

**COMPLEJIDAD POLÍTICA DE LA COMUNICACIÓN
DE POLÍTICAS PÚBLICAS. PROGRAMA SALUD SEXUAL
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE, ARGENTINA**
*COMPLEXITY POLITICS OF THE COMMUNICATION OF
PUBLIC POLICY. SEXUAL HEALTH PROGRAM AND RESPON-
SIBLE PROCREATION, ARGENTINA*

Ianina Lois¹
Mónica Petracci²

RESUMEN: El objetivo es aportar a la reflexión de la dimensión comunicacional de las políticas públicas de salud sexual, reproductiva y (no) reproductiva impulsadas desde el sector público, específicamente desde el Ministerio de Salud Nacional de Argentina. Las nociones y perspectivas a partir de las cuales construimos esta problemática anclan, por un lado, en el proceso de conformación del Estado moderno y la formulación de políticas públicas de salud de las mujeres, y por otro, en el debate sobre la dimensión comunicacional de las políticas públicas y la concepción de género en diferentes etapas institucionales de un programa. Se realizó un estudio cualitativo en base a datos primarios y secundarios. En este artículo se presenta el análisis de las entrevistas semiestructuradas a tomadores de decisión.

Palabras Clave: Salud; Comunicación; Políticas Públicas; Género.

¹ Magister en Sociedad, Políticas y Género; Doctoranda en Sociología por Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín – IDAES-UNSAM; Profesora Adjunta Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires – FCS-UBA, Buenos Aires, D.F., Argentina. E-mail: ianilois@gmail.com

² Doctora en Ciencias Sociales; Investigadora Instituto Gino Germani; Investigadora externa Centro de Estudios de Estado y Sociedad – CEDES; Profesora Regular Titular Carrera Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires – FCS-UBA, Buenos Aires, D.F., Argentina. E-mail: petracci@retina.ar

ABSTRACT: *The aim is to contribute to the reflection of communication strategies about reproductive and (non) reproductive sexual health driven from public sphere, specifically in a temporal framework that comes from 2005 to 2010 from the Argentinean National Health Ministry. The notions and perspectives from which we built this problematic anchor are the process of Modern State's conformation and women health public policies's formulation, and on the other hand, gender and the debate on communicational subject-matter to approach women health on Public Policies. A qualitative research with semistructured interviews to decision makers was carried out.*

Keywords: *Health; Communication; Public Policies; Gender.*

1 INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es aportar a la reflexión de las estrategias de comunicación sobre salud sexual, reproductiva y (no) reproductiva impulsadas desde el sector público, específicamente desde el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud Nacional de Argentina, en un marco temporal comprendido entre los años 2005-2010.³ Durante ese período, el programa mencionado tuvo cambios en cuanto a su dependencia institucional: deja de depender de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, de quien dependía en la estructura ministerial desde su creación en 2003, y adquiere una relativa autonomía administrativa y financiera. Esta situación nos permitió explorar las acciones comunicacionales del Programa destinadas a las mujeres, en dos marcos institucionales de un mismo organismo gubernamental. Si bien el Programa, desde su creación, fue guiado por las perspectivas de género y derechos, el énfasis de dichas acciones comunicacionales dio pasos hacia la consideración de las mujeres no exclusivamente en su rol de madres o futuras madres.

Las acciones de comunicación realizadas en el marco de políticas públicas de salud, por un lado, y la reproducción, la sexualidad y la

³ La investigación cuyo análisis se presenta en este artículo corresponde a la realizada por Ianina Lois para su Tesis de Maestría en Sociedad, Políticas y Género de FLACSO dirigida por Mónica Petracci.

maternidad, por otro, son problemáticas que refieren a procesos sociales complejos donde convergen tópicos diversos que han sido abordados desde distintas disciplinas de las ciencias sociales. En este sentido, en este artículo se abreviará en diferentes vertientes teóricas, intentando un abordaje crítico a partir del concepto de género como eje articulador.

La decisión de colocar al enfoque de género como articulador de los otros aportes teóricos seleccionados, se fundamenta en que a la hora de analizar las interrelaciones existentes entre salud sexual, reproductiva y (no) reproductiva con las estrategias de comunicación en sus distintas dimensiones, esta perspectiva permite poner en contraste las formas en que las características biológicas de cada sexo interactúan conflictivamente con las construcciones sociales de la femineidad. Específicamente, el enfoque aporta indicios para analizar críticamente si en los acciones de comunicación dirigidas a mujeres, junto los argumentos científicos sobre las prácticas relacionadas con la reproducción y la maternidad, se “filtran” discursos cuyo fin es aportar al control social a través de la aparente indisociabilidad del rol de mujer = madre que refuerzan construcciones históricamente establecidas y sedimentadas. Construcciones que no ponen el acento en la información para la garantía del derecho a la salud integral, a una sexualidad plena y a una maternidad informada y decidida.

Las nociones y perspectivas a partir de las cuales construimos esta problemática anclan en el proceso de conformación del Estado moderno y la formulación de las políticas públicas de salud de las mujeres a partir del cruce género y salud, y en el debate sobre el diseño de estrategias comunicacionales de políticas públicas que se da en el campo de la comunicación y la salud. El ámbito contextual, como se dijo, es el Programa de Salud sexual y Procreación Responsable del Ministerio mencionado.

2 ESTADO Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DE LAS MUJERES

En el proceso de conformación y consolidación del Estado moderno, médicos, políticos y pensadores confrontaron para produ-

cir nuevos marcos interpretativos –reglas y normas en relación a la maternidad, la sexualidad y la reproducción–, a la vez que contribuyeron en la consolidación de sistemas generales de racionalidad y la creación de formas de poder e instituciones para encarnarlos: la lógica biomédica y la primacía de la institución médica en la significación y normatización del cuerpo, el placer y la reproducción.

Si bien la emergencia del poder biomédico y el Estado moderno afectaron la antigua hegemonía religiosa cristiana, dicho marco no fue eliminado ni se tornó residual (Bonan, 2003; Szasz, 2003). Los fundadores del debate político moderno sobre la sexualidad y la reproducción no entraron en competencia antagónica con las fuerzas religiosas tradicionales, ni excluyeron totalmente su racionalidad y técnicas de poder (Araujo, Guzmán y Mauro, 2000). De esta forma, un elemento fundamental de la tradición judeocristiana, como es el poder familiar y jerárquico, fue desincorporado del ‘orden divino’ para ser reincorporado a un ‘orden natural’; y así ese principio de la autoridad se renovó en el despliegue de nuevas racionalidades.

La historia de las políticas de regulación de la sexualidad, la reproducción y la maternidad en la Argentina puede leerse en el marco del concepto definido por diversos autores como “gobierno de los cuerpos” (Foucault, 2002; Fassin y Memmi, 2004; Lavigne, 2011). A fines del siglo XIX aparecen en los ámbitos legislativos discusiones en torno a la mortalidad materno-infantil y a la necesidad de generar leyes e instituciones para proteger a las madres y sus hijos (Biernat y Ramacciotti, 2008). Estas iniciativas pueden ser consideradas como parte de una política cuyo propósito incluye el reordenamiento social y la vigilancia y moralización de la sociedad, a la vez que intentan mejorar las condiciones de vida de los sectores populares (Suriano, 2000). Precisamente la noción de gubernamentalidad aportada por Foucault (1977) hace referencia a que la regulación de las poblaciones realizada a través de distintas estrategias de saber/poder orientadas al estudio y control de sus procesos específicos –como la reproducción, la sexualidad, la salud y la mortalidad– hicieron del rol materno y la familia nuclear un instrumento cuya normalización se presentó como funcional al capitalismo (Del Río Fortuna, 2007). En este marco, la

regulación de la sexualidad y reproducción femeninas hicieron de los cuerpos de las mujeres un objeto clave para el control de la población.

3 EL CRUCE DE LOS CONCEPTOS DE SALUD Y GÉNERO

La salud, entendida de manera integral, es un derecho que tienen todas las personas, considera a los sujetos.as como ciudadanos, y promueve la idea de igualdad. La inclusión de la perspectiva de género, como categoría analítica, facilita la construcción de indicadores significativos de situaciones de inequidad en la atención de la salud, a la vez que se encuentra en íntima relación con otras desigualdades derivadas de la edad, la clase, la etnia, el ciclo vital o la orientación sexual, entre otras, que se hacen visibles en cuestiones vinculadas a la atención y el cuidado (Gómez Gómez, 2002; Faur, 2002). El modelo de atención sanitaria está centrado en la salud reproductiva de las mujeres, consideradas como agentes exclusivos de la reproducción. Desde el momento de su configuración, los campos médicos ocupados de la salud materna, sexual y reproductiva, y las correlativas políticas y programas estuvieron signados por patrones asistencialistas y tutelares, que conciben a la mujer como sujeto vulnerable cuya capacidad de autonomía es puesta en cuestión (Lois, 2012b).

La categoría “género”, que desde las primeras formulaciones se ha mantenido en un estado de permanente construcción y deconstrucción, ha permitido y permite comprender las lógicas culturales y sociales que operan e influyen en la configuración de esas concepciones de las mujeres y su papel reproductivo. Las teorizaciones de los años 70 y 80 establecieron una clara diferencia entre sexo en tanto dato biológico, y género como el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, que las culturas asignan diferenciadamente a las personas en función de su sexo. Bonder (1998) sostiene que los cuestionamientos posteriores a estas concepciones se fundan en las siguientes críticas: a) el carácter binario y determinista tanto en clave biológica como cultural; b) la dicotomía varón/mujer, masculino/femenino, que no da cuenta

de la complejidad y la diversidad humana, excluyendo a grupos y personas como la población trans e intersexual; c) el sustancialismo al construir a la mujer e incluso al género femenino, como una categoría única, y muchas veces deshistorizada; d) la concepción “victimista” de la mujer que se desprende de los primeros análisis de la opresión y subordinación en donde no hubo lugar para la transformación y capacidad de agenciamiento; e) la idea de que exista un sujeto o identidad personal anterior al género. Finalmente, ya sea a través de las formulaciones iniciales del concepto o de la deconstrucción posterior, la categoría de género visibilizó dispositivos de poder que justifican desigualdades sociales.

En el caso de las políticas de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, a nuestro entender, fue el enfoque de género el que guió las acciones políticas que desembocaron en la sanción de la ley 25673 que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y fortaleció su autonomía.

4 LAS MUJERES EN LA DIMENSIÓN COMUNICACIONAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Desde los niveles centrales de gobierno, donde se definen las políticas y estrategias generales en materia de salud pública, se implementan periódicamente acciones de comunicación dirigidas a mejorar la salud de las mujeres. En el proceso de elaboración e implementación de estas políticas comunicacionales desde un ámbito central, como el Ministerio de Salud Nacional de Argentina, se ponen en juego diferentes modelos de mujer y de su rol social y familiar en relación con las prácticas de salud sexual y reproductiva.

La configuración de un modelo de comunicación en una institución o área de salud gubernamental implica una forma de concebir las relaciones entre la política pública y las poblaciones a quienes se dirigen, como así también una forma de comprender el tipo de características que rigen esos intercambios. Asimismo, esos modelos refieren implícita o explícitamente a marcos interpretativos sobre las

prácticas de los diferentes grupos sociales en relación a su salud, y específicamente a su vida sexual y reproductiva.

Sobre la relación entre comunicación y salud, es posible afirmar que es un campo que se ha ido desarrollando y enriqueciendo en los últimos años. Según Petracci y Waisbord (2011, p.11): “Esto se debe a la conjunción de varios factores. La confluencia de académicos formados en las ciencias sociales, humanidades y ciencias médicas alrededor de temas comunes produjo una variedad de enfoques interdisciplinarios y preguntas con clara raigambre en diferentes marcos teóricos. La creciente consideración de la dimensión comunicacional en programas de salud oficiales, sumada a las intervenciones de fundaciones, organizaciones no gubernamentales, agencias internacionales, y empresas privadas, resultó en la acumulación de un número apreciable de experiencias que muestran usos de la comunicación en una gama de prioridades de salud pública. Asimismo es notable el mayor interés del periodismo en temas de salud, expresado en la creación de secciones especiales y publicaciones especializadas. La salud es una cuestión que frecuentemente aparece como preocupación mediática y pública. Esa combinación de factores produjo trabajos y experiencias que certifican no solamente crecimiento y maduración, sino también riqueza analítica, teórica, y programática”.

Uranga, Femia y Díaz (2002) analizan tres situaciones de comunicación para la salud que consideran que agrupan las prácticas dominantes en comunicación para la salud en América Latina: la relación médico-paciente en los servicios de salud, las campañas de educación para la salud y el periodismo científico. Por otra parte, algunos/as autores/as han problematizado la definición y estatuto de la comunicación en el campo de la salud, dando cuenta de la complejidad de usos del concepto que van desde comprenderla como un instrumento a concebirla como hecho cultural y producción social de sentidos, y las consecuencias de estas definiciones en las prácticas (Lois y Maier, 2012).

Diversos estudios recientes coinciden en postular la distinción entre dos modelos básicos y antagónicos; distinción fundada en uno de los términos de la relación comunicación-salud y es la que está marcada por el primero de los componentes. A grandes rasgos se ob-

serva una construcción dicotómica, donde en uno de los extremos se ubicaría el denominado modelo tradicional de comunicación, centrado en el uso y manejo de técnicas y medios de comunicación, y en el otro el modelo relacional que da cuenta de los procesos de producción social de sentido. Algunos autores/as (Beltrán 1995, 2010; Prieto Castillo 2000; Díaz y Uranga 2010; Cuberli 2008, 2009; Natansohn 2008; Regis 2007; Lois, 2012) se apoyan en una mirada crítica a este primer modelo, y argumentan que esta perspectiva se apoya en un esquema de estímulo-respuesta que otorga gran preminencia a la función de los medios masivos de comunicación, concebidos como espacios neutrales en la construcción de sentidos y cuyo fin primordial es informar.

Jaramillo López (2008) plantea en Modelos de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado que el campo de acción de la comunicación en la política pública y sanitaria interviene en tres dimensiones interconectadas: 1. la dimensión de la política donde se negocian los contenidos, los recursos y el sentido general de cualquier iniciativa en materia de política sanitaria en la que los comunicadores abogan para que las autoridades sanitarias y decisores de diferentes niveles y sectores conozcan iniciativas, las apoyen y contribuyan a su buen resultado, legitimándolas y convocando a otros para que participen en ella; 2. la dimensión organizativa donde los comunicadores aportan a la construcción de espacios formativos, de encuentro y concertación, ya sea con otras áreas del mismo Ministerio o del Estado, o actores sociales estratégicos (formadores de opinión, universidades, gremios, sindicatos, organizaciones no gubernamentales y sociales o de base comunitaria, etc.) para activar redes de mediación y de concertación; y 3. la dimensión sociocultural donde se ubican las acciones comunicativas que interpelan a la sociedad en general o a sus grupos específicos con el fin de comunicar la acción de gobierno, instalar y construir socialmente un tema o un nuevo enfoque sobre un tema, colaborar en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y comprometer a actores sociales en una iniciativa de cambio. De esta forma y sin dejar de lado el aspecto informativo, se reconoce que las competencias de una función de comunicación en una estructura gubernamental

comienzan a ampliar su alcance y adquiere un carácter estratégico al incluir la perspectiva pedagógica y política.

Bruno *et al* (2011) sostienen al respecto que aparece una mirada comunicacional más allá de lo instrumental (el folleto, el afiche o la gacetilla), más sensible a la trama cultural en la que están inmersos los actores internos y externos, y más política (consciente de los contextos políticos e institucionales que pueden dar marco a los procesos de cambio). En otras palabras: “[...] *la comunicación no es solamente asunto de comunicadores, y comunicar no es solamente imaginar eslóganes ingeniosos, formatos novedosos o lenguajes sorprendentes. También es hacer política entendida como animación de redes y procesos organizativos que hagan posibles objetivos de cambio propuestos de manera concertada*” (Bruno *et al*, 2011, p.8)

En este trabajo nos proponemos complejizar el abordaje de las prácticas sociales de salud-enfermedad-atención-cuidado desde una mirada que comprenda las desigualdades en el acceso a los recursos (de distinto tipo) y los procesos de significación e intercambio de sentidos (Lois y Maier, 2012). Es decir, complejizar la multiplicidad de dimensiones desde donde acercarnos al campo de comunicación y salud, advirtiendo que es un espacio que se ha ido nutriendo de teorías, metodologías, políticas, prácticas, tecnologías, actores, instituciones, agendas, relaciones de poder y disputa de sentidos, en un marco de escenarios sociales complejos, y reconociendo las mediaciones tanto materiales como simbólicas que entran los procesos de comunicación en salud.

Con relación a las políticas de comunicación en salud dirigidas a las mujeres, más allá de ciertos desarrollos teóricos y algunas investigaciones empíricas relevadas, es escasa la producción sobre esta temática. Es de mencionar un estudio realizado por el Ministerio de Salud de la Nación sobre los conocimientos y las percepciones de las mujeres relativas al cáncer de cuello de útero y realización de Papanicolau (2011). Allí se abordan cuestiones relacionadas con el acceso a la información y la comunicación entre las mismas mujeres y con los/as integrantes del equipo de salud. En esta investigación surge que obtener información a través de los referentes del sistema de salud no resulta una posibilidad real para las mujeres, sobre todo

por el contexto de sobrecarga de trabajo en el que operan los servicios públicos donde habitualmente no se generan espacios en los que las mujeres sientan que pueden plantear preguntas o dudas con comodidad (Zamberlin, 2011).

5 EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

En la Argentina, a partir de la recuperación de la democracia en 1983, la salud sexual y reproductiva fue ocupando un lugar en el espacio social de los derechos humanos, las políticas y el debate públicos (Petracci, 2004).

En noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley por el cual se creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable. El proceso de aprobación fue dificultoso debido a la fuerte presión de la Iglesia Católica y del Poder Ejecutivo, que intentó alinear al bloque oficialista en contra de esa iniciativa. A pesar de ello se logró la media sanción de la ley como efecto de la movilización y de la fuerte presión social del movimiento de mujeres, el compromiso de legisladores –fundamentalmente mujeres–, algunos sectores de la comunidad médica, las tomas de posición por parte de los líderes de opinión y de diversas organizaciones sociales, incluidos representantes de la Iglesia Católica y otros cultos y un clima de opinión favorable a los objetivos del Programa. Uno de esos objetivos era “asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente” (artículo 1). Además de establecer la gratuidad de la provisión de métodos anticonceptivos para la población sin cobertura de salud, el proyecto de ley establecía que todos los servicios de salud del sistema público y de la seguridad social brindarían, a demanda de los usuarios, información y asesoramiento acerca de métodos anticonceptivos, prevención de cáncer génito-mamario y de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, y que suministrarían métodos anticonceptivos de carácter reversible y transitorio.

Los datos provenientes de un estudio realizado en 1994 que

recababa las opiniones de mujeres residentes en la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires indicaban que ese sector de la opinión pública estaba de acuerdo con el contenido propuesto en las medidas mencionadas. La mayoría consideraba que la anticoncepción debe ser decidida y compartida por la pareja; estaba de acuerdo con que el sistema de salud imparta información y provea métodos anticonceptivos y también consideraba que las opiniones de las mujeres sobre anticoncepción deben gozar de mayor consideración habida cuenta de experiencias que, como el parto o la crianza de los hijos, son atravesadas solo o principalmente por las mujeres.

Si bien esa iniciativa legislativa perdió estado parlamentario a fines de 1997 dado que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento en los plazos previstos, el 18 de abril de 2001, finalmente, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a la ley que crearía el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. El 30 de octubre de 2002, luego de reiterados aplazamientos y de un intenso debate, el proyecto fue aprobado por la Cámara de Senadores y fue sancionada la Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Fue una ley conquistada por los movimientos de mujeres, en el marco de las reivindicaciones por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Al año siguiente, esta ley es reglamentada por el decreto 1282/03.

Al momento de su creación se establecen como objetivos: Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que varones y mujeres puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; Disminuir la morbimortalidad materno–infantil; Prevenir los embarazos no deseados; Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias; Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; Potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva.

La implementación de estas políticas sanitarias implicó un muy lento proceso de avance y consolidación. En una reciente publicación del Programa se afirma que “[...] la escasa tradición en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva; la diversidad económica, étnica, cultural y política de las distintas jurisdicciones; la complejidad de la coordinación entre los distintos niveles de gobierno fueron algunos de los factores que incidieron en las dificultades y avances en la implementación de la política nacional para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos” (PNSSyPR, 2010, p.33). En esta publicación, donde se presenta un balance de los siete primeros años del Programa, se reconocen tres momentos que evidencian el proceso institucional atravesado: el inicio (2003 a 2006), la institucionalización (2006 a 2010) y la consolidación (2010 en adelante).

En dicha publicación se detalla que en el primer momento, el Programa estuvo bajo la órbita de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, sin contar con autonomía presupuestaria ni administrativa, situación de dependencia que dejó una fuerte impronta en la cultura institucional de las áreas que trabajan sobre salud de la mujer y aún se percibe cierta tensión en relación a la disputa sobre la conveniencia o no de la independencia del programa en relación a la dirección. El segundo momento, denominado la etapa de transición, se caracteriza por el logro de la autonomía relativa en lo financiero y administrativo. Este cambio da inicio a un nuevo perfil institucional. Ya a partir de 2010, se reconoce una nueva etapa donde se impulsan políticas dirigidas a las mujeres no centradas exclusivamente en su rol de madres o futuras madres. La búsqueda de un nuevo enfoque conceptual y de gestión, explica el documento, se realizó no sin constantes conflictos y disputas hacia el interior del mismo ministerio.

Actualmente la Dirección y el Programa dependen de la Subsecretaría de Salud comunitaria, a su vez bajo la órbita de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios.

Entre el inicio y la consolidación del Programa, con las dificultades propias de cada etapa, las estrategias comunicacionales atravesaron un pasaje asociado a los cambios institucionales que favorecieron, cada vez más y en el marco de otras aperturas en el

campo de los derechos sexuales y reproductivos, la formulación e implementación de estrategias comunicacionales centradas en las perspectivas de género y derechos.

6 METODOLOGÍA

De acuerdo al marco teórico comunicacional y de género, y al objetivo general adoptados, optamos por una metodología cualitativa. La elección se debió a que la misma posibilita la profundización en la comprensión de los procesos mediante los cuales se construyen los significados y las realidades sociales (Cuesta Cambra y otros, 2008). A través de técnicas cualitativas como la observación participante (Marradi, Archenti y Piovani, 2007) en diferentes instancias institucionales, las entrevistas semiestructuradas (Valles, 1997) con guía de pautas, y el relevamiento documental hemos explorado las estrategias y las acciones de comunicación sobre temas de salud materna, sexual y reproductiva en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación 2005 y 2010.

Las entrevistas –sobre cuya información relevada versará este artículo– fueron aplicadas a referentes institucionales e integrantes de equipos técnicos de la Subsecretaría de Salud Comunitaria y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud Nacional; y a los responsables de las tareas de comunicación social de las mismas áreas.

Para la definición del tamaño final de la muestra y las estrategias de muestreo, se tuvieron en cuenta los criterios de relevancia, propósito teórico y saturación teórica (Glasser y Strauss, 1967).

En cuanto al análisis de los datos –de acuerdo a Kornblit (2004), quien sigue las formas de uso de los datos cualitativos de Demazière y Dubar (1997)– se emplearán los modos ilustrativo para ampliar una conclusión o una descripción, y analítico para identificar cada entrevista en base a categorías para luego compararlas con el resto. En ambos casos, y siguiendo a Kornblit (2004, p.10): “[...] se trata de un trabajo intensivo más que extensivo, con lo que se pierde la posibilidad de generalizar. Sin embargo, ello no implica dejar de lado la aspiración a llegar a un nivel de abstracción mayor que el de aquello

que se describe. Al establecer la significación que determinados contenidos o determinadas prácticas tienen para los actores, se muestra simultáneamente algo sobre la sociedad a la que ellos pertenecen, y es posible que eso pueda extenderse a contextos más amplios”.

6 COMUNICAR SOBRE MUJERES, SALUD Y SEXUALIDAD DESDE UNA ENTIDAD GUBERNAMENTAL

¿Qué lugar ocupa la dimensión comunicacional en los distintos niveles de toma de decisión gubernamentales de políticas y planes dirigidos a las mujeres de esta sociedad? ¿Cómo y desde qué perspectiva se elaboran los contenidos? ¿Cómo se piensa a las destinatarias?

Como pregunta inicial se optó por una formulación general sobre la definición de la comunicación y su relación con los temas de salud. Lejos de una definición única, las respuestas ofrecen diferencias conforme el eje esté puesto en la noción de comunicación o en la de medios de comunicación, y matices conforme el eje esté puesto en dimensiones del proceso comunicacional en una institución pública. De esas diferencias y matices se desprenden las siguientes definiciones de comunicación y salud de los entrevistados.as:

Los medios de comunicación como formadores de opiniones y representaciones sobre temas de salud, enfermedades y prácticas en relación a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad;

La comunicación como herramienta o estrategia de intervención desde el nivel central (el Ministerio de Salud Nacional), concebida como transferencia de indicaciones, normativas y protocolos a niveles provinciales, hospitalarios y municipales;

La comunicación como información de cara al acceso a derechos y como práctica que garantiza el cumplimiento y ejercicio de esos derechos

Comunicación hace referencia a la cuestión de la información, información es un recurso para acceder a derechos, la información tiene que ver con que las personas tengan más herramientas para resguardar su vida (E.)

La comunicación como herramienta clave para construir demanda social. La población debe conocer aquello que puede pedir y exigir en materia de atención de su salud para que las políticas públicas funcionen y los responsables políticos y asistenciales respondan y la función de las acciones de comunicación es informarlo;

La influencia de las tecnologías de la información y la forma en que afectan la relación médico paciente, disminuyendo el poder del médico al tener el paciente la posibilidad de acceder a información (no siempre *de buena calidad*);

La comunicación como generadora de climas de trabajo en las instituciones, de *mística*. Esta consideración está asociada a la noción que afirma que la comunicación no trata solamente de informar sino también, o sobre todo, de sensibilizar sobre ciertos temas a la población y a los equipos de salud;

La comunicación interinstitucional como relación entre instituciones. Aquí se reconoce la dimensión política de la comunicación y se ponen en relieve las dificultades para llegar a acuerdos y alcanzar consensos. En este caso la comunicación es el espacio de la negociación y la confrontación, donde a través de la palabra se marcan posiciones y se alcanzan o no acuerdos;

La comunicación en relación a la cultura, definición con menos señalamientos que las anteriores que puede sintetizarse en la respuesta

La comunicación tiene que ver en la conformación de la cultura, en la manera en que llega y se usa la información que circula” (F).

A la gama de definiciones previas se suman las coincidencias sobre la necesidad de incorporar lo comunicacional en las estrategias centrales de los planes de las direcciones y programas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, el consenso sobre la necesidad de la comunicación no se traduce en una riqueza de alternativas a la hora de contar lo realizado. Sólo se mencionan materiales gráficos (afiches, folletos, sticker).

A nuestro entender, la aceptación de lo comunicacional y la tupida representación de la comunicación y la salud de los/as toma-

dores de decisión se traduce en una rala manifestación de alternativas como consecuencia de dificultades burocrático institucionales y políticas que no contribuyen para que sea posible dar el paso necesario que saque a la comunicación de la instrumentalidad y permita entenderla como parte integrante de la política. Las autoras de este trabajo no consideran que esas dificultades sean fáciles de sortear, se trata de tensiones institucionales y políticas con las cuales se convive en las instituciones. Pero sí entienden que la disposición a incorporar la dimensión comunicacional de una política pública en el campo de la salud, en este caso de salud y derechos sexuales y reproductivos, no se ha amalgamado con la disposición a comprender lo político comunicacional donde se inserta una estrategia puntual.

En ese sentido, los.as entrevistados explicitan dificultades de distinta índole para llevar a cabo las estrategias de comunicación planificadas: desde la lentitud de los procedimientos administrativos, la falta de claridad sobre los procesos y los tiempos, y las dificultades para evaluar y obtener evidencia sobre la efectividad de lo realizado, hasta el peso de las lógicas de los medios de comunicación masivos en la construcción de las noticias, y la influencia de las relaciones de distinto tipo entre gobiernos y medios en las que las políticas de salud quedan inmersas.

Una idea recurrente es que el objetivo de las acciones de comunicación es la de la “llegada”

Llegar a la población con la información adecuada (M.)

[...] Lo que buscamos es llegar, que la información llegue a todos lados, que se conozca (C.)

En una entrevista, una coordinadora de programa sostuvo que el objetivo de las estrategias de comunicación que realizan es *poder llegar a la población con información de salud validada científicamente para que entiendan que esas son las mejores conductas para su salud (N.)*

Es de destacar el uso del verbo “llegar”, dado que da cuenta de una distancia, una lejanía, una separación entre dos puntos de un espacio; la población es figurada como un ente abstracto, que está

lejos, allá, afuera, y debe ser alcanzada. El objetivo es llegar –no se hace referencia a una vuelta o regreso–, entregar la información, colocarla y allí termina el recorrido. Al ser este verbo el que utilizan varios de los entrevistados.as, resulta revelador en ese sentido, se trata de *llegar*, aunque en la enunciación no resulte muy claro a dónde ni a quién, es clara la configuración de un vínculo unidireccional, que va de un lado al otro pero que no tiene retorno.

De la mano de este “llegar a la población” puede señalarse la repetición de la frase “llamar la atención de la gente”. En varias entrevistas aparece la idea de que con el folleto y el afiche no se está logrando “llamar la atención de la población” y que tienen que buscar alternativas más novedosas para hacerlo. Interesa resaltar en este punto, que más allá del medio específico, lo que se observa es que la construcción de la relación con aquel otro-destinatario de la política pública, quien debe modificar sus prácticas, es similar al ejemplo anterior. Es decir, en esta lógica, las políticas de promoción de la salud sexual y reproductiva fracasarían porque no logran llamar la atención de la población, que es imaginada como poco informada o hasta ignorante de estos temas.

En algunos casos, se reconoce el aporte de la comunicación ante la necesidad de sensibilizar a la población o a los equipos de salud sobre alguna temática. Acá se entiende que solamente transmitiendo información no es suficiente para lograr cambios en las prácticas y que es necesario generar ciertos climas socioculturales que hagan posible esa predisposición al cambio

La comunicación tiene que estar dirigida a informar y a sensibilizar a la vez, tiene que generar algún impacto, algún cambio de conducta, tiene que incentivar ese cambio. Tratamos de comunicar no solamente el aspecto técnico, sino de sensibilizar a la gente y a los profesionales y explicarles en el motivo e importancia de estas estrategias, que recuperen esa mística, que le den valor a su trabajo (C.)

A partir de una lectura general y conjunta de las entrevistas puede inferirse que se considera que la función de la comunicación

dentro de una política de salud sexual y reproductiva es que la población conozca que existe una política, que existe una cierta prestación médica, un servicio y un derecho y que puede solicitarlo, exigirlo y reclamarlo. Entramada con la concepción anterior, en las entrevistas se manifiesta que para el logro de un mayor acceso a la salud –y también para la obtención de mejores resultados sanitarios– básicamente hay que modificar prácticas personales-individuales e institucionales-grupales de los equipos de salud, junto con ciertas lógicas de la política de salud de las provincias; entonces el reclamo y la exigencia de alcanzar los objetivos es a través de una alianza con la población, que debería exigirle ciertas prestaciones a los niveles provinciales, responsables de la salud en sus territorios. Sin embargo, por otro lado, en esta construcción puede verse colocado un exceso en la población quien debe “empoderarse” para reclamar sus derechos, y es la responsable en última instancia de que sus derechos sean garantizados,

Esperamos que con la información la población pueda solicitar y demandar el tipo de atención que consideramos adecuado, nosotros desde el ministerio podemos planificar muchas cosas pero si la gente no se entera no se lo van a dar, si el que lo tienen que recibir no lo conoce no va a funcionar (J.)

Al preguntarles sobre la forma en que definen a el o la destinatario/a de las acciones de comunicación y cómo los/as imaginan y sobre qué piensan que va a pasar cuando lea o mire los materiales no todos lo/as entrevistados hacen referencia a lo mismo a la hora de responder, algunos/as hablan de la población en general y otros de grupos de población. Asimismo, en todos los casos se diferencia el destinatario de los equipos de salud y del de la población en general. La idea central es la siguiente:

El principal destinatario son los profesionales de la salud, son ellos los que finalmente definen el acceso o no a los servicios de salud, los que dan lugar o no la consolidación del ejercicio del derecho a la salud (L.)

Tratándose de profesionales del ámbito público, los imagino necesitados de recibir materiales tanto para ellos como para ofrecer a las mujeres que atienden. Con respecto a la población, en nuestro caso mujeres de las clases bajas o medias bajas que se atienden en el ámbito público, imagino que muchas de ellas no tienen la posibilidad de pagar materiales informativos ni acceder a la información por otros medios (M).

Cuando aparece la diferencia entre distintos grupos de población, se menciona en primer lugar a la educación, se hace referencia a los diferentes niveles educativos como determinante para que el mensaje de salud sea comprendido. El énfasis se coloca en que la información sea entendida correctamente por quien es definido como destinatario

El mensaje tiene que ser muy breve, con la información justa para que la gente sepa de qué se trata y no la confundamos más (D)

Alguno/as de los entrevistados/as reconocen no saber qué piensa “la gente” sobre los temas de salud. Se perciben a sí mismos como “lejos de la gente” y esto es un obstáculo a la hora de elaborar mensajes. Aparecen frases como “*muchas veces se piensa que sabemos cómo decir las cosas de la manera en que las personas hablan en su vida, pero esto es un acto muy arrogante, nosotros desde acá creemos que podemos conocer y expresar lo que le pasa a toda la población de un país*” (R.).

Al profundizar sobre estos obstáculos se menciona la falta de rigurosidad para encarar la planificación en comunicación, “*todo lo que decimos y hacemos para consensuar una recomendación médica parece que lo olvidamos cuando armamos nuestras campañas de comunicación. Se trabaja mucho desde el sentido común, desde lo que a uno le gusta o alguien le comentó*” (L.). Hay coincidencia en que falta claridad sobre lo que es efectivo y lo que no, sobre qué tipo de acción de comunicación es mejor en cada caso. Se reconoce que se trabaja desde la intuición y en muchas ocasiones desde los gustos individuales y la opinión personal.

Varios manifestaron que les falta información sobre cómo vive la población y qué piensan respecto del tema de salud con el que trabajan, dicen no saber “*qué dice la gente*” y tampoco cuáles son los obstáculos reales y cotidianos que deben enfrentar para acceder a los servicios de salud. Consideraron que este punto pendiente debería ser la base para la planificación de la estrategia de comunicación. Mencionaron que:

El desafío es buscar información y conocer a aquellas mujeres que no acceden a los servicios de salud, entender por qué no llegan (C.)

Lo primero es que nosotros desde los lugares de decisión visibilicemos a las diferentes poblaciones, que no seamos prejuicios y que les demos información, porque eso es otorgar derechos, estaría bueno trabajar para ciertos discursos no sean un obstáculo (G.)

Hacen referencia también a la necesidad de encontrar espacios de diálogo con la población, probar formas participativas de construcción de los mensajes e incorporar los temas de la vida cotidiana a las piezas comunicacionales,

“en los contenidos falta una elaboración más participativa y eso es algo muy difícil de lograr desde una institución como la nuestra. Por un lado estamos nosotros que sabemos de salud y por otro la población a la que queremos llegar y sensibilizar y no sabemos cómo, como que hay una ruptura ahí, una separación” (E.)

Ante la pregunta sobre si han incorporado la perspectiva de género en sus acciones de comunicación, las respuestas fueron muy breves y escuetas. En general, reconocieron la importancia de hacerlo y mencionaron algunas acciones generales de su dirección o programa, pero en la mayoría de los casos no fueron más allá de esa afirmación.

Sin embargo, en algunos casos se hizo referencia a que “*buscamos no repetir estereotipos, que los materiales incluyan pero no parodien. Esperamos que el destinatario vea en los materiales infor-*

mación clara, concisa y útil” (H.).

En mayor o menor medida, siempre estamos pensando desde esta perspectiva. Acaso no forma parte de los planes de comunicación explícitamente, aunque, como dije, están presentes en las prácticas cotidianas (F.)

La perspectiva de género la estamos trabajando transversalmente en el programa. Al tener trabajo territorial nos encontramos con mujeres de distintos lugares, a veces indígenas o migrantes, con las cuales tratamos de adaptar los mensajes del programa a sus propias características y pensando en las desigualdades de género, sin dejar de lado la perspectiva de derechos humanos (M.).

Las políticas de género están cada vez más presentes aunque no sabemos si estamos haciendo bien las cosas, nosotros tratamos de no replicar estereotipos, de no culpabilizar a la mujer en los mensajes y en las recomendaciones no sobrecargarla de responsabilidades en relación a la salud. Igual no es una tarea fácil, hay veces que algunos de los del equipo médico tratan de poner esos valores en los mensajes y no es fácil discutirles y hacerles cambiar de idea.

En algunos casos que buscamos incorporar la perspectiva de género, no tenemos certezas si lo estamos haciendo bien, si lo estamos haciendo circular por los espacios adecuados en la lengua adecuada. No tenemos líneas de trabajo probadas y sustentables (D.).

En una de las entrevistas apareció el escepticismo respecto a la forma en se está incorporando una “*supuesta perspectiva de género*”, la entrevistada contó una serie de anécdotas donde según sus palabras “*ejemplifican y muestran todo lo que falta para que desde el sector de la salud, los médicos dejen de ver a las mujeres solo como madres, dejen de mirar solo su capacidad reproductiva y dejen de infantilizarlas y culpabilizarlas*” (H.).

Como primer punto, es de destacar que en las entrevistas la

población destinataria –básicamente mujeres en edad reproductiva- no es reconocida como actor participante del proceso de elaboración y decisión de esas acciones ni de definición de políticas. Solo han aparecido en la preocupación por testear o evaluar los materiales para asegurar su comprensión. Por otra parte, en un nivel institucional, surge en el discurso de los entrevistados que la perspectiva de género es reconocida como una necesidad positiva, como una meta a alcanzar, aunque no se tenga claridad sobre qué significa ni qué implica. A su vez, en la descripción del proceso de elaboración de una pieza se describen procesos burocráticos tediosos que son visualizados como obstáculo para incorporar modelos de planificación más participativos y que puedan prever instancias de escucha y diálogo con la población destinataria. Esta falta de tiempo en la gestión es la razón más reconocida para explicar las dificultades a la hora de operativizar perspectivas como la de género.

7 CONCLUSIONES

Las conclusiones serán organizadas a partir de un esquema de continuidades y rupturas en torno a las políticas de comunicación sobre salud de la mujer en sus diferentes dimensiones.

Al iniciar el análisis se partió del supuesto de que el área del Ministerio de Salud seleccionada –Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable- encara acciones y define prioridades en función de ideas y representaciones sobre el género (Guzmán, 2002) y que aunque se presenten como “naturales”, contiene percepciones y representaciones sobre los modelos deseables de ser mujer. Volviendo a la definición de género que supone una construcción cultural y social de sentidos, que se define a partir de la diferencia sexual -pero que la excede ampliamente, y que influencia las prácticas y las ideas que los sujetos tienen en una sociedad determinada (Lamas, 2000; Faur, 2002)- se han encontrado continuidades y rupturas intrainstitucionales en relación a las definiciones de las relaciones de género presentes en las políticas de comunicación en salud.

A partir del análisis de las entrevistas, es posible proponer una

matriz analítica que aporte a la comprensión de la forma en que se configura la significación de lo femenino en la institución de salud estudiada. En primer lugar, se observan diversos matices e intensidades en torno a una visión del mundo socio-cultural instituida a partir de las premisas de la biología, disciplina a la que se le concede una autoridad por encima de la experiencia humana. En muchos de los argumentos, aparece de fondo la universalidad biológica de lo humano, lo femenino en el caso de este trabajo, a partir de lo cual los atributos de la mujer se encuentran prioritariamente definidos por su capacidad reproductiva. En esta clave, las características sociales, contextuales, materiales, históricas y culturales quedan opacadas a la hora de definir las políticas de comunicación y de concebir a la destinataria de las acciones previstas. La información sobre salud sexual y reproductiva es la misma para todas las mujeres del país, en tanto sus rasgos biológicos lo son.

En el análisis se ha encontrado que en el discurso de los.as entrevistados.as no hay definiciones claras ni explícitas sobre los límites y las competencias de la institución rectora de salud pública en torno a la sexualidad y la reproducción. Se ha observado la inclusión en los mensajes de salud de temáticas como el amor, la felicidad o el placer, cuestiones que exceden la regulación del Estado. No se ha encontrado una definición explícita sobre la pertinencia o no de entremezclar la información de salud con asuntos relacionados con prácticas que responden a otro orden y en las cuales no se trata de un derecho a ser garantizado por el Estado.

En líneas generales, los.as entrevistados.as dan cuenta de la interpelación a la población femenina a partir de la asociación con la capacidad reproductiva, interpelación fundada en representaciones que cuajan en las políticas de comunicación encarnadas por la institución (Scott, 2000). Faur sostiene que las instituciones definen modelos de sujetos, de identidades y de relaciones de género acordes a los ideales de sociedad vigentes en cierto período y contexto socio-cultural (Faur, 2002). Bourdieu agrega que los conceptos de género que se producen estructuran la percepción y permiten la organización concreta y simbólica de la vida social (Bourdieu, 1998). Sobre todo en las entrevistas a responsables de áreas de salud, aparece con fuerza la representación de la población destinataria –definida ma-

yormente como mujeres en edad reproductiva de los sectores populares– como relativamente homogénea y especialmente pasiva ante las definiciones, normativas y pautas del sistema médico. Se visualiza a la destinataria de los mensajes sobre salud sexual y reproductiva como un grupo indiferenciado al que llegar-alcanzar, y a la relación comunicacional como transparente y unidireccional.

Las políticas públicas construyen tipos ideales, en este sentido es interesante retomar el modelo del discurso social propuesto por Nancy Fraser (1991). Lo que los programas hacen es generar interpretaciones sobre qué necesidades tienen sus destinatarios, definen satisfactores para ellas y legitiman demandas que coinciden con esas interpretaciones. En función de estas interpretaciones organizan las acciones y definen las prioridades. Así el programa define las reglas del juego, marca un límite entre lo posible y lo impensable y se crean los paradigmas de argumentación aceptados como legítimos (Fraser, 1991).

Sin embargo la coerción no es absoluta, hay discusiones, negociaciones, adaptaciones y rechazos sobre las interpretaciones o partes de ellas, mismo al interior de una institución. En este sentido, el análisis dio cuenta de rupturas, sobre todo entre referentes técnicos que ingresaron al Ministerio de Salud en los diferentes momentos institucionales por los que pasó el Programa que se han mencionado. Se observa la coexistencia de diferentes modelos comunicación en salud, que disputan la forma de concebir a las poblaciones destinatarias de las políticas de salud sexual y reproductiva y el rol de las instituciones gubernamentales tanto en la garantía en relación al acceso a estos derechos como en su misma definición.

En las entrevistas aparecen diferencias en cuestiones como: las formas familiares y las modalidades de parentesco, las definiciones sobre la relación entre sexualidad y reproducción, las posibles respuestas a esta definiciones, y la interpelación de los roles de género y sexualidades varias. En algunos casos predomina la impronta más biologicista y en otros el interlocutor de cuenta de un proceso de consolidación de una identidad institucional que intenta configurarse desde una perspectiva de salud que exceda las cuestiones biológicas y amplíe la definición de salud sexual. Se percibe en estos últimos una mirada

más integral y plural de la salud sexual y reproductiva, que extiende la concepción sobre sexualidades. Aparecen tematizadas cuestiones antes ignoradas –o al menos entendidas como no pertinentes– por las instituciones ocupadas de regular y asegurar el acceso a la salud de las poblaciones. Esta tematización da cuenta de un posible núcleo conflictivo, donde en un caso la sexualidad queda directamente relacionada con la reproducción o la no reproducción; mientras que en el otro se plantean como ámbitos que es posible abordar desde la salud pública de manera separada o no necesariamente conjunta. Estas incorporaciones aportan al debilitamiento de los modelos hegemónicos de ser mujer, y dan lugar a las fisuras en las concepciones tradicionales.

Sin embargo, en el mismo discurso de estos últimos años entrevistados/as se percibe que este modelo no tiene consenso dentro del Ministerio de Salud en general, sino que ocupa un lugar subalterno dentro de la propia institución. Junto con esto, o como parte de la misma situación, surgieron expresiones que evidencian una tensión con las acciones de comunicación realizadas por el área responsable de las políticas materno-infantiles quien pareciera insistir en que las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción continúen asociadas a la maternidad y la planificación familiar, como ocurrió en el primer momento de aplicación del Programa.

Las discontinuidades halladas muestran un campo discursivo en tensión. Los elementos analizados no poseen una identidad intrínseca, sino que ésta se constituye de forma relacional. En los procesos de disputa por la fijación de los sentidos se desarrollan enfrentamientos y alianzas en un intento por hegemonizar las significaciones construidas.

Por su parte, pudimos observar las tensiones y disputas presentes en la definición de políticas de salud dentro de una institución de gran escala, en torno tanto a modelos de comunicación en salud, como a concepciones sobre la salud de las mujeres que van más allá de la prevalencia de enfermedades en las etapas vitales y se asientan en configuraciones sociales.

El análisis de la dimensión comunicacional del Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable -originada en un momento histórico caracterizado por la apertura y consolidación de-

mocrática desde mediados de la década del 80, fuertemente impulsada por las luchas del movimiento de mujeres en torno a la igualdad de género y la colocación en un lugar central de la disputa por la ampliación de derechos de las mujeres- dio cuenta de una concepción de mujer que implica una ruptura con el binomio mujer-madre.

Se han observado matices en los entrevistados.as que configuran continuidades y rupturas entre los modelos de comunicación. Desde las continuidades, el análisis de la dimensión comunicacional evidenció que en sus prácticas cotidianas el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable no termina de deshacerse de los conflictos y las tensiones iniciales presentes en la discusión de la ley que le dio origen, sobre todo en torno a la cuestión de la autodeterminación sexual y reproductiva. Sin embargo, ese mismo análisis permitió vislumbrar las rupturas encontradas dentro de institución de salud y que plantean un escenario que interpela de algún modo la dominancia descripta con las continuidades, en la medida en que ponen en cuestión esos modelos originales que ubican a la mujer como destinataria de las políticas de salud pública en función de su capacidad reproductiva.

Junto a ello, la dimensión comunicacional es complejizada sobre la base de pensarla como una construcción de significados diversos en disputa. En este sentido, el análisis de las acciones de comunicación de las políticas sanitarias señala, al menos en parte, cómo se gestionan la sexualidad y la reproducción cuando son comprendidas como problemas de salud desde el Estado. Estas políticas, en tanto gobierno de los cuerpos y sexualidades femeninas, implican una forma específica de dirigir y estructurar el campo de acción posible de la reproducción en materia de salud.

En tanto la sexualidad y reproducción involucran intereses políticos, se entiende que este proceso de construcción de estrategias comunicacionales requiere de la desnaturalización de concepciones en torno a lo femenino, y a la vez de una perspectiva de género que no se cristalice en definiciones estancas, ni sea concebido como un anexo o un agregado a las políticas de salud, sino que comprenda el contexto social e histórico en el ocurre la reproducción y habilite la aparición de significaciones

multidimensionales y situados sobre estas prácticas sociales.

Las rupturas observadas entre diferentes modelos de comunicación reafirman la potencialidad de la categoría de género –aun con sus diversas y hasta contrastantes resonancias- como una herramienta valiosa a la hora de generar miradas atentas en torno a la reproducción de estereotipos de este orden, así como lecturas críticas de los múltiples modos de ejercicio del poder desde las instituciones de salud pública a la vez con capacidad transformada de esas mismas prácticas.

REFERENCIAS

- ANDERSON, J. Familias, maternalismo y justicia de género: Dilemas de la política social (Documentos PRIGEPP, 2007). Paper especialmente preparado para el seminario “Programación estratégica, análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. La gestión y evaluación de políticas de equidad de género”. PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires, 2002.
- ARAUJO, K.; GUZMÁN, V. y MAURO, A. La violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. *Working Paper*, Santiago de Chile: CEM, 2000.
- BAJTIN, M. *Problemas de la poética de Dostoievski*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- BARBERO, J. M. *La educación desde la comunicación*. Bogotá: Grupo Norma Editorial, 2003.
- _____. *De los medios a las mediaciones*. Barcelona: G. Gili, 1987.
- BAREIRO, L. Democracia/s, ciudadanía y Estado en América Latina en el siglo XXI. Análisis de género de los caminos recorridos desde la década del '80 y futuros posibles *Seminario PRIGEPP-FLACSO*, Buenos Aires, 2008.
- BARRANCOS, D. Las mujeres y su “causa”. *Revista Criterio*, nº.2308, 2005, url: <http://www.revistacriterio.com.ar/sociedad/las-mujeres-y-su-quotcausaquot/>
- BIERNAT, C.; RAMACCIOTTI, K. La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*,

Vol.15, nº.2, pp.331-351, 2008.

BONAN, C. Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea. Instituto Fernández Figueira / FIOCRUZ / Brasil. *Documentos PRIGEPP*, 2004, 2003.

BONDER, G. Género y Subjetividad: Avatares de una relación no Evidente. *Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas*. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile. (Documentos PRIGEPP, 2008), 1998.

BOURDIEU, P. *La domination masculine*. Paris: Seuil, 1998.

BRUNO, D.; CASULLO, C.; DEGUER, C.; JAIT, A.; TUFRÓ, L. Y ZAPEZOCHNY, V. Mapeo Nacional de Capacidades en Comunicación y Salud Pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, nº.2, pp.05-18. 2011.

CORRÊA, S. & PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde coletiva*, Vol.6, nº.1/2, pp.147-177,1996.

DEL RÍO FORTUNA, C. El acceso a la ligadura tubaria: un estudio antropológico de la política pública de la ciudad de Buenos Aires. 2007. *Tesis* (Maestría en Ciencias Sociales y Salud), Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – CEDES-FLACSO, Buenos Aires.

DEMAZIÈRE, D. & DUBAR, C. *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*. Paris: L'Harmattan, 1997. Citado en: Kornblit, A. *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos, 2004.

FASSIN, D. & MEMMI, D. *Le gouvernement des corps*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2004.

FAUR, E. *Adolescencia, Género y Derechos Humanos en Proponer y Dialogar 2*. Buenos Aires: Unicef - Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación, 2002.

FERNÁNDEZ, A. M. El fin de los géneros sexuales. *Documentos Seminario "Globalización y género*. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina. PRIGEPP-FLACSO, 2007), 2001.

FOUCAULT, M. Historia de la Medicalización. *Revista Educación Médica y Salud*. Vol.11, nº. 1, pp.03-25, 1977.

- FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.
- FRASER, N. Repensando de nuevo la esfera pública en el Estado: nuevas perspectivas de análisis (Documentos PRIGEPP, 2008). *Debate Feminista*, año 4, Vol. 7, 1992.
- FRASER, N. y GORDON, L. Contrato versus caridad: una reconsideración entre ciudadanía civil y ciudadanía social. In: AMORÓS, C. *Feminismo y ética*. ISEGORÍA. Barcelona: Instituto de Filosofía-Anthropos, 1992.
- GLASSER, B. & STRAUSS, A. *The discover of grounded: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine, 1967.
- GOGNA, M., PANTELIDES, E., y RAMOS, S. *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad*. Buenos Aires: CEDES/CENEP, 1997.
- GÓMEZ GÓMEZ, E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol.11, nº5-6, pp. 327-334, 2002.
- GUZMÁN, V. La institucionalidad de género en el Estado: Nuevas perspectivas de análisis. *Serie Mujer y Desarrollo*, nº.32, 2001.
- GUZMÁN, V.; LERDA, S.; SALAZAR, R. *La dimensión de género en las políticas públicas*. Santiago, Chile: Centro de Estudios de la Mujer, 1994.
- JARAMILLO LÓPEZ, J. *Modelo de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado*. Bogotá: USAID/Casal & Associates Inc., 2008.
- KORNBLIT, A. *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos, 2004.
- LAMAS, M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género”. In: LAMAS, M. *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México, DF.: Editorial UNAM, 1997.
- LAVIGNE, L. Las sexualidades juveniles en la educación sexual integral In: ELIZALDE, S. (Comp.). *Jóvenes en Cuestión*. Buenos Aires: Biblos, 2011.
- LOIS, I. Comunicación y salud: diversidad e interculturalidad. *Página 12*, La Ventana. Buenos Aires, Miércoles, 15 de junio de 2011a, url: <http://www.pagina12.com.ar/diario/laventana/26-170107-2011-06-15.html>
- _____. Una experiencia de comunicación y salud para mujeres indígenas. In: BIDASECA K. y VAZQUEZ LABA, V. (Comps.).

- Feminismo y Poscolonialidad*. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina. Buenos Aires: Ediciones Godot, 2011b.
- LOIS, I. y MAIER, B. Sobre Comunicación y Salud. *Página 12*, La Ventana. Buenos Aires, Miércoles, 5 de septiembre de 2012, url: <http://www.pagina12.com.ar/diario/laventana/26-202617-2012-09-05.html>
- MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: SPINELLI, H. (Comp.). *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad*. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.
- MIRANDA, M.; VALLEJO, G. *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores, 2005.
- MOSER, C. Planificación de género. Objetivos y obstáculos. In: Género en el Estado, Estado del Género. Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres, n°27. Santiago, Chile (Documentos PRIGEPP, 2007), 1998.
- NÁJERA, P. Educación para la salud en el caso del SIDA. In: NÁJERA, R. (Ed.). *SIDA: de la Biomedicina a la Sociedad*. Madrid: Editorial Eudema, 1990.
- NARI, M. *Políticas de maternidad y maternalismo político, Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos, 2004.
- NOVICK, S. *Política y población. Argentina 1870-1989*. Buenos Aires: CEAL, 1992.
- PANTELIDES, E. A.; BINSTOCK, G. y MARIO, S. La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina. *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2007.
- PATERMAN, C. Críticas feminista a la dicotomía Público/Privado. In: CASTELLS, C. (Comp.). *Perspectivas Feministas en Teoría Política*. Barcelona: Editorial Paidós, 1996, pp.31-52.
- PETRACCI, M. *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Editorial Norma, 2004.
- PETRACCI, M. y WAISBORD, S. (Comps.) *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones, 2011.
- PITA, V. De las certezas científicas a la negociación en la clínica. Encuentros entre médicos y mujeres de las clases trabajadoras. Buenos Aires. 1880-1900. In: CARBONETTI, A.; GONZÁLEZ, L. (Comps.). *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, UNC, 2008.

- RAMOS S.; GOGNA M.; PETRACCI, M. & SZULIK, D. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿Una transición ideológica? Buenos Aires: CEDES, 2001.
- SCOTT, J. [1996]. El género una categoría útil para el análisis hiscótirco. In: LAMAS, M. (Comp.). *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México, D.F.: Editorial UNAM, 1997.
- SERRA, M.; GÓMEZ, O.L., MÉNDEZ F.; GONZÁLEZ. E. Equidad y género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Informe de investigación*. Concurso de investigación “Género, equidad y acceso a los servicios de salud”. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2001.
- SURIANO, J. *La cuestión social en Argentina: 1870-1943*. Buenos Aires: La Colmena, 2000.
- SZASZ, I. Sexualidad y género. Algunas experiencias de investigación en México. *Debate Feminista*, año 9, Vol.18, pp.77-104, 1998.
- TAJER, D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud. (Documentos PRIGEPP / FLACSO), Argentina, 2007.
- TORRICO VILLANUEVA, E. *Abordajes y períodos de la teoría de la comunicación*. Buenos Aires: Editorial Norma, 2004.
- URANGA, W.; FEMIA, G.; Y DÍAZ, H. Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud, *Ponencia presentada en el II° Congreso Nacional de Comunicación y Salud*, La Paz, 28 al 30 de octubre de 2002.
- VALCÁRCEL, A. *Sexo y filosofía*. Sobre mujer y poder. Barcelona: Anthropos, 1991.
- VAN DIJK, T. A. *Communicating Racism: Ethnic Prejudice in Thought and Talk*. London: Sage, 1987.
- ZAMBERLIN, N. *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2011.

Recibido:30/04/2014

Aprovado:10/12/2014