0 | 59 | 159 | 45 | 39 | 18,5 | 26,3 | 18,5 | – | 1996 |
| Costa Rica | 3.575 | 87,0 | 14,1 | 50,9 | 97 | 29 | 20 | 12 | 20,8 | 20,8 | 20,8 | – | 1993 |
| Venezuela | 22.777 | 572,0 | 24,2 | 86,8 | 95 | 56 | 25 | 22 | 21,0 | 21,0 | – | – | 1995 |

CUADRO 1 (continuación)
DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD DE LOS PAÍSES SELECCIONADOS

| País | Población (miles) 1997 | Media anual de nacimientos 1995-2000 (miles) 1995-2000 | Cantidad de médicos por 10.000 habitantes (1997) | Población urbana % 1998 | Partos institucionales o por personal capacitado % 1996 | Tasas de mortalidad | | | Tasas de cesárea (%) | | | | Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Materna, por 100.000 nacidos vivos 1992-1997 | Perinatal, por 1.000 nacidos 1990-1997 | Infantil, por 1.000 nacidos vivos 1997 | Nacional | Institucionales | | | |
| | | | | | | | | | | Todos los hospitales | Hospitales públicos y de la seguridad social | Hospitales privados | |
| Uruguay | 3.221 | 54,0 | 37,0 | 90,9 | 99 | 19 | 25 | 17 | 21,9 | 21,9 | – | – | 1996 |
| Cuba | 11.068 | 145,0 | 53,0 | 77,1 | 100 | 33 | 15 | 8 | 23,0 | 23,0 | 27,4 | – | 1997 |
| México | 94.281 | 2.338,0 | 15,6 | 74,0 | 84 | 48 | 40 | 23 | 24,1 | 31,3 | 27,4 | 51,8 | 1996<br>1995 |
| Argentina | 35.671 | 714,0 | 26,8 | 88,9 | 95 | 44 | 30 | 21 | 25,4 | 25,4 | 15,4-20,9 | 35,8-45 | 1996<br>1997 |
| República Dominicana | 8,097 | 197,0 | 10,2 | 63,9 | 95 | 110 | 35 | 45 | 25,9 | 25,9 | – | – | 1996 |
| Brasil | 163.032 | 3.210,0 | 12,7 | 80,1 | 92 | 114 | 45 | 40 | 27,1 | 32,0 | 20,2 | 35,9 | 1996<br>1994 |
| Chile | 14.625 | 292,0 | 11,0 | 84,3 | 100 | 25 | 15 | 13 | 40,0 | 40 | 28,8 | 59 | 1997<br>1994 |

Fuente: Belizán, J. M.; Althabe, F.; Barros, F. C. y Alexander, S.: "Rates and implications of Caesarean Sections in Latin American: Ecological Study", *British Medical Journal*, vol. 319, 1999, pág. 1400.

La comparación de cifras de América latina con las de países desarrollados no muestra puntos de concordancia. Así, la mayoría de los países europeos presentan cifras mucho más bajas, como Suecia 10% y Gran Bretaña 13% (Treffers, 1993). Los Estados Unidos han mostrado un notorio incremento en los índices, que pasan de 5,5% en 1970 a 24,7% en 1988, aunque estos porcentajes tienden a estabilizarse en los últimos años (Sandmire, 1996).

Este aumento tan pronunciado en el índice de cesáreas es un tema de gran preocupación, ya que este procedimiento quirúrgico representa *mayores riesgos para la salud de la madre* y del niño y mayores costos al sistema de salud con relación al parto normal. La operación cesárea se asocia con una incidencia de infecciones de entre el 8-27%, mientras que en el parto vaginal esta incidencia es del 2-3%. Los índices de transfusión debido a hemorragias, en mujeres con cesárea, alcanzan el 1-6%. Al realizar la cesárea es mayor la frecuencia de daño a órganos vecinos (0,4%) y a vasos uterinos (0,5%), así como la extensión de la incisión uterina a estructuras cercanas (1,3%). Se observan también complicaciones pulmonares tales como el tromboembolismo (0,1-0,2%) y la atelectasia (5%), sobre todo cuando se emplea la anestesia general (Shearer, 1993). Las cifras globales de morbilidad muestran que ésta es 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea y que la mortalidad es 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal (Shearer, 1993). Los reportes en los Estados Unidos muestran que la mortalidad materna asociada con cesárea fue de 40,9 por 100.000 nacimientos, mientras que asociada a partos vaginales fue de 9,8 por 100.000, es decir 4 veces mayor (Petitti *et al*., 1982). Otro análisis en Georgia, Estados Unidos, mostró cifras del 59,3 por 100.000 asociadas a cesárea, mientras que la tasa de mortalidad materna asociada a parto vaginal fue 6 veces menor (9,7 por 100.000) (Rubin *et al*., 1981). Los reportes de Brasil muestran cifras de mortalidad materna de 1 a 2 por 1.000 mujeres sometidas a cesárea (Souza, 1994).

Con relación a las *consecuencias neonatales*, la operación cesárea iterada se asocia con un índice de bajo peso al nacer de 8,4%, mientras que en el parto vaginal se han reportado incidencias del 5-7%. El Síndrome de Dificultad Respiratoria se observa en los casos de la operación cesárea entre el 4% y el 8% y sólo en el 1,2% en partos vaginales (el 6-15% de estos síndromes son explicados por nacimientos pretérmino en la cesárea electiva). Se ha reportado también después de la realización de la cesárea iterada el 16% de exámenes neurológicos con alteraciones a los cuatro meses de vida, mientras que después del parto vaginal se reportan cifras del 10% (Shearer, 1993). Otro informe presenta hallazgos similares sobre la cesárea en la génesis de la pre-

maturez iatrogénica y el Síndrome de Dificultad Respiratoria, mayor incidencia de infecciones, retardo en la recuperación materna luego del parto y deterioro en la relación madre-hijo (Parrilla, 1993).

Es de destacar que todos los estudios citados de consecuencias de cesáreas han sido realizados en países desarrollados que cuentan con una infraestructura muy superior a la de nuestros países, y es posible que aumenten en países con un menor nivel socioeconómico de la población con peor acceso a la atención médica y con infraestructuras hospitalarias muy deficientes.

Los *costos* incrementados asociados con la operación cesárea innecesaria son trasladados a la sociedad en forma de gastos en la salud. En los Estados Unidos se ha estimado que una caída del 15% en los índices nacionales de cesárea ahorraría alrededor de US$ 115 millones anualmente. Usando los índices óptimos nacionales del 12%, se ha estimado que 473.000 de las 966.000 cesáreas realizadas en 1991 en los Estados Unidos fueron innecesarias. Esto representa un costo a la sociedad de más de US$ 1.300 millones. Investigadores del National Center for Health Statistics han arribado a conclusiones similares, estimando que si los índices de cesáreas en 1991 se hubieran igualado a los objetivos de salud para el año 2000 relacionados con el parto por cesárea (15%), en vez de 23,5% de la cifra real, se habrían realizado 340.000 partos por cesárea menos, con un ahorro de más de US$ 1.000 millones en honorarios médicos y costos hospitalarios (Wolfe, 1994).

Una revisión sistemática de la literatura muestra que no existen *intervenciones* puntuales probadas con rigurosidad científica que permitan ser recomendadas para lograr un índice aceptable de cesáreas. Existen reportes del uso de la segunda opinión como una alternativa, pero ningún estudio ha tenido un diseño con aleatorización que descarte los vicios de selección de la muestra (The Cochrane Library, 1997).

El estudio probará el efecto de solicitar una segunda opinión ante la decisión de una cesárea, mediante la aplicación de una investigación clínica aleatorizada. Nuestra hipótesis para probar en este estudio sería que una segunda opinión vertida por otro obstetra de mayor o igual categoría clínica que el solicitante, basada en la mejor evidencia científica existente, en el momento que se decide la operación cesárea, reduce su incidencia en el 25%.

El *objetivo general* fue evaluar una intervención que, a través de una segunda opinión sistemática, aplicó un proceso de toma de decisión basado en la evidencia, para alcanzar un índice de cesáreas médicamente justificado.

Los *objetivos específicos* fueron:

- Reducir el índice de operación cesárea en un 25 %, sin aumentar la morbilidad materna, fetal o neonatal.
- Evaluar la satisfacción de las mujeres y médicos/as hacia esta intervención.

Este estudio se diseñó para evaluar si la introducción de una segunda opinión es efectiva en la reducción de los índices de cesáreas. De no serlo y dado el gran tamaño de la muestra propuesta es dudoso que sea efectiva en otros medios o con la introducción de cambios en su diseño. De ser efectiva la aplicación de esta intervención, representará importantes beneficios tanto en países desarrollados como subdesarrollados. La disminución en el uso de cesáreas implica una importante disminución en la morbimortalidad materna y perinatal, una mejor relación madre-hijo y un significativo ahorro en los sistemas de salud.

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO, LA METODOLOGÍA Y DURACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se llevó a cabo en treinta y seis hospitales de cinco países de América latina: Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala y México. Consistió en una investigación clínica aleatorizada multicéntrica. Los hospitales se dividieron en unidades interventoras y no interventoras. Las unidades interventoras fueron las encargadas de aplicar el método de la segunda opinión. Las unidades no interventoras actuaron como controles y desarrollaron la conducta habitual, previa actualización de las conductas apropiadas para la decisión de una cesárea que forman la base de esta intervención.

Cada hospital debía ingresar un mínimo de 300-500 mujeres. Antes del inicio del estudio se recolectó información durante seis meses de las variables dependientes del estudio. Al final de ese período, los hospitales fueron sorteados para ser asignados al grupo intervención o al grupo control.

En los hospitales asignados a intervención, el médico tratante responsable de la atención, cuando se decidía una cesárea, ya sea electiva o intraparto, llamaba a un segundo opinante (consultor). Éste se presentaba ante el tratante y juntos hacían una evaluación de la situación. El consultor tenía un sistema de flujo de decisiones que aplicaba al caso en cuestión, y permanecía junto al médico tratante hasta que el caso era resuelto.

La variable dependiente principal fue la incidencia de la cesárea.

Se recogieron variables secundarias de morbimortalidad materna y perinatal.

El tamaño muestral fue calculado para permitir detectar una reducción del 25% en la incidencia de cesáreas con un poder del 80% y un error de 5%.

De confirmarse la hipótesis de que una segunda opinión es capaz de reducir la incidencia de la operación cesárea, esta sencilla intervención podrá ser aplicada ampliamente en aquellos centros de salud que así lo dispongan.

No hubo consentimiento informado para cada mujer por ser una investigación aleatorizada por hospitales donde la intervención fue para el grupo de profesionales. En los hospitales intervención se colocaron carteles donde se explicaba al público que en ese hospital se estaban evaluando los procedimientos de toma de decisión ante complicaciones, para mejorar la salud de las mujeres.

## RESULTADOS

Los resultados se están procesando y se difundirán a mediados de 2001. En el cuadro 2 presentamos la cantidad de partos y cesáreas en cada uno de los hospitales incluidos, durante los doce meses que duró el estudio.

CUADRO 2
PORCENTAJE DE CESÁREAS POR HOSPITAL
DURANTE EL PERÍODO DEL ESTUDIO

| Hospital | Número de cesáreas | Número de partos | % de cesáreas | Hospital | Número de cesáreas | Número de partos | % de cesáreas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 232 | 1.649 | 14,1 | 18 | 254 | 1.077 | 23,6 |
| 2 | 192 | 1.299 | 14,8 | 19 | 491 | 1.947 | 25,2 |
| 3 | 620 | 3.847 | 16,1 | 20 | 1.110 | 4.324 | 25,7 |
| 4 | 273 | 1.656 | 16,5 | 21 | 1.017 | 3.800 | 26,8 |
| 5 | 722 | 4.271 | 16,9 | 22 | 515 | 1.922 | 26,8 |
| 6 | 474 | 2.727 | 17,4 | 23 | 1.101 | 4.077 | 27,0 |
| 7 | 1.347 | 7.457 | 18,1 | 24 | 1.574 | 5.572 | 28,2 |
| 8 | 474 | 2.559 | 18,5 | 25 | 750 | 2.534 | 29,6 |
| 9 | 562 | 2.874 | 19,6 | 26 | 1.715 | 5.750 | 29,8 |
| 10 | 751 | 3.796 | 19,8 | 27 | 1.226 | 3.890 | 31,5 |
| 11 | 540 | 2.592 | 20,8 | 28 | 2.027 | 5.939 | 34,1 |

CUADRO 2 (continuación)
PORCENTAJE DE CESÁREAS POR HOSPITAL
DURANTE EL PERÍODO DEL ESTUDIO

| Hospital | Número de cesáreas | Número de partos | % de cesáreas | Hospital | Número de cesáreas | Número de partos | % de cesáreas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 2.433 | 11.667 | 20,9 | 29 | 1.623 | 4.705 | 34,5 |
| 13 | 1.524 | 7.223 | 21,1 | 30 | 1.746 | 5.038 | 34,7 |
| 14 | 415 | 1.921 | 21,6 | 31 | 474 | 1.343 | 35,3 |
| 15 | 3.208 | 13.773 | 23,3 | 32 | 2.361 | 6.632 | 35,6 |
| 16 | 299 | 1.278 | 23,4 | 33 | 1.277 | 3.511 | 36,4 |
| 17 | 1.908 | 8.095 | 23,6 | 34 | 3.627 | 8.461 | 42,9 |

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, F. C.: Caesarean sections in Brazil, carta, en *Lancet*, vol. 347, 1996, pág. 839.

Belizán, J. M.; Althabe, F.; Barros, F. C. y Alexander, S.: "Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study", en *British Medical Journal*, vol. 319, 1999, págs. 1397-1400.

Parrilla, B. V.; Dooley, S. L.; Jansen, R. D. y Socol, M. L.: "Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeated cesarean delivery", en *Obstetrics and Gynecology Survey*, vol. 81, 1993, págs. 392-395.

Petitti, D. B.; Cefalo, R. C. y Shapiro, S.: "In-hospital maternal mortality in the United States: Time trends and relation to method to delivery", en *Obstetrics and Gynecology Survey*, vol. 59, 1982, pág. 6.

Rubin, G. L.; Peterson, H. B. y Rochat, R. W.: "Maternal death after cesarean section in Georgia", en *Am J Obstet Gynecol*, vol. 139, 1981, pág. 681.

Sandmire, H. F.: "A Guest Editorial: Every Obstetric Department Should have a cesarean birth monitor", en *Obstetrics and Gynecology Survey*, vol. 51, 1996, págs. 703-704.

Shearer, E.: "Cesarean section: medical benefits and costs", en *Social Science and Medicine*, vol. 37, 1993, págs. 1223-1231.

Souza, CDME. C- sections as ideal birth: the cultural constructions of beneficence and patient's rights in Brazil", en *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 3, 1994, págs. 358-366.

The Cochrane Library (database on disk and CD ROM), The Cochrane Collaboration; Issue 4, Update Software, Oxford, 1997.

Treffers, P. E. y Pel, M.: "The rissing trends for caesarean birth"; en *British Medical Journal*, vol. 307, 1993, págs. 1017-1018.

Wolfe, S.: "Unnecesary Cesarean Sections: curing a national epidemic", Public Citizen Health Research Group, 1994.

# ACEPTABILIDAD DE LOS MÉDICOS/AS Y SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES PARTICIPANTES DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR EL NIVEL DE LAS CESÁREAS EN HOSPITALES DE AMÉRICA LATINA[1,2]

Silvina Ramos[3]
Mariana Romero[4]

El objetivo de esta presentación es reflexionar acerca de la complementación entre la investigación social y la investigación clínica. Estas reflexiones surgen de un estudio que presentaremos sucintamente para dar una idea del contexto donde se originaron y son el producto del trabajo de un equipo que retoma algunas de las líneas de investigación que ha desarrollado el área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES en los últimos años.

## JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

América latina es una de las regiones con mayor índice de cesáreas. La tendencia es creciente en casi todos los países de la región en los últimos quince años.

El estudio que presentamos es de naturaleza descriptiva y multicéntrica, y complementa el Estudio Latinoamericano de Cesáreas

1. El estudio ha recibido el apoyo del Programa Especial de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud.

2. El equipo de investigación está integrado por Silvina Ramos (CEDES, Argentina); Mariana Romero (CEDES, Argentina), Maria José Osis (CEMICAP, Brasil), Georgina Rojas (Hospital América Arias, Cuba), Sandra Saenz de Tejada (Guatemala), y Arachu Castro (The Population Council, México).

3. Coordinadora general del estudio social.

4. Coordinadora general del caso argentino.

(ELAC).[5] El ELAC se propuso, mediante la estrategia de la segunda opinión de otro profesional, reducir el nivel de cesáreas en un grupo seleccionado de hospitales de cinco países de la región (Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala y México). El diseño de este módulo clínico fue un ensayo clínico aleatorizado.

El objetivo general de nuestro estudio ("estudio social") es producir información sobre:

a) las opiniones de los médicos/as involucrados en el ELAC acerca de la operación cesárea y la estrategia de la segunda opinión, y

b) las opiniones de las mujeres participantes del ELAC acerca de la cesárea y el parto vaginal y sus percepciones respecto de la calidad de la atención recibida.

El estudio social recupera el diseño del ensayo clínico aleatorizado, esto es, la comparación entre el grupo intervención y el grupo control, usando un diseño de pares apareados por las variables país, tipo de hospital y proporción de cesáreas sobre el total de partos.

Los sujetos del estudio social son: a) los médicos/as[6] que se desempeñan en los servicios de obstetricia de todos los hospitales que participan del ELAC en los cinco países seleccionados, tanto tratantes como consultores, y b) las mujeres que recibieron una segunda opinión

5. El ELAC está coordinado por las siguientes instituciones: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-OPS/OMS); Escuela de Salud Pública; Universidad Libre de Bruselas; Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP); Dirección General XII de Ciencia, Investigación y Desarrollo, y Comisión Europea, Comunidad Europea.

6. Los criterios de inclusión de los/as profesionales participantes del estudio social siguen las pautas del ensayo clínico aleatorizado. En este sentido, el/la profesional tratante tiene las siguientes características: a) está capacitado legal y profesionalmente para actuar en forma independiente; b) está a cargo de la paciente en el lugar donde la cesárea se llevará a cabo; c) es el/la responsable de la indicación de la cesárea; d) es quien solicita la segunda opinión; e) es quien decide siempre la conducta a seguir. El/la profesional consultor tiene las siguientes características: a) es responsable de la segunda opinión; b) permanece con el consultante hasta el fin del trabajo de parto en casos de segunda opinión intraparto; c) tiene mayores o iguales calificaciones clínicas que el médico tratante; d) trabaja en el mismo hospital que el médico tratante; e) acepta las guías basadas en la mejor evidencia científica disponible provistas por el ELAC.

en los hospitales intervención y las mujeres cuyo parto terminó en cesárea en los hospitales control.[7, 8]

Se incluyó el universo de los médicos/as, el cual comprende tanto a quienes tuvieron el rol de tratante como a aquellos que tuvieron el rol de consultor. En total se entrevistaron a 599 médicos/as. Con relación a las mujeres, se entrevistaron a aquellas atendidas en los hospitales intervención que recibieron una indicación de cesárea y fueron sujetas a una segunda opinión, independientemente de la forma de terminación del parto (vaginal o cesárea). En los hospitales control se incluyeron a las mujeres cuyo parto terminó en cesárea. El total de mujeres encuestadas fue de 3.619.

El estudio social aplicó dos técnicas de relevamiento de información: un cuestionario autoadministrado dirigido a los/as profesionales participantes, aplicado al mes siguiente de finalizada la intervención, y una encuesta aplicada a todas las mujeres que atendieron su parto durante el mes cinco de la intervención.[9] Los cuestionarios tuvieron la mayor parte de las preguntas cerradas y algunas abiertas. En todos los casos se solicitó la aceptación para participar del estudio mediante un consentimiento informado. Los cuestionarios fueron testeados en una prueba piloto en cada país.

Por el lado de los médicos, el cuestionario autoadministrado recogió información sobre los criterios prescriptivos, las razones del aumento de la cesárea, los riesgos de la operación cesárea *vis à vis* el parto vaginal, la evaluación de las estrategias más eficaces para reducir las cesáreas innecesarias, la evaluación de la eficacia de la segunda

7. La decisión de utilizar como control a las mujeres cuyo parto terminó en cesárea en los hospitales control se basa en el hecho de que, si estas mujeres se hubieran atendido en un hospital intervención, hubieran sido sujeto de una segunda opinión.

8. Los criterios de inclusión de las mujeres fueron: a) haber tenido su parto en los hospitales participantes del ELAC; b) haber sido sujetas de la segunda opinión (hospitales intervención) o haber tenido un parto terminado en cesárea (hospitales control). Los criterios de exclusión fueron: a) mujeres cuya cesárea se consideró de emergencia (metrorragia moderada o grave, procidencia de cordón, rotura uterina o cuadro clínico en el cual, según el médico tratante, esperar la segunda opinión sería deletéreo para la madre o el feto); b) mujeres que rechazaron la intervención del consultor, y c) mujeres cuyo hijo/a hubiera nacido muerto o se encontrara en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

9. La selección de esta población permitió, por un lado, una homogeneización temporal, controlando de esta manera el efecto de posibles cambios en la atención debido al desarrollo de la intervención y, a su vez, permitió obtener un número suficiente de casos para encarar el análisis global (intervención versus control).

opinión y la factibilidad de su replicación en servicios públicos y privados. Por el lado de las mujeres, la encuesta recogió información sobre las expectativas acerca del tipo de parto, sus reacciones frente a la segunda opinión, sus preferencias por tipo de parto, sus creencias sobre las ventajas y desventajas de la cesárea y el parto vaginal, sus opiniones sobre la calidad de la atención recibida, y la predisposición a regresar y/o recomendar el servicio.

Desde el punto de vista del estudio social, la comparación intervención-control servirá para probar o rechazar las dos hipótesis centrales del estudio, que a continuación se presentan.

Con relación a los médicos/as, la hipótesis plantea que la implementación de la segunda opinión modificará las opiniones de los/as profesionales respecto de la cesárea, y producirá cambios tanto en las indicaciones para las cesáreas electivas e intrapartos, como en la valoración de la prevalencia actual de este procedimiento quirúrgico y en la valoración de los riesgos asociados. Dado que la intervención se basa en la utilización de guías elaboradas con la evidencia científica disponible y en la revisión del caso junto con otro profesional para tomar la decisión de realizar una operación cesárea, es dable esperar que, como efecto de su exposición a este proceso, los/as profesionales modifiquen sus opiniones respecto de las variables arriba mencionadas.

Con relación a las mujeres, la hipótesis plantea que la implementación de la estrategia de la segunda opinión tendrá un efecto neutro o mejorará la satisfacción de las mujeres con la atención recibida. Las mujeres sujeto de una segunda opinión serán expuestas a un conjunto de procedimientos diferentes a los que se utilizaban rutinariamente en el hospital, lo que podría implicar la prolongación del tiempo de espera para la resolución del parto y/o la alteración de la interacción médico-paciente debido a la presencia de más de un profesional que opine sobre su parto, entre otros. Estos procedimientos pueden impactar positiva o negativamente en la calidad de la atención percibida; también pueden resultar neutros desde el punto de vista de las mujeres.

El estudio social tiene previsto dos tipos de análisis. Por un lado, un análisis global (sin distinción de país) de las encuestas a mujeres y a médicos/as, en el que se comparan intervención y control. Por otro lado, un análisis por país.

Para el análisis global, en el caso de las mujeres, se observará si existen diferencias dadas las variables sociodemográficas y de la historia reproductiva. En el caso de que se verifiquen estas diferencias, se controlará el efecto por estas variables. Este análisis servirá para complementar la información producida por el ELAC, en el sentido de explicar las posibles diferencias entre intervención y control.

Para el análisis por país se seguirá la misma estrategia que para el análisis global. Este análisis permitirá obtener un cuadro de situación sobre las opiniones acerca de la cesárea y el parto vaginal, tanto de mujeres como de médicos/as pertenecientes a contextos culturales diferentes. Adicionalmente, el análisis permitirá identificar diferencias entre países y, eventualmente, contribuir a la explicación de posibles diferencias de resultados de la intervención en los países participantes.

## REFLEXIONES ACERCA DE LAS IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS

Las siguientes reflexiones están basadas en las discusiones mantenidas por el equipo en el proceso de diseño y ejecución del estudio social. Sin duda, el análisis de la información obtenida permitirá revisarlas, ajustarlas y seguramente generará nuevas ideas acerca de las implicancias de los resultados para el diseño de políticas.

Dado que nos encontramos iniciando el análisis de los datos, y en virtud del carácter de este seminario, quisiéramos compartir estas reflexiones para avanzar en la discusión acerca del grado de complementación y de autonomía relativa, deseable y posible, entre los puntos de vista de la investigación clínica y la investigación social. En esta línea, procuraremos reflexionar acerca de los aportes distintivos de las ciencias sociales que, a nuestro juicio, resultan particularmente útiles y relevantes para reformular (y mejorar) el diseño de intervenciones en el campo de la salud pública.

En primer lugar, cabe resaltar que las evaluaciones de intervenciones en este campo que han incorporado la perspectiva de los sujetos, y con ello las dimensiones sociales y culturales de la atención médica, han sido particularmente valiosas para orientar el diseño y la implementación de estrategias eficaces (Helitzer-Allen y Kendall, 1992; Pinto Días y Borges Días, 1993; Langer *et al.*, 1993; Scrimshaw, 1996; Bronfman *et al.*, 1998). Por otra parte, el análisis de las dimensiones sociales y culturales que afectan el proceso de salud/enfermedad/atención médica resulta imprescindible para identificar los factores obstaculizadores y facilitadores de la implementación de una nueva estrategia de intervención.

Precisamente nuestro estudio se inscribe en esa línea de trabajo, en la medida en que se propone complementar los resultados biomédicos producidos por el ensayo clínico con información acerca de la perspectiva de los distintos actores involucrados en la intervención (mujeres y médicos/as) y, a su vez, producir información descriptiva

sobre el "mundo cultural" que sirve de contexto y control para el análisis de estos resultados biomédicos.

En este sentido, el conocimiento producido tanto por el ensayo clínico como por el estudio social contribuirá a obtener un diagnóstico más comprehensivo de la eficacia de la intervención propuesta para reducir las cesáreas innecesarias, dimensión particularmente crítica para fundamentar la adopción de una determinada estrategia de intervención en el campo de la salud pública. Esta contribución se apoyará en dos elementos. Por un lado, el ensayo clínico evaluará la eficacia de la estrategia de la segunda opinión en términos de la disminución de la tasa de cesáreas y de la no modificación o el mejoramiento de los indicadores de morbimortalidad perinatal y materna. Estos indicadores son aquellos habitualmente utilizados para fundamentar la recomendación de la adopción de una práctica médica.

Por otro lado, el estudio social permitirá evaluar la eficacia de la intervención a través de otras dimensiones habitualmente no consideradas en los ensayos clínicos, como la satisfacción de las mujeres y la aceptabilidad de los médicos/as. Precisamente, la pertinencia y relevancia de estas dos dimensiones se sustenta en el conocimiento producido por las ciencias sociales en el campo de la salud/enfermedad. En el caso de nuestro estudio, dimensiones tales como las mencionadas son aportes distintivos de la mirada de las ciencias sociales que pueden contribuir a una evaluación más comprehensiva de una intervención y, con ello, hacer que las recomendaciones para el diseño de políticas resulten mejor adaptadas al contexto social y cultural en el cual se las pretende aplicar (Bronfman *et al.*, 2000).

Dentro del campo de las ciencias sociales, la consideración de variables como la satisfacción de la población con una intervención y su aceptación por parte de quienes deben ejecutarla no necesita mayores justificaciones. Sobrada evidencia existe acerca del impacto que las creencias y expectativas de la población sobre las cuestiones de salud/enfermedad y la percepción de la calidad de la atención recibida tienen en el *compliance* con determinada práctica e incluso en los resultados de las prácticas médicas. Para la investigación biomédica, orientada a la evaluación de nuevas prácticas en términos de resultados clínicos, estas "evidencias sociales y culturales" no siempre son suficientemente reconocidas.

Con relación a nuestro estudio y a su complementación con el ensayo clínico, ejemplificaremos las ideas anteriores en algunas observaciones puntuales. Por ejemplo, según lo propuesto por el protocolo del ELAC, la intervención resultará exitosa si reduce en un 25% la tasa de cesáreas, sin afectar negativamente la morbilidad y mortalidad

materna y perinatal. Desde la mirada de las ciencias sociales, estos resultados satisfactorios del ensayo clínico deberían estar acompañados de resultados satisfactorios también desde el punto de vista de las mujeres para que la intervención pueda ser considerada exitosa en el sentido de que resulte culturalmente apropiada. Por ello, se espera –y ésta es una de las hipótesis del estudio– que la intervención por lo menos no modifique o en su defecto mejore la calidad de la atención percibida por las mujeres. Asimismo, los posibles resultados satisfactorios del ensayo clínico deberían estar acompañados también de resultados satisfactorios desde el punto de vista de los médicos/as, en el sentido de que la intervención resulte recomendable y factible de ser replicada según el juicio de los/as profesionales involucrados.

Adicionalmente, el aporte del estudio social consistirá en la identificación del peso de diversos factores que, en médicos y mujeres, pueden estar afectando (positiva o negativamente) la eficacia clínica de la estrategia asistencial probada (Sakala, 1993).

El análisis de estas variables y su comparación entre el grupo intervención y control contribuirá a plantear hipótesis sobre los resultados obtenidos en la tasa de cesárea. Así, las dimensiones sociales y culturales incorporadas por el estudio social harán posible una evaluación de la intervención que supere la evaluación basada en los resultados biomédicos. Por ejemplo, si los resultados del ensayo clínico no fueran satisfactorios en cuanto a la reducción esperada de la tasa de cesáreas y, al mismo tiempo, el estudio social mostrara que los médicos/as consideran que la tasa actual de cesáreas en sus servicios es "cercana a lo necesario" (opción prevista en una de las preguntas del cuestionario), se podría concluir que los médicos/as no modifican sus prácticas habituales (a pesar de la segunda opinión y de las guías), dado que según su punto de vista, no "habría nada que cambiar" o en otras palabras "que la prevalencia actual de cesáreas es la necesaria".

En caso de que los resultados de la intervención propuesta por el ELAC fueran exitosos, el estudio social podrá contribuir a dar cuenta del "contexto social y cultural" requerido para esperar que una replicación produzca resultados similares. Al mismo tiempo, si la intervención no resultara exitosa, el estudio social también podrá contribuir con algunas hipótesis para comprender las razones de estos resultados.

Finalmente, también queremos compartir algunas reflexiones respecto del aprendizaje que hemos tenido que cultivar como equipo para involucrarnos, por primera vez en nuestra trayectoria como cientistas sociales en el campo de la salud/enfermedad, en un estudio de estas características. El contraste entre las consideraciones teóricas y

metodológicas de la investigación social y la investigación clínica fue claro en algunas situaciones a nuestro entender paradigmáticas. Dos de estas situaciones merecen ser destacadas como ejemplo.

En primer lugar, nuestra objeción para asumir como válidos algunos de los supuestos metodológicos del diseño del ensayo clínico aleatorizado. En particular, aquel que considera que el proceso de aleatorización aplicado dentro de cada par de hospitales (utilizando como variables de apareamiento el país, el porcentaje de cesáreas y el tipo de institución) "garantizaría" la distribución similar de los sujetos participantes del estudio en términos de sus características de *background* (social y cultural). Según la perspectiva del ensayo clínico, variables como la edad, la historia reproductiva, las percepciones acerca de la calidad, entre otras, deberían distribuirse de manera aleatoria y, con ello, las posibles diferencias entre subpoblaciones (léase mujeres de diferentes países y de diferentes hospitales) quedarían anuladas. Desde nuestro punto de vista, no podía presuponerse que la aleatorización de los hospitales "homogeneizara" las subpoblaciones de usuarias de los hospitales/ países involucrados. Por lo tanto, consideramos necesario para nuestro estudio relevar información sobre esas variables, de modo de poder controlar la diferencia o no diferencia en la satisfacción y poder atribuir estos resultados efectivamente a la intervención (y no a las variables de *background*).

En segundo lugar, hemos identificado otro contraste derivado de la apreciación diferente que el ensayo clínico y nuestro estudio tenían acerca de la necesidad de realizar un análisis por país, independiente del análisis global. Nuestro punto de vista indicaba que, dado que cada país representa un universo cultural diferente (incluso siendo conscientes de la relativa simpleza que esta hipótesis supone al asumir un país como una sola unidad cultural), el análisis por país resultaba inexcusable, cualesquiera fueran los resultados globales obtenidos en el ensayo clínico. En este sentido, también pensábamos que las recomendaciones para replicar esta intervención no deberían ser ajenas a la consideración de las particularidades culturales de las mujeres beneficiarias. Por ello, consideramos necesario para nuestro estudio definir un tamaño muestral que hiciera posible la comparación entre intervención y control dentro de cada país.

El aprendizaje realizado ha significado para nosotras más desafíos que los que en estas notas hemos podido reflejar con la claridad de la que disponemos en esta etapa del proyecto. El desarrollo del estudio social ha implicado discusiones con el equipo responsable del ensayo clínico e incluso dentro de nuestro propio equipo acerca de los modelos epistemológicos y teóricos que cada cual asume. Pero también ha

dado cuenta de la importancia de cuestiones tales como las relaciones de poder y las "reglas de etiqueta" que enmarcan las praxis de investigación científica en las diversas disciplinas que han confluido en este emprendimiento y del impacto de la condición de género en la apreciación de algunos problemas. Como es de imaginar, cada una de estas cuestiones podría estimular nuevas reflexiones, las que probablemente estaremos en condiciones de escribir una vez que esta experiencia de trabajo colaborativo haya concluido y podamos tomar la distancia suficiente para mirarla con otros ojos.

Para finalizar resta resaltar que, a nuestro juicio, estos dos estudios no sólo han significado aprendizajes compartidos sino que también han confirmado la necesidad de reforzar el trabajo colaborativo entre investigadores clínicos e investigadores sociales para abarcar la complejidad de los procesos involucrados en el cambio de prácticas en la atención médica y con ello aportar a la solución de los problemas de la salud pública de una manera más eficaz.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bronfman, M. *et al.*: "Control and Prevention of Teniasis and Cysticercosis in Rural Areas of Mexico", mimeo, México D. F., 1998.

Bronfman, M.; Langer, A. y Trostle, J.: *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, México D. F., Instituto Nacional de Salud Pública y Manual Moderno, 2000.

Helitzer-Allen, D. y Kendall, C.: "Explaining Differences between Qualitative and Quantitative Data: A Study of Chemoprophylaxis during Pregnancy", en *Health Educational Quaterly*, vol. 19(1), 1992.

Langer, A. *et al.*: "El apoyo psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud del recién nacido", en *Revista de Investigación Clínica* 45, 1993.

Pinto Días, J. C. y Borges Días, R.: "La necesidad de investigación social y económica para las acciones de control de las enfermedades tropicales", en Briceño, L. y Pinto Días, J. C. (comps.), *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*, Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, 1993.

Sakala, C.: "Medically Unnecessary Caesarean Section Births: Introduction to a Symposium", en *Social Sciences and Medicine* 10, 1993.

Scrimshaw, S.: "Usos de métodos cualitativos en la evaluación y en el diagnóstico rápido (RAP)", en García Núñez, J.; Gogna, M. y Ramos, S. (comps.), *Complementación de enfoques cuantitativo y cualitativo. Evaluación-investigación de programas y proyectos de población y salud reproductiva: hacia una propuesta de estrategias y líneas programáticas*, Santiago de Chile, UNFPA-CEDES, 1996.

# III
# LA INVESTIGACIÓN COMO INSUMO PARA EL DISEÑO Y MONITOREO DE POLÍTICAS, Y LA INTERVENCIÓN EN SERVICIOS

# TRAILEROS EN LA FRONTERA DE MÉXICO Y GUATEMALA

MARIO BRONFMAN
RENÉ LEYVA
MIRKA NEGRONI[1]

## INTRODUCCIÓN

Los traileros, que son quienes realizan el transporte de mercancías en vehículos pesados (trailers) en México y América central, constituyen un gremio económicamente estratégico en la región. Su número exacto no se conoce, pero se estima que el gremio agruparía a 5.000 traileros en América central (Madrigal, 1998), y en México posiblemente la cantidad sea menor.

El estereotipo del trailero, desarrollado socialmente, adoptado y frecuentemente estimulado por ellos mismos, evoca a un sujeto agresivo, mujeriego, machista, independiente, sucio, gordo y capaz de consumir mucho alcohol. El tamaño de los vehículos que conducen contribuye a reafirmar su posición dominante en la carretera, y los coloca como "amos del volante" y de la carretera. El diseño de los trailers, con el habitáculo incluido, les genera una importante sensación de autonomía, ya que pueden pernoctar, descansar y tener relaciones sexuales en casi cualquier punto del trayecto. El trailer termina por constituir su hogar, del cual tienen pleno dominio por ser su único integrante. En torno a ellos se han realizado películas y canciones que

1. Los autores desean agradecer la colaboración de los traileros que participaron del estudio, los dueños de los bares, las autoridades de salud y migratorias de Ciudad Hidalgo, Chiapas, México. Este proyecto fue realizado con el apoyo financiero recibido de la USAID.

han contribuido a reforzar la imagen del trailero como un sujeto dominante y con elevado control de su trabajo.

No obstante, en la realidad sólo los cambios de trayectos o rutas pueden dar cierta variabilidad a su rutina de conductor. Es frecuente que los trayectos sean largos y tengan que cubrirlos en determinados tiempos, lo cual puede ser un ingrediente generador de estrés. A esto hay que agregar que deben conservar su posición inamovible en el asiento del conductor, mantener su estado de alerta y conservar cierta velocidad del movimiento del trailer, así como respetar, en la medida de lo posible, los reglamentos de tránsito y negociar con diversos agentes de la carretera que su recorrido se cubra de acuerdo con lo establecido.

Los traileros crean sus propios espacios de convivencia en el trayecto; son conocidas las localidades, los hoteles, los restaurantes, los estacionamientos, los comedores, las cantinas y los bares donde acuden para intercambiar información, recreación, comer, tener relaciones sexuales y fortalecer sus vínculos y su identidad de trailero. La identidad de trailero es posible que esté asociada al tipo y tamaño del vehículo que conduce, las rutas que cubre y las mercancías que transporta, lo cual en su conjunto le da un cierto status en el gremio, pero también status socioeconómico, ya que de ello depende su nivel de ingreso.

Dadas las características de elevada movilidad y de las condiciones propias de su trabajo, las posibilidades de tener contactos sexuales por los lugares que transitan son múltiples; desde esta perspectiva se puede considerar que constituyen un grupo vulnerable a las ITS/VIH/sida.[1] En este sentido, se han realizado diversas investigaciones, en otros espacios sociales y en diferentes condiciones epidemiológicas del VIH/sida, que tratan de mostrar la importancia de un grupo móvil, como los traileros, en la diseminación de la infección por VIH en África (Bwayo *et al*., 1994). En la India, Singh y Malaviya (1994) encontraron que el 78% de los traileros reconocía que tenía relaciones sexuales con parejas múltiples, incluyendo las trabajadoras comerciales del sexo, y el 5% admitió que tenía encuentros homosexuales con regularidad. También mostraron que era escaso el conocimiento y el uso del condón. Wilson *et al.* (1991) estudiaron en varias compañías de transporte la disponibilidad y el uso de condones por los traileros y mostraron que los condones estaban disponibles pero su uso no era promovido de manera efectiva. Asimismo, los traileros indicaron que sus condiciones de trabajo deberían ser mejoradas para permitirles pasar más

1. ITS: Infecciones transmitidas sexualmente.

tiempo con sus familias, como una forma de evitar la transmisión del VIH. Además de estos estudios, Madrigal (1998) ha investigado la situación de los traileros de América central como grupo vulnerable a las ITS/VIH/sida, lo cual se encuentra estrechamente relacionado con las condiciones del desempeño de su trabajo.

El aporte de estos trabajos de investigación ha permitido reconocer la importancia de este grupo no sólo en términos de su contribución para la comprensión de la diseminación de la infección, sino también porque puede constituirse en un "vehículo" estratégico de difusión de información preventiva y de prácticas de sexo protegido tanto entre sus pares como en general, a través de los diversos contactos que establecen durante el desarrollo de su trabajo.

En este sentido, se diseñó una investigación cuyo propósito fue evaluar el impacto de una intervención informativa sobre ITS/VIH/sida y la promoción del uso del condón en un grupo de traileros en la frontera de México y Guatemala. Se pretende que los resultados puedan servir para la formulación e implementación de estrategias para la prevención y el control de las ITS/VIH/sida en poblaciones móviles de la región, y que los Programas Nacionales de VIH/sida de la región valoren su utilidad y nivel de aplicación a otros sectores de población móvil.

## METODOLOGÍA

Se comenzó la investigación con un estudio etnográfico. Posteriormente, con la información obtenida en ese estudio, se diseñó un estudio de tendencia (Babbie, 1998) en traileros que llegan a Ciudad Hidalgo, puesto fronterizo de México y Guatemala, en dos períodos, con el fin de medir el impacto de una intervención informativa sobre ITS/VIH/sida y de promoción del uso del condón.

En una primera fase, durante el período comprendido entre el 9 al 15 de julio de 1998, se entrevistaron a 307 traileros que se encontraban en las pensiones y en los comedores de Ciudad Hidalgo, Chiapas, el cual constituyó el grupo de referencia para evaluar el impacto de la intervención. La información obtenida sirvió para elaborar un diagnóstico basal sobre sus características sociodemográficas, la información que tenían respecto de las ITS y el VIH/sida, así como sobre sus prácticas sexuales y el uso del condón.

A partir de la información obtenida a través del estudio etnográfico y del cuestionario realizado a traileros se elaboraron tres tipos de instrumentos para llevar a cabo la intervención informativa y la pro-

moción del uso del condón: instrumentos de difusión de información individual (llavero con el número de teléfono de TELSIDA), de difusión a grupos (rotafolio y folleto sobre formas de transmisión del VIH y promoción del uso del condón) y de difusión ampliada o abierta (afiche sobre el uso del condón distribuidos en bares y calcomanías para el parabrisas o en la parte posterior de la caja del trailer).

La intervención se llevó a cabo durante el período comprendido entre el 25 de noviembre de 1998 y el 19 de febrero de 1999, y consistió en pláticas informativas a grupos pequeños de traileros que se encontraban en los comedores y en las pensiones. En estas sesiones, los traileros tenían oportunidad de expresar preguntas sobre las ITS, las cuales eran discutidas y analizadas en el grupo con la participación activa de las facilitadoras.

Para las pláticas se utilizó el rotafolio y se les distribuyó el folleto informativo, el llavero y la calcomanía. Se estima que con estas actividades se alcanzó una cobertura de 600 traileros. El afiche fue colocado en la mayoría de los bares, cantinas y prostíbulos de Ciudad Hidalgo.

Las pláticas fueron impartidas por dos facilitadoras, psicólogas, que fueron capacitadas en el manejo de los instrumentos y para transmitir la información sobre ITS/VIH/sida.

En una tercera fase (evaluación) se utilizó un cuestionario, semejante al aplicado durante la fase del diagnóstico basal, con el fin de obtener información y realizar una evaluación del impacto directo e indirecto de la intervención. Se entrevistaron a 303 traileros, de los cuales 67 (23%) habían recibido la intervención y 234 (77%) no la habían recibido. En el primer grupo se midió el impacto directo de la intervención y en el segundo grupo (sin intervención) se midió el impacto indirecto o ampliado de la intervención. Esto último podría estar mediado por el intercambio interpersonal de información (trailero-trailero), la lectura o mirada de los posters en bares y el intercambio del llavero y del folleto informativo entre los traileros. Esta fase se desarrolló entre el 18 de febrero y el 12 de abril de 1999.

Se compararon las características sociodemográficas de los tres grupos de traileros para observar diferencias en el tipo de población que participó del proyecto. El impacto se midió tomando como población de referencia al grupo del diagnóstico basal. Se realizaron pruebas de asociación (Chi cuadrada) para analizar las diferencias en el manejo y el tipo de información sobre ITS/ VIH/sida, así como en el uso del condón. Éstos constituyeron los indicadores del impacto de la intervención en los grupos de traileros estudiados. Esta evaluación no considera el impacto por separado de cada uno de los medios de difusión de información empleados en la intervención ni de su cobertu-

ra, sino que la evaluación observa el efecto conjunto que pueden tener las acciones desarrolladas en determinados grupos de población. Dado que la intervención es principalmente informativa, no se utilizó ningún indicador de cambios en las prácticas sexuales como atribuible a la intervención.

## RESULTADOS

Se encontró que el 50% de los traileros mencionaron que acuden a los bares y cantinas, puntos de reunión e intercambio de información, pero también de consumo de alcohol y de relaciones sexuales. Los traileros inician sus relaciones sexuales a una edad promedio de 15 años. Del total de la población estudiada, el 98% mencionó tener preferencia por la relación sexual vaginal. Fue importante el porcentaje de traileros en cuyas relaciones sexuales hay presencia de alcohol o drogas (55%); contradictoriamente, la mayoría (70%) mencionó que el contacto sexual es la principal forma de transmisión de las ITS y del VIH/sida.

Respecto del impacto de la intervención, fue mayor el porcentaje del grupo con intervención que sin intervención que mencionó el uso del condón como medio de prevención de las ITS y del VIH/sida. Desafortunadamente, se observó que el porcentaje de traileros con intervención que se percibía en riesgo de adquirir alguna ITS y el VIH/sida fue menor respecto del grupo basal. Entre las razones para no percibirse en riesgo, se mencionó el uso del condón. Otra de las razones para percibirse en bajo riesgo fue que sólo tienen relaciones sexuales con una persona o con personas conocidas.

En el caso de los traileros casados o con pareja, el 70% no utiliza condón en sus relaciones sexuales con su pareja, a pesar de que cuatro de cada diez tienen relaciones sexuales extramaritales, que incluyen a las trabajadoras comerciales del sexo.

Si bien los resultados de esta investigación muestran diferencias en la comprensión de la transmisión de las ITS/VIH/sida entre el grupo con intervención respecto de los grupos sin intervención, hay aspectos relacionados con la percepción del riesgo de infectarse de acuerdo con el tipo de pareja en los cuales no se observaron diferencias y en los que persisten elementos de comprensión inapropiados. Los traileros consideran que las relaciones sexuales son seguras cuando se realizan con sus esposas o con personas conocidas. En esta situación se perciben como sujetos que tienen baja probabilidad de transmitirle alguna ITS a su pareja. Por otra parte, confían en que sus

parejas no tienen relaciones sexuales con otros y, por lo tanto, no se consideran en riesgo de infección.

El argumento principal utilizado por un porcentaje importante de este grupo fue que siempre utilizan condón; sin embargo, también reportaron prácticas de riesgo en las que no utilizan condón, como considerar relaciones sexuales seguras a las que se tienen con personas conocidas. A esto hay que añadir que casi la mitad de los traileros reportan consumo de alcohol o drogas cuando tienen relaciones sexuales. Otros trabajos han relevado que bajo el efecto del alcohol o las drogas se modifican sustancialmente las características y condiciones de las prácticas sexuales y se incrementa la probabilidad de tener relaciones sexuales de riesgo (Bronfman y Minello, 1995).

En consecuencia, se tendría que ponderar el impacto positivo de la intervención en la comprensión de las ITS/VIH/sida, en la percepción de riesgo y en la mayor frecuencia del uso del condón de los traileros ya que éste se utiliza con mayor frecuencia cuando se tienen relaciones sexuales con las trabajadoras comerciales del sexo pero no en otras relaciones. Un aspecto de interés fue que las trabajadoras comerciales del sexo demandan el uso del condón con mayor frecuencia que los traileros, pero con escaso éxito. La baja percepción de riesgo percibida durante la intervención tendría que ser reforzada con la promoción más amplia del uso del condón, independientemente de la persona con quien tienen relaciones sexuales, donde elementos como la fidelidad de la pareja pueden ser centrales para el desarrollo de estrategias que reduzcan la vulnerabilidad a las ITS/VIH/sida.

En el caso del grupo de traileros casados o con parejas, la mayoría no usa condón con la esposa o pareja a pesar de la elevada promiscuidad sexual, independientemente de que hayan recibido o no la intervención. Este hecho ya ha sido observado en estudios en traileros de América central (ILPES) y con otros grupos de población móvil (trabajadores agrícolas) en los Estados Unidos (Bronfman y Minello, 1995).

Finalmente, la baja prevalencia de ITS reportada por los traileros, posiblemente tiene que ver con el estigma de la enfermedad, más que con la prevalencia real del problema en este grupo de población.

## CONCLUSIONES

Los grupos móviles han representado, para la salud pública, un problema complejo de estudiar, analizar, comprender, así como también para dar respuesta a sus necesidades de salud en sus condiciones

laborales y culturales. Es frecuente que para la epidemiología representen un grupo que hace las veces de vector de enfermedades, donde la velocidad de transmisión y diseminación de la enfermedad es directamente proporcional a la frecuencia y duración de sus movimientos. Desde esta perspectiva la frecuencia, la duración y las rutas de los movimientos poblacionales constituyen un elemento que puede contribuir a explicar la diseminación de las infecciones de transmisión sexual. Esta forma de analizar el problema es limitada y deja de lado los componentes de orden estructural de la migración o de los movimientos poblacionales que representan los condicionantes de la vulnerabilidad social de estos grupos. En el caso de las ITS, se han realizado diversos estudios con población migrante mexicana en los Estados Unidos. El cambio en las actitudes y la incorporación de prácticas sexuales en situaciones de riesgo en los lugares de destino han sido elementos para explicar la adquisición del VIH en este grupo de población, como también la diseminación del VIH entre mujeres de áreas rurales en México (Bronfman y Minello, 1995).

Finalmente, hay que tener en cuenta tres aspectos que son relevantes para el análisis del efecto de la intervención: la temporalidad del efecto, sus niveles de cobertura y la diferencia entre saber y poner en práctica los conocimientos. Respecto de la temporalidad del efecto, se sabe que conforme pasa el tiempo la información se diluye, se recategoriza y se reduce su nivel de prioridad en los sistemas de intercambio de información. Es por ello que se requiere que proyectos con resultados exitosos como los aquí descriptos puedan ser incorporados a programas permanentes que estarían en posibilidad de reforzar, renovar y crear nueva información que se vaya ajustando a las necesidades de las poblaciones móviles. Esto tendría como consecuencia un incremento de la cobertura informativa con la cual se harían más eficientes los canales de difusión de información interpersonal entre traileros, hasta llegar a alcanzar coberturas suficientes para que la mayoría de la población objetivo cuente con la información. En este caso, con la cobertura alcanzada por la intervención (23% de los traileros que se evaluaron) fue insuficiente para tener un efecto multiplicador en la difusión indirecta de la información. Quizá la relación entre saber y práctica sea un área de elevado conflicto en la consistencia y congruencia de esta relación. Hipotéticamente se esperaría que la población más y mejor informada tuviera menores prácticas de riesgo; sin embargo, esto no ocurre como una respuesta esperada por lo menos en el corto plazo y como resultado de una plática informativa. Más bien es necesario desarrollar modelos de atención permanentes que contribuyan no sólo a fortalecer las prácticas de sexo protegido

sino también a crear condiciones que reduzcan la vulnerabilidad de estas poblaciones. En este sentido, hay que reconocer que las condiciones laborales de los traileros están determinando o limitando en forma importante el alcance del impacto de estos proyectos, por lo que sería recomendable integrarlos como parte de las actividades de capacitación o de información que reciben los traileros para el desarrollo adecuado de su trabajo. Asimismo, es posible considerar la utilización del radio de banda civil a través del cual intercambian información. Es frecuente que haya un centro, "sitio" de transmisión de mensajes que podría ser un elemento multiplicador importante para emitir información apropiada pero también para organizar una especie de "foros al aire" sobre temas de interés de los traileros, que en este caso pueden ser las ITS/VIH/sida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Babbie, R.E.: *Métodos de investigación por encuesta*, Biblioteca de la Salud. Fondo de Cultura Económica, México, D. F., pág. 88, 1988.

Brofman, M. y Minello, N.: "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgos para la infección por VIH", en Bronfman *et al.*, *Sida en México. Migración; adolescencia y género*, primera reimpresión, 1995, Colectivo Sol; CONASIDA, México D. F., 1999,

Bwayo, J.; Plummer, F.; Omari, A. M.; Mutere, A. N.; Moses, S.; Ndinya-Achola, J.; Velentgas, P. y Kreiss, J.: "Human Inmunodeficiency Virus Infection in Long-distance Truck-drivers in East Africa", en *Archives of Internal Medicine*, 154 (12), 1994, págs. 1391-1396.

Madrigal, P. J.: Al vaivén de un cabezal. Un estudio en traileros en América Central y su relación con SIDA, ILPES, San José de Costa Rica; CA, 1998.

Singh, U. N. y Malaviya, A. N.: "Long-distance Truck-drivers and Their Possible Role in Disseminating HIV Into Rural Areas", en *International Journal of SRD/AIDS*, 5(2), 1994, págs. 137-138.

Wilson, D.; Lamson, N.; Nyathi, B.; Sibanda, A. y Sibanda, T.: "Ethnographic and quantitative research to design an intervention for truckers in Zimbabwe", Abstract Nº M.C.104, en *VII International AIDS. Conference,* Florencia, 16 al 21 de junio de 1991.

# SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO: EL RELATO DE UN INTENTO DE ACERCAMIENTO

FLORINDA RIQUER FERNÁNDEZ[1]

Mire usted, atendimos en el servicio de urgencias a una mujer golpeada, había salado los frijoles. Cuando el marido llegó a comer, con sus copas encima, se quejó porque estaban salados. Le aventó los frijoles y la golpeó. ¿Qué pasó? Ella, en lugar de decirle "la próxima vez no los salo", le respondió con una gran violencia y le dijo: "Pues si no te gustan no te los tragues". Ve usted, por eso recibió una golpiza (entrevista al director de un servicio de urgencias).

## PRESENTACIÓN

Hay realidades que se quisieran ignorar, pero vienen a nuestro encuentro. Es el caso de la violencia de género, de las diversas formas de agresión –emocional, sexual y física– que se ejercen contra las mujeres en distintos ámbitos: el hogar, la escuela, los espacios de trabajo y la calle. Problemática lacerante que, a pesar de ser uno de los ejes de lucha y reflexión del feminismo contemporáneo, como investigadora del ámbito de los estudios de género le había sacado el cuerpo pero me tomó por asalto.

A principios de los noventa, haciendo historias de vida para mi tesis de doctorado, la violación, el hostigamiento sexual y, sobre todo, la violencia conyugal e intrafamiliar, aparecían en casi todas las biografías como si se tratara de un sino, de una vivencia "natural" que las mujeres parecían experimentar con notable resignación. En 1991, cuando realicé el trabajo de campo, formaba parte de una organización feminista cuyas integrantes participaban en la lucha contra la violencia hacia la mujer. En ese marco y a pesar de mi resistencia al tema, tuve que enfrentarlo. Escribimos dos textos (Bedregal *et al.*,

1. Este estudio fue preparado durante mi estancia sabática como Directora en Salud Comunitaria del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Agradezco al INSP y particularmente al Dr. Mario Bronfman, la oportunidad de haber colaborado en la institución.

1991; Riquer *et al*., 1996) y presentamos algunas ponencias (Duarte, 1992; Riquer, 1992).

Para nosotras era evidente que la violencia de género era un problema de salud pública, pero nuestra primera incursión al medio más reconocido de la salud pública en México, el Congreso Nacional de Salud Pública, nos hizo constar que lo evidente es, generalmente, imperceptible. La experiencia nos estimuló a buscar otras vías para hacer visible el campo de intersección de la violencia de género y la salud pública. Queríamos ser oídas por el personal de los servicios de salud, por eso decidimos escucharlos, preguntarles e indagar acerca de su percepción sobre la violencia de género y en qué medida la consideraban un problema de salud pública.

En las páginas que siguen se da cuenta de ello. Es el relato de un intento por mostrar que los estragos que provoca la violencia de género constituyen un aspecto de suma importancia en la vida de las mujeres. Nuestra finalidad, en último término, ha sido evidenciar las oportunidades y los obstáculos que se presentan en las instituciones gubernamentales de salud para prevenir, diagnosticar y atender una dolencia que sin ser enfermedad, enferma y puede causar la muerte: la violencia de género.

## PRIMER ACERCAMIENTO

En los primeros años de la década de 1990, en México se habían realizado avances significativos en el campo legislativo respecto de violación, hostigamiento sexual y violencia intrafamiliar (Bedregal, 1991). Por otra parte, en el espacio de la salud se empezaban a considerar los requerimientos de la mujer no sólo como reproductora de la especie, sino como organismo cambiante cuyas necesidades van modificándose en función de su ciclo vital (Alatorre, *et al*. 1994; Castro y Bronfman 1998; Langer, 1999; Szasz, 1999). Sin embargo, se había avanzado muy poco en la investigación y la intervención sobre las consecuencias psíquicas y físicas que produce el maltrato de la mujer en su hogar. Nos referimos no sólo a la atención médica de las lesiones provocadas por un golpe, sino a los efectos no evidentes en la salud de quienes son sometidos sistemáticamente al maltrato emocional y físico.

En ese marco, en 1995 realizamos el estudio *Violencia y salud de la mujer. Oportunidades* ***y*** *obstáculos para su atención*.[2] Pretendíamos obte-

2. Las dos investigaciones de las que se da cuenta fueron coordinadas por la

ner información sobre las percepciones y opiniones de diferentes actores acerca de la relación entre violencia de género, específicamente en su expresión como violencia intrafamiliar, y salud de la mujer. El estudio se realizó en seis ciudades. Esta selección respondió, por una parte, a que en esas ciudades se tenía contacto con mujeres organizadas en torno a la lucha contra la violencia de género. Por otra parte, cada ciudad era, y sigue siendo, distinta en términos de desarrollo socioeconómico y de tradiciones culturales. En cada lugar se realizaron entrevistas con "informantes clave" del sector salud, legislativo y judicial así como de organismos no gubernamentales y de los medios de comunicación.[3]

## ALGUNOS RESULTADOS

En la percepción de los/as entrevistadas la violencia intrafamiliar era un problema generalizado no sólo en su ciudad o entidad, sino en el país y en otras partes del mundo. Sin embargo, muy pocos/as pudieron precisar en qué porcentaje o proporción se presentaba el problema. Los cálculos oscilaban entre una cuarta y una quinta parte del total de familias.

¿A qué se atribuye el maltrato de la mujer en su hogar? La mayoría de los/as entrevistados/as coincidieron en que se trataba de un fenómeno multicausal, no obstante, casi todos los hombres del sector

---

Mtra. Irma Saucedo, investigadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) de El Colegio de México.

3. Las ciudades son Monterrey, Mexicali y Torreón al norte del país, la región de mayor desarrollo socioeconómico; Guadalajara y Colima en el centro-poniente, la primera, junto con Monterrey y la ciudad de México constituyen los polos de mayor desarrollo, mientras Colima, capital de un pequeño estado del mismo nombre, tiene un peso mucho menor en el desarrollo nacional; y San Cristóbal de las Casas al sur, con una importante proporción de población indígena y situada en uno de los estados de menor desarrollo económico y de más alta marginación social: Chiapas. Las entrevistas, basadas en una guía con veinte preguntas abiertas, fueron realizadas por mujeres de organizaciones que participan en la lucha contra la violencia de género en cada ciudad. Por tratarse de un estudio de corte cualitativo, no se buscaba la representatividad cuantitativa sino aproximarnos, como se mencionó, a las percepciones y actitudes de personas que podían tener alguna influencia en determinadas instituciones o incidir en la opinión pública. Por ello, los/as entrevistados/as tenían cargos directivos en el sector salud o en el judicial, eran diputados/as, dirigentes de organizaciones no gubernamentales y periodistas reconocidos en su ciudad.

salud, pero no todas las mujeres, lo atribuyeron, en primera instancia, al "machismo", a la vigencia de una doble moral que se aplica diferencialmente a cada género, a la creencia de la supuesta superioridad masculina que conlleva la obligación de la mujer a obedecer ciegamente a su cónyuge. Algunas mujeres, en su mayoría pertenecientes al sistema judicial y al legislativo, se refirieron a la falta de respeto y de comunicación en las parejas, a la falta de cultura o educación y a la pérdida de valores o principios, sobre todo en la mujer, como causas del fenómeno. El alcoholismo y el consumo de drogas fueron mencionados como factores conspicuamente asociados a la problemática.

Lo hombres y las mujeres del sector salud fueron quienes consideraron que el principal agresor de la mujer es su cónyuge; los/as entrevistados/as del sector judicial, en particular, reconocieron que éste podía ser el agresor, pero también señalaron a las mujeres de la familia y a los/as hijos/as. Lo que llamó nuestra atención al respecto, fue que los/as entrevistados/as de las ciudades con menor desarrollo socioeconómico, Colima y San Cristóbal de las Casas, indicaron que la violencia doméstica no tiene sólo dos protagonistas, la pareja, sino que en ella participan prácticamente todos los integrantes de la unidad doméstica.

En las entrevistas realizadas en esas ciudades se puso de manifiesto un asunto de suma importancia para el estudio y la intervención en violencia intrafamiliar: el hecho de que en el país, incluidas las grandes ciudades como la de México, no existe un solo tipo de familia o unidad doméstica –la nuclear– sino diversos arreglos familiares o domésticos que podemos llamar "compuestos".[4] Las entrevistas en esas localidades, evidenciaron la autoridad que tiene la suegra en no pocas familias mexicanas y que, en determinadas circunstancias, éstas también son protagonistas de la violencia en el hogar. De igual modo, se observó la importancia que tienen los conflictos entre las mujeres de un mismo hombre, esto es, entre la esposa y la concubina. La práctica de la poligamia en el país, se reconozca o no, sigue vigente.

Interesaba saber, de igual modo, si nuestros/as entrevistados/as consideraban que el maltrato de la mujer es un problema relacionado con alguna clase social. Respondieron en forma generalizada que no es un problema que afecte a una determinada clase social sino que se manifiesta de maneras distintas en todas ellas. Sin embargo, la pobla-

4. Se calcula que en México una tercera parte de las familias son "compuestas".

ción de menos recursos es la que la denuncia y/o pide asesoría legal. Algunos/as afirmaron que según los recursos tanto económicos como materiales y el nivel escolar de las personas, el problema es enfrentado de maneras distintas.

Relacionado con ese aspecto, algunos/as informantes, en particular del sector judicial, mencionaron que las mujeres de escasos recursos, después de hacer la denuncia por maltrato solían retirarla. Ello se explica, por una parte, por razones económicas, dado que si el hombre es el principal o uno de los principales proveedores económicos del hogar, la mujer no puede darse el lujo de mantenerlo en la cárcel. La otra razón es que las mujeres no quieren en realidad el encarcelamiento de su cónyuge, sino darle un "susto" o escarmiento y para ello recurren a la autoridad.

Otro aspecto que nos interesaba conocer, específicamente por medio de los informantes del sector salud, era cómo reconocen y diagnostican a una víctima de maltrato. Los médicos/as parecían tener claro que no sólo los hematomas delatan a una mujer maltratada. Para algunos/as, una mujer sometida a maltrato tiene una conducta errática, pasa de la tristeza profunda a una suerte de estado eufórico, suele aislarse, se aleja de sus relaciones y se encierra en un mundo interior de vergüenza y dolor, los que constituyen algunos de los síntomas más conocidos de la depresión.

Además de los síntomas psicológicos, cuyo estudio ha recibido mayor atención, nos interesaba saber si los/as médicos/as habían encontrado alguna relación entre maltrato y algunas enfermedades. Establecieron una relación con padecimientos gastrointestinales y con la hipertensión arterial, relación que no era directa sino mediada por la situación de "alerta" o de estrés en la que se encuentra cualquier persona sometida a la amenaza más o menos constante que significa el maltrato.

Para la mayoría de los/as médicos/as, además de la atención a las lesiones físicas, algunas leves como hematomas y otras graves en tanto afectan órganos internos, el sentido del oído o de la vista, debe darse la misma o mayor importancia a las lesiones psicológicas. En este punto, los informantes de la ciudad de Monterrey fueron los más enfáticos al señalar que una mujer sometida al maltrato desarrolla patologías psicológicas que la pueden conducir al alcoholismo, al consumo de drogas y al suicidio.

Al final de las entrevistas, y según el sector del que se tratara, se hizo una serie de preguntas sobre la posibilidad de establecer algún programa de prevención y atención de la violencia intrafamiliar. Los/as informantes del sector salud percibían claramente la necesidad

de generar programas intersectoriales para prevenir y actuar contra la violencia intrafamiliar.

## PRIMERAS LECCIONES

Nuestro primer acercamiento a las opiniones y percepciones de distintos actores sobre la relación entre violencia de género y salud nos enseñó, fundamentalmente, que hay una sensibilidad distinta al fenómeno relacionada con el grado de desarrollo socioeconómico. Desde luego, se trata de una relación mediada por el surgimiento de una mentalidad que ha contribuido a cuestionar la percepción dominante sobre la violencia intrafamiliar. Esto es, que ha dejado de verla como un asunto privado, de competencia y responsabilidad de sus protagonistas, para percibirla como un problema de interés público.

Sin embargo, las percepciones y opiniones recogidas no eran suficientes para estimar la viabilidad de implementar políticas y programas de prevención y atención de la violencia intrafamiliar desde el sector salud.

## SEGUNDO ACERCAMIENTO

En 1998, volvimos a Monterrey y a Torreón,[5] esta vez, con el fin de realizar un diagnóstico institucional que ofreciera información para evaluar los posibles obstáculos a la atención adecuada de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. El diagnóstico debería proporcionar información específica sobre las características de los centros de salud u hospitales elegidos para el estudio y de su personal; de la población atendida y su perfil epidemiológico; de la dinámica institucional; sobre las percepciones de los/as profesionales que trabajan en las instituciones, y sobre las formas de registro de la información de usuarios/as de los servicios de salud. La información obtenida serviría de base para establecer programas de prevención, atención y seguimiento de casos de violencia doméstica. El programa incluirá la capacita-

5. Realicé el diagnóstico con la doctora Edith Pacheco, coordinadora del Doctorado en Estudios de Población del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México. Volvimos a Monterrey y Torreón porque las mujeres organizadas en cada ciudad contribuyeron a abrirnos las puertas de los centros de salud en los que realizamos el estudio.

ción del personal así como la generación de una base de datos para el registro y seguimiento de esos casos.

Las instituciones seleccionadas fueron el Centro de Salud Nueva Morelos de Monterrey, Nuevo León, y el Hospital General de Torreón Coahuila. El trabajo de campo se basó en la observación participante en cada centro de salud y en entrevistas a personal "clave" de esas instituciones.[6]

Cabe señalar que entre nuestra primera y segunda estancia en ambas ciudades había crecido la presión de las mujeres organizadas en torno a la lucha contra la violencia de género. En el caso de Monterrey, se había generado una red interinstitucional que agrupaba instancias gubernamentales y a mujeres de organismos no gubernamentales. La red, en 1998, intentaba consensuar un instrumento único para la detección de violencia en centros de salud y un mecanismo de derivación para la adecuada atención de las víctimas. La red parecía funcionar sobre la base del liderazgo fuerte de una mujer.

El caso de Torreón era distinto, pues para ese año el referente de la lucha contra la violencia de género era un programa que dependía de la Secretaría de Salud –Sí Mujer– pero que había surgido de mujeres organizadas de distintas instituciones. La directora del programa había logrado alguna legitimidad en los medios judicial y de salud, pero su liderazgo estaba en duda y disputa por las organizaciones de mujeres.

## DEFINICIONES Y SUPUESTOS INICIALES

Dados los objetivos y fines del diagnóstico, se partió de concebir la violencia doméstica como un fenómeno complejo, multideterminado y relacional, esto es, que ocurre en virtud de un tipo específico de vínculo establecido entre un hombre y una mujer unidos conyugalmente (casados o no). La especificidad de ese vínculo estriba en que incluye

6. Se optó por estas técnicas por considerar que por medio de la entrevista se obtienen, básicamente, percepciones y opiniones individuales que difícilmente permiten acercarse a la dinámica de las relaciones que caracteriza la vida cotidiana de la institución. En el Centro de Salud Nueva Morelos se entrevistó a trece personas en total: dos trabajadoras sociales, cinco enfermeras y seis médicos/as. En el Hospital General a dieciséis personas en total: una trabajadora social, cinco enfermeras, una psicóloga, seis médicos/as, un técnico en radiología, a la cajera y a una secretaria. La selección de las personas que serían entrevistadas se basó en el criterio de su posible cercanía con el problema de la violencia intrafamiliar.

la agresión y la violencia como formas de transmitir o comunicar mensajes afectivos, positivos y negativos; demandas, y necesidades; aprobación y rechazo. Desde luego, ese tipo de "comunicación" es posible en tanto existe un marco social que ha justificado, permitido y tolerado la agresión y la violencia contra la mujer. Hay pues un contexto, más allá del de la pareja y la familia, que le da sentido, significado y contenido a las acciones violentas y agresivas que ocurren en el hogar.

Por otra parte, supusimos que las mujeres víctimas de maltrato y violencia en el hogar no acuden a clínicas u hospitales en busca de ayuda o apoyo para hacer frente o resolver esta problemática. Acuden para obtener atención médica, por ello, se presentan ante el personal de salud como cualquier paciente. En consecuencia, partimos de suponer que el personal de salud no necesariamente tiene que inferir que detrás de ciertos síntomas, padecimientos, enfermedades o lesiones se esconde la problemática de la violencia intrafamiliar. Por lo tanto, conjeturamos que estaríamos ante un fenómeno que se oculta detrás de síntomas, padecimientos, enfermedades y lesiones: ante un fenómeno que no sería visible u observable de manera directa, ni siquiera cuando la paciente consulta por alguna lesión.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE SALUD: ALGUNAS NOTAS SOBRE SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Los dos centros de salud en los que se realizó el diagnóstico pertenecen a la Secretaría de Salud[7] y atienden a personas de bajos recursos.

El Centro de Salud Nueva Morelos es una unidad de servicios de

7. En México, las instituciones más importantes del complejo sistema de salud de dependencia gubernamental son tres. La Secretaría de Salud, creada en 1943, que ofrece servicios a población abierta y a quienes no son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), creado un año después –1944– al que están adscriptos los empleados/as y trabajadores/as del sector privado o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores/as de Estado (ISSSTE) creado en 1958 que, como su nombre lo indica, da servicios a los empleados y trabajadores/as de las dependencias gubernamentales. En el Estado de Nuevo León existen ocho jurisdicciones sanitarias: el Centro de Salud Nueva Morelos pertenece a la Jurisdicción Sanitaria Nº 1 "Monterrey". En 1996 en ese municipio, la Secretaría de Salud contaba con el mayor número de unidades médicas –cuarenta y ocho– en relación con las otras instituciones públicas del sector salud (diecinueve unidades correspondían al IMSS y siete al ISSSTE). De ese total, cuarenta y seis eran de consulta externa y dos de hospitalización especializada. El mismo año, de

primer y segundo nivel ambulatorios que se rige por el modelo de atención que establece la Secretaría de Salud.[8] En 1997 atendió a 22.435 personas, población que representó, aproximadamente, el 10% de las usuarias de la jurisdicción correspondiente. Constatamos, por otra parte, que la población atendida, en su mayoría, es femenina: de cada diez usuarios prácticamente siete son mujeres. Como ocurre en casi todas las instituciones públicas de salud del país, la sobreutilización de servicios por parte de las mujeres se debe a los requerimientos de la población femenina en etapa reproductiva. El Hospital General de Torreón funciona como un centro de salud y como hospital.[9] Entre enero y septiembre de 1998 el hospital atendió a 35.972 personas, población que representó, aproximadamente, el 61% de los/as usuarios/as de la jurisdicción correspondiente. Al igual que en el centro de salud de Monterrey, la mayor parte de la población usuaria es femenina.

¿Qué sintomatología es la más atendida en estos centros de salud? De acuerdo con las estadísticas oficiales (Sistema de Información Básica en Salud) existen dos formas para responder esta pregunta. La forma más indirecta es considerar los programas que establece la Secretaría de Salud. La segunda es revisar los principales diagnósticos realizados en cada institución. En el caso del Centro de Salud Nueva Morelos, la información correspondiente a los programas indicó que mientras en la jurisdicción, la atención a "sanos" es la que cuenta con un mayor número de usuarios, en el centro de salud, el programa denominado "otras enfermedades" es el que muestra la mayor propor-

---

un total de 3.260 médicos/as y pasantes de la Secretaría de Salud, 308 trabajaban en el municipio de Monterrey. En el Estado de Coahuila también existen ocho jurisdicciones sanitarias, el Hospital General de Torreón pertenece a la Jurisdicción Sanitaria Nº 7 "Torreón". En 1996 en el municipio de Torreón, la Secretaría de Salud contaba, también, con el mayor número de unidades médicas –treinta y tres– en relación con las instituciones públicas del sector salud (once unidades correspondían al IMSS e IMSS-Solidaridad y dos al ISSSTE). Del total, treinta eran de consulta externa y tres de hospitalización general. Asimismo, de 1.106 médicos/as y pasantes del municipio de Torreón, 167 trabajaban en la Secretaría de Salud.

8. La atención de primer nivel en este centro funciona con nueve módulos integrados por médico general y/o familiar, enfermera y, en ocasiones, un promotor de salud. En 1998 el centro contaba con sesenta y cinco recursos humanos. En ese momento, también contaba con una médica que, en teoría, se hacía cargo de un programa de atención a la violencia.

9. En 1998 tenía 267 trabajadores de planta, de los cuales 136 trabajaban en el hospital y 131 en el centro de salud. En total había 66 médicos/as, 78 enfermeras y 123 personas dedicadas al trabajo administrativo.

ción de usuarios. La información sobre diagnósticos principales indica que programas como el "control del niño sano", las consultas prenatales y la detección de cáncer, son los más importantes. Pero también lo son la atención de enfermedades respiratorias y las crónicas, como la diabetes. En el caso del Hospital General de Torreón la sintomatología más atendida sobre la base de la información correspondiente a los programas fue "otras enfermedades". La información sobre diagnósticos principales confirmó la importancia de los centros hospitalarios en la enfermedades respiratorias, la planificación familiar y el control prenatal.

Los perfiles epidemiológicos obtenidos nos confirmaron, también, que a partir de la información que se entrega al Sistema de Información Básica en Salud no es factible acercarnos a la prevalencia de la problemática de la violencia. Por ello exploramos la información correspondiente al rubro "accidentes y violencia".[10] En 1997, en el caso del Centro de Salud Nueva Morelos, los usuarios atendidos por violencia y accidentes representaron menos del 1% de los usuarios atendidos. Respecto de las diferencias por sexo, fue sintomático observar que la mayoría de las mujeres se lesionan en su hogar y los hombres en la vía pública.[11]

En el caso del Hospital General de Torreón, se observó, de igual modo, el reducido peso de los accidentes y violencias en relación con el volumen total de atención: el 1,3% en la jurisdicción y el 0,5% de la atención hospitalaria. También, al igual que en el Centro de Salud Nueva Morelos, en el caso de las mujeres la mayor proporción de accidentes y violencia ocurrió en el hogar, mientras que en el caso de los hombres la mayor ocurrencia tuvo lugar en la vía pública.[12]

## LA RUTA DE LAS MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA

Dado que nos interesaba indagar cómo se diagnostica a las mujeres víctimas de violencia que no acuden a los centros de salud por esa

10. En el hospital existía un formulario donde se podía registrar mayor información respecto de las características de los eventos considerados como accidentes o violencia. Sin embargo, no era utilizado por los médicos/as de las distintas especialidades, sino sólo por el médico legista para la denuncia legal.

11. En 1997 se registraron 17 casos de hombres, de los cuales 8 se lesionaron en la vía pública, y 19 de mujeres, de las cuales 8 se lesionaron en su hogar.

12. En el hospital, en 1998 se registraron 56 hombres, 22 de los cuales se lesionaron en la vía pública, y 46 mujeres, de las cuales 26 se lesionaron en el hogar.

razón sino por alguna dolencia o malestar, sobre la base de la observación participante y las entrevistas individuales pudimos establecer sus "rutas". Como todo/a paciente, una mujer víctima de violencia intrafamiliar es recibida por la recepcionista.[13] Este hecho podría no tener mayor importancia salvo porque, en ambas instituciones, las recepcionistas son quienes determinan, tras preguntar sobre la razón de la consulta, a qué área o módulo debe dirigirse el/la paciente. Lo que hay que destacar es que estas personas hacen una suerte de prediagnóstico con el que la paciente llega al médico/a.

Por medio de las entrevistas supimos que los/as especialistas que han tenido un mayor contacto con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar son internistas, gastroenterólogos y pediatras. Sin embargo, cuando se descubre que el problema que está detrás del malestar es la violencia, en términos generales el/la médico/a envía a la paciente a una consulta psiquiátrica o psicológica dentro o fuera de la institución. Ahí termina la atención médica para volver a iniciar la ruta. Las mujeres atrapadas en el círculo de violencia suelen volver, tras entrevistarse con la recepcionista, al internista, gastroenterólogo o, aprovechando la consulta para sus hijos/as, al pediatra, para expresar ahí su malestar.

13. El Hospital General tiene dos áreas de recepción, la de consulta externa y la de hospitalización. A la primera acuden más mujeres y niños/as (aproximadamente el 70%) que hombres. Durante el tiempo de observación, por la recepción de hospitalización llegaron, mayoritariamente, mujeres embarazadas y sólo un par de casos de lesionados. La recepcionista del Centro Nueva Morelos y la del área de consulta externa del Hospital General, son enfermeras. La primera tiene treinta años de experiencia y la segunda cuarenta y siete años de experiencia. La primera hace dieciocho años que trabaja en el centro y además de su puesto en la recepción realiza visitas domiciliarias. Conoce bien a la población que se atiende en el hospital y se considera capacitada para orientar a las personas, entre otros aspectos, en el del maltrato y la violencia intrafamiliar. En las dos instituciones el trato hacia los/as pacientes que se observó puede considerarse adecuado. En el Centro de Salud Nueva Morelos se observó, también, que entre la recepcionista y los/as pacientes había una relación de confianza. En este punto debe tenerse en cuanta que una parte importante de los/as pacientes de este centro son consuetudinarios. En este mismo centro no se observó que se hiciera esperar a las personas más del tiempo necesario. Otro aspecto a destacar es el apoyo entre el personal médico, dado que cuando algún médico no se encontraba, eran recibidos por otro/a. En el caso del Hospital General, se observó que algunos/as pacientes esperaban de una a dos horas, por lo tanto, había inquietud y malestar en los/as usuarios. A diferencia de lo ocurrido en el Centro de Salud, también se observaron situaciones en las que al no estar el médico/a, no se atendió al/la paciente.

## DINÁMICA INSTITUCIONAL

En gran medida, la dinámica de las instituciones dependientes de la Secretaría de Salud está condicionada por políticas y programas, normas, procedimientos y formas de vigilancia que ese organismo establece. Al respecto, en el caso del Centro de Salud Nueva Morelos de Monterrey, se manifestó de forma abierta la presión que sentían los/as médicos/as, por tener que "cumplir" con cuotas de atención establecidas para cada uno de los más de treinta programas de la Secretaría de Salud. Esta tarea implica completar una serie de formularios que ocupaban una parte importante del tiempo de los/as médicos/as.

A ese factor hay que agregar la dinámica propia de cada institución, condicionada, además por su historia o tradición y por su especificidad, por su organización formal, por la infraestructura material con la que cuenta, por las características de sus recursos humanos y sus condiciones de trabajo –carga y salarios–[14] y, desde luego, por el tipo de relaciones interpersonales que en cada caso se han establecido.

Sobre la base de los resultados de la observación participante puede decirse que el Hospital General de Torreón tiene una organización más jerárquica. En cambio el Centro de Salud Nueva Morelos de Monterrey parece funcionar de una manera menos piramidal.[15] Cada uno de sus nueve módulos funcionaban como una unidad en sí misma; lo que se percibió fue una mayor convivencia en cada uno, así como entre el personal de una misma área. Sin embargo se observó también una falta de cohesión, incluso de confianza, entre el personal en conjunto y algunas relaciones interpersonales conflictivas o deterioradas.

14. Los salarios oscilaban entre US$ 400 y US$ 600 mensuales. Tuvimos conocimiento de que algunos médicos/as del Centro de Salud Nueva Morelos tenían otro empleo en instituciones gubernamentales de salud y/o consultas privadas.

15. Esta caracterización guarda relación con el status diferente que cada una de las instituciones tiene en el área en la que se ubica y, en general, en la región sanitaria a la que pertenece. El Hospital General de Torreón tiene mayor antigüedad, mayor prestigio y status que el Centro de Salud Nueva Morelos. Otro factor es el tipo de autoridad y las bases de su legitimidad en cada caso. El director del Hospital General fue presidente municipal del vecino municipio de Lerdo y la directora del centro fue compañera de trabajo de sus subordinados/as. Necesariamente, esta diferencia debe tener algún peso en la forma de conducir cada centro de salud. No hay que menospreciar, tampoco, el hecho de que una institución esté dirigida por un hombre y otra, por una mujer.

Por su importancia respecto de la dinámica institucional cabe decir que además de las entrevistas y la observación participante, en cada institución se realizó una entrevista grupal, la cual enriqueció la información obtenida por las otras dos vías mencionadas.

En el caso del Hospital General de Torreón, la entrevista grupal nos permitió darnos cuenta de que había una gran sensibilidad ante la violencia intrafamiliar en el personal. Se detectó una actitud positiva hacia la eventual implementación de un programa. No obstante, particularmente los/as médicos/as se inclinaron por la instalación de un "módulo" de atención al cual derivar casos y no necesariamente por un programa que los/as involucrara directamente.

En el caso del Centro de Salud Nueva Morelos de Monterrey, el debate que se suscitó en la reunión grupal puso de manifiesto las diferencias de percepción y opinión entre el personal. Algunos médicos abiertamente criticaron los programas, de cualquier índole, que "se les imponen desde arriba". Por ende, se expresó reserva acerca de que por medio del cumplimiento de cuotas de atención por programa se estén atendiendo las necesidades relacionadas con la salud de la población, sobre todo de la de menos recursos. En consecuencia, ante la eventualidad de contar con un programa de prevención, atención y seguimiento de casos de violencia intrafamiliar, se manifestó que no se lograrían sus objetivos si no se lo establecía sobre la base de la experiencia del personal de salud y considerando la dinámica real de trabajo y las condiciones en las que se realiza.

Como pudimos constatar por medio de las entrevistas individuales, esa reacción no necesariamente tiene que ver con falta de sensibilidad ni de experiencia ante la problemática, sino con un cierto desencanto por las condiciones en las que se desarrolla el trabajo cotidiano en el primer nivel de atención de población de escasos o muy escasos recursos que no cuentan con seguridad social.

El hecho de que en el Hospital General de Torreón no se observaran mayores diferencias entre el personal, ni mayor descontento ante las condiciones de trabajo, como tampoco dudas ante la posibilidad de crear un nuevo programa para hacer frente a la violencia intrafamiliar no debe ser considerado indicador de ausencia de conflictos, malestar ni críticas. Creemos que independientemente del grado de malestar y conflictividad en cada institución, es más fácil que esas dificultades se expresen de manera abierta en una organización más horizontal, como el Centro de Salud Nueva Morelos, que en una con una clara estructura jerárquica, como la del Hospital General de Torreón.

## PERCEPCIONES Y OPINIONES SOBRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR[16]

En el caso del Centro de Salud Nueva Morelos de Monterrey, la percepción de la ocurrencia del fenómeno entre las trabajadoras sociales y enfermeras (reportaron una incidencia del 50 al 80%) resultó considerablemente más alta que la de los médicos/as (del 5 al 25% de las familias). En el caso del Hospital General las trabajadoras sociales consideran que la violencia intrafamiliar es un fenómeno que se presenta del 60% al 100% de los hogares, mientras que los/as médicos/as estiman la frecuencia en un 25 a 70% de hogares.

Estas diferencias sugieren una relación entre sensibilidad ante el fenómeno y género/profesión. En términos generales, los/as médicos/as fueron más cautelosos al dar una cifra, pero en ambos centros de salud se admitió la dificultad en precisar esta cantidad por el desconocimiento que hay de la frecuencia del fenómeno. Cuando se dieron datos, éstos se refirieron a la consulta atendida.[17]

Otra diferencia en la que pesa el género pero también la profesión, se refiere a que más médicos que enfermeras y trabajadoras sociales discutieron con quien los entrevistó, los conceptos de maltrato y violencia. Esto ocurrió, sobre todo, en el Centro de Salud Nueva Morelos. Una posible interpretación es que no sólo trataron de clarificar la pregunta, sino de soslayar –algunos– o de matizar –otros– la idea de que las mujeres unidas son las víctimas por excelencia de la violencia en el hogar. A manera de ejemplo, para un médico es maltrato no cambiar con frecuencia el pañal del bebé, lo mismo que dilatar el momento de dar el biberón. Aclaró, y nos parece importante, que en ocasiones, este tipo de maltrato es inconsciente y se debe más que nada a

16. Los siguientes apartados están basados, centralmente, en el análisis de las entrevistas individuales realizadas a informantes clave de cada institución. Cabe mencionar que en ambas instituciones las personas entrevistadas tuvieron una actitud de cooperación y apoyo. En el Centro Nueva Morelos cuestionaron la selección de los/as entrevistados/as, el objetivo de la entrevista, su contenido y el uso de la grabadora. Algunos/as médicos/as se sintieron incómodos con la grabación e, incluso, dos la apagaron para hacer comentarios personales que creían los podían afectar laboralmente.

17. Fue el caso, por ejemplo, de una médica del Hospital General que atiende la consulta infantil (niños/as de cero a trece años), dijo que de cada diez pacientes en dos casos hay problemas de maltrato a la mujer y a los/as niños/as. La psicóloga del mismo hospital mencionó que de diez pacientes que atiende en tres descubre que tienen un problema de violencia intrafamiliar.

la ignorancia. Esto se puede remediar durante la consulta explicando a los padres el daño que se le causa al o la menor.

En el caso del Hospital General, hombres y mujeres de todas las profesiones coincidieron en que el principal agresor es el padre/cónyuge y en que la mujer y los/as hijos/as son las principales víctimas del maltrato y la violencia en el hogar. La opinión de una enfermera a cuyo cargo ha estado un módulo de atención a adolescentes, completaría este cuadro: la adolescente también es una de las víctimas importantes de la agresión y la violencia en el hogar. Se refirió, en concreto, a casos en los que las chicas son llevadas por algún familiar (padre, madre, hermanos, suegra) a realizarle una prueba de embarazo tras sospechar que "ya no es virgen". También es agresión que se decida por ella si debe o no usar anticonceptivos, sea que lo decida el novio o algún familiar.

Respecto de los factores condicionantes del fenómeno, en las entrevistas se refirieron los que convencionalmente se le asocian: bajo ingreso, desempleo, baja escolaridad y adicciones. En menor medida se mencionó la "desintegración familiar" y el "estrés en el que se vive en la actualidad". En el caso de médicos/as del Centro de Salud Nueva Morelos de Monterrey, se asoció con la "falta de respeto" y la inestabilidad emocional de las personas. Una médica estableció la siguiente ecuación: a mayor igualdad hombre/mujer, mayor violencia y mayor número de divorcios.

Sólo dos médicos del Hospital General de Torreón consideraron que es un fenómeno multifactorial en el que tiene un gran peso la socialización en la agresión y la violencia, así como el lugar secundario otorgado a la mujer. A su vez, la psicóloga de esa institución atribuyó la violencia intrafamiliar a la desigualdad en las relaciones de pareja y al abuso de poder.

Encontramos que a pesar de que la mayoría consideró como factores condicionantes la falta de recursos económicos y la baja escolaridad, ante la pregunta de si hay relación entre la clase social y la incidencia del fenómeno tanto hombres como mujeres de todas las profesiones y de ambos centros de salud respondieron que no.

## EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La mayoría de los/as entrevistados/as de las distintas profesiones dijeron haber tenido contacto con casos de violencia intrafamiliar, pero pocos/pocas recordaban con precisión la cantidad de los que ha-

bían conocido o tratado.[18] En términos generales, los que más se recordaban eran los casos dramáticos, sobre todo de niños que murieron a consecuencia de la violencia, o de mujeres que tienen una enorme dificultad para romper con el círculo de violencia y que son pacientes consuetudinarias de cada centro de salud.

¿Qué les indica cuando están ante un caso de violencia? Como se mencionó anteriormente, quienes consultan en estos centros de salud no suelen decir en primera instancia que la causa de su malestar, incluso de su lesión, es la agresión psicológica y/o física. La actitud de la paciente es el indicador de que están frente a un caso de violencia intrafamiliar. Los/as entrevistados/as coincidieron en que estas pacientes tienen una conducta evasiva, se muestran temerosas pero también a la defensiva. En el caso de niños/as, dijo un pediatra: "Se dejan auscultar sin oponer ninguna resistencia. Un niño/a bien tratado se resiste, los maltratados no". Los/as médicos/as de ambas instituciones coincidieron en que la causa –la violencia– se esconde tras la sintomatología de la que habla la paciente e incluso, tras lesiones visibles. En el caso de los niños, se esconde tras su pasividad, su baja respuesta a estímulos externos.

¿Qué hacen para indagar si la causa última de la consulta es la violencia?, ¿preguntan o no directamente a la paciente? Obtuvimos dos tipos de respuesta. Algunos prefieren ganar la confianza de la paciente antes de preguntarles directamente si su padecimiento o lesión fue causado por la agresión de otro. Esto se debe a que temen una reacción negativa, que se sienta invadida en su intimidad o aún más agredida; otros/as prefieren no indagar para evitar problemas o porque no saben o no pueden atender el caso. Llamó nuestra atención que una doctora del Hospital General dijera que no pregunta directamente porque teme que el agresor tome represalias contra ella. Un médico del mismo hospital dijo que las pacientes temen hablar del problema porque el solo hecho de decirlo al médico es una forma de denunciar al agresor, dado que si éste lo sabe puede reaccionar de manera aún más violenta.

Otros, en cambio, ante la sospecha de que el síntoma y/o la lesión

18. Un médico del Centro Nueva Morelos dijo haber atendido dos casos en el último mes y diez en el último año; una trabajadora social del Hospital General habló de diez personas sin precisar en qué tiempo, una enfermera de la misma institución, habló de treinta casos, también sin precisar el período. La psicóloga de la misma institución había atendido cien casos, el médico legista atendía diez casos diarios en el Ministerio Público, y mencionó treinta casos al año en el hospital.

están relacionados con la violencia, preguntan directamente. Un médico dijo: "Soy muy preguntón, hago muchas preguntas a mis pacientes". Otras personas, trabajadoras sociales y enfermeras, preguntan porque "las personas ya les tienen confianza". En términos generales, quienes preguntan directamente consideran que es obligación del personal de salud, sobre todo de los/as médicos/as, averiguar lo más posible sobre sus pacientes ya que sólo contando con elementos suficientes se puede dar una atención integral.

En lo que parece haber acuerdo es en cuanto a que, si se "rasca" un poquito cuando se sospecha que hay maltrato, las mujeres empiezan a hablar de la problemática. Lo común es que relaten que su cónyuge "toma" y en estado de ebriedad las maltrata. Se nos informó que las pacientes en principio no quieren resolver el problema, sino que buscan consejo, consuelo o ser escuchadas. Sólo un médico del Centro de Salud Nueva Morelos refirió un caso en el que la mujer quería un certificado de lesiones para denunciar a su cónyuge y él la canalizó al Ministerio Público.

¿Qué se hace cuando se averigua o la paciente informa que sus síntomas o lesiones fueron consecuencia de un acto de agresión o de violencia? En ambas instituciones, se la deriva al área de psicología de la institución o a alguna instancia afuera que se considera especializada. Esto es, como problema de salud se lo concibe de competencia de la psicología, pero no de alguna área de la medicina. En consecuencia, no encontramos que más allá de la atención al padecimiento o lesión que presente la paciente, se le dé seguimiento a los problemas físicos que, a mediano y largo plazo, puedan desarrollarse por haber estado o estar atrapada en el círculo de la violencia.

No hay un registro hospitalario de los casos de violencia intrafamiliar. Lo que encontramos fue que algunos médicos hacen anotaciones en la hoja clínica o, en el caso de la psicóloga del Hospital General, lleva un registro propio. Llama nuestra atención que en el mismo hospital, un médico que registraba estos casos "como problema familiar" ha sido cuestionado porque esa categoría no es médica.

Como suponíamos que encontraríamos una "psicologización" de la problemática, en la entrevista se preguntó acerca de las consecuencias físicas que puede producir vivir en la dinámica de la violencia. En términos generales, se tendió a responder sobre las consecuencias psicológicas, así, en no pocos casos, hubo que insistir sobre cuáles serían las consecuencias físicas. Un aspecto interesante es que sobre todo las enfermeras confundían una causa (como el golpe) con su consecuencia (la lesión, por ejemplo), esto es, se decía que la consecuencia física a mediano y largo plazo, eran más golpes.

No obstante, algunos médicos fueron muy claros al precisar el tipo de consecuencias psicológicas y físicas que puede producir la violencia. Una de las consecuencias más comunes que aparecen con el tiempo es la depresión y, entre las consecuencias físicas, problemas digestivos, hipertensión, insomnio, fatiga, cefaleas y neuralgias. Los golpes, específicamente, pueden producir diferentes tipos de daños, relacionados con su intensidad. Con el tiempo, se indicó, pueden producir deformidades, disfunciones o incapacidades.

Para concluir se puede decir que, en términos generales, la violencia intrafamiliar es concebida, por la mayor parte de los/as entrevistados/as, como un problema de competencia de los/as profesionales de la salud. Se manifestó una clara relación con problemas psicológicos, como la depresión, con padecimientos físicos como la hipertensión, las cefaleas e incluso la diabetes. Sin embargo, falta tender un puente que una el cuadro clínico más o menos generalizable o común que presenta una persona inmersa en el círculo de violencia, con el deterioro en su estado de salud psíquica y física. De tenderse ese puente, quizá los/as médicos/as no sólo derivarían a las mujeres al área de psicología, sino que se harían cargo del seguimiento desde su campo de especialidad.

## VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La última parte de la entrevista se dedicó a indagar acerca de la percepción sobre la viabilidad de un programa de prevención, atención y seguimiento de casos de violencia intrafamiliar y sobre los obstáculos y las facilidades para su implementación.

Salvo dos personas, en cada una de las instituciones, el resto afirmó su acuerdo con la idea de que se implementara un programa. Las que manifestaron mayor interés fueron las mujeres, sobre todo, las trabajadoras sociales y las enfermeras. No hay que desdeñar, sin embargo, las razones argumentadas por quienes dudaron del éxito de este tipo de programa. Por una parte, consideraron que los centros de salud no son el lugar adecuado para tener un programa con esos fines, por otra, creen que hay apatía en la institución, poco interés en involucrarse en una actividad nueva. Como complemento, se consideró que en este tipo de instituciones hay todos los "vicios" gubernamentales e indicaron que "se hace como que se trabaja". Otras consideraciones fueron que no hay espacios adecuados para un programa de este tipo y, en otro sentido, que sería necesario contar con alber-

gues para mujeres y niños, antes que con programas que no dispongan de lugares para alojar a las personas después de realizada la denuncia.

Desde luego, quienes consideraron que debería implementarse un programa, expresaron que la institución correspondiente contaba con la infraestructura material y humana necesaria. Sólo una persona indicó que sería fundamental capacitar al personal. Hay que tener en cuenta, no obstante, que la aceptación de la propuesta no significa que todos/as piensan que deberían estar involucrados/as. Cuando se preguntó quiénes participarían se mencionó, centralmente, a las voluntarias, trabajadoras sociales y psicólogas, el resto del personal de salud, esto es, la mayoría de los/as médicos, apoyarían la iniciativa. "Apoyar" puede tener muy diversos significados, entre otros, no ser un obstáculo, pero no necesariamente, una oportunidad.

## UNA REFLEXIÓN FINAL

Nuestro segundo paso en busca de construir el campo de intersección entre violencia intrafamiliar y salud, nos enfrentó a un hecho no por conocido, desdeñable. Los servicios de salud que brindan las instituciones como las analizadas, están focalizados para tratar de evitar que las enfermedades de la pobreza hagan sus estragos. En palabras de un médico del Centro de Salud Nueva Morelos: "El programa dice que enseñemos a la madre a estimular al bebé, la realidad dice que no tienen alimento que darle".

Pero la pobreza no es el único límite que enfrentan los/as prestadores/as de los servicios de salud en estas instituciones, pues el cumplimiento de programas, metas y cuotas también representa un límite, específicamente para la práctica médica.

En ese contexto la prevención, la atención y el seguimiento de las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia intrafamiliar obviamente dependen no sólo de la sensibilidad ante el fenómeno sino de las condiciones objetivas (historia, estructura y dinámica institucional, interacciones, horarios de trabajo y salarios) en las que se desarrolla la labor cotidiana en centros de salud como los estudiados. Considerando esas condiciones, la "resistencia" de los/as médicos/as a involucrarse en programas específicos de prevención, atención y seguimiento de usuarias de los servicios, nos parece una respuesta "natural" ante la amenaza que representa la violencia intrafamiliar en sí misma y hacerse cargo de sus consecuencias para la salud.

Particularmente los/as médicas, parecen tener conciencia de que la

violencia intrafamiliar es como una caja de Pandora. Abrirla no necesariamente significa poder hacerle frente sino, dadas las condiciones en las que se desarrolla su práctica, una fuerza que escaparía a su control. Al respecto, es sintomático que el modo de enfrentar el problema sea dirigir a las usuarias al área de psicología que funciona como una suerte de cajón de sastre al que se envía todo aquello para lo que se considera no tener respuestas médicas.

Para dejar abierta la reflexión, queremos adelantar que nuestra salida no fue cancelar la posibilidad de establecer algún programa en estas instituciones. Pero hay que decir que seguir adelante, en gran medida, no dependió de la opinión de quienes realizamos los dos acercamientos de los que hemos dado cuenta, sino de la voluntad y decisión de las mujeres organizadas en torno a la problemática de la violencia de género.

Lo decimos porque nos parece de suma importancia finalizar planteando que, en último análisis, lo que nosotras constatamos es que los obstáculos para enfrentar la violencia de género, no sólo desde el ámbito de la salud, son de orden estructural e institucional. De este modo, las oportunidades de hacerle frente se tienen que construir a partir del accionar de actores colectivos, como lo son las mujeres organizadas en torno a la violencia de género.

Así pues, en nuestro andar en busca de construir el espacio de intersección entre violencia de género y salud, contribuimos, en realidad, a poner algunas bases para que otros actores continúen su camino hacia mejores opciones y mayores oportunidades para las mujeres que acuden a los servicios de salud con un síntoma tras el que se esconde la violencia de género.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alatorre, J.; Langer, A. y Lozano, R.: "Mujer y salud", en *Las mujeres en la pobreza*, Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza (GIMTRAP)/El Colegio de México, México D. F., 1994.

Bedregal, X.; Saucedo, I. y Riquer, R.: *Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia la mujer*, Centro de Investigación y Capacitación de la Mujer, CICAM, México D. F., 1991.

Bedregal, X.: "Anexo Jurídico", en Bedregal, X.; Saucedo, I. y Riquer, R., *Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, Centro de Investigación y Capacitación de la Mujer , CICAM, México D. F., 1991.

Castro, R. y Bronfman, M.: "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", en Figueroa, J. G., *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México D. F., 1998.

Duarte, P.: "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, 1992.

Langer, A: "Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva", en Bronfman, M. y Castro, R. (coordinadores), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública/EDAMEX/International Forum for Social Sciences in Health, México D. F., 1999.

Riquer, F.: "La violencia contra la mujer: un asunto de salud pública", ponencia presentada en el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, 1992.

Riquer, F.; Saucedo, I. y Bedolla, P.: "Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública", en Langer, L. y Tolbert, K. (comps.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, EDAMEX/The Population Council, México D. F., 1996.

Szasz, I.: "Género y salud. Propuesta para el análisis de una relación compleja", en Bronfman, M. y Castro, R., *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Instituto Nacional de Salud Pública/EDAMEX/International Forum for Social Sciences in Health, México D. F., 1999.

# MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN POSTABORTO: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SOCIOLÓGICA EN TERRITORIO MÉDICO

Susanna Rance

En esta presentación describo dos estrategias que como socióloga feminista utilicé en Bolivia entre 1996 y 1998 para intervenir en espacios de práctica y formación médica. En dos investigaciones sucesivas[1] recurrí al método etnográfico de la observación participante para registrar los discursos médicos sobre el aborto. Durante este período experimenté con diferentes métodos de ordenamiento y presentación de mis datos con el fin de evaluar su impacto en una audiencia principal: los/as profesionales y estudiantes de medicina sujetos/as de mis indagaciones.

Las dos estrategias que describiré son la identificación de *voces cambiantes*, o repertorios discursivos en el lenguaje médico, y la presentación de un *evento crítico* en un dossier de relatos contrastantes sobre un mismo incidente hospitalario. Paso a analizar algunos supuestos que guiaron estos ensayos metodológicos, y las respuestas que suscitaron en los sujetos de mi investigación. Con este aporte busco estimular la reflexión entre los/as cientistas sociales respecto de nues-

1. Rance, S.: "Discursos médicos en torno al aborto: Estudios de caso en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social". Informe para el proyecto "Mejoramiento de la calidad y disponibilidad de servicios de atención postaborto en Bolivia", La Paz, Ipas/Secretaría Nacional de Salud/DFID, 1997.

Rance, S.: *Trato humano y educación médica: investigación-acción con estudiantes y docentes de la carrera de medicina,* UMSA, La Paz, Ipas/Ministerio de Salud y Previsión Social/DFID, 1998. Informe publicado en 1999 por el Viceministerio de Asuntos de Género, Generaciones y Familia.

tras modalidades de relación con los profesionales de la medicina. Más allá de la pregunta "¿qué dicen y hacen los/as médicos/as?", en esta etapa me resulta de mayor interés la autointerrogación "¿qué pretendemos lograr los/as sociólogos/as en el campo de la medicina?".

En las investigaciones que describo a continuación seguí las pautas características de la "segunda ola" de la epistemología y metodología feministas (Fonow y Cook, 1991, págs. 1-13): la reflexividad; el abordaje de aspectos afectivos; la referencia a la situación a mano, y una *orientación hacia la acción política y la búsqueda del cambio*. Este último rasgo fue determinante en mi decisión de probar algunos ejercicios de reflexión y diálogo con médicos/as, especialmente ginecólogos/as docentes a cargo de la atención a mujeres con complicaciones del aborto. Presenté mis datos ordenados de cierta manera para que ellos/as pudieran completar la labor de sacar sus propias conclusiones.

El objetivo de las dos estrategias que utilicé fue provocar cambios en la visión de los/as sujetos investigados y proveer insumos para intervenciones institucionales en la formación médica. Fundamentalmente, lo que buscaba era relativizar la autoridad del saber médico; promover la escucha de estos profesionales a discursos alternativos sobre salud, enfermedad, aborto y mujeres abortantes, y fomentar su apertura al análisis reflexivo de sus propios medios de trabajo y estudio. Para lograr este fin utilicé variantes del método que denominé "análisis descriptivo de los discursos con una agenda crítica".

Dentro de este objetivo común, cada estrategia se apoyó en diferentes supuestos sobre el saber y las relaciones interprofesionales. Sus resultados me mostraron que lo que yo había supuesto como "obvio" en la interpretación de los datos no lo era, necesariamente, para los/as médicos/as formados/as en otro paradigma y con otros intereses profesionales.

Algunos elementos en estas estrategias, y mi decisión de pasar de una a otra, fueron determinados en forma espontánea e intuitiva. Esta presentación me ofrece la oportunidad para reflexionar sobre mis supuestos implícitos, desarmar algunos de ellos y avanzar con nociones más claras sobre la lógica de las intervenciones sociológicas en territorio médico.

## Voces cambiantes sobre la atención postaborto

Con el apoyo de las autoridades del Ministerio de Salud pude negociar el acceso a las salas de ginecología de dos hospitales para realizar un estudio etnográfico. Pasé varios meses siguiendo los pasos de dos ginecólogos y docentes –uno en cada hospital– trazando sus re-

des sociales y analizando sus discursos cambiantes en torno al aborto en diferentes contextos de interacción. Al inicio de cada etapa del trabajo de campo prioricé la *escucha* a los enunciados de los sujetos médicos/as de mi investigación. Asumí una postura distanciada del "escrutinio de un foráneo" (Sudnow, 1967: v), suspendiendo temporalmente el juicio crítico propio de mi ideología feminista.

En esta fase identifiqué tres "repertorios" discursivos (Gilbert y Mulkay, 1984, págs. 39-40)[2] en el lenguaje de los/as médicos/as: sus voces *técnica*, *normativa* y *pragmática*. Reuní extractos de texto para sintetizar las "voces cambiantes" de un equipo médico, sin identificar a ningún sujeto en particular.

En su *voz técnica*, estos/as médicos/as asumían en primera persona su saber científico y su experiencia empírica. Sobre la aspiración manual endouterina (AMEU), manifestaban:

> Hicimos un trabajo experimental, hemos visto que el beneficio es grande, en tiempo de internación, en bajar los costos. Reduce incluso riesgos para la paciente. Es un método excelente, no necesita muchas veces ni repasar con cureta.

En su *voz normativa*, los/as médicos/as asumían un estilo impersonal para trasmitir políticas y reglamentos oficiales cuya transgresión acarreaba el riesgo de sanciones. Así, sobre el mismo tema del AMEU, afirmaban:

> La política del hospital es el uso de instrumental quirúrgico. Mayormente no se usa AMEU en abortos incompletos, sino en pacientes que tienen embarazos anembrionados, mola, biopsias. El médico en persona tiene que hacer el aseo después del uso. Más que todo es por algo ético, por controlar bien qué es lo que se está haciendo, por no dejar libremente a manos indiscriminadas.

En su *voz pragmática*, los médicos relataban en un lenguaje coloquial cómo el uso del AMEU se negociaba en los hechos, entre múltiples presiones de la vida cotidiana en el servicio:

> Anoche hubo tres cirugías casi simultáneas y el quirófano se contaminó. Hubiese tenido que esperar media hora la paciente con sangrado. Se

2. Las voces o "repertorios discursivos" son estilos particulares de expresión que utilizan todos los seres sociales –incluidos/as los/as científicos/as y médicos/as– para hablar de un mismo tema en formas diferentes.

realizó nomás la evacuación con anestesia local, pero son casos excepcionales. No debería ser así, pero sucede.

Los conflictos entre estos discursos tenían efectos tangibles en la calidad de atención postaborto recibida por las mujeres internadas. Los/as especialistas recomendaban el uso del AMEU por razones *técnicas*, principalmente su tiempo y costo menores con relación al legrado instrumental. El uso de la tecnología se restringía por razones *normativas*, explicadas en términos de la ética médica. Al mismo tiempo, una serie de consideraciones *pragmáticas* suscitaban tensiones entre los tipos de razonamiento descriptos. Los/as médicos/as admitían que las contingencias en el servicio hacían necesario ampliar el uso del AMEU más allá del tratamiento de patologías precisadas en las normas.

## EL SUPUESTO DE LA INESTABILIDAD COMO VALOR NEGATIVO

Presenté mi análisis de las "voces cambiantes", aplicado a varios elementos de la atención postaborto, a diferentes grupos de profesionales. Las respuestas que recibí fueron generalmente positivas. El jefe de ginecología del hospital en cuestión afirmó: "Este trabajo refleja la verdad en cuanto se refiere al manejo del aborto incompleto en este servicio". El director de otro hospital me dijo algunas semanas después: "Ahora cuando estoy hablando con una paciente en la sala, me pregunto: '¿Estoy hablando en mi voz técnica, normativa o pragmática?'". Estos/as médicos/as validaron el método y mi análisis de sus "voces cambiantes". Esta manera de sistematizar las variaciones en sus discursos les pareció clara y sobre todo *inofensiva*, y su lógica les resultó útil para explicar sus cambios de expresión en otros ámbitos.

Apliqué la estrategia de las *voces cambiantes* con una clara intencionalidad. Valiéndome de la transcripción minuciosa de apuntes y grabaciones, la distancia asumida del objeto de estudio y el análisis descriptivo de los datos, fui en busca de evidencias contundentes de la *inestabilidad* de los discursos médicos. De esta manera esperaba relativizar su autoridad y matizar su impacto sobre los cuerpos e identidades de las mujeres abortantes.

Sin embargo, las "voces cambiantes" que presenté a los/as médicos/as evidenciaron apreciables rasgos de *regularidad*, más que la inestabilidad que yo había supuesto de antemano como valor negativo. Terminé señalando que todos/as cambiamos nuestros discursos y que los/as médicos/as también lo hacen de manera inevitable. En lugar de provocar el autoanálisis crítico, tal como yo había querido, el

análisis de las "voces cambiantes" sirvió para la autojustificación del sector. La noción de alternancia entre repertorios como práctica común a todos los seres sociales permite discriminar las "voces cambiantes" sin apelar a juicios de valor alusivos a la deshonestidad o a la "doble moral".

## El evento crítico: "Una mujer, cinco historias"

Cuando estaba llegando al final de mi trabajo de campo hospitalario, un evento crítico o "epifanía" (Denzin, 1997) en mi investigación hospitalaria sacudió mi complacencia con la noción de los repertorios discursivos y me obligó a emprender un cambio radical en la sistematización y presentación de mis datos. Una huelga de enfermeras produjo una congestión de mujeres con abortos incompletos que esperaban su turno para legrados instrumentales. Ante esta emergencia, un ginecólogo había tomado la iniciativa de realizar una serie de procedimientos de AMEU fuera de las restricciones normativas habituales. Su satisfacción con esta medida contrastó con las expresiones de rabia que escuché de una joven médica residente por la aplicación de la tecnología a mujeres que no recibían explicaciones, anestesia local ni acompañamiento adecuados. Me habló sobre el caso de una mujer en particular cuyos gritos habían espantado al personal, a las otras pacientes y a sus familiares.

Decidí lanzarme a un ejercicio de investigación comparativa del evento que había ocurrido el día anterior. En ese momento me horrorizó el espíritu relativista con el cual había abordado el análisis de las "voces cambiantes" de los/as médicos/as. La tranquilidad con la cual habían asimilado mi análisis de los repertorios de pronto me pareció altamente sospechosa. Ante el trauma del dolor infligido, ningún compuesto de fragmentos de discurso podía hacer justicia a la mujer en cuestión. Recuperando un principio de la investigación cualitativa, en lugar de contener mis emociones, dejé que influyeran sobre mis decisiones metodológicas. En el transcurso de una hora, adopté una nueva estrategia: la compilación de un dossier de versiones contrastantes de un mismo hecho, narradas por diferentes actores (Foucault, 1975).[3]

Posteriormente, sistematicé el resultado de mi trabajo de campo

3. Para Foucault (1975: x), el dossier constituyó: "[...] un caso, un asunto, un evento que generó la intersección de discursos con diferencias en cuanto a su origen, forma, organización y función [...]. Todos ellos hablan, o parecen hablar, de la misma cosa [...]. Pero en su totalidad y variedad, ellos no forman una obra com-

ese día en el primer dossier: "Una mujer, cinco historias". Quise exponer los diferentes relatos a los ojos del/de la lector/a, quien tendría la oportunidad de formular su propia evaluación de los hechos. En mi criterio, la yuxtaposición en la página hacía resaltar con fuerza especial el contraste entre la versión del ginecólogo tratante y la de la mujer tratada, grabada diez minutos después:

> Dr. P., ginecólogo (en entrevista grabada a las 9.35):
> Cuando hacen la limpieza o la aspiración los residentes, yo les explico, las trato con cariño, haciendo afecto, más confianza. ¡Y ha resultado! Ha resultado. Pero en otras, por ejemplo en un aborto incompleto que gritó tremendamente, hasta que... bueno, la gente que estaba ahí afuera se ha desocupado. Pero... ¡no es así! No es para tanto. ¡Porque el cuello estaba abierto! ¡Entró una cánula de diez! O sea ¿qué dolor podía tener?
>
> Sra. L., la mujer tratada (en entrevista grabada a las 9.45):
> Para mí ha sido un dolor fuerte, me ha dolido, desde el principio he empezado a llorar por el dolor. Era como si me estuvieran clavando. O sea, un clavo por dentro. Y... ¡pasó rápido! Sí.

Este ejercicio de investigación-acción tuvo un cierto impacto local. Solicité al personal realizar la sesión de consejería requerida por la Sra. L. y su esposo, para hablar de lo ocurrido y obtener mayor información sobre el aborto incompleto y su tratamiento. Mi intervención como investigadora abrió una discusión entre el personal en torno al uso del AMEU y al manejo del dolor de las mujeres tratadas.

Más allá del contexto inmediato, quise trasladar los datos de este primer año de investigación hospitalaria hacia otra fase de estudio en ámbitos de formación médica. Mi propósito era aportar al mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios, no sólo en el área de la atención postaborto. Para el segundo año de mi consultoría diseñé un proyecto de investigación-acción en coordinación con docentes de la Facultad de Medicina de la universidad estatal paceña. Este estudio tenía el objetivo de averiguar hasta qué punto el principio del "trato humano" propugnado en las políticas nacionales de salud[4] era aplicado y promovido en la enseñanza médica.

---

puesta ni un texto ejemplar, sino más bien una contienda extraña, una confrontación, una relación de poder, una batalla entre discursos y mediante discursos".

4. "[...] Los programas sociales y de salud son llamados a brindar un trato humano y una orientación adecuada a mujeres que hubieran abortado" (MDH, 1994, pág. 25).

Después de una nueva fase de "escrutinio", registro y análisis de los discursos médicos, realicé una intervención en espacios de enseñanza, previamente concertada con algunos/as docentes de la facultad. Mostré a siete grupos sucesivos –estudiantes de primer y quinto año, residentes y docentes– una hoja con un segundo dossier titulado "Una mujer, cinco historias". Este dossier enfocaba un evento crítico de otro tipo: un aborto terapéutico realizado en un hospital docente. Incorporó los relatos contrastantes del ginecólogo de planta, de una trabajadora social, de una enfermera, de la mujer tratada y del residente que hizo el procedimiento. Como investigadora y activista, tenía una doble agenda al presentar este dossier: el interés *metodológico* de ver cómo cada grupo interpretaba la yuxtaposición de los discursos, y el interés *político* de revelar la práctica hospitalaria del aborto terapéutico, un asunto tabú pese a su reconocimiento dentro de la legislación boliviana desde hace casi treinta años.[5]

En las sesiones grupales hice una breve presentación del ejercicio y repartí la hoja con el dossier a cada participante para que lo leyera individualmente. Formé subgrupos más reducidos para que los/as participantes pudieran comparar sus respectivas interpretaciones. Luego abrí una sesión de discusión plenaria. Me ubiqué fuera del círculo y delegué la moderación a un/a participante, para influir lo menos posible en las expresiones vertidas. Finalmente, recorrí la sala con mi grabadora, pidiendo respuestas individuales a las preguntas: "¿Qué hemos estado haciendo aquí? ¿Para qué ha servido este ejercicio, si es que sirvió para algo?".

## EL SUPUESTO DE LA EVIDENCIA INNEGABLE

Al armar los dossiers de relatos sobre eventos críticos, había supuesto que ciertas reacciones a su lectura comparativa eran obvias e inevitables. Para mí, las "verdades" que saltaban de la página fueron las siguientes: que un mismo hecho podía ser legítimamente representado en forma contrastante por diferentes actores; que la autoridad de la medicina podía ser relativizada de esta manera, y que la

5. El artículo 266 del Código Penal boliviano (1972) reconoce el aborto impune en casos de violación, incesto y peligro para la salud y vida de la mujer. Hasta la fecha, sólo se han practicado tres abortos legales en el país (uno en 1998 y dos en 2000), todos para niñas de 13 a 14 años que fueron embarazadas por su padre o padrastro.

yuxtaposición de los relatos tendría un impacto garantizado para todo/a lector/a. Aprendí en la práctica que esas verdades no fueron evidentes para los/as médicos/as participantes en los ejercicios.

Conforme fui subiendo los niveles en la Facultad de Medicina, las reacciones al dossier cambiaron sustancialmente. Los/as estudiantes de primer año se mostraron abiertos/as a la presentación simultánea de diferentes versiones de un mismo hecho. Su interés se dividió –en forma muy apropiada, según mi propio esquema constructivista– entre la discusión del *contenido* referente al aborto y la valoración del *método* como tal. El siguiente intercambio entre dos estudiantes ilustra este enfoque "doble":

> Debemos ir a la raíz de ese problema. El aborto. ¡Por qué se ha producido ese embarazo! (Varón)
>
> No es tanto el fondo. El tema aquí no es tanto el aborto. El tema es que cada quien da su opinión desde su punto de vista (mujer).

Los/as estudiantes de quinto año, influidos/as por sus primeras experiencias en los hospitales, expresaron preocupación por la responsabilidad que tienen los/as médicos/as con los/as usuarios/as de los servicios. Los/as residentes exigieron una guía clara de conducta, una versión única de los hechos y "un solo lenguaje" para hablar de lo sucedido.

Los docentes rechazaron el método de colocar los saberes médicos en un mismo plano con los de la gente "no profesional". Varios de ellos se indignaron al ver las evidencias textuales de divergencias en los criterios profesionales, y de la práctica del aborto terapéutico. Algunos llegaron a negar la veracidad de los relatos:

> Parece que no fuera la misma situación, aunque usted insiste que es la misma paciente.
>
> Los cinco relatos hacen parecer que fueran de otros cinco pacientes.
>
> No me parece que un hospital acepte la interrupción de un embarazo. En todos los hospitales de Bolivia se debe precautelar la vida humana. Es la primera vez que escucho que hay una interrupción [...] (Rance 1999, págs. 67-68).

Fracasó, entonces, mi estrategia relativista con su intencionalidad subversiva. El ejercicio del dossier fue acogido de manera más abierta por los estudiantes de primer año que aún no eran profesionales. Suscitó cuestionamientos entre los/as médicos/as en formación y fue rechazado por los/as "médicos/as de verdad" cuyo criterio, en mi opinión, ya estaba endurecido por el convencimiento positivista de una

sola versión legítima de las cosas. Ante los/as docentes médicos/as, paradigma de mi audiencia para el cambio, como investigadora sólo logré poner en duda mi seriedad, integridad y capacidad de comprensión de la realidad hospitalaria.

## CONCLUSIÓN: CONSTRUCCIÓN *VIS À VIS* DECONSTRUCCIÓN DE LOS DISCURSOS MÉDICOS

El análisis de las reacciones de los médicos profesionales a los dos ejercicios me generó un cuestionamiento respecto de los mecanismos y efectos de la deconstrucción[6] como método, y su operación diferente en ambos casos.

Aparentemente, el método de las voces cambiantes *deconstruye* los discursos médicos en dos niveles. En primer término, opera con fragmentos de texto tomados de diferentes interacciones. En segundo término, desarma la noción del discurso profesional unitario y lo desglosa, en este caso en tres voces (técnica, normativa y pragmática).

Paradójicamente, cuando presenté las voces cambiantes a los/as médicos/as en cuestión, para ellos/as el método tuvo el efecto de reforzar y *reconstruir* sus discursos –de ahí su reacción positiva al ejercicio–. La sistematización de mis datos permitió validar su lenguaje y su capacidad para adaptarse sabiamente al repertorio más adecuado para cada momento. Les ofreció, además, una herramienta *defensiva* frente a las acusaciones de hipocresía que se les hacen frecuentemente respecto de sus declaraciones contradictorias sobre el aborto.

En cuanto al dossier de relatos, veo que aparentemente el método *construye* el evento crítico a partir de varias narraciones.[7] Recoge extractos que "cristalizan" las expresiones de cada actor y las reúne en una misma página para armar una historia más "redonda".

Sin embargo, al analizar las reacciones negativas de mis sujetos médicos/as a este "armado", atribuyo su desconcierto a la *deconstruc-*

6. Utilizo el término "deconstrucción" en el sentido que le da Derrida (1972, reproducido en Kamuf, 1991, pág. 108) de "volcar y desplazar un orden conceptual", como "un proceso de hacer que un texto genere una multiplicidad de significados" (Cameron 1985, pág. 140), y como una práctica de "mantener el acto de nombrar y definir como sitio de contestación" (Elam, 1994, pág. 5).

7. Brian Torode observó un contraste entre la deconstrucción del discurso médico que obraba en el método de las "voces cambiantes", y la reconstrucción de los discursos de la vida cotidiana (*lifeworld*) en el dossier de relatos. Comunicación personal, 25 de noviembre de 1997.

*ción* efectiva de su autoridad profesional. El dossier desconoce la jerarquía del saber médico y lo baja de rango, colocando el relato del ginecólogo en el mismo nivel con los de otros/as actores "menos calificados/as". Tiene el efecto *ofensivo* de relativizar, aminorar y cuestionar el discurso médico.[8] Además, la selección de un extracto textual para tipificar la expresión de cada actor tiene el efecto de congelarla en un discurso unitario. El ginecólogo queda "cristalizado" como el malo de la película, y la mujer tratada, como víctima inocente.

La reflexión que hago a partir de estas experiencias va en dos sentidos. Primero, como sociólogos/as *de* la medicina (Strauss, 1957, citado en Llovet y Ramos, 1995, pág. 47), ¿somos capaces de entrar en relaciones verdaderamente dialógicas y no meramente instrumentales con miembros de la profesión médica? ¿Hasta qué punto podemos convivir con nuestras diferencias, sin canjear la criticidad sociológica por la búsqueda de relaciones armónicas?

Mi segunda inquietud gira en torno a la posibilidad de hacer una sociología *con* la medicina (Horobin, 1985, citado en Bury, 1986, pág. 1986; Llovet y Ramos 1997, pág. 51) que no se fundamente en un afán de conversión de médicos/as "iluminados/as" a principios y métodos de nuestra disciplina. En este tipo de búsqueda nos entusiasmamos fácilmente con el acercamiento de algunos "casos excepcionales" dispuestos/as a alejarse de los preceptos epistemológicos de su profesión para tornarse en abanderados/as de las ciencias sociales. ¿De qué interdisciplinariedad estamos hablando? Como sociólogos/as dudo de que estemos dispuestos/as a "convertirnos" al paradigma positivista que rige en las ciencias médicas. Sólo nos queda continuar con el diálogo y con el ofrecimiento de aportes puntuales, a partir del reconocimiento de las diferencias profundas que separan las dos profesiones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bury, M. R.: "Social constructionism and the development of medical sociology", *Sociology of Health & Illness* 8(2), 1986, págs. 137-169.

Cameron, D.: *Feminism and Linguistic Theory*, Macmillan, Basingstoke, 1985.

Denzin, N. K.: *Interpretive Ethnography. Ethnographic Practices for the 21st Century*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1997.

Derrida, J.: "Signature Event Context", in *Margins of Philosophy*, 1972, repro-

8. Para una discusión de la retórica ofensiva y defensiva en la construcción de los "hechos", véase Potter 1996, págs. 106-108.

ducido en Kamuf, P. (comp.) *A Derrida Reader. Between the Blinds*, Nueva York, Columbia University Press, 1991.

Elam, D.: *Feminism and Deconstruction. Ms en Abyme*, Londres y Nueva York, Routledge, 1994.

Fonow, M. M. y Cook, J. A.: "Back to the Future: A Look at the Second Wave of Feminist Epistemology and Methodology", en Fonow, M. M. y Cook, J. A. (comps.), *Beyond Methodology. Feminist Scholarship as Lived Research*, Bloomington e Indianápolis, Indiana University Press, 1991, págs. 1-15.

Foucault, M.: *I, Pierre Riviere, having slaughtered my mother, my sister and my brother... A Case of Parricide in the 19th Century*, Harmondsworth, Penguin Books, 1975.

Gilbert, G. N. y Mulkay, M.: *Opening Pandora's Box. A sociological analysis of scientists' discourse*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

Llovet, J. J. y Ramos, S.: "Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas", en *Ciências Sociais e Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-Americanas*, 1995, págs. 43-72.

Ministerio de Desarrollo Humano: *Declaración de principios sobre población y desarrollo sostenible*, La Paz, MDH/PROSEPO/UNFPA, 1994.

Potter, J.: *Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction*, Londres, Thousand Oaks, Nueva Delhi, Sage Publication, 1996.

Rance, S.: "Discursos médicos en torno al aborto: estudios de caso en contextos hospitalarios de los sistemas de salud pública y seguridad social". Informe para el proyecto "Mejoramiento de la calidad y disponibilidad de srevicios de atención postaborto en Bolivia", La Paz, Ipas/Secretaría Nacional de Salud/DFID, 1997.

Rance, S.: *Trato humano y educación médica*, La Paz, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, Secretaría Nacional de Salud/DFID, 1999.

Sudnow, D.: *Passing On. The Social Organization of Dying*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, Inc., 1967.

# IV
# EXPERIENCIAS DE ENTRENAMIENTO EN CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

# PROGRAMA DE SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUALIDADE: UMA EXPERIÊNCIA QUE ESTÁ DANDO CERTO

ELZA BERQUÓ[1]

A necessidade da integração das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde no exame dos conceitos e análise das questões referentes à saúde reprodutiva e aos direitos sexuais e reprodutivos motivou a criação, no Núcleo de Estudos de População - NEPO/UNICAMP em maio de 1992, do Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade (PSRS). Cobrindo as áreas de pesquisa, treinamento e reciclagem, o PSRS que desde sua criação contou com o apoio da Fundação Ford, estruturou-se como um projeto de intervenção na produção de conhecimentos e capacitação de recursos humanos.

## PROGRAMA DE ESTUDOS EM SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUALIDADE[2]

A atividade de capacitação, denominada Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade (PESRS) teve início em maio de 1993 quando foi realizado o primeiro curso que era, na época, o único

1. Coordenadora Geral do Programa de Saúde Reprodutiva e Sexualidade, sediado no Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

2. Coordenação: Elza Berquó, Maria Isabel Baltar da Rocha, Estela María G. P. da Cunha.

no gênero em todo o País.[3] Com uma duração de três semanas em tempo integral, abrangendo um total de 120 horas, nove cursos foram oferecidos de 1993 a 2000.

A prova do interesse despertado pelo PESRS foi a demanda sistemática traduzida por uma média, de 118,5 inscrições por Programa, totalizando 1.066 demandas, distribuídas entre brasileiros/as (1.021) e estrangeiros/as (45), no período de 1993 a 2000. Ao todo considerando-se os nove programas realizados, participaram 209 alunos/as, sendo, deste total, 188 brasileiros/as e 21 estrangeiros/as.

A demanda dos/as estrangeiros/as proveio de países da América Latina e África. Deve-se registrar que através do Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina,[4] o Programa contou com a participação de 1 a 2 membros de cada uma das equipes do México e da Argentina, por curso.

A partir do 7º Programa de Estudos, realizado em 1998, a participação de estrangeiros/as, excetuando-se os/as das equipes dos Programas da Argentina e do México, foi custeada por bolsa oferecida pelo referido Consórcio, abrindo-se assim a possibilidade para uma maior integração com profissionais de outros países da América do Sul, América Central e Caribe. Os/as participantes da África (3) foram custeados pelas agências locais do FNUAP.

## Objetivo e Metodologia

Dentro do enfoque integrador das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde voltado para a saúde reprodutiva e sexualidade, o objetivo do curso foi dotar o profissional que atua nesses dois domínios com conhecimentos e informações atualizadas.

A participantes com formação em Ciências Humanas o curso ofereceu a oportunidade de entrar em contato com conhecimentos biomédicos, epidemiológicos e psicológicos. Participantes com formação em Ciências da Saúde, tiveram oportunidade de entrar em contato com conhecimentos sociais, culturais, éticos e jurídicos.

Além da preocupação com a diversidade da inserção e formação profissional, o PESRS cuidou também de garantir uma cobertura regional e uma quota de participação masculina.

Do ponto de vista teórico-metodológico e político o PESRS utili-

3. A formulação inicial do curso contou com a colaboração do Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas.

4. Sobre o Consórcio, veja-se item IV deste documento.

zou sempre enfoques que levam em conta questões das relações sociais de classe, de gênero e de raça/etnia. Estes enfoques proporcionam elementos para trabalhar na área de direitos de cidadania, orientados aos direitos sexuais e reprodutivos.

Frente a estas principais referências, as atividades do curso se organizam em 6 módulos,[5] com duração média de 2 dias, tratando dos seguintes temas:

- sexualidade
- concepção e contracepção
- doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids
- pré-natal, parto e nascimento, puerpério e amamentação
- mortalidade e morbidade
- aborto

Nos dois últimos cursos houve um sétimo módulo dedicado aos problemas contemporâneos dos campos da Saúde Reprodutiva e Sexualidade. O PESRS tem uma coordenação geral e cada módulo tem uma coordenação específica, além de um conjunto de especialistas convidados.

A metodologia de trabalho utilizada no PESRS inclui palestras, mesas redondas, discussões em grupo e apresentação de vídeos. O Programa de Estudos desenvolve suas atividades, contando também com o apoio do Centro de Documentação e do Setor de Informática do NEPO. No primeiro caso, colocando à disposição dos especialistas e dos participantes um Banco de Dados Bibliográfico em Saúde Reprodutiva. No segundo caso, tornando possível a utilização da infra-estrutura na área de informática, que permite ler, processar e tabular informações contidas em diversos bancos de dados.

Como parte da metodologia desse curso, vem-se criando um espaço para uma atuação cada vez mais interativa de seus participantes com a equipe coordenadora, bem como destes participantes entre si. Deste modo, de um lado, abriu-se uma agenda para cada participante apresentar seu principal projeto de pesquisa ou intervenção, em andamento, na área temática da saúde reprodutiva/sexualidade; e, de outro lado, solicitou-se de cada um deles uma avaliação estruturada

5. Coordenam os módulos, pela ordem em que foram listados: os dois primeiros, Margareth Arilha (ECOS); Regina Maria Barbosa (NEPO/UNICAMP e IS/SES-SP); Marina Ferreira Rea (IS/SES-SP); Estela Maria G. P. da Cunha (NEPO/UNICAMP) e Maria Isabel Baltar da Rocha (NEPO/UNICAMP).

do Programa de Estudos, cujos resultados foram aproveitados na preparação dos Programas de Estudos subsequentes.

## Organização e seleção

A experiência gradativamente acumulada, durante estes 9 Programas de Estudos ministrados –incluindo a interlocução no interior da sua equipe coordenadora, bem como a relação interativa com os especialistas e participantes de cada uma das atividades– proporcionou ao longo desses anos um contínuo aprimoramento desta proposta de trabalho. Na realidade, a chave-mestra deste bom resultado encontra-se em um investimento qualitativo na preparação da atividade e na seleção dos participantes.

Sua preparação inclui, na parte substantiva, reuniões entre os membros da equipe coordenadora com o objetivo de detalhar o planejamento da atividade, sempre incorporando mudanças em relação ao Programa imediatamente anterior e garantindo a articulação entre os módulos que compõem o Programa de Estudos. Inclui, também, o trabalho cuidadoso, de cada uma das coordenações de módulos, na organização do conteúdo e da bibliografia destes, como também na escolha dos especialistas a serem convidados.

Na parte operacional, esta preparação inclui, no âmbito pedagógico, a organização de materiais contendo os textos básicos correspondentes a cada módulo, introduzidos pela Apresentação da respectiva coordenação. Acompanha também, todo o material repartido entre os participantes, um 'book', ou seja, material constituído de informações sobre o perfil da comissão coordenadora e do conjunto dos participantes, bem como pela programação detalhada do evento. Ainda na parte operacional, agora no âmbito da divulgação, esta preparação inclui a feitura do prospecto de convocação e a re-alimentação/envio da mala direta.

A seleção dos participantes é sempre realizada pela equipe de Saúde Reprodutiva do NEPO/UNICAMP, que adota como critério de escolha um conjunto de aspectos em coerência com os objetivos do Programa de Estudos, além da própria qualidade do currículo. Neste sentido, tem-se principalmente considerado a diversidade de formação profissional, isto é, originário da área de Ciências Humanas ou de Ciências da Saúde; a diversidade no campo de atuação, ou seja, trabalhando nas universidades, em organizações governamentais ou não-governamentais; e, por fim, e muito importante, a diversidade regional.

## Conteúdo

O PESRS se inicia discutindo os referenciais teóricos-metodológicos das Ciências Humanas e da Saúde, além de contextualizar a questão da saúde reprodutiva no Brasil. O tema de cada módulo é enfocado de uma perspectiva multidisciplinar, considerando os aspectos clínicos, epidemiológicos, éticos, jurídicos, sociais, culturais e psicológicos.

– Módulo Sexualidade
  Discute-se a constituição da sexualidade nas culturas acidentais modernas, considerando-se a perspectiva de gênero, além da histórica, sócio-antropológica e psico-analítica.

– Módulo Concepção e Anticoncepção
  São discutidos aspectos biológicos, psico-sociais, antropológicos e éticos, vinculados as opções conceptivas e anticonceptivas de mulheres e homens. Esta discussão está situada no contexto das mudanças sócio-culturais das últimas décadas, como também no contexto do debate sobre a assistência à saúde no Brasil.

– Módulo Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
  Aborda-se alguns aspectos que se situam na interseção da Aids com a sexualidade e com a saúde reprodutiva, na tentativa de apontar os principais problemas e desafios a serem resolvidos. O enfrentamento desses problemas e desafios é fundamental para diminuir a vulnerabilidade da população feminina frente a epidemia de HIV/Aids.

– Módulo Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Amamentação
  Esse módulo, por meio de uma visão histórica, busca compreender como as mulheres têm vivido a gravides, o parto, o puerpério e a amamentação. Considera-se possível aprender com o passado e que se faz necessário uma reconsideração nas práticas atuais, visto que elas não estão produzindo, necessariamente, mulheres e bebês mais sadios.

– Módulo Mortalidade e Morbidade
  Tendo como cenário a transição demográfica e epidemiológica no Brasil, enfocam-se as enfermidades do aparelho reprodutor feminino e masculino, com ênfase no câncer de colo de útero e de próstata. Essas enfermidades são analisadas a partir de uma perspectiva clínica, social e de políticas públicas.

– Módulo Aborto
  São analisados alguns contextos históricos e atuais onde o tema se faz presente, mostrando a universalidade e atualidade do tema. Como parte dessa visão geral se enfocam alguns aspectos dessa discussão no âmbito do Estado e dos grupos políticos e sociais envolvidos no tema. Além dos aspectos epidemiológicos e clínicos, também os jurídicos e religiosos são discutidos e, particularmente, as dificuldades e desafios da realização de pesquisas nesse campo.

É desnecessário reiterar o conjunto de questões e desafios que emergem dos temas-módulos e sua conexão com as relações sociais de gênero, classe e raça/etnia.

## Avaliação

Desde o início do PESRS, os participantes eram solicitados a apresentar de forma anônima, ao final de casa curso, uma avaliação, incluindo os seguintes itens: proposta geral; carga horária; equilíbrio teórico-prático; grau de participação dos alunos; conhecimento e didática dos professores; coordenação específica por módulo; coordenação geral e apoio técnico-administrativo.

Estas avaliações, uma vez discutidas pela equipe de coordenação, permitiram mudanças e adaptações entre um curso e o subsequente. A presença de participantes estrangeiros levou a equipe coordenadora a solicitar dos coordenadores de módulos um esforço adicional para a inclusão, sempre que possível, de informações e análises de situações na área da saúde reprodutiva e sexualidade, presentes em contextos latino-americanos e africanos.

Após nove cursos, o PESRS encontra-se em processo geral de avaliação por sua equipe coordenadora, em parceria com especialistas externos. Um questionário será enviado a cada um dos 188 participantes brasileiros visando documentar o eventual efeito que o Programa de Estudos teve em sua carreira individual, em sua instituição de trabalho e na comunidade. Com as devidas adaptações será também encaminhado aos participantes estrangeiros.

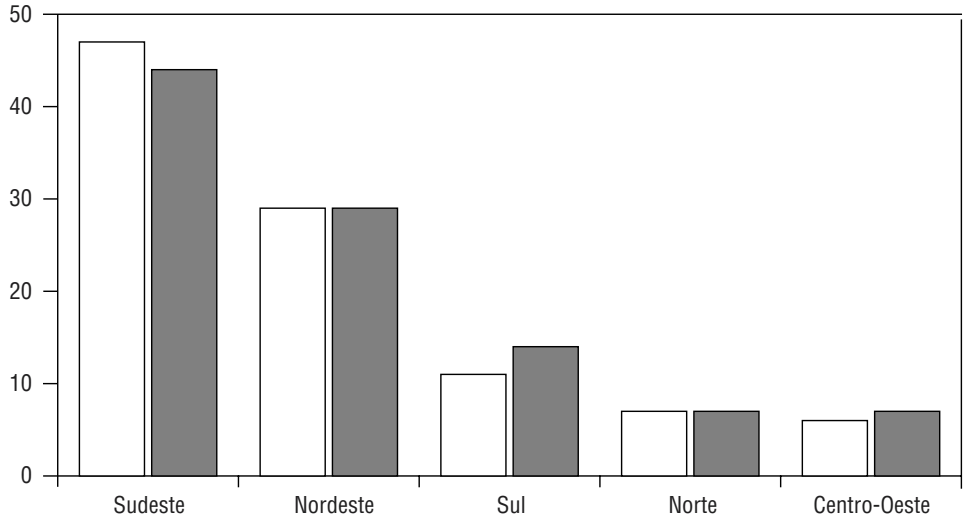
## Compêndio em Saúde Reprodutiva e Sexualidade

A equipe coordenadora do Programa de Estudos, em parceria com as coordenações dos módulos, está em fase de preparação de um compêndio que focalizará o conteúdo substantivo de cada um dos

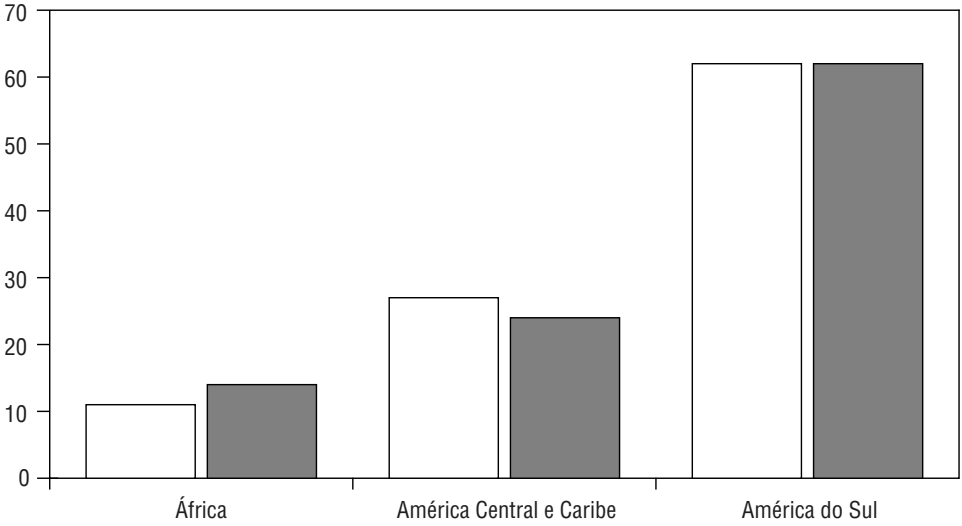
módulos, visando oferecer ao leitor o "estado das artes" em cada um desses temas.

## PERFIL DA DEMANDA

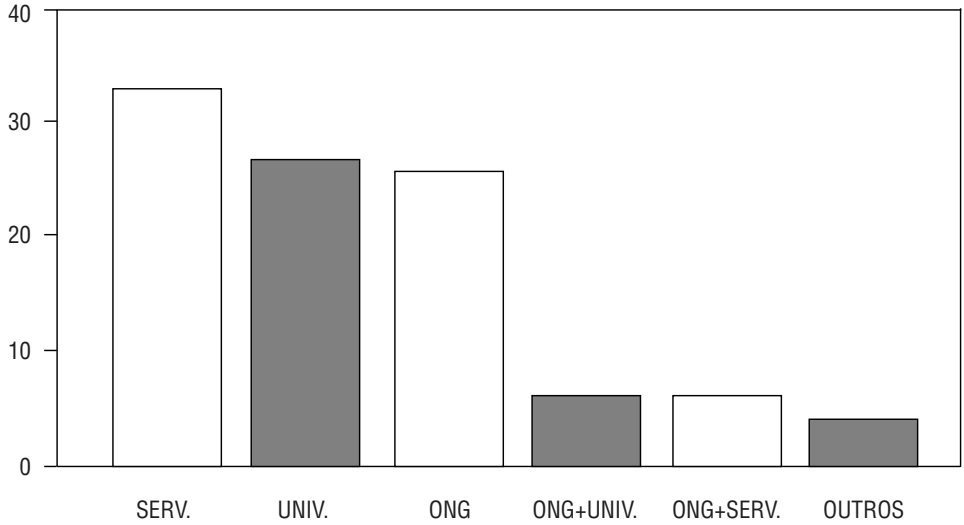
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE BRASILEIROS INSCRITOS E SELECIONADOS, POR GRANDES REGIÕES. NEPO, 1993-2000



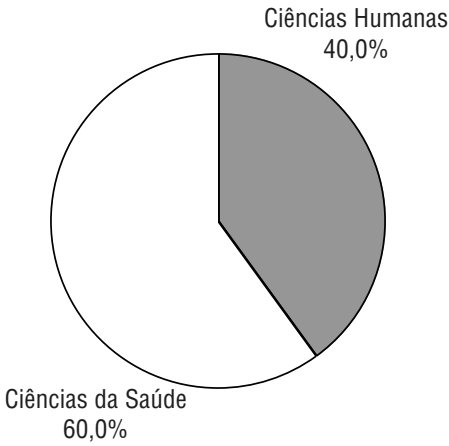

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ESTRANGEIROS, INSCRITOS E SELECIONADOS, POR REGIÃO DE ORIGEM. NEPO, 1993-2000



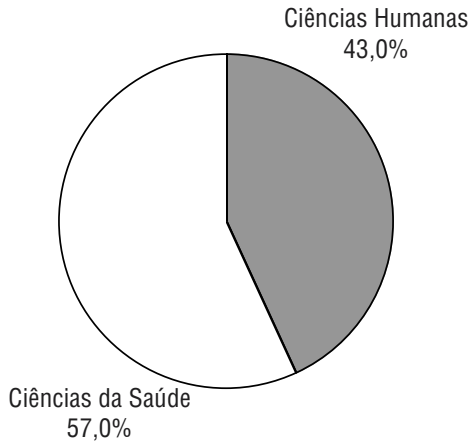
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE SELECIONADOS, BRASILEIROS E EXTRANGEIROS, DENTRE OS INSCRITOS, POR ÁREA DE ATUAÇÃO. NEPO, 1993-2000



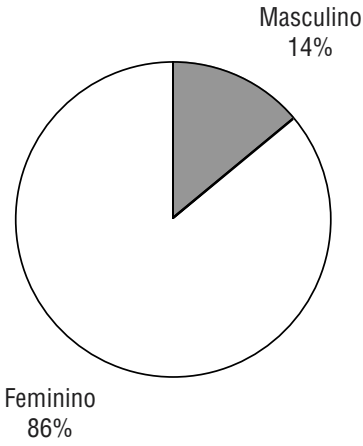

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE INSCRITOS, SEGUNDO GRANDES ÁREA DO CONHECIMENTO. NEPO, 1993-2000



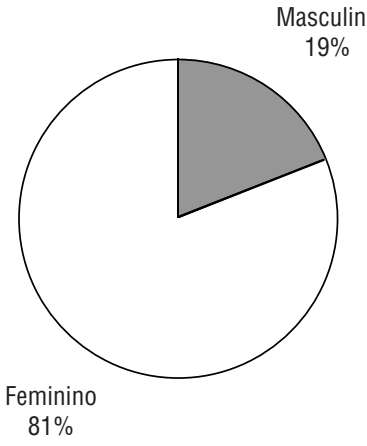

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE SELECIONADOS, SEGUNDO GRANDES ÁREA DO CONHECIMENTO. NEPO, 1993-2000



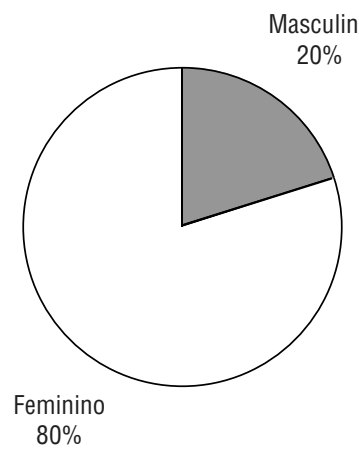
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
DE BRASILEIROS INSCRITOS,
POR SEXO. NEPO, 1993-2000



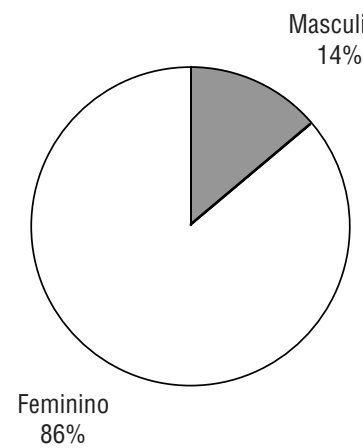

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
DE BRASILEIROS SELECIONADOS,
POR SEXO. NEPO, 1993-2000



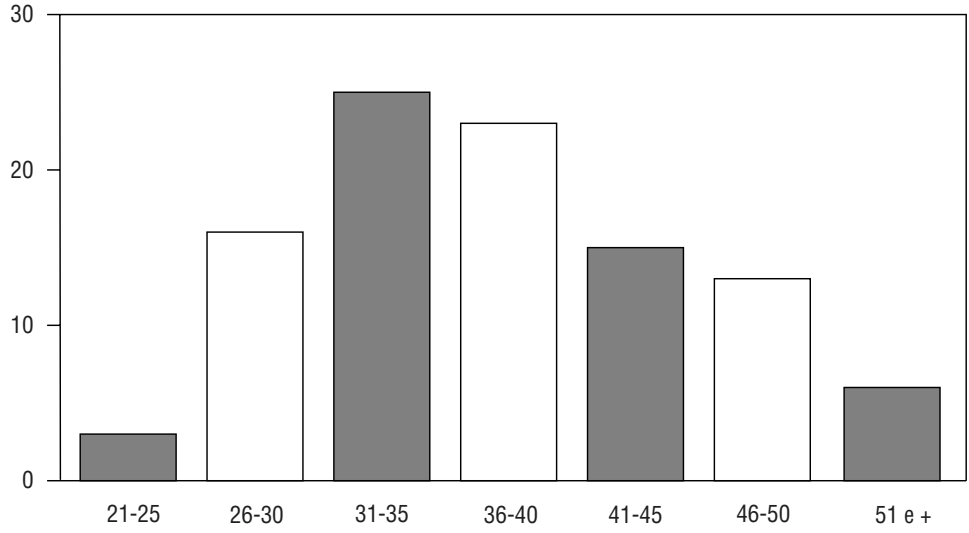

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
DE ESTRANGEIROS INSCRITOS,
POR SEXO. NEPO, 1993-2000




DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL
DE ESTRANGEIROS SELECIONADOS,
POR SEXO. NEPO, 1993-2000



DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS SELECIONADOS, BRASILEIROS E ESTRANGEIROS. NEPO, 1993-2000
(%)




## PROGRAMA INTERINSTITUCIONAL DE TREINAMENTO EM METODOLOGIA DE PESQUISA EM GÊNERO, SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA[6]

O Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva foi iniciado em 1996, a partir de uma parceria institucional que envolve esforços do Instituto de Medicina Social (UERJ), da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz), do Núcleo de Estudos de População (Unicamp), do Instituto de Saúde (SES-São Paulo) e do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), contando com o apoio da Fundação Ford.

Seu objetivo é elaborar um programa de treinamento sistemático, regionalizado e específico em metodologia de pesquisa na área de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva e aprimorar a produção de conhecimentos nessa área temática, através da formação e do treinamento específico em metodologia de pesquisa.

O programa está estruturado em três componentes: realização alternada de cursos regionalizados de introdução à metodologia de pesquisa, programa de bolsas de pesquisa e produção de material didático.

6. Coordenação: Elza Berquó, Regina Maria Barbosa.

Os cursos são realizados no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (voltados para as regiões Norte e Nordeste), no Instituto de Medicina Social da UERJ (voltados para as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e no NEPO da UNICAMP (voltando para as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste). O núcleo básico composto pelas coordenações das três instituições mencionadas está sempre presente na preparação, seleção, organização, realização e avaliação de todos os cursos do Programa.

Desde a criação do Programa, foram realizados 6 cursos, sendo 2 oferecidos pelo NEPO em parceria com o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

## Perfil da demanda dos dois cursos realizados no NEPO (1998 e 2000)

Foram recebidas 154 inscrições, 62 para o primeiro e 92 para o segundo curso. Como estes foram abertos também para participantes vindos de outros países da América Latina,[7] os estrangeiros representaram 15% do total de inscritos. O interesse manifesto pelo sexo feminino foi marcante como testemunharam os 84% de mulheres inscritas. As ciências humanas predominaram sobre as ciências da saúde, ou seja, representaram 67% das solicitações.

Quanto à distribuição regional, 76% das inscrições vieram do Sudeste, 11% do Sul e do Centro-Oeste, respectivamente, e 2% do Nordeste. Para ambos os cursos foram selecionados 15 alunos brasileiros, com 2 e 1 estrangeiros no primeiro e no segundo, respectivamente.

## Seleção e Estruturação

A seleção dos alunos leva em consideração a qualidade do pré-projeto e o *curriculum vitae* apresentado, assim como busca-se manter um equilíbrio com relação ao Estado, instituição, área disciplinar de referência e o campo temático.

Organizado com estrutura modular, o curso busca apresentar e discutir as diversas abordagens disciplinares, desenhos e técnicas de coleta e análise de dados, contemplando tanto os métodos qualitativos e quantitativos. A organização dos módulos de aulas combina reflexão teórica e atividades práticas com realização de exercícios e laboratórios. O módulo 1 introduz os principias debates epistemológi-

7. Com bolsas cobertas pelo Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade da América Latina.

cos em curso na ciência contemporânea, com ênfase na questão dos paradigmas emergentes. Procede-se também à análise dos contextos de produção do conhecimento para a tomada de decisão no processo metodológicos, apresentando as principais estratégias e técnicas de investigação social e epidemiológica empregadas no campo de Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva.

O módulo 2 oferece um panorama geral sobre a metodologia epidemiológica aplicada ao campo de estudo de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva, bem como exercícios de aplicação das técnicas, avaliação crítica de desenhos de estudo.

Finalmente, o módulo 3 fornece um panorama geral sobre a metodologia das ciências sociais e sobre as técnicas de pesquisa qualitativa aplicadas ao campo de estudo de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. É oferecida ainda uma revisão sobre a bibliografia especializada sobre o tema, bem como exercícios de aplicação das técnicas e avaliação crítica de materiais.

Ao longo dos três módulos, estimula-se a elaboração de uma proposta de pesquisa a ser desenvolvida. Para tanto, um período de trabalho em grupo é reservado, em cada módulo, com esta finalidade, de forma a permitir o enriquecimento gradual dos projetos a partir das aulas dadas, conforme os alunos vão incorporando e burilando novas informações. A utilização da dinâmica de grupo tem permitido que todos os alunos possam se inteirar dos outros projetos, bem como dos passos técnicos que são utilizados nos projetos de pesquisa.

No total são contabilizadas 180 horas de curso, sendo 120 horas de disciplinas em sala de aula e 60 horas de estudo dirigidos para elaboração do projeto.

A infra-estrutura do NEPO é peça fundamental para a execução do curso. O uso do Laboratório de Informática durante o período considerado propicia o contato dos participantes com *softwares* utilizados no trabalho de pesquisa. Amplo acesso à internet e à biblioteca é facultado a todos os bolsistas, convertendo-se em mais um incentivo aos pesquisadores nesse processo de capacitação. Além do acervo bibliográfico do NEPO, os bolsistas podem utilizar a biblioteca central da UNICAMP, onde são ministradas todas as aulas referentes à pesquisa bibliográfica.

## Avaliação

Através de uma ficha de avaliação individual, os alunos avaliam, em todos os módulos, a bibliografia básica do curso, o conteúdo teórico, as atividades práticas, os recursos didáticos, o pessoal docente e

a estrutura do curso (adequação da estrutura modular, ordem dos módulos, carga horária e duração). Opinam também sobre a organização geral do curso, o local das aulas e a infra-estrutura, bem como sua própria participação, englobando participação nas aulas teóricas, engajamento nas atividades práticas, leitura da bibliografia básica e desenvolvimento do projeto. Na avaliação é perguntado também se o aluno considerava ter sido possível se capacitar durante o curso, se o curso havia atendido suas expectativas, se o recomendaria a outras pessoas e se havia comentários a fazer, como sugestões para aperfeiçoá-lo. Os alunos escrevem ainda acerca das expectativas para o desenvolvimento do projeto, caso venham a ser selecionados para prosseguir no Programa de Treinamento, suas expectativas de apoio e sobre conteúdos que gostariam de aprofundar durante o treinamento.

A avaliação geral do curso foi positiva no que diz respeito ao estabelecimento de parcerias e ampliação de conhecimentos teóricos e metodológicos. Especificamente para os profissionais que tem como campo de atuação os serviços de saúde e as instituições não governamentais, o curso se constituiu em um espaço único de reflexão e suporte conceitual, como também de aprofundamento das questões e indagações suscitadas pela prática profissional cotidiana. Ao mesmo tempo, para os alunos que se dedicam de forma mais estreita à academia, o curso possibilitou uma oportunidade de aprofundamento metodológicos, já que, mesmo neste espaço, são raras as iniciativas de apoio à formação metodológica. Nova avaliação é prevista após entrega e apresentação dos resultados de pesquisa.

### Bolsa de Auxílio-Pesquisa

Ao final do curso, os alunos têm o prazo de um mês par preparar e aperfeiçoar seus projetos de pesquisa, visando concorrer à bolsa do Programa. Dos 15 participantes brasileiros do terceiro curso, em média 08 foram selecionados para receberem uma bolsa auxílio de pesquisa. Os critérios básicos utilizados para seleção dos projetos são: amadurecimento dos projetos, quando comparados às propostas iniciais e aproveitamento/participação do pesquisador durante o curso.

### Workshops

Durante o ano de duração da bolsa, os alunos participam de dois seminários para avaliação do andamento dos projetos de pesquisa.

Estes encontros permitem ao mesmo tempo que cada aluno mantenha intercâmbio privado com seu orientador, e amplie as possibilidades de interação com o grupo de alunos e de pesquisadores.

### Seminário Conjunto dos bolsistas dos três cursos regionalizados

Um encontro final de bolsistas dos três primeiros cursos realizados em Salvador, Rio de Janeiro e Campinas, na forma de um seminário conjuntos, foi realizado em 2000, no qual os resultados das pesquisas foram apresentados para um público mais geral.

A partir deste seminário conjunto, o núcleo de coordenação definiu os melhores trabalhos para constar da publicação de uma coletânea.

## TREINAMENTO EM PESQUISA NA ÁREA DE SAÚDE REPRODUTIVA

### Estudo Multicêntrico sobre a Morbimortalidade Feminina no Brasil[8]

A experiência acumulada pelo NEPO por meio do PSRS vinha atestando cada vez mais a necessidade de um treinamento também em pesquisa. Levando em conta esta constatação, o PSRS enviou, em 1995, a todos os 80 participantes de seus quatro cursos já realizados até aquele momento, um formulário contendo perguntas sobre o interesse em integrar um projeto de pesquisa de caráter multicêntrico.

De posse das respostas, o programa enviou, àqueles envolvidos com pesquisa ou dispostos a fazê-la, um convite para participarem do seminário O Panorama da Morbimortalidade Feminina no Brasil: Informações, Dados, Análise Crítica, Necessidades e Perspectivas de Pesquisa.

Trinta ex-participantes, que já estavam empenhados em pesquisa ou pretendiam iniciar investigação, desde que contassem com alguma base institucional, participaram do seminário, realizado em dezembro de 1995. Nesta oportunidade, foram apresentados a eles todos os bancos de informações disponíveis nas áreas de morbidade e mortalidade, por renomados especialistas na matéria.

8. Coordenação Geral: Elza Berquó. Vice Coordenação: Estela María G. P. da Cunha.

Foi grande o interesse despertado entre os participantes com relação a um possível estudo multicêntrico, isto é, com protocolos comuns, sobre morbimortalidade reprodutiva feminina, coordenado pelo programa do NEPO.

Após retornarem aos seus estados, prepararam e enviaram ao programa do NEPO propostas para a participação no multicêntrico. Estas vieram de 11 Unidades da Federação e, após exame cuidadoso, o programa selecionou os estados de São Paulo, Bahia, Rio Grande do Sul, Goiás e Pará. O estudo das 22 unidades restantes, bem como das Grandes Regiões e do país, ficaram a cargo do próprio NEPO.

Iniciado em junho de 1996, o multicêntrico envolveu as seguintes instituições:

- MUSA – Universidade Federal da Bahia (BA).
- Departamento de Metodologia – Universidade Federal do Pará (PA).
- Centro de Pesquisas Epidemiológicas – Universidade Federal de Pelotas (RS).
- Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP).

O protocolo comum definiu os seguintes objetivos:
Gerais:

1. Pesquisar o perfil da morbimortalidade feminina no país e nas Unidades da Federação, com enfoque especial na saúde reprodutiva.
2. Estabelecer ou intensificar o intercâmbio com centros de pesquisa ou equipes de pesquisadores, nas diversas Unidades da Federação, com objetivo de capacitar recursos humanos para pesquisa na área dos estudos sobre a saúde da mulher, especialmente a morbimortalidade reprodutiva feminina.
3. Fornecer subsídios para a implementação de políticas de saúde voltadas para a saúde reprodutiva das mulheres, respeitadas as especificidades de cada região.

Específicos:

1. Identificar o perfil da morbimortalidade feminina hospitalar no país e nas Unidades da Federação, para a população que utiliza o sistema Único de Saúde (SUS), a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (DATASUS), com dados disponíveis para o período 1992-1995.

2. Identificar o perfil da mortalidade feminina no país e nas Unidades da Federação, utilizando dois sistemas de informações, a saber:
   a) DATASUS para óbitos hospitalares, cobrindo o período 1992-1995 para o Brasil e as 27 Unidades da Federação.
   b) SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, para todos os óbitos, com cobertura de 1979 a 1991, para o Brasil e as 27 Unidades da Federação.
3. Identificar indicadores de morbimortalidade feminina que permitam monitorar a situação de saúde reprodutiva das mulheres, especialmente das usuárias do SUS.
4. Capacitar os profissionais de saúde locais para trabalhar os dados registrados, fomentando sua visão crítica.
5. Disseminar, em nível loca, estadual e federal, os resultados do estudo, para conscientizar as comunidades e autoridades sobre a situação da saúde das mulheres, visando contribuir para políticas públicas, especialmente a de saúde reprodutiva.

Durante a execução do multicêntrico, três *workshops* foram realizados com os integrantes:

1. Setembro de 1997:
– treinamento em bases de dados na área da saúde. Escolha das variáveis a ser incorporadas na análise e suas categorizações. Análise dos capítulos das causas básicas de morte e de hospitalização para eventual desagregação de três dígitos. Plano tabular e montagem de tabelas para avaliação da qualidade dos bancos SIM e AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar).

2. Maio de 1998:
– acompanhamento e avaliação do trabalho desenvolvido pelas equipes para identificar dificuldades encontradas, especialmente no uso dos bancos de dados sobre mortalidade, das autorizações de internação hospitalar e validação das tabelas.

3. Março de 1999:
– discussão da primeira versão do relatório final de cada um dos centros e estruturação do formato para apresentação do relatório final.

Produto Final: Livro Morbimortalidade Feminina no Brasil (1979-1995). Berquó, E e Cunha, E.M.G.P. da (orgs.), Editora da Unicamp, 2000.

## Estudo Multicêntrico sobre o Impacto da Nova Legislação Brasileira a Respeito da Esterilização Voluntária[9]

Com a finalidade de garantir os direitos reprodutivos de homens e mulheres e, ao mesmo tempo, coibir abusos quanto à esterilização feminina no país (com um dos índices mais altos do mundo), a esterilização masculina e feminina foi regulamentada a partir do decreto 144 de 20 de novembro de 1997, em acordo com a lei no. 9263 de janeiro de 1996.

Com o objetivo geral de avaliar o impacto da mudança recente da legislação brasileira, o PSRS iniciou, em janeiro de 2000, um estudo multicêntrico envolvendo seis Unidades da Federação: São Paulo (Sudeste), Minas Gerais (Sudeste), Tocantins (Norte), Pernambuco (Nordeste), Mato Grosso (Centro-Oeste) e Paraná (Sul). Trabalhando com protocolos comuns, o estudo está voltado tanto para a população alvo, isto é, mulheres e homens, como para o setor de saúde pública.

Os objetivos específicos são:

1. com relação ao setor de saúde públicas:
   a) Estudar o conhecimento e atitude dos funcionários da rede de saúde pública em relação à nova legislação.
   b) Avaliar a disponibilidade de cuidados apropriados com a saúde e assistência hospitalar diante das novas regras.
   c) Estimar o tempo médio de espera entre demandas específicas por esterilização e a sua definitiva realização.
   d) Verificar se o setor de saúde pública está seguindo os novos critérios da legislação antes de realizar as esterilizações.

2. com relação à população alvo:
   a) Avaliar o conhecimento e atitude das mulheres e homens com relação à nova legislação.
   b) Conhecer a percepção masculina e feminina a respeito de eventuais mudanças ocorridas na saúde reprodutiva depois da legislação.
   c) Estimar a demanda por esterilização satisfazendo os novos requisitos da lei.

9. Coordenação Geral: Elza Berquó. Vice Coordenação: Suzana Marta Cavenaghi.

d) Documentar mudanças na incidência de esterilização feminina e masculina.
e) Medir mudanças na correlação entre esterilização feminina e prática de partos por cesariana.
f) Estimar o impacto destas mudanças nas taxas de cesariana.
g) Avaliar a influência da nova legislação na redução da mortalidade materna.

Este multicêntrico encontra-se em fase final de campo, cujos dados começam a ser analisados.

## O PSRS E O CONSÓRCIO DE PROGRAMAS EM SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUALIDADE NA AMÉRICA LATINA[10]

O PSRS participou da criação, em 1993, do Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina que visava reunir, em uma rede de atividades comuns, três importantes centros e programas de ensino e pesquisa na área de Saúde Reprodutiva e Sexualidade, a saber, o CEDES da Argentina, o Colegio do México e o NEPO/UNICAMP do Brasil. A proposta foi viabilizada graças ao apoio da Fundação Ford.

O Consórcio teve como objetivo geral desenvolver, fomentar e disseminar o conhecimento dos temas pertinentes ao campo, bem como contribuir para a formação de profissionais de investigação e de ação, capacitados a compreender a complexidade dos fatores que incidem sobre a saúde reprodutiva e a sexualidade de homens e mulheres na América Latina.

Tendo em vista este objetivo geral, propõe-se aos seguintes objetivos específicos:

- Promover a reflexão coletiva entre estudiosos das ciências sociais e das ciências biomédicas, visando o desenvolvimento de abordagens conceituais e metodológicas sobre temas de interesse comum ao campo.
- Incrementar as oportunidades de intercâmbio entre os pesquisadores dos centros que integram o Consórcio, e entre esses e aqueles de outros centros ou grupos com atuação na área de saúde reprodutiva e sexualidade na região, abrindo os programas nacionais à participação de interessados de outros países.

10. Coordenação Geral: Maria Coleta F. A. de Oliveira.

- Promover a elaboração de protocolos comuns para investigações multicêntricas na América Latina.
- Realizar sistematicamente discussões acadêmicas com especialistas de outros centros e países, da região ou de fora dela, com vistas a avançar no diálogo entre as ciências sociais e a bio-medicina, e a explorar aspectos pouco abordados mas extremamente importantes no campo, que dizem respeito às dimensões públicas e políticas da saúde reprodutiva e sexualidade.

O CEDES sediou o Consórcio de 1993 a 1996, quando sua coordenação passou para o NEPO/UNICAMP. No contexto do Consórcio experiências e conhecimentos acumulados pelos três centros foram potencializados permitindo alcançar os objetivos propostos.

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAI

A experiência vivida pela equipe coordenadora do PSRS nos últimos dez anos permite algumas reflexões.

- A primeira é que como projeto de intervenção na produção de conhecimentos e capacitação de recursos humanos, o PSRS constituiu-se efetivamente em foro privilegiado de irradiação de conhecimentos atualizados, de temas emergentes, de reflexões e discussões críticas sobre questões referentes a saúde reprodutiva e sexualidade.
- Para tanto, o trabalho em equipe foi de fundamental importância, sem o qual a proposta ou estaria inviabilizada ou frustada a maior parte de seus objetivos.
- Somente uma equipe multiprofissional tem sido capaz de dar conta das múltiplas dimensões envolvidas no exame dos conceitos e análises das questões referentes à saúde reprodutiva e sexualidade e aos direitos sexuais e reprodutivos.
- As diferentes inserções institucionais de seus colaboradores –academia, serviços e organizações da sociedade civil– tem permitido incorporar maior diversidade de posições e visões ao exame dos direitos sexuais e reprodutivos.
- A reciclagem permanente da equipe coordenadora e de seus colaboradores tem sido condição fundamental para acompanhar as constantes ampliações do campo de estudo.
- O intercâmbio sistemático com profissionais ou instituições, nacionais ou internacionais, que trabalham e produzem na área de estu-

do, vem possibilitando alargar os horizontes temáticos e os alcances políticos, éticos e culturais.

- O princípio definido pelo PSRS de manter com os participantes de seus programas de estudo um relacionamento de tipo horizontal, mostrou-se o caminho acertado no sentido de intensificar a interação e troca de conhecimentos e experiências.
- A ampla cobertura regional na seleção dos participantes do PSRS se constituiu em mecanismo positivo de mão dupla. Questões específicas de cada contexto, trazidas pelos participantes, enriqueceram os debates sobre realidades diversas, estimulando propostas visando contribuir para políticas púbicas. Por sua vez, através da capacitação, propiciou a preparação de instâncias multiplicadoras nos diversos pontos do país.
- A abertura do PSRS a participantes estrangeiros representou um desafio adicional para a equipe coordenadora quanto a informações e dados, bibliografia especializada e conhecimento das legislações sobre políticas de população nos diversos países. Os debates cresceram muito em qualidade com a ampliação dos limites geográficos.
- O treinamento em pesquisa através de estudos multicêntricos é uma experiência que deve ser seguida por outros grupos de capacitação e produção de conhecimento. Os resultados são extremamente animadores.
- O programa de treinamento em metodologia de pesquisa veio responder a uma demanda há muito sentida no país. A idéia de cada participante ir redefinindo, aprimorando e adaptando uma idéia de projeto de pesquisa à medida em que o programa de capacitação vai avançando mostrou-se um caminho promissor na preparação de pesquisadores no campo da saúde reprodutiva e sexualidade.

# REFLEXIONES ACERCA DEL ENTRENAMIENTO EN CIENCIAS SOCIALES Y SALUD: LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA REGIONAL EN SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD DEL CEDES

MÓNICA GOGNA

## INTRODUCCIÓN

En 1994 el Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES inició, con apoyo de la Fundación Ford, un Programa Regional[1] de Investigación Social, Entrenamiento y Asistencia Técnica en Salud Reproductiva y Sexualidad. Sus objetivos generales eran:

a) Desarrollar y fortalecer la capacidad de investigación social en salud reproductiva y sexualidad (SRS) en la región, a través del entrenamiento de recursos humanos y la asistencia técnica.
b) Contribuir a la difusión de resultados de investigación y su aplicación en el diseño de políticas públicas.

## EL COMPONENTE DE ENTRENAMIENTO

El componente de entrenamiento tenía como objetivos específicos:

- Fortalecer la legitimidad de las ciencias sociales y las capacidades de investigación en el campo de la salud reproductiva y la sexualidad.

1. Argentina, Chile, Perú y Colombia fueron los países en los cuales se centraron las actividades de entrenamiento y asistencia técnica en la primera etapa del programa (1994-1997).

- Promover el enfoque interdisciplinario de los temas/problemas del campo.
- Promover la perspectiva de género en el debate social sobre SRS y en el diseño y la evaluación de políticas y programas.

## Nuestras audiencias

El propósito del entrenamiento era contribuir a mejorar las habilidades de equipos y organizaciones involucradas en la prestación de servicios, en actividades de *advocacy* y en investigación. Las tres audiencias a las que nos interesaba llegar eran y siguen siendo:

a) Las organizaciones no gubernamentales de mujeres con una amplia experiencia de acciones vinculadas a la promoción de derechos, las actividades de sensibilización/concientización y el empoderamiento de mujeres, y la provisión de servicios alternativos.
b) Los/as proveedores de servicios de planificación familiar y salud reproductiva.
c) Los/as cientistas sociales que trabajan en el campo de salud reproductiva y sexualidad (sociólogos, antropólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, etcétera).

En los últimos años hemos incorporado también a diseñadores/as y gerentes de programas como población objetivo de las actividades de entrenamiento.

El diagnóstico inicial fue que nuestras audiencias tenían, por una parte, necesidades específicas. Así, por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales de mujeres necesitaban, a nuestro juicio, mejorar sus habilidades para llevar un registro sistemático de las actividades que realizan y evaluar sus intervenciones, enriquecer su bagaje teórico y metodológico, y lograr su fortalecimiento institucional. Los proveedores deberían familiarizarse con las dimensiones socioculturales de la salud-enfermedad, la perspectiva "emic", el enfoque de género y de derechos (sexuales y reproductivos), y entender la lógica y la potencialidad de la investigación cualitativa.

Finalmente, los cientistas sociales necesitarían mejorar sus habilidades para la investigación aplicada, desarrollar su *background* teórico en sociología y antropología médicas, e incrementar el rigor en la aplicación de las técnicas y en el análisis de los datos cualitativos.

Por otra parte, las audiencias seleccionadas compartían algunas necesidades: a) reflexionar sobre las cuestiones éticas en la prestación

de servicios y en la investigación, b) superar una visión un tanto esquemática y desactualizada de la biomedicina (en particular, las organizaciones no gubernamentales y los/as cientistas sociales), y c) familiarizarse con la posibilidad y deseabilidad de la complementación entre el enfoque cualitativo y el cuantitativo (básicamente, los/as proveedores y las organizaciones no gubernamentales).

Partimos del supuesto de que involucrar a las diferentes audiencias/actores en actividades de entrenamiento comunes suponía sortear las dificultades propias de trabajar con participantes con *backgrounds* y agendas diferentes y, generalmente, "prestigio" y/o poder desiguales. Pero al mismo tiempo tenía un alto potencial desde el punto de vista estratégico, en tanto se constituiría en un espacio de encuentro e intercambio entre los diferentes actores del campo de la salud reproductiva.

La realización de actividades de entrenamiento que incluyen a profesionales de diferentes especialidades, miembros de organizaciones no gubernamentales, funcionarios públicos y académicos/as fue la estrategia central de trabajo por la que optamos. En ocasiones también realizamos capacitaciones *ad hoc* para audiencias específicas (organizaciones no gubernamentales de mujeres y equipos de investigación), centradas en sus proyectos de investigación o en la realización de diagnósticos/evaluaciones.

## LAS ACTIVIDADES

El programa de entrenamiento incluye un conjunto diverso de actividades, que describiremos brevemente a modo de introducción a las reflexiones e interrogantes que se plantearán a continuación.

### Programa de Becarios Residentes en Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad

Entre 1995 y 1997 este programa, equivalente a un *Master of Arts* en Ciencias Sociales con énfasis en Salud Reproductiva y Sexualidad, tuvo una duración de un año. En él se graduaron once jóvenes profesionales de la Argentina, Chile, Perú y Colombia (siete mujeres y cuatro varones: una médica, dos psicólogos/as, cinco sociólogas/os, un antropólogo y dos trabajadoras sociales).

A partir de junio de 1997 los becarios residentes cursan la Maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES-FLACSO) y participan de actividades de formación y de investigación en la temática de salud repro-

ductiva, sexualidad y género, área en la cual desarrollan sus tesis de maestría. Las primeras dos cohortes (1997-1999 y 1999-2001) han contado con cuatro becarios residentes, provenientes de Perú, Colombia y Chile (un antropólogo, una psicóloga, un historiador y una matrona).

### Talleres regionales

1994. *Taller regional de entrenamiento en metodologías cualitativas para la investigación en salud reproductiva y sexualidad* (en colaboración con colegas de The Johns Hopkins University y Tulane University, Estados Unidos), Buenos Aires. Asistieron 30 participantes de 7 países.

1994. *Taller regional de capacitación en metodologías de la evaluación de programas en salud reproductiva* (en colaboración con José García Nuñez - Equipo de Apoyo Técnico/FNUAP), Santiago de Chile. Asistieron 22 participantes de 7 países**.**

1996. *Enfoques cualitativo-cuantitativo en evaluación de programas/proyectos de población y salud reproductiva* (en colaboración con José García Nuñez - Equipo de Apoyo Técnico/FNUAP), Santiago de Chile. Asistieron 46 participantes de 11 países.

1999. *Taller Regional de Entrenamiento en Género y Salud Reproductiva*, en el marco de la Iniciativa Operacionalizando Cairo y Beijing (OMS/Women's Health Project (University of Witwatersrand, Sudáfrica/Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard), Buenos Aires. Asistieron 28 participantes de 9 países.

### Talleres nacionales

Entre 1994 y 2000 realizamos quince talleres en seis países: Argentina, Cuba, Chile, Perú, Colombia y Paraguay en las siguientes temáticas (promedio de participantes por taller: 25).

- Adolescencia.
- Avances en investigación social en salud reproductiva y sexualidad (en colaboración con el Centro de Estudios de Población [CENEP] y la Asociación de Estudios de Población de la Argentina [AEPA]), Buenos Aires.
- Calidad de la atención desde la perspectiva de género *(Consorcio Mujer-Perú),* Lima.
- Investigación social en salud de la mujer y derechos reproductivos

(*Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, Chile)*, Santiago de Chile.
- Diseño y evaluación de programas y políticas de salud de la mujer *(Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, Chile)*, Santiago de Chile.
- Problemas éticos en la investigación social sobre salud reproductiva y sexualidad, Buenos Aires.
- Metodologías cualitativas aplicadas al campo de salud reproductiva y sexualidad, Santiago de Chile, Lima, Medellín, Bogotá, Asunción y La Habana.

### Maestría en Ciencias Sociales y Salud

La cohorte 1997-1999 estuvo integrada por 41 alumnos. En términos de su perfil, la cohorte estuvo compuesta por médicos/as y otros profesionales de la salud (35%); psicólogos/as (20%); antropólogos y sociólogos/as (20%), trabajadoras sociales (15%); otras profesiones (10%). El 40% de los maestrandos tenía entre 30 y 39 años y el 85% del grupo eran mujeres. La cohorte 1999-2001, contó con un número menor de estudiantes (28), de similar composición profesional y levemente más jóvenes que la cohorte anterior.

## BALANCE DE LA EXPERIENCIA: CAMBIOS, APRENDIZAJES Y DESAFÍOS

¿Qué hemos aprendido a lo largo de estos siete años de trabajo? ¿Qué cosas han funcionado mejor en nuestra experiencia? ¿Cuáles son nuestros principales desafíos?

En primer lugar, cabe destacar que ha sido un proceso sumamente enriquecedor tanto individual como colectivamente. Como cada uno de nosotros, nuestro programa de entrenamiento creció: la experiencia del posgrado en investigación social en SRS nos animó a dar un salto de escala y generar una maestría en ciencias sociales y salud (en colaboración con FLACSO), cuya filosofía puede resumirse en los siguientes puntos:

a) Autonomía y legitimidad de las ciencias sociales respecto de la problemática de salud/enfermedad.
b) Adopción de la perspectiva de género.
c) Reconocimiento de las diferencias y desigualdades socioculturales y económicas.

d) Implantación temática de la salud reproductiva.

Más allá de sus logros, la maestría nos enfrenta al reto de dar respuestas satisfactorias a las siguientes cuestiones:

- Cómo establecer nexos entre los diferentes cursos de una manera sistemática y explícita.
- Cómo promover eficazmente una mayor articulación entre las monografías o evaluaciones de los diferentes cursos y el futuro proyecto de tesis.
- Cómo articular mejor los cursos sobre metodología y los seminarios de tesis.
- Cómo disminuir el riesgo de que el proyecto de tesis se convierta en "un objeto persecutorio" que termina alejando a la mayoría de los estudiantes de "la recta final".
- Mejorar/actualizar nuestros recursos pedagógicos.

En cuanto a los talleres, nuestra oferta también fue diversificándose. Por una parte, mantenemos actividades de entrenamiento en metodología cualitativa aplicada al campo de salud/SRS. La evaluación que realizan los participantes es sumamente positiva. Los *temas* que suelen ser valorados como más útiles son: el muestreo cualitativo, los grupos focales, el análisis del material cualitativo y las cuestiones éticas en investigación en salud reproductiva y sexualidad. Las *demandas* en general tienen que ver con la posibilidad de disponer de más tiempo para trabajos prácticos y de utilizar materiales de los propios participantes.

Por otra parte, hemos desarrollado una currícula sobre *género y salud reproductiva*, como producto de nuestra participación en la iniciativa internacional "Operacionalizando Cairo y Beijing", impulsada por el Programa Mujer y Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud, el Women's Health Project de la Universidad de Witwatersrand (Sudáfrica) y la Escuela de Salud Pública de Harvard.

Esta currícula significa un cambio sustantivo respecto de nuestros abordajes iniciales a la temática tanto en lo referente a *contenidos* como a *metodología de trabajo* (técnicas participativas, trabajos grupales, estudios de caso, lecturas y presentaciones). Inicialmente, nuestro foco temático era más "restringido" o "autorreferido": género-salud-sexualidad. El énfasis estaba puesto en familiarizar a los participantes con algunos de los aportes de la sociología y la antropología de la salud y la medicina, el concepto de género y las teorías constructivistas sobre la sexualidad ("sexual scripts") y en mostrar la interrelación en-

tre estos dominios. Nuestro propósito era esencialmente contribuir a mejorar la capacidad de investigación de nuestras audiencias. Nuestra oferta actual en salud reproductiva y género tiene una visión más integral y contextualizada de la problemática.[2]

La iniciativa básica "Operacionalizando Cairo y Beijing", que fue adaptada por cada uno de los centros que participaron en ella, comprende seis módulos temáticos, al que se suma otro de consolidación de los conocimientos adquiridos:

- Género
- Determinantes de la salud y la enfermedad.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Sistemas y servicios de salud.
- Políticas y programas de salud.
- Investigación.

También significa un cambio de audiencia y de propósitos. Este taller está fundamentalmente dirigido a planificadores, gerentes de programas y servicios, capacitadores y prestadores de salud con la intención de sensibilizarlos respecto de las perspectivas de género y de derechos y ofrecerles herramientas para:

- Reconocer el impacto de las iniquidades de género, clase y edad sobre la salud/enfermedad.
- Identificar los factores que facilitan y obstaculizan la introducción de cambios en las políticas y los programas de salud reproductiva para mejorar la calidad e integralidad de los servicios.
- Implementar soluciones.

Esta currícula fue aplicada en sus respectivas regiones y evaluada en forma colectiva a principios de 2000 por:

- Centre for African Studies (CAFS), Nairobi, Kenia.
- Key Centre for Women's Health in Society, University of Melbourne, Victoria, Australia.

2. Esta "evolución" de nuestra oferta está relacionada también con el propio desarrollo del campo de la salud reproductiva (los consensos alcanzados en las conferencias internacionales, la situación del sector salud en los países de América latina, las prioridades de las agencias donantes, las nuevas demandas del mercado, etcétera).

- Yunnan Reproductive Health Research Association, Kunming Medical College, Kunming, China.
- Women's Health Project, University of Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica.
- Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina.

Los principales aportes de CEDES/nuestra región a la currícula fueron: la inclusión de las temáticas de sexualidad y masculinidad en el módulo de género y el aporte de los trabajos de investigadoras/es de la región al desarrollo de indicadores de calidad de la atención con perspectiva de género.

La experiencia fue sumamente satisfactoria, según la evaluación que recibimos de los participantes.[3]

- el 61% se manifestó totalmente satisfecho y el 29% parcialmente satisfecho,
- el 86% indicó que el enfoque metodológico había sido apropiado, y
- el 89% opinó que se logró demostrar la vinculación entre los módulos.

Los módulos cuyos contenidos se evaluaron en mayor proporción como *muy útil* fueron: 1) Derechos sexuales y reproductivos, 2) Investigación y 3) Determinantes de la salud y la enfermedad. También fueron los que recibieron una mejor calificación en los rubros "Estimuló la reflexión" e "Impactó en mis habilidades personales".

Los otros tres módulos (Sistemas y Servicios, Políticas y programas y Género) también fueron evaluados de manera positiva, aunque recibieron más críticas. Entre ellas: contenidos demasiado básicos (Género), falta de profundización en el marco del análisis de políticas (Políticas y programas), y poca especificidad y pertinencia de la aproximación a los modelos de financiamiento (Sistemas).

Las sesiones mejor evaluadas fueron aquellas que tuvieron dinámicas participativas y que entregaron "instrumentos" aplicables en la práctica cotidiana (por ejemplo, análisis de casos de violación de derechos, revisión crítica de indicadores de calidad de atención; *role play*

3. N = 28 (22 mujeres y 6 varones); 12 de la Argentina y 16 de los siguientes países de América latina: Nicaragua, Chile, México, Ecuador, Bolivia, Panamá, Paraguay y Uruguay.

destinado a identificar obstáculos en la relación proveedor-usuaria, etcétera).

Desde nuestro punto de vista, el principal desafío que un entrenamiento de este tipo supone es que nos obliga a incursionar en nuevos campos temáticos y/o adquirir nuevas destrezas o, en su defecto, a dedicar esfuerzos a "sensibilizar" a los docentes invitados respecto del "espíritu" del entrenamiento y a establecer nexos entre las diferentes sesiones. Más específicamente, resulta difícil en el contexto argentino, encontrar expertos/as en ánalisis de políticas/programas o en "reforma del sector salud" que conozcan la temática de salud reproductiva y/o tengan sensibilidad respecto de las cuestiones de género y derechos.

Otros desafíos pendientes son: a) encontrar la forma de aprovechar mejor la riqueza que deriva de la experiencia de trabajo de los/as participantes y de la diversidad de los grupos con los que trabajamos (diferentes profesiones, pertenencias institucionales y países) y b) desarrollar fórmulas apropiadas y eficaces de evaluar el impacto de estos entrenamientos en el mediano plazo.

# UN DESAFÍO PEDAGÓGICO: SABER MÉDICO, CUERPO Y SOCIEDAD

JACQUELINE PITANGUY
ALICIA NAVARRO DE SOUZA

RESUMEN

En general los profesionales y los estudiantes de medicina tienen poca exposición al tema de derechos humanos, que incluyen los derechos reproductivos y sexuales, y a las cuestiones de género y raza que, sin embargo, atraviesan el saber y la práctica médica.

Este artículo presenta una iniciativa innovadora resultante de la cooperación entre una organización no gubernamental (Ciudadanía, Estudios, Información Acción, CEPIA) y la Escuela de Medicina de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ) para proveer a los estudiantes de elementos para una reflexión sobre la medicina que incorpore problemáticas y perspectivas no limitadas a los marcos estrictos de las ciencias naturales. Se trata de un curso multidisciplinario dirigido a estudiantes de medicina de la citada universidad, que se inició en 1996 y fue organizado con el fin de concientizarlos sobre variables sociales, políticas, económicas y culturales que inciden en el abordaje médico de la salud y la enfermedad. Se dicta semestralmente como una disciplina regular electiva.

## MEDICINA Y SOCIEDAD

Se puede afirmar que el estado de bienestar de la persona refleja relaciones estructurales del cuerpo y la sociedad, sin que ello suponga que todas las enfermedades se expliquen necesariamente por esos lazos. El concepto de salud incluye el modelo medicalización-hospita-

lización, pero es más amplio. Dimensiones como la pobreza, las desigualdades de género y de raza, el acceso a la justicia, y en igual medida, a situaciones coyunturales de desempleo y conflictos armados, interfieren sobre el estado de salud. Causa preocupación el hecho de que el acceso a la igualdad de género y raza, a la justicia social y a un ambiente sin violaciones de los derechos humanos es excepcionalmente considerado en la formación médica.

Sin embargo, esta imbricación de la salud con la esfera de la ciudadanía es afirmada desde la décadas de 1960 y 1970 en convenciones y declaraciones de la ONU (Convención Internacional de la ONU sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales) que postulan claramente que la salud es un derecho humano. Este mismo principio es reafirmado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya constitución define la "salud" como "un estado de [...] bienestar físico, mental y social", lo que implica más que la ausencia de enfermedad y al cual todos tienen derecho.

En la Conferencia Internacional de la ONU sobre Población y Desarrollo, que tuvo lugar en El Cairo en 1994, se realizaron importantes avances en la afirmación de esta posición. En esa conferencia y sobre todo durante su preparación, los movimientos de mujeres, articulados en asociaciones nacionales, regionales e internacionales, trabajaron junto con delegaciones gubernamentales para extender al campo de la población esta perspectiva de los derechos, especialmente los derechos reproductivos como matriz estructurante de ese campo.

A pesar de estos avances internacionales, la mayoría de las facultades de medicina aún consideran que las ciencias naturales y la tecnología médica dan cuenta de todos los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, y raramente discuten los procesos sociales y políticos por los cuales la medicina es organizada y practicada. Así, por ejemplo, con frecuencia la enseñanza médica adopta abordajes que, implícitamente, refuerzan la discriminación sexual y las desigualdades de género y de raza, desconociendo o minimizando los efectos de una naturalización acrítica del género femenino, de la raza negra y de las poblaciones indígenas.

Por esta razón, CEPIA consideró de gran importancia establecer un diálogo con la Facultad de Medicina de la UFRJ, con el objetivo de organizar un curso que analizara los factores de orden social y político que interfieren en el diagnóstico y tratamiento, y que alertara a los alumnos sobre el hecho de que la salud y enfermedad se construyen también en el imaginario colectivo y en las representaciones individuales, y no solamente en los manuales clasificatorios de medicina. Debatir con estos estudiantes la proposición de que no existe un pen-

samiento "puro" o "natural" sobre la enfermedad y que tanto el saber como la práctica médica están impregnados por las relaciones sociales y de poder vigentes en la sociedad, nos pareció un gran desafío que podían asumir CEPIA y los profesores de la Facultad de Medicina preocupados por las mismas cuestiones. Se inició así en 1995 un diálogo entre una organización de la sociedad civil y una facultad, cuyo resultado fue un año después la iniciación del curso "Saber médico, cuerpo y sociedad".

El comienzo de este curso está conectado con procesos más amplios, como los resultados de la Conferencia de Población y Desarrollo de la ONU, en la que se enfatizó el principio de salud, especialmente de salud reproductiva, como un derecho humano. Se inserta también en un marco histórico más complejo que precede a esta conferencia. Uno de estos antecedentes han sido los avances realizados en Brasil por el movimiento sanitarista que, especialmente en la década de 1980, desempeñó un papel fundamental en reafirmar los nexos entre medicina y sociedad. Ha sido también una preocupación presente desde hace más de dos décadas en el movimiento de mujeres, el cual percibía la falta de exposición de los profesionales de salud al tema de género y de los derechos sociales y humanos de las mujeres. Este movimiento dedicó especial atención a la necesidad de implementar programas y servicios que fueran más holísticos y tuvieran una mayor sensibilidad a las cuestiones de género.

En Brasil, la década de 1980 coincide con la democratización del país y la elaboración de una nueva Constitución, en la cual hubo una gran participación de la sociedad civil organizada y de grupos de mujeres y organismos gubernamentales de derechos de las mujeres, como el Consejo Nacional de los Derechos de la Mujer y Consejos estaduales. Esta movilización política llevó a que el paradigma de la salud como un derecho esté establecido en la Constitución brasileña de 1988, donde se considera la salud "un derecho de todos y un deber del Estado garantizado mediante políticas sociales y económicas que contemplen la reducción del riesgo de la enfermedad y de otros agravios y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación" (artículo 196).

Hubo también un avance significativo en el reconocimiento legal de los derechos reproductivos, que está reflejado en el artículo 226, Nº 7, en el cual el Estado reconoce que "fundado en los principios de dignidad de la persona humana y de paternidad responsable, la planificación familiar es de libre decisión de la pareja, y competiendo al Estado proveer recursos educacionales y científicos para el ejercicio de este derecho, estando prohibida cualquier forma coercitiva de par-

te de instituciones oficiales o privadas", y en otras leyes nacionales como la Ley de planificación familiar de 1996, que reglamenta este dispositivo constitucional.

La inclusión de la salud en la categoría de derechos evidencia la complejidad de este concepto. Además de la pobreza, la desnutrición y ausencia de condiciones sanitarias, las relaciones de poder desiguales y la desvalorización cultural que impregnan y marcan la experiencia existencial del ser humano, también afectan su estado de bienestar y constituyen una violación de su derecho a la salud.

Estas variables, que se sitúan "fuera" del campo de las ciencias naturales, influyen sobre la percepción individual y colectiva, tanto del paciente como del profesional, sobre la salud y la enfermedad, así como sobre los conceptos de normal y patológico. Igualmente, pueden desempeñar un importante papel en la relación entre el profesional de salud y el paciente. Los arquetipos femeninos de comportamiento, compartidos por mujeres y hombres, pueden influir de manera inconsciente en la relación médico y pacientes mujeres, afectando de forma negativa el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. En una sociedad desigual y discriminatoria no sólo la clase social sino la raza y etnia, así como también la orientación sexual, pueden desempeñar un papel semejante al del género en la relación médico-paciente.

A pesar de los significativos avances realizados en Brasil, a nivel de dispositivos legales y acciones programáticas como el PAISM (Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer, reglamentado en 1987) y de las conquistas en el ámbito internacional, el diálogo de las organizaciones de mujeres con los profesionales de la medicina se ha ido construyendo lentamente, venciendo barreras mutuas.

La organización del curso "Saber médico, cuerpo y sociedad" es una iniciativa que busca contribuir al desafío de estrechar los lazos entre salud y derechos humanos. Para ello se adoptó una perspectiva curricular interdisciplinaria que posibilita que las facultades médicas despierten la conciencia de los estudiantes sobre las variables sociales, políticas, económicas y culturales que intervienen en el abordaje médico de la salud y la enfermedad. A fin de identificar y remediar las iniquidades culturales, de género y otras que comprometen la oferta de los servicios de salud, es fundamental que se establezca una interlocución sistemática entre los practicantes de las ciencias naturales y sociales, teniendo la dimensión de los derechos humanos como eje central del saber y la práctica médica.

## El curso "Saber médico, cuerpo y sociedad"

Reconociendo la gran limitación de la oferta de cursos que ofrecen una reflexión sobre los procesos históricos y sociales que atraviesan la formación médica, la organización no gubernamental CEPIA, que trabaja desde 1990 con una perspectiva de género y en el marco de los derechos humanos, en cuestiones de salud, derechos sexuales y reproductivos, violencia y acceso a justicia, y la Escuela Médica de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), una de las más antiguas y tradicionales del país, iniciaron en 1995 un diálogo que se hizo posible gracias al empeño de algunos profesores de esta universidad en ampliar los horizontes de la formación médica y que tuvo como resultado la elaboración de un programa para el curso, aprobado posteriormente por el Consejo Académico de esta facultad. Esta iniciativa pudo concretarse porque esta facultad había implantado un proceso de reforma curricular con el fin de introducir mayor flexibilidad e interdisciplinariedad.

Adoptando un enfoque multidisciplinario, el curso empezó en el primer semestre de 1996 como un programa de extensión. Como resultado de las evaluaciones positivas por parte de los profesores y alumnos, fue incluido entre las disciplinas regulares electivas de la escuela de medicina, y desde entonces se dicta todos los semestres.

Su principal objetivo es ofrecer a los estudiantes de medicina perspectivas teóricas y abordajes metodológicos que les posibiliten entender cómo la teoría y la práctica médica son mediadas por variables sociales, culturales y económicas que trascienden las fronteras de las ciencias naturales. Otro aspecto que se analiza en el curso es la influencia que algunas variables presentes en la vida del médico y del paciente ejercen sobre la práctica médica, como las cuestiones de clase social, género, raza y etnicidad.

El curso, coordinado por las autoras de este texto, es multidisciplinario y tiene contribuciones de diferentes áreas como la filosofía, la sociología y la antropología. Las clases están a cargo de profesores de la Facultad de Medicina, así como de profesores invitados de otras universidades e instituciones. La estructura del curso comprende cuatro unidades. En los primeros años se dio la siguiente organización:

a) Medicina y metodología científica.
b) Medicina e historia: la construcción del saber médico.
c) Medicina y sociedad: ética y derechos humanos.
d) Medicina, sexualidad, género y poder.

A partir de una evaluación realizada por los alumnos, se introdujeron algunas modificaciones, alterando el orden de presentación de los módulos, sin realizar mayores cambios en las temáticas que se analizan en cada uno de ellos.

Actualmente, el curso se presenta de la siguiente forma:

a) Saber médico, cuerpo y sexualidad.
b) Racionalidades, saber y práctica médica.
c) Sobre el método científico.
d) Medicina y sociedad.

Cada una de las unidades comprende tres o cuatro clases, y un seminario donde se analizan cuestiones que surgen en las clases y sus respectivas bibliografías. En cada seminario, la unidad es evaluada y los estudiantes tienen la oportunidad de plantear sus mayores dificultades respecto del lenguaje y la metodología de las ciencias sociales o del abordaje de temas como género, raza, clase y poder político. Entre los tópicos que comprenden los diferentes módulos, se pueden destacar los siguientes:

– La medicina y el control del cuerpo
– Sexualidad y género en medicina: sexo y sexualidades
– Ciudadanía y medicina: ética y derechos humanos
– Derechos humanos, derechos reproductivos y sexuales
– La universalidad del método científico
– Método y medicina: comparación y contraste entre la metodología de las ciencias naturales y las ciencias sociales
– Lo normal y lo patológico, del vitalismo al mecanismo
– La construcción social del cuerpo
– Las estructuras pedagógicas de la medicina
– Medicina y racionalidad científica

El objetivo principal del curso puede ser sintetizado en las palabras de un estudiante, para quien "abrió una ventana a través de la cual hoy mira la medicina desde otra perspectiva".

Además de este cambio general de percepción de las relaciones entre ciencia y sociedad, el curso tiene una preocupación particular que es que los estudiantes comprendan la relevancia del rol desempeñado por las relaciones de género en la historia de la medicina, desde el pensamiento aristotélico hasta un pasado aún reciente (siglo XIX), donde el cuerpo de la mujer era visto y tratado como si fuera inferior e incompleto con relación al del hombre. Las dimensiones sociales e

históricas de la sexualidad son también analizadas, incluida la forma como este concepto complejo ha sido frecuentemente simplificado en las facultades de medicina y ha adoptado una perspectiva clasificatoria de normalidad y patología para estudiar la temática de la sexualidad.

También se abordan aspectos éticos de la práctica médica, reconociendo la naturaleza social, moral y económica de temas que están intrínsecamente relacionados con la educación médica y la oferta de servicios médicos. Además del género, se incluye el análisis de las dimensiones de raza y de clase, de suma importancia en Brasil en el acceso a los servicios de salud y en la relación médico-paciente.

Otro tema que se analiza en el curso es el modelo paternalista de la relación médico-paciente existente en la cultura médica brasileña, que muchas veces presenta rasgos autoritarios. Esa situación es todavía más evidente en los servicios de salud pública, donde los estudiantes hacen la residencia y donde las violaciones de los derechos humanos son recurrentes. En las clases utilizamos ejemplos de las experiencias clínicas de los propios estudiantes y analizamos casos como el del "síndrome de la infelicidad crónica", síntoma que afecta sobre todo a las pacientes mujeres y que fue señalado por algunos estudiantes cuando están realizando su práctica en los servicios ambulatorios de Medicina Interna.

El curso se propone también familiarizar a los estudiantes con cuestiones de derechos humanos y las implicaciones para la práctica médica de la definición de salud presentada por la Organización Mundial de la Salud, que considera la salud como un derecho. Analizamos también la importancia de documentos de derechos humanos, como declaraciones, tratados y convenciones, como la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra las Mujeres. Asimismo, se incluyó la importancia de los movimientos sociales en el proceso de expansión y transformación de la legislación nacional e internacional de derechos humanos, especialmente con relación a los derechos sexuales y reproductivos.

El rol de los movimientos gay en la conformación de una esfera de derechos de ciudadanía para los portadores del sida, los efectos de estos movimientos en la reconfiguración del imaginario social sobre esta enfermedad y en la asignación de recursos para investigaciones, sobre todo en el inicio de la epidemia, son también resaltados.

Con relación al método científico, cuando proponemos a los estudiantes una reflexión sobre esta temática, cuestionamos el principio de su universalidad y el fenómeno de búsqueda de objetividad apoyado en la idea de que la observación es la única forma de producir el

conocimiento científico. La propuesta del curso defiende la idea de que toda observación es influida por aspectos teóricos y por valores sociales. Por esta razón, se presentan a los alumnos los abordajes cualitativos de investigación, tradicionalmente utilizados en las ciencias sociales, y que son frecuentemente despreciados por los profesionales del área médica y por los investigadores con formación en biomedicina y ciencias naturales, por considerarlos "no científicos". A través de ejemplos clínicos se discute con los estudiantes situaciones en las cuales los estudios cualitativos pueden esclarecer por qué los resultados obtenidos por métodos cuantitativos tradicionales no son implementados por los profesionales en la práctica médica. Asimismo, se muestra cómo un abordaje cualitativo podría explicar las variaciones en la adherencia al tratamiento.

A partir de la perspectiva histórica de la medicina moderna y su racionalidad anatómica-clínica, que emergió en el inicio del siglo XIX, como propuso Foucault, se analizan también los conceptos complejos de normalidad y patología, los cuales, por ser tanto hechos como valores, y tener dimensiones cualitativas y cuantitativas, no pueden disociarse jamás de la experiencia de sufrimiento del paciente. En el curso se analiza también el proceso de formación médica y la construcción social de la competencia médica, destacando que el primero incluye al segundo.

Es una iniciativa pionera que abre nuevas puertas, respondiendo a la necesidad de mayor intercambio intelectual entre profesionales de las ciencias sociales y naturales, y más diálogo entre los defensores de los derechos de las mujeres y los profesionales de derechos humanos y de salud.

Con el objetivo de extender esta experiencia pedagógica a otras categorías de futuros profesionales de la salud, en 1999 CEPIA inició un programa similar con la Escuela de Enfermería de la Universidad Estadual de Río de Janeiro (UERJ).

Obedeciendo a un currículo similar, el curso busca ofrecer a los estudiantes de enfermería una reflexión acerca de los procesos sociales que impregnan su saber y su práctica, con énfasis especial en las relaciones de género. Ofrecido en carácter de curso de extensión, abierto también a estudiantes de otras universidades, esta disciplina está organizada en los siguientes módulos:

– La construcción social del saber en la enfermería
– Género, poder y sexualidad
– Ética, derechos humanos y salud
– Derechos reproductivos y ciudadanía.

Otras facultades de medicina y escuelas de enfermería han demostrado interés en conocer mejor esta iniciativa, y en introducir experiencias similares en sus sistemas académicos. Relatamos esta experiencia en el libro *Cadernos CEPIA Nº 4*, que contiene las clases ofrecidas en 1996. Actualmente se está trabajando para su reedición. Está también en curso la edición de un publicación sobre la experiencia de la UERJ.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA


Butler, C. C.: "Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats", en *British Medical Journal*, 317, 1998, págs. 637-642.

Canguilhem, G.: *Le normal et le pathologique*, París, Presses Universitaires de France, 1966.

de Souza, A. N.: "Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica", tesis de doctorado, Río de Janeiro, IPUB/UFRJ, 1998.

Foucault, M.: *The birth of the clinic: an archaelogy of medical perception,* Nueva York, Virtage Books, 1975.

Fox, R.: "Is medical education asking too much of bioethics?", en *Daedalus*, 128 (4) 1999, págs. 1-26.

Griffin, K. e Costa, S. (organizadoras): *Questões de Saúde Reprodutiva*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.

Jones, R.: "Why do qualitative research?", en *British Medical Journal*, 311, 1995; pág. 2.

Jurandir, F. C.: "A medicina como projeto social: controle do corpo", en *Cadernos CEPIA Nº 4*, Río de Janeiro, Markgraph, 1998.

Kavanagh, A. M. y Broom, D. H.: "Women's understanding of abnormal cervical smear test results: a qualitative interview study", en *British Medical Journal*, 314, 1997, págs. 1388-1390.

Pitanguy, J.: "Cidadania, direitos e liberdade", en *Cadernos CEPIA Nº 4*, Río de Janeiro, Markgraph, 1998, págs.127-139.

Pope, C. y Mays, N.: *Qualitative research in health care*, Londres, en British Medical Journal Publishing Group, 1999.

Impreso en mayo de 2002 en Talleres Gráficos Leograf SRL,
Rucci 408, Valentín Alsina, Argentina