

X JORNADAS ARGENTINAS DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN
San Fernando del Valle de Catamarca
4, 5 y 6 de Noviembre de 2009

Sesión N° 5: Reproducción de la población, fecundidad y sus determinantes demográficos y sociales

Organiza: Comisión Científica de Nupcialidad y Reproducción

Coordinador: Marta L. Schufer, martaschufer@fibertel.com.ar

TÍTULO: Percepción y prácticas vinculadas al cuidado de la salud sexual y reproductiva en mujeres de tres generaciones de un barrio de la ciudad de Salta.

AUTORES: Karina Carrizo; Beatriz Aciar; Margarita Hausberger; Mario Bignon

Pertenencia Institucional: Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Salta, Proyecto N° 1580.

INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud Reproductiva es producto de un largo proceso de evolución cuyo origen se remonta a las políticas de control de población, centradas en la disminución de la fecundidad, hasta la coceptualización actual que promueve los derechos reproductivos asociados al bienestar individual de las personas. El evento que marca específicamente un cambio de paradigma es la IV Conferencia sobre Población y Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas realizada en El Cairo en 1994. A Partir de entonces la salud reproductiva comienza a ser considerada como un *bien social* valiosos en sí mismo, independientemente de las características demográficas de la población, enfatizando el respeto por las decisiones individuales y los derechos humanos.¹

El proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por la condición social de la mujer, por acciones dependientes de otros sectores sociales (educación, vivienda, alimentación) y por factores afectivos y relacionales.

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, y por la tanto de la salud individual.²

La salud sexual busca promover en los varones y las mujeres el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de sus vidas. Un aspecto de la salud sexual es la procreación responsable que supone tomar decisiones luego de haber recibido una amplia información sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, respetando convicciones y deseos. Pero éste no es el único aspecto de la salud sexual ya que la sexualidad humana es definida como “la forma de expresión o el conjunto de formas de comportamiento del ser humano, vinculadas a los procesos somáticos, sicológicos y sociales del sexo y debe considerársela como una forma de expresión integral del ser humano, el disfrute del amor, del placer y del goce”³.

Es una visión que supera los aspectos puramente biológicos de la salud e incluye también sus determinantes sociales y psicológicos, considerando que toda política de salud reproductiva debe tener un carácter multisectorial involucrando tanto las instituciones de salud como las de educación, trabajo y desarrollo social.

Desde la promulgación de la ley, no se ha indagado acerca de su efectiva implementación, ni sobre la opinión de la población acerca de la misma. Al respecto nuestro proyecto intenta conocer las opiniones de la población sobre las actividades que se promueven. Por ello una arista en ese análisis, fue entrevistar a mujeres –abuela, madre, hija- de una misma familia para indagar en los cambios de actitudes o comportamientos frente a la Salud Sexual y Reproductiva.

¹ Zamberlin Nina “De salud materno infantil a salud reproductiva”. *Una nueva perspectiva en un contexto de cambio* en Enfoque Integral del Desarrollo en la Infancia, CLACYD, Córdoba, 2003.

² Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos. Dirección Nacional Materno Infantil .Ministerio de Salud de la Nación. Octubre 2002

³ Cerruti Basso. Sexualidad humana; aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. OPS. 1992. Uruguay

“Generación alude a la época en que cada individuo se socializa y, con ello a los cambios culturales acelerados que caracterizan nuestro tiempo, cada generación puede ser considerada, hasta cierto punto, como parte de una cultura diferente, en la que los más jóvenes incorporan en su socialización nuevos códigos y destrezas, lenguajes y formas de percibir, de apreciar, de clasificar y de distinguir⁴. Tales códigos son constitutivos de las prácticas preventivas en salud y están presentes en las pautas que las madres les transmiten –en su rol socializador- a sus hijas. Estas pautas varían según el entorno familiar y posición social de pertenencia, lo que lleva a pensar que la diversidad en los patrones que orientan los comportamientos, tienen que ver con saberes aprendidos en el hogar.

Sin embargo también es cierto que los cambios y transformaciones que la Argentina ha sufrido en las últimas décadas, ha incorporado en las mujeres un posicionamiento diferente en la sociedad y al interior de sus hogares. “Cada época sostiene un conjunto de normas, valores, creencias e imaginarios a partir de los cuales los individuos interpretan el mundo en el que actúan. Sus prácticas constituyen acciones cargadas de sentido que no pueden comprenderse aisladamente de los códigos culturales y acciones sociales”⁵.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO DERECHO EN ARGENTINA Y EN SALTA

La Argentina se ha caracterizado históricamente por la ausencia de políticas públicas dirigidas a proteger la salud sexual y reproductiva de su población. Recién en los años 90 comienza a configurarse un proceso de cambio donde el Estado se encamina desde una postura pronatalista y restrictiva, a otra de mayor apertura con reconocimiento de los derechos reproductivos de la población.⁶

Si recorremos el S XX, se puede observar que la mujer no fue considerada un sujeto con derechos por si misma, sino a través de su función social y rol familiar como poseedora del patrimonio poblacional argentino. Por ello las leyes sanitarias y laborales se dirigieron a la procreación, mejorar y estimular la condición materna de la mujer.

En 1940 se realiza el Primer Congreso de Población en Buenos Aires y desde allí pueden rastrearse las primeras políticas de población y dentro de ellas las de reproducción. “asignaciones familiares para parejas prolíferas, sobre-salarios a los casados, gravámenes progresivos a los solteros, preferencia de los padres de familia e los puestos de trabajo, impuestos a matrimonios sin hijos, premios y estímulos bancarios a las madres multíparas”⁷.

Sobre todo en 1947, se desarrollaron las políticas de población. Las políticas estatales se dirigían a reponer y reproducir la fuerza de trabajo y por ende al cuidado de la mujer embarazada. El estado benefactor hizo de la mujer y a través de ella de la familia, el blanco de los beneficios sociales. Se abrieron más centros maternos infantiles, se otorgaron subsidios y préstamos al matrimonio recién iniciado, se implementaron planes de vivienda para la familia con hijos.

Durante los años '60, las políticas públicas de población fuertemente influenciada por el desarrollismo económico se, amparaban en que el crecimiento acelerado de la población obstaculizaría el desarrollo económico. Por ello el control de la natalidad se presentaba como la alterativa indispensable para que los países subdesarrollados alcancen niveles de desarrollo. “Un aspecto de esta política consistió en impulsar una modernización de las pautas tradicionales, en este sentido se fomentó la familia moderna, que debía ser reducida en número de miembros (...)

⁴ Margulis, M (2003) Juventud Cultura y sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Bs. As. (pag. 13)

⁵ Corin, E. (1996) matriz social y cultural de la salud y la enfermedad, en Evans, Barer y Marmor, ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid. (pag. 103)

⁶ Zamberlin Nina, op. cit.

⁷ Torrado, S. Procreación en la Argentina: hechos e Ideas. La Flor. 1993. (Pag. 264)

la posibilidad de modernizar a la familia pasaba por incentivar a la mujer al cambio sacarla del límite de lo privado y hacerla participar del desarrollo (...)"⁸.

En 1974, se promulga el decreto 659, por el cual se procede a controlar la comercialización de anticonceptivos, exigiéndose receta por triplicado. A ello se agrega que se prohibieron las actividades públicas que se vinculara con el control de la natalidad en las Instituciones de Salud Pública. Si bien estas medidas no impidieron totalmente la venta de anticonceptivos, las consecuencias afectaron principalmente a las mujeres de los sectores más empobrecidos ya que no accedían ni a los anticonceptivos, ni a las consultas medicas para obtener las recetas.

“La mujer pasó de ser protegida para ser madre y reproducir a la clase obrera a ser controlada por la alta natalidad –signo que para el desarrollismo era sinónimo de atraso y tradicionalismo-, para luego ser controlada por medios coercitivos para fomentar el crecimiento poblacional”⁹.

Sin embargo, en las dos últimas décadas las transformaciones socio-económicas en la Argentina, le otorgaron visibilidad a la mujer en las actividades económicas, la hicieron cambiar su rol social y familiar y comenzaron a marcar presencia en la esfera pública. Por ello se puede inferir que la legislación en torno la Salud Sexual y Reproductiva son el logro obtenido que da respuesta a nuevas demandas de la mujer.

En 1994 la República Argentina incorpora al texto de la Constitución Nacional, la Convención Internacional sobre “Todas las formas de discriminación contra la mujer” (CEDAW), que fuera ratificada como ley en 1985 por la Cámara de Diputados. Esta Convención establece en su artículo 10 que cada estados es responsable de asegurar la igualdad de condiciones en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia incluida la información y el asesoramiento sobre la planificación de la familia”. Y en el artículo 12 insta a garantizar la eliminación en el “acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a planificación familiar (...) servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”. Así mismo el artículo 75 afirma a la salud reproductiva como parte de los derechos humanos y se especifican las razones para pensar que la mejor planificación del número de nacimientos y el recurso a la utilización de métodos eficientes y seguros, tienen consecuencias positivas para la salud de las mujeres.

En la política argentina de salud sexual y reproductiva, es importante rescatar que además de los avatares de las dos últimas décadas del S. XX y de los efectos que la Conferencia de El Cairo tuvo sobre el cambio de paradigma en la población y el desarrollo, fue el accionar persistente y progresivo de las mujeres el que logró que se generaran legislaciones a favor de la salud sexual y reproductiva.

En Octubre de 2002, se sanciona La Ley Nacional N° 25673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable y se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Este programa tiene por objetivo promover la salud sexual y procreación responsable, dar respuesta al grave problema de la morbilidad materno/infantil a consecuencia de abortos practicados, promover la salud sexual de los adolescentes, prevenir el contagio de Sida u otras enfermedades de transmisión sexual a causa de relaciones sin protección. Dicha Ley en su artículo 2 y 5 ordena que se “capacite a educadores, trabajadores sociales y otros operadores comunitarios para alcanzar en la población el nivel más elevado de salud sexual, con el fin de que se pueda adoptar decisiones, libres de discriminación, violencia, disminuir la morbilidad materno infantil; prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de ETS, del virus del HIV y patologías genitales y mamarias. Garantizar a toda la población el acceso a la

⁸ Petracci, Mónica, 2006 Salud, derechos y opinión pública. Editorial Norma. (Pag. 95)

⁹ Petracci, Mónica, 2006 (pag 95)

información, orientación, métodos y prestación de servicios referidos a la Salud sexual y reproductiva y *potenciar la participación femenina* en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”.

El mencionado Programa, también plantea la necesidad de detectar las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a las provincias, actualmente algunas están adheridas a la ley 25.673. **Salta** sanciona el 20 de septiembre del 2004 la Ley sobre Sexualidad Responsable que adhiere a la Ley Nacional, entre sus objetivos plantea la protección y promoción de la vida de las personas desde la concepción, promover el desarrollo integral de las familias y la autonomía de las personas; promover la salud individual y familiar revalorizando el rol del varón y la mujer estimulando el ejercicio responsable de la sexualidad y la procreación, posibilita el acceso igualitario de las personas a la información, asesoramiento y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el cumplimiento de la ley. En el artículo 3 el Estado se compromete a garantizar el acceso de las mujeres a los controles preventivos y atención integral durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia; la detección temprana y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento de los métodos de regulación de la fertilidad naturales y no naturales; el suministro de materiales anticonceptivos, la capacitación para permitir un abordaje multidisciplinario de la problemática.

El papel del Sector Salud consiste en favorecer el acceso oportuno a servicios adecuados y a las necesidades específicas de la población que los usa, de buena calidad, posibilitando además el acceso a la anticoncepción en el contexto de una atención integral en un servicio de salud reproductiva.¹⁰

Desde la promulgación de la Ley provincial en el año 2004 en la provincia de Salta, no se ha indagado acerca de su efectiva implementación y acerca de la opinión de la población acerca de la misma. Previo a su promulgación, sectores de Iglesia se enfrentaron con agrupaciones barriales y de mujeres, con posiciones diferentes respecto a su implementación. La primera postulaba que los métodos anticonceptivos son antinaturales y no corresponde que el Estado los proporcione ya que se oponen al control natural de la reproducción, afirmando además que algunos de ellos son de carácter abortivo. Por otro lado, distintos sectores de la sociedad civil apoyaba el acceso y la utilización de los métodos de anticoncepción considerando que es un derecho de cada persona la decisión de su uso.

CAMBIOS EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA FAMILIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

En este trabajo se toma como muestra a las mujeres de una misma familia, abuela, madre e hija. Por ello nos parece de importancia realizar una aproximación a los cambios por los que atravesó la familia teniendo en cuenta la perspectiva del género.

Desde una perspectiva clásica, la familia es caracterizada tomando en cuenta fundamentalmente tres aspectos: la sexualidad, la procreación y la convivencia. Esta es definida entonces como “la institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a éstas necesidades”¹¹. Esto significa que familia implica procreación y que ésta debe desarrollarse en el marco de una “familia”, siendo por lo tanto la consanguinidad un rasgo fundamental para su definición.

¹⁰ Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos. Dirección Nacional Materno Infantil .Ministerio de Salud de la Nación. Octubre 2002.

¹¹ JELIN E. (1999) “Notas para el debate; de qué hablamos cuando hablamos de familia” en *La inclusión del niño y la familia en las relaciones sociales e institucionales desde la perspectiva de sus derechos*.

Dentro de esta perspectiva, la cotidianeidad transcurre con una clara asignación de roles que se expresa en una división social del trabajo, donde la mujer-madre es la responsable de la domesticidad y el varón-padre de la producción y generación del ingreso. Este modelo de familia *clásica*, muy vigente como representación social de familia “típica”, se construye con una marcada división de trabajo entre géneros, donde lo público lo externo, lo de “afuera” es terreno para el hombre, en tanto que lo privado, lo interno, lo doméstico es el ámbito para la mujer.

Por otra parte, sobre todo en los sectores medios y medios bajos, desde hace varias décadas, se ha venido produciendo un paulatino pero sostenido incremento en los años de escolarización de las mujeres y una mayor participación en el nivel terciario del sistema educativo. Los procesos de urbanización con el surgimiento de ofertas institucionales para la socialización y cuidado de los niños (no accesibles para toda la población) es otro rasgo característico de fines de siglo XX.

Todos estos procesos han conducido a cambios significativos en la dinámica de las unidades domésticas y por lo tanto en la construcción de las subjetividades. La familia ha dejado de ser la *institución total* que era en una época ¹²Los procesos de socialización secundaria se producen en etapas cada vez más tempranas, a través de instituciones que dejan improntas significativas en la formación de la personalidad de los individuos y con ellas en la construcción de las identidades de género.

Matrimonios que terminan en divorcios o separaciones, familias monoparentales, hogares ensamblados, parejas que eligen no tener hijos, parejas homosexuales, son algunas de las múltiples expresiones de los “nuevos” tipos de familia que se van constituyendo. Estos cambios son vividos por algunos sectores sociales como una “amenaza” para la familia, ya que producen una modificación en su composición, en su dinámica y en la distribución de roles.

Se habla de “crisis” de la familia cuando en realidad lo que está en crisis es *un modelo* de familia, el paradigma de la familia nuclear conyugal: la pareja parental y sus hijos.

Los distintos tipos de familia que van surgiendo, no significan única ni principalmente una modificación en su composición sino que fundamentalmente en su dinámica. La jerarquía patriarcal y el poder que de ella se desprendía, va dando lugar a un cambio en la distribución del poder al interior de la pareja y con ello a variaciones en los lugares de la mujer y en el hombre.

Tanto el acceso a la educación, con mayores índices de mujeres que permanecen e ingresan al nivel secundario y terciario, como factores de índole laboral que producen una mayor inserción del sector femenino al mundo del trabajo, todo ello combinado con un creciente acceso a información sobre salud reproductiva, conduce a cambios significativos en las dinámicas familiares y en la creciente multiplicidad de formas de convivencia.

Sin embargo, en lo que respecta a la asignación de roles y a la responsabilidad en las labores domésticas, la variación en la carga del trabajo en las mujeres parecería que no sigue el mismo ritmo de cambio. Sobretudo en los sectores más pobres y en las zonas de menor urbanización, el compartir con otros miembros de la familia (especialmente varones) estas tareas, sigue siendo un proceso de cambio lento.

La familia nuclear, conformada por padres e hijos, significa aún hoy en Argentina la “familia típica”. Tanto desde el sistema educativo como desde el sistema de salud, los programas, las acciones y las recomendaciones siguen estando dirigidas a este tipo de familia, donde están muy claramente diferenciados los roles: reproducción para la mujer y producción para el hombre.

Como modelo cultural, la familia nuclear y la asignación de los roles domésticos la mujer, entre ellos el cuidado de la salud, ha sido idealizada como modelo normativo y asumida como “normal” por distintas instituciones.

A pesar de que se vienen produciendo de modo vertiginoso, cambios socio culturales como los anteriormente señalados y demográficos como la disminución en la fecundidad, la simultaneidad de la precoz y tardía maternidad y el aumento de años en la esperanza de vida,

¹² Jelin, E (1999) Ob. Cit.

cambios que producen una crisis en la composición y dinámica familiar, aún no se evidencia, especialmente en algunos sectores sociales, una modificación en los vínculos y las relaciones intra familiares y en las responsabilidades tanto de la producción como de la reproducción social.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:

Este trabajo se realiza en el marco del Proyecto Investigación N° 1580¹³ y pretende indagar los cambios generacionales en la percepción y en las prácticas vinculadas al cuidado de la salud sexual y reproductiva de mujeres de un barrio periférico de la ciudad de Salta. También nos interesa saber qué conocimiento y opiniones tienen sobre de la ley.

Se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres de una misma familia –abuela Felisa (78 años), madre María (45 años) e hija María (23 años)- de un barrio periférico de la ciudad de Salta¹⁴.

La entrevista tuvo 3 ejes principales relacionados con:

- Aspectos referentes a la conformación familiar: estructura, roles.
- Embarazo y planificación familiar: control prenatal, utilización y decisión sobre la utilización de MAC.
- Conocimiento y opinión sobre aspectos referentes a la ley: salud sexual y reproductiva y embarazo en adolescentes, acceso a información y actividades relativas a la educación sexual.

RESULTADOS

Respecto de la voz de las mujeres entrevistadas, trabajaremos con 6 aspectos que se desprenden de las entrevistas:

1. Es notable el avance hacia una igualdad de género frente a la toma de decisiones en relación a temas relacionados con la edad promedio para el inicio de la vida en pareja, la planificación familiar; puesto que mientras las adultas mayores eran más sumisas ante la decisión del varón, las más jóvenes buscan decidir también ellas.
2. En relación una segunda inferencia es el desdibujamiento del varón frente al cuidado de la salud sexual y a las decisiones preventivas de embarazo. Ello puede inferirse a partir de la presencia masivamente femenina en las actividades que desde el centro de Salud se realizan. Por otro lado son generalmente las mujeres –cuando no sin consentimiento del varón- las que deciden como prevenir los embarazos.

Felisa (78 años) se casó a los 15 y tuvo 9 hijos, alcanzó el segundo grado de escolaridad. Nació en Cachi, en los '80 cuando murió su marido se vino a Cerrillos y hace en los '90 se vino a la ciudad de Salta.

María madre (45 años) contrajo matrimonio a los 17, tiene 8 hijos y terminó la escuela primaria. Nació en Cachi, a los 15 se trasladó a Cerrillos con una tía y allí se casó.

María hija tiene 23 años, se fue a vivir con su pareja a los 20 porque estaba embarazada, tiene una hija y cursó el secundario completo. Nació en Cerrillos y a los 5 años vino con su familia a vivir a la ciudad de Salta.

“Me casé muy jovencita porque mi viejito era compañero de trabajo de mi papá en el campo ... tuvimos 9 hijos ... yo nunca supe de esas cosas (métodos anticonceptivos) y a mi viejito no le gustaba hablar de eso ... mi viejito decía que Dios manda los hijos y hay que recibirlos”.
(Felisa, 78 años)

¹³ Proyecto con vigencia en el Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta. El objetivo del trabajo es conocer las opiniones, valoraciones y prácticas en salud reproductiva y su relación con la aprobación de la ley de Salud Reproductiva en la provincia de Salta, en el Barrio Solidaridad de la ciudad capital. La metodología es cualitativa con aplicación de técnicas de entrevistas a informantes claves de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales del barrio, así como organización de grupos focales y aplicación de encuestas y entrevistas en profundidad a mujeres y varones adultos y jóvenes de ambos sexos.

¹⁴ Villa Solidaridad, ubicada en la zona Sudeste de la ciudad.

“ Me casé joven porque me enamoré chiquita y tuve 8 hijos... yo no sabía de cuidarse, solo sabía del condón pero mi marido se iba a enojar si le hablaba de eso con el... ahora sé más porque mi hija va a la salita y aprende y me enseña... ” (María, 45 años)

“Yo quería estudiar algo, pero no había plata y tuve que trabajar... me junté porque estaba embarazada, sino capaz que no me juntaba... estoy sola, trabajo y hago peluquería... tengo colocado un DIU porque no me convenía tener más niños, yo ya lo veía a mi marido como íbamos a terminar. Yo sola decidí. A mi marido no le parecía, pero yo ya veía –por muchas cosas que no íbamos a llegar muy lejos con él- y me lo puse lo mismo. Más que mi marido sabía mi mamá me decía que me cuide” (María, 23 años)

Por un lado el tamaño familiar se reduce, especialmente en los grandes centros urbanos. En la provincia de Salta, si bien es un fenómeno más paulatino, es una tendencia que está mostrando un camino poco probable de revertirse. De hecho María –nieta- se juntó y desde el IPV Instituto Provincial de Vivienda consiguió un terreno y materiales de construcción para realizar la vivienda donde vive con su hija de tres años.

La demora en la conformación de la familia, postergando este ciclo vital a edades más avanzadas, especialmente en sectores medios y medios altos, es otro de los rasgos que señalan la paternidad a edades más avanzadas. Este aspecto tiene una clara connotación de acuerdo al grupo social. Mientras que en los sectores más pobres la paternidad / maternidad cada vez comienza a edades más tempranas con un fuerte incremento de embarazos adolescentes (aproximadamente el 30% de los partos en Salta son de madres menores de 19 años), en los sectores medios y altos, al tener un mayor acceso e información sobre métodos de anticoncepción, postergan este ciclo vital por cuestiones de estudio o laborales.

Respecto de la planificación familia, llama la atención en la voz de la abuela cuando le preguntamos ¿Quién toma la decisión de utilizar algún MAC? ¿Quién cree que toma esta decisión? Ella nos responde:

“Y la mujer porque es ella la que se va a cuidar que no? –bien, pero usted me dijo que si el hombre trabaja...- ha bueno es que si el la mantiene es distinto, porque está para eso para criar los hijos. Ahora si ella también trabaja claro que tiene que disidir porque además tiene que criar los hijos entonces es más difícil. Es que los tiempos ya no son los mismos”.

En este sentido las ninguna de las mujeres mayores de 50 (3) conoce la existencia de la ley, ni del programa nacional. Solo Felisa sabe –por su nieta- que en el centro de salud se realizan actividades al respecto.

3. Se sostiene en las adultas la idea de la familia asociada a la unión de pareja concebida como inquebrantable donde la dependencia económica y la imagen ante la sociedad pesan en contra de toda posibilidad de separación. En las más jóvenes aparece otras variables como es el acceso a la educación, el trabajo fuera del hogar y una apertura a la posibilidad de otros modelos de familia, en este caso monoparental de jefatura femenina.

“Yo le hablaba mucho a mi hija y lo mismo se embarazado y se ha juntado. Ahora anda separada. –Yeso lo ve mal- No está bien. Menos mal que no ha tenido mas hijos, porque ya no hubiese podido separarse y que trabaja , yo por eso le decía que se cuide que vaya el doctor... ella trabaja y estudia y va salir adelante” (María, madre 45 años)

“En mis tiempos uno tenía que aguantarse si algo no le gustaba porque el marido trabajaba, mi nieta no perdonó a su marido y esta separada y sola porque ella cría su hijita.. Antes no, encima con tantos chicos que nos íbamos a separar” (Felisa, 78 años)

En este sentido es necesario reflexionar acerca de los cambios que los últimos años se vienen produciendo en la familia Argentina. Los procesos sociales y económicos por los cuales atraviesa la Argentina desde hace más de una década, han producido significativas modificaciones en los sistemas de producción y empleo, donde tanto la precarización de las

condiciones de trabajo como la desocupación, han provocado procesos de pauperización en vastos sectores de la población.

Se puede inferir que la vulnerabilidad de las condiciones para la producción del ingreso en general, y la desocupación en particular, han afectado más al hombre, por su pérdida de su condición de asalariado, siendo la mujer la que se ha ido incorporando crecientemente al mercado laboral, a través fundamentalmente del acceso a trabajos en negro o por cuenta propia, sin beneficios sociales ni estabilidad.

Al respecto, María –madre- cuenta que hace pan y cose en su casa para contribuir al sustento del hogar, porque hay temporadas en las que su marido no trabaja –es peón temporario en fincas de Cerrillos-.

Este fenómeno también se relaciona con el aumento de la participación de la mujer en el mercado laboral, que tiene una explicación diferencial según el grupo social. En los sectores medios y altos se debe a una mayor escolarización y profesionalización del género femenino que conduce a una mayor incursión en el mercado de trabajo. En los sectores bajos se explica por los fenómenos de desocupación o de ingresos por debajo de la línea de pobreza que conducen a la mujer al mercado laboral.

Este cambio ha provocado en la mujer de estos sectores a una doble jornada (la productiva y la reproductiva), ya que si bien ella participa o es la fuente principal de generación de ingreso, no le es aliviada la carga doméstica. Desde una perspectiva de género puede constatar que son pocas aún las responsabilidades domésticas a cargo de los varones, aunque es una tendencia que se va modificando sobretodo en las familias más jóvenes y urbanas.

Respecto de la quién debe decidir sobre la planificación familia, María –nieta- nos cuenta:

“Es que me parece que debe ser así –que las mujeres puedan tener poder de decisión sobre la planificación familiar- porque las que terminan criando los hijos son las mujeres. No digo que los varones no. Pero por ejemplo en mi casa éramos 8 hermanos y yo las más grande y la única mujer. Mi mamá y yo siempre éramos las que estábamos. Mi papá estaba siempre en el campo, allá en Cerrillos. Además los chicos son re inmaduros. Mis hermanos no saben donde está parados, no saben hacerse nada y si así van a ser padres mmm...” (risa)

Sin embargo su abuela nos dice: *“No se si es tan así –por la decisión de las mujeres de las mujeres en la planificación familiar-. El hombre desde el momento que mantiene la casa es el que tiene la autoridad. Pero yo veo que piensan que eso es derecho a pegarle a la mujer o a los chicos. Yo he tenido suerte mi viejito fue fuera de lo común, muy bueno, pero enemigo de cosas raras como esto que hay ahora de pastillas. Estoy segura, yo no sabía, pero si el sabía estoy seguro que no me iba a dejar, el era muy religioso y decía que no hay que ir contra la naturaleza . Pero ahora la mujer trabaja y estudia. Si y por eso tiene poder para hacerse la cogotuda ante no había forma. Yo trabajaba haciendo pan o en el campo con él, pero ya le iba a levantar la voz”.*

Por otro lado, el nuevo protagonismo de la mujer en la esfera pública, impregnada de las demandas sociales y económicas, no consiguió alejarla de la posición subordinada en las relaciones de género al interior de la familia. La mujer de hoy necesita un día con más de 24 horas si tiene que dar cumplimiento a su “agenda”: madre, responsable del cuidado de los hijos y de la salud, responsable de las tareas del hogar, participa de la provisión de ingresos para la familia, organizadora de tareas de acción comunitaria (comedores, cooperadoras, grupos de cuidado para responder a nuevas situaciones de riesgo)

Otro proceso que se da actualmente, especialmente en sectores sociales bajos es un incremento de hogares con jefatura femenina, siendo en la provincia de Salta de aproximadamente un 25%. Esta situación confiere a la dinámica familiar una cotidianeidad particular, ya que muchos niños quedan solos a edades muy tempranas y asumiendo responsabilidades domésticas desde muy corta edad, especialmente las niñas.

4. Un tema no menor es la barrera comunicacional que surge entre los padres y los hijos a la hora de conversar y educar respecto de estos temas. Una causa de ello, puede estar

en el desconocimiento de los adultos sobre la ley, programa y actividades que cada institución de salud realiza en torno a ello. Así mismo, es en ese rango de edad en el que más se evidencia la preocupación por el embarazo adolescente. En cuanto a los más jóvenes, reivindican otros espacios para la educación en estos temas.

“El centro de Salud deberían informar bien a los padres”, porque “no se animan a hablar o no saben; mi papá es osco, no habla” (mujer, 17 años) . Marcan que sería importante poder hablar en la casa, pero “muchas veces los padres no se animan ha hablarle a los jóvenes, por vergüenza o por otro motivo, y tanto los jóvenes tienen vergüenza de preguntar a los padres”(mujer 19 años). “Con mis hermanos trato de hablar mucho porque desconocen todo y encima no quieren ir a la salita” (mujer 23 años).

“ y... creo que tienen que enseñar un poco más de esto en la escuela, porque en la casa de estas cosas no se ha mucho, y lo que uno aprende lo aprende en la calle, o con las amigas, y a veces eso no esta bien... viste, porque no se... algunas veces lo que te dicen las chicas mas grandes es para que te metas en líos nomás” (mujer, 16 años)

En la población adulta, aparece la falta de comunicación en estos temas con los hijos y el desconocimiento general sobre estos temas como las problemáticas que movilizan las demandas. *“Deberían enseñarle también a los padres para que puedan aconsejar a sus hijos. Porque que puede hablar uno o aconsejar a los chicos si muchos padre tampoco sabemos o no hablan, yo la veo a mi hija y es difícil”.* (mujer, 78 años)

Se privilegia como espacio de educación para los jóvenes sobre SSyR, la escuela. Sin embargo, se marca que el primer ámbito debería ser el hogar. *“Creo que la escuela es una buena opción porque hay muchos chicos que no tienen una educación, pero yo pienso que la educación tendría que venir desde la casa porque no podemos que pretender que solo el centro de salud y otras personas se encarguen de la educación de ellos” (mujer, 40 años)*

La preocupación generalizada entre los adultos, está puesta en los más jóvenes como población vulnerable, *“los padres deberían enseñarle, o la escuela. Deberían dar charlas en los barrios, porque mayormente a los chicos adolescentes no les interesa, andan en otra, pero sin darse cuenta ya están embarazadas o se hayan con alguna enfermedad”.* (mujer, 45 años)

En el Centro de Salud de Solidaridad, se realizan actividades en relación al Programa de Salud sexual y procreación responsable¹⁵ y se reparten anticonceptivos de manera sistemática, pero sigue siendo insuficiente la información que recibe la población. *“Esta carencia opera como obstáculo para lograr la concientización de la población y el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos”¹⁶.*

Las más jóvenes valoran la información que reciben: *“Nosotros tenemos charlas una o dos veces a la semana. Hay una doctora que es bien buena y nos enseña (...) nos pregunta en secreto, escribimos en un papelito dudas y ella nos va respondiendo. También hay videos, afiches de como prevenirnos. Y también se nos dan las pastillas o los preservativos”.*(mujer, 19 años)

Otro ámbito valorado como medio para informarse son los pares y la internet: *“la escuela, pero primero por mis amigas y el centro de salud (...) ahora hay muchas formas, como*

¹⁵ Para conocer las acciones educativas referidas a la salud sexual y reproductiva que se efectuaron desde el Centro de Salud, se realizaron entrevistas a diversos profesionales que se desempeñan en la institución. De ellas surgieron que las acciones realizadas por el Centro de Salud fueron las siguientes:

- Consejería
- Talleres de Capacitación en comunidad
- Charlas informativas en sala de espera del Centro de Salud
- Campaña de la Mujer (Día Internacional de la Mujer)

¹⁶ Shufer, Martellini, Moscovich (2006) Los pediatras y la ley de salud Reproductiva, en Petracci, Ramos La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia. (pag. 52)

en el ciber por Internet, y todos los chicos buscan por ahí esas cosas”. Sin embargo, resaltan que la mejor forma de adquirir conocimientos es por medio de profesionales que los puedan orientar, “es mejor si hay campañas de los profesionales, del centro de salud, del gobierno”. (mujer, 17 años)

En cuanto a las demandas los jóvenes se refuerzan como ámbitos de educación en SS y R, la escuela y el centro de salud. Sin embargo vinculado a la ausencia de varones en el centro de salud se pone más énfasis en la escuela: “Si se va hacer en las escuelas y los hospitales o en el centro de salud me parece muy bueno. Porque si solo se hace desde la salud uno no siempre va al médico, menos los varones. En cambio a la escuela vamos todos” (mujer, 20 años)

Las mujeres más jóvenes salvo en 2 casos, no conocen sobre la existencia de la ley y clasifican la información y las actividades en los centros de salud como educación sexual. Por ende se conforma en materia pendiente la divulgación de la ley y de la existencia del programa nacional.

En este sentido se acuerda que “los cuidados desde la juventud temprana son de gran importancia porque hacen posible una sexualidad más libre y sin riesgos, permiten tomar decisiones más eficaces e informadas en torno a la fecundidad, promueven el desarrollo de una vida saludable y contribuyen a que las mujeres experimenten de un modo positivo los diferentes estadios de su vida sexual y reproductiva”¹⁷.

5. Un comportamiento que atraviesa las entrevistas, es la negativa respecto del uso del preservativo en los varones y su identificación solo como método anticonceptivo. En este sentido, una apuesta pendiente aún, son las actividades de educación y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual.

“A mi cuesta hablar de estas cosas (se ríe) –usted habla con sus hijos de esto que estaba contándome- ...yo siempre les digo a los changos que no tan solo ellas tienen que aprender que cuando tengan sus relaciones sexuales tienen que cuidarse con pastillas pero también con condón. Porque no solo es por el embarazo sino por las enfermedades que se pueden agarrar. Ellos se enojan que yo que me pienso con quienes andan. El SIDA me asusta por eso les digo. Ahora que usted dice que hay una ley de salud para eso, me voy a quedar más tranquila. En la salita, les regalan en la salita pastillas anticonceptivas. A los hombres les dan condón y estos changos a veces no quieren usar. Cómo me hacen renegar...” (María, 45 años)

“No les importa nada creen que es hacer nomás, así sin nada y no se dan cuenta las consecuencias que les pueden traer después. Después lloran cuando se embarazan” (María, 23 años)

6. Por otro lado se puede inferir en las mujeres más jóvenes una actitud más positiva frente a los controles o consulta ginecológica.

“y fueron muchos, no estábamos cerca del hospital, así que uno trataba de cuidarse de hacer esfuerzo, de alimentarse bien y tratábamos de ir al pueblo una vez para que el médico nos viera. –usted con quien- con mi viejito, era mandón pero me acompañaba siempre. –y después se acercó al médico para controlarse?- no mi nieta me reta porque quiere que me haga el papanicolau y yo soy vieja ya que me voy a hacer esas cosas. No yo no voy a esos estudios, me da vergüenza y como no siento nada raro y no tengo marido estoy tranquila” (Felisa 78 años).

Recién con los 3 últimos embarazos fui a los médicos para el control de los meses, porque estábamos en la ciudad, los anteriores en el campo en la casa muchas veces. Desde que tuve el último hace 8 años que no voy, pero me siento bien” (María, 45 años)

“Supe de los métodos anticonceptivos porque siempre estoy yendo a la salita y en la escuela nos enseñaron.... me hago todos los controles... me cuesta llevar a mi mamá y con mi abuela perdí las esperanzas” (María 23 años)

¹⁷ Ponce, Marisa (2007) Cultura y generación: cambios en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, en Margulis- Urresti- Lewin Familia, habitat y sexualidad en Bs. As. Biblos (203)

La necesidad de consulta ginecológica aparece más asociada a la situación de embarazo y a la enfermedad, que al control y a la prevención.

PALABRAS FINALES

La entrevista a estas mujeres nos permiten analizar percepciones, actitudes, comportamientos propios y de los varones.

Los cambios entre las generaciones se encuentran relacionados a las transformaciones sociales y familiares de las últimas décadas en la Argentina. Así también la ley se edifica como un indicador en la modificación de actitudes de las mujeres más jóvenes frente a su salud sexual y reproductiva.

Tanto el acceso a la educación, con mayores índices de mujeres que permanecen e ingresan al nivel secundario y terciario, como factores de índole laboral que producen una mayor inserción del sector femenino al mundo del trabajo, todo ello combinado con un creciente acceso a información sobre salud reproductiva, conduce a cambios significativos en las dinámicas familiares y en la creciente multiplicidad de formas de convivencia. Toda esta diversidad de factores también son tomados en cuenta para explicar, por ejemplo, el aumento en los índices de divorcio en la Argentina de las últimas décadas (E. Jelin, 1999).

Después de largos debates en materia de salud sexual y reproductiva, sigue siendo objeto de reflexión y discusión algunos aspectos como por ejemplo, quien o quienes son los responsables de la educación sexual, la escuela, la familia, el sistema de salud. En este sentido los nuevos documentos producidos en torno a la legislación educativa tampoco han dado luces sobre cuándo y cómo debe iniciarse dicha educación sexual.

Nos parece necesario continuar indagando acerca de la situación actual en que se encuentra el ejercicio de los derechos reproductivos, para tender a la promoción de la salud sexual y facilitar la accesibilidad tanto a la educación como a la utilización de métodos anticonceptivos y al cuidado de la salud reproductiva en general.

Sin embargo, es necesario no perder de vista que aun con los progresos y logros obtenidos en políticas de Salud Sexual y Reproductiva, los conflictos y oposiciones ideológicas, religiosas y morales que despierta esta temática, continúa poniendo un freno, por ejemplo, a la materialización de una “ley de educación sexual”.

BIBLIOGRAFÍA

Cerruti Basso. Sexualidad humana; aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. OPS. 1992. Uruguay

Corin, E. (1996) matriz social y cultural de la salud y la enfermedad, en Evans, Barer y Marmor, ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid.

De Riso, Silvia (2001) – “Familia y crisis en el fin de siglo: permanencia y cambio” en *La familia en los albores del nuevo milenio*, Editorial Espacio, Buenos Aires.

Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos. Dirección Nacional Materno Infantil .Ministerio de Salud de la Nación. Octubre 2002

Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos. Dirección Nacional Materno Infantil .Ministerio de Salud de la Nación. Octubre 2002.

JELIN E. (1999) “Notas para el debate; de qué hablamos cuando hablamos de familia” en *La inclusión del niño y la familia en las relaciones sociales e institucionales desde la perspectiva de sus derechos*.

La contribución de las ONG a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos en América Latina. New York y Washington. 1998

Margulis, M (2003) Juventud Cultura y sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Bs. As.

Petracci, Mónica, 2006 Salud, derechos y opinión pública. Editorial Norma.

Ponce, Marisa (2007) Cultura y generación: cambios en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, en Margulis- Urresti- Lewin Familia, habitat y sexualidad en Bs. As. Biblos

Schuler, Martellini, Moscovich “Los pediatras y la ley de salud reproductiva”, en Petraci, Mónica, La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia. CEDES. 2006

Torrado, S. Procreación en la Argentina: hechos e Ideas. La Flor. 1993.

Zamberlin Nina “*De salud materno infantil a salud reproductiva*”. *Una nueva perspectiva en un contexto de cambio*” en Enfoque Integral del Desarrollo en la Infancia, CLACYD, Córdoba, 2003.