

PROGRAMA REGIONAL DE FORMACIÓN EN GÉNERO Y POLÍTICAS PÚBLICAS
FLACSO ARGENTINA
TESIS DE MAESTRÍA EN GÉNERO, SOCIEDAD Y POLÍTICAS

Políticas públicas de comunicación sobre salud de la mujer

Acciones comunicacionales sobre salud materna,
sexual y reproductiva. Un abordaje desde la
perspectiva de género.

Ianina Lois
11/11/2013

Dirigida por la Dra. Mónica Petracci.

INDICE

Agradecimientos	3
1. Introducción	4
2. Identificación del problema y aportes del enfoque de género	5
2.1 Comunicación y salud de la mujer en las políticas públicas	5
2.2 Aportes del enfoque de género	8
3. Referencias Teóricas	16
4. El contexto de la problemática	21
4.1 La dimensión histórica	21
4.2 El marco normativo	26
4.3 La comunicación social en instituciones de salud	29
5. Preguntas, Hipótesis y Objetivos	34
6. Metodología	36
7. Descripción y análisis de los principales hallazgos	40
7.1 Los materiales gráficos sobre salud de la mujer	40
7.2 Las entrevistas	44
8. Conclusiones	61
8.1 Continuidades y rupturas	61
8.2 A modo de cierre	66
Notas	69
Bibliografía	69
ANEXO	74

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mi directora de tesis Mónica Petracci, por su orientación, su apoyo constante y sus valiosos comentarios.

Al equipo PRIGEPP de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales en Argentina, a mis docentes, tutoras y compañeras por el camino recorrido en forma conjunta.

A lo/as entrevistado/as por su tiempo y sus palabras, sobre todo a mis colegas comunicadores/as especializados en temas de salud, por la incontables charlas y discusiones sobre las posibilidades y desafíos de nuestro campo.

A quienes trabajan todos los días en las instituciones de salud por hacer más accesible el derecho a la salud materna, sexual y reproductiva de las mujeres.

A Gustavo, Matías y Joaquín por la paciencia y el tiempo robado.

A mis abuelas Duci y Edith

1. Introducción

Este trabajo es la instancia final de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Tiene por objetivo explorar e identificar los componentes de género presentes en los mensajes dirigidos a mujeres en relación a su salud, elaborados por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Argentina entre 2005 y 2010. Se busca responder a la pregunta de cómo interviene el orden de género en la elaboración de mensajes sobre salud materna, sexual y reproductiva; cómo se comunica desde los espacios institucionales-estatales de salud, cómo se elaboran los mensajes de salud materna, sexual y reproductiva dirigidos a mujeres desde el sector público, y qué tipo de relación social se establece a través de los materiales de comunicación e información entre las instituciones de salud y las mujeres destinatarias de esos mensajes.

El trabajo se encuentra organizado en 8 capítulos: 1. Introducción; 2. Identificación del problema y aportes del enfoque de género; 3. Referencias Teóricas; 4. El Contexto de la Problemática; 5. Preguntas, Hipótesis y Objetivos; 6. Metodología; 7. Descripción y Análisis de los Principales Hallazgos; 8. Conclusiones.

2. Identificación del problema y aportes del enfoque de género

2.1 Comunicación y salud de la mujer en las políticas públicas

La comunicación se presenta en estos tiempos como un campo estratégico en la configuración de nuevos modelos de sociedad, y en la puesta en escena pública de diversas luchas donde se disputa el sentido de problemáticas estructurales. Desde este trabajo se entiende a la comunicación en términos de construcción de sentidos de la vida social, como proceso de producción, intercambio y negociación de significados y formas simbólicas, a partir de la cual los sujetos y las comunidades pueden reconocerse a sí mismos, dar cuenta de su pasado, de su lugar en la sociedad y de sus expectativas para el futuro (Lois, 2011).

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.

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. Entre los temas prioritarios, gran parte del esfuerzo se centra en el desarrollo de mensajes sobre embarazo, parto y puerperio, como así también sobre métodos anticonceptivos. En el proceso de elaboración e implementación de estas políticas de comunicación sobre salud de la mujer realizadas 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 a las prácticas de salud.

El objetivo del proyecto es abordar las estrategias de comunicación sobre salud de la mujer impulsadas desde el sector público, específicamente desde el Ministerio de Salud Nacional de Argentina, en un marco temporal que va del 2005 al 2010. En estos cinco años el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable se separa

institucionalmente 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 permitirá analizar tanto las acciones de comunicación elaboradas desde las políticas de salud materna como las que se dirigen a las mujeres pero no centradas exclusivamente en su rol de madres o futuras madres.

La investigación indaga cómo el orden de género interviene en la elaboración de mensajes sobre salud de la mujer, buscando relacionar las formas de construcción simbólica de la mujer presentes en los mensajes desarrollados desde los espacios estatales, con las políticas de salud implementadas. En este recorrido se dará cuenta de cómo se comunica desde los espacios estatales de salud, cómo es el proceso de elaboración de los mensajes, y qué tipo de relación social se establece a través de los materiales de comunicación entre las instituciones de salud y las mujeres destinatarias de ellos.

Para acceder al plano de lo discursivo resulta insuficiente analizar solamente sus estructuras internas y el uso del lenguaje; es necesario dar cuenta que el discurso como acción social ocurre en un marco de comprensión, comunicación e interacción que a su vez son partes de estructuras y procesos socio-culturales más amplios (Van Dijk, 1997). En este sentido, la propuesta se plantea en dos planos; el plano simbólico y el plano de las prácticas institucionales.

En el plano de lo simbólico se trabajará sobre los supuestos presentes en los mensajes de salud para la mujer; es decir roles de género, concepción de la salud y del cambio social. Se realizará el análisis de los materiales elaborados desde el Ministerio de Salud. En la plano de las prácticas institucionales se buscará deconstruir el proceso de elaboración de los materiales y construcción de los mensajes; es decir la forma en que se tomaron las decisiones, las priorizaciones, los objetivos que se habían propuesto y la relación con el contexto general de la política de salud sobre la temática, para, de esta forma, dar cuenta de cómo interviene el orden de género en las prácticas institucionales-comunicacionales en salud.

Los inicios del campo de la comunicación en salud se han centrados en una visión instrumental de la comunicación, cercana a las ideas del difusionismo; el enfoque de la “Difusión de Innovaciones” contempla a la comunicación masiva como un factor de la

modernización (desarrollo) de las sociedades atrasadas (Torrío Villanueva, 2004). Estas ideas se han ido ampliando e incorporando nuevas perspectivas y dimensiones, sin embargo, persisten prácticas institucionales donde las acciones comunicacionales son concebidas como mecanismos simples y unidireccionales, basados en los modelos “estímulo-respuesta”.

Por su parte, es importante mencionar que para conceptualizar la salud se retoman los aportes de Menéndez (2005), quien propone que la salud y la enfermedad son parte de procesos históricos y sociales, y dependen de las condiciones de vida y de las trayectorias individuales y colectivas de los sujetos, que condicionan las significaciones y experiencias ante la salud, la enfermedad y el sufrimiento. Se entiende así al proceso de salud / enfermedad / atención desde una perspectiva relacional que recupera los procesos históricos y considera que todo campo socio cultural es heterogéneo (Menéndez, 2004). Comprende que en el mismo se establecen relaciones de hegemonía / subalternidad, por el reconocimiento y legitimidad de sus acciones y se llevan a cabo procesos transaccionales que favorecen (o no) la cohesión-integración. Dentro del campo de la salud coexisten prácticas y representaciones, que generan disputas entre los distintos sectores en pugna. Esta definición va en sintonía con la ratificación y el reconocimiento internacional de la salud como un derecho humano. En este sentido, al hacer referencia a la salud se está hablando de derechos humanos que los Estados deben respetar, proteger y hacer cumplir (Petracci, 2004).

Sin embargo, se considera que la perspectiva de género se ha integrado parcial e incipientemente en el análisis de las políticas y los servicios de salud, que se ha limitado a considerar las necesidades asociadas a las diferencias biológicas de sexo. Raramente se consideran las interacciones entre el sexo y variables no relacionadas con necesidades biológicas, tales como la cobertura, la autonomía en la toma de decisiones, la carga de responsabilidad familiar o los modelos de atención, entre otras.

En este trabajo se ha partido de los siguientes supuestos:

1. El campo de disciplinas científicas se delimita a través del manejo de ciertos marcos conceptuales y enfoques metodológicos que señalan y caracterizan la "realidad" de los fenómenos que demarcan el objeto de estudio. En Occidente, la configuración moderna de dicho campo tuvo como eje predominante el pensamiento médico para la comprensión y el tratamiento del fenómeno de la

salud a través de un enfoque asistencialista y disciplinario. Se concibió y categorizó al individuo y a las prácticas reproductivas como fenómenos naturales a ser regulados por las instituciones médicas, y desde una episteme que recortó su campo de estudio disciplinario y de intervención profesional disociada del contexto histórico y social.

2. La reproducción y la maternidad constituyen un campo de disputa social y política en el que convergen diferentes discursos institucionales –el religioso, el jurídico y el médico- enfrentados por construir e instalar ciertas representaciones, a la vez que intentan definir los modos de intervención y regulación contenidos en las políticas públicas. Como fenómenos multidimensionales, no se opondrán unidades y dimensiones de análisis, sino se establecerán niveles que impliquen la búsqueda de una articulación entre las dimensiones micro y macrosociales.
3. Las políticas de salud materna, sexual y reproductiva se enmarcan en procesos histórico-sociales dependientes de las condiciones de trabajo y de vida de una sociedad determinada, y se encuentran articulados con los procesos políticos, ideológicos e institucionales que, en las sociedades modernas, presentan correspondencias con el modelo de Estado y con los modelos de acumulación.
4. Las políticas de comunicación en salud se encuentran atravesada por modelos ideológicos hegemónicos, donde el saber médico ocupa el lugar central. Las maneras de concebir y conceptualizar la salud y la enfermedad, el rol de la mujer respecto a su salud, y las prácticas sociales, serán coherentes con los marcos de sentido contenidos en las instituciones rectoras de la salud pública.

2.2 Aportes del enfoque de género

Las acciones de comunicación realizadas en el marco de políticas públicas de salud, por un lado, y la reproducción, la sexualidad y la 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, el proyecto abrevará en diferentes vertientes teóricas, intentando que un abordaje crítico del concepto de *género* sea el que las articule.

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 materna, sexual y 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 feminidad. Específicamente, el enfoque aporta indicios para analizar críticamente si en los materiales de salud dirigidos 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 de las mujeres 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.

A continuación se propone explicitar y definir los conceptos significativos para la presente investigación, se han seleccionado aquellas categorías que atraviesan la literatura sobre teoría feminista y enfoque o teoría de género.

Género, un concepto en movimiento

No es posible encontrar un significado unívoco sobre el concepto de género. Por el contrario, hay múltiples y diversas perspectivas teóricas, epistemológicas, ontológicas y políticas englobadas en este concepto.

Inicialmente, fue definido en contraposición al sexo, postulando una posición binaria sexo / género. En este planteo, el género refiere a los aspectos socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social, y el sexo a las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana (Bonder, 1998). Gloria Bonder plantea que los estudios basados en la categoría de género han recorrido un largo camino y se han desarrollado en base a la crítica sistemática de las nociones convencionales acerca de lo masculino y lo femenino, que circulan tanto en los discursos de sentido común, como los discursos científicos en los cuales se ofrecen explicaciones que se han asumido socialmente como legítimas o verdaderas acerca de las diferencias sexuales y sociales entre varones y mujeres (Bonder, 1998).

La autora sostiene que *“estos análisis se han ocupado de develar y cuestionar las premisas biologistas, esencialistas y universalistas con las que se han concebido estas diferencias, así como la lógica binaria y jerárquica en las que se apoyan; de problematizar la exclusión, silenciamiento o tratamiento sesgado de la condición de la mujer en los principales cuerpos de teoría y en la información que “dice” de lo social; de explicar y proponer cambios respecto de los diversos dispositivos sociales que participan en la construcción de una jerarquía entre los géneros en la que las mujeres y lo femenino ocupan el lugar devaluado, discriminado, subordinado u omitido”* (Bonder, 1998: 2).

Por su parte, Janine Anderson plantea que *“cada sociedad se caracteriza por un sistema de género propio, el mismo que organiza las relaciones entre los géneros, da contenido y significados a lo masculino y lo femenino, y establece los términos de intercambio entre categorías de género socialmente establecidas”* (Anderson, 2002: 8). La autora considera que hay jerarquías de dominación y subordinación entre los géneros que se asocian a la institución familia, al sistema de parentesco y las comunidades locales. El régimen de género no se presenta de forma homogénea, sino que los sujetos cuentan con “ciertos márgenes” para arreglar sus vidas de la manera que ellas creen apropiada. Sin embargo, es de destacar que “la noción de un “régimen” u “orden” señala que existen presiones, sobre todo a nivel moral e ideológico, hacia un “deber ser” normativo y preferido” (Anderson, 2002: 10); y es el propio Estado -encargado de establecer y sancionar leyes que se aplican a toda la población- quien, constituye una de las principales fuentes de presión hacia la homogenización. El Estado fortifica y defiende un régimen de género hegemónico, frente al cual los arreglos alternativos tendrán que justificarse. Anderson sostiene que *“en el imaginario social, las fuertes normas que rodean el sistema de género, la institución de la familia, y la organización doméstica distorsionan la percepción de la realidad y la convierte en más canónica de lo que “realmente” es”* (Anderson, 2002: 11).

Otra autora, Joan Scott, complejiza la mirada y aporta dos dimensiones al concepto de género: En primer lugar refiere que es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basada en las diferencias que distinguen a los sexos. En segundo lugar, entiende que el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder, y se refiere a la jerarquización de los sistemas de género como los primeros sistemas en los que se define y se estructura el poder en la sociedad (Scott, 1996). La diferencia biológica es

interpretada culturalmente como una diferencia fundante, que marca la forma de vivir de los sujetos. El género sería la significación sociocultural del dato biológico del sexo, la construcción sociohistórica que establece jerarquías, funciones y roles dentro de la sociedad, así como pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres.

Por su parte, Teresa De Lauréntis sostiene que género hace referencia a la construcción cultural que organiza las relaciones sociales a partir de la diferencia entre los sexos.

“Como la sexualidad, el género no es una propiedad de los cuerpos o algo existente en los seres humanos sino el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales, en palabras de Foucault, por el despliegue de una tecnología política compleja” (Lauréntis, 1996: p.8).

Por último, es interesante mencionar el trabajo de Judith Butler, quien incorpora a la discusión la idea de la autoconstrucción de género. Para la autora el género es el resultado de un proceso mediante el cual las personas reciben significados culturales, pero también los innovan. Marta Lamas sostiene que Butler retoma la idea de Simone de Beauvoir del género como “proyecto” y toda la proyección que eso implica (Lamas, 1997). Butler afirma que el binarismo sexo – género es también la expresión de un imaginario masculino, devenido en discurso científico, en el que la naturaleza ha sido representada como un espacio vacío, inerte, "femenino", dispuesto a ser penetrado por la inscripción cultural "masculina". Este proceso sería parte de una práctica regulatoria que produce los cuerpos de varones y mujeres como diferentes y complementarios y que asume la heterosexualidad como la norma. El dualismo de lo biológico y lo cultural es otra expresión de una lógica binaria que funda y legitima ordenamientos jerárquicos al oponer hombre y mujer, cuerpo y espíritu o psique, razón y emoción (Butler, 1990).

Desde la militancia, el movimiento feminista ha realizado aportes muy valiosos al concepto de género. Este movimiento surge a mediados del siglo XIX en algunas sociedades occidentales que atravesaban la revolución industrial; en esos momentos su preocupación es extender la ciudadanía a las mujeres desde “la igualdad” en relación a los hombres. Esta primera ola del feminismo se constituye como un movimiento social con características innovadoras, cuyo principal objetivo es visibilizar la desigualdad existente entre los hombres y las mujeres de la época. En esta primera fase, los estudios

de género pusieron el acento en la comprensión y denuncia de la condición discriminada o subordinada de la mujer. Sin embargo, estas investigaciones no alcanzaron a dar cuenta de que el concepto de género, alude a una relación de poder social que involucra tanto a las mujeres y lo femenino, como a los varones y lo masculino.

A la manera de los análisis sobre la clase social, la comprensión inicial de la desigualdad de género se desplegó en términos de opresión, discriminación y reproducción monótona de un orden patriarcal (Bonder, 1998: 2-3).

Más tarde, al calor de los cambios históricos, algunas pensadoras del movimiento cuestionarán el concepto de “igualdad” y señalarán la necesidad de pensar desde la “diferencia” y las características sociales de hombres y mujeres. De esta forma, en los años 60 se produce la segunda ola del feminismo cuyo emblema es “lo personal es político”. Uno de los grandes ejes de discusión es la problematización del esquema binario de espacio público - espacio privado. Paralelamente, las plataformas de reivindicación se empiezan a complejizar en función de los distintos grupos sociales que van adhiriendo a la lucha y a tratar de avanzar en conquistas nacionales e internacionales.

Es así que desde sus comienzos la categoría de género se ha mantenido en un estado de permanente construcción y deconstrucción. Las teorizaciones de los años 70 y 80, establecieron una clara diferencia entre sexo en tanto el 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) carácter binario y determinista tanto en clave biológica como cultural; b) la dicotomía varón/mujer, masculino/femenino, no da cuenta de la complejidad y 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) por la idea de que exista un sujeto o identidad personal anterior al género.

En este trabajo, al mencionarse el concepto de género se hará referencia a una categoría de análisis social que da cuenta de las desigualdades entre hombres y mujeres, de las relaciones de poder existentes, en las cuales las mujeres ocupan el lugar de subalternas. La incorporación de las discusiones sobre las concepciones de género se inscribe en el proceso de construcción, deconstrucción y legitimación que del que ha sido objeto en la arena social, académica y política, y que la posicionan como un eje de análisis y de política pública, como parte de una agenda de investigación que ha producido conocimiento sustancial y se ha incorporado a un análisis más amplio de lo social. Hay significación en la definición de roles y responsabilidades entre géneros, definición que es social y que debe ser reconstruida en forma incesante y continua. Estos lugares y relaciones, además de ser sociales, o por el hecho mismo de ser sociales y tener que reconstruirse incesantemente, son históricos.

Género y salud

La salud entendida de manera integral es un derecho que tienen todas las personas e implica considerar a los sujetos como ciudadanos promoviendo la idea de igualdad. La categoría género brinda la posibilidad de intentar comprender cuáles son las lógicas culturales y sociales que operan e influyen en los comportamientos y actitudes de hombres y mujeres.

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 (Vélez y Sánchez, 2000; Gómez Gómez, 2002; Faur, 2002). Este enfoque permite pensar alternativas al modelo médico que concibe a las mujeres en cuanto a su rol de madres; el modelo de atención que está centrado en la salud reproductiva de las mujeres continua reproduciéndose ya que la mayoría de los servicios se centran en la mujer considerada como agente exclusivo de la reproducción, partiendo explícita o implícitamente del supuesto que el papel de los varones sería un “complemento” que posibilita u obstruye decisiones reproductivas de las mujeres.

En líneas generales, la correlación entre los desarrollos de la perspectiva de género y el campo de la salud ha estado pautada por la crítica a las nociones biologicistas,

hegemónicas en los ámbitos de la medicina. La historia de las ciencias médicas nos habla de una concepción determinista sobre las capacidades, la salud y la enfermedad de hombres y mujeres de nuestra sociedad (Menéndez, 1985). Ya desde el momento de su configuración, los campos médicos ocupados de la salud materna, sexual y reproductiva, y las correlativas políticas y programas han estado signados por patrones asistencialistas y tutelares, que conciben a la mujer como sujeto vulnerable cuya capacidad de autonomía es puesta en cuestión (Lois, 2012).

Desde una mirada panorámica, los estudios de género buscaron apartarse de toda connotación biologicista que justifique la desigualdad y opresión entre géneros al plantear que *“no hay nada, ni en el orden de la naturaleza ni en el sobrenatural, al que hacer responsable por la jerarquía que el género masculino ha impuesto sobre el femenino”* (Barrancos, 2008 p.11). Con el planteo de que es la cultura la que establece la desigualdad entre los sexos, el género empezó a ser comprendido como producto de la esfera social, política y cultural y fundamentalmente, como una forma de referirse a la organización social de las relaciones entre los sexos. Por ello, numerosos análisis se refirieron a la deconstrucción de las atribuciones culturales que recaen sobre los cuerpos sexuados. En esta línea, Ana María Fernández afirma que *“considerar que las diferencias entre hombres y mujeres no se refieren estrictamente al sexo sino al género implica afirmar que el problema no radica en sus especificidades anato-biológicas, sino en las desigualdades que las sociedades han tramitado con las mismas”* (Fernández, 2001: 7). Así hablar de diferencias de género alude a los dispositivos de poder por los cuales –en cada sociedad- las diferencias biológicas han justificado desigualdades sociales, poniendo en el centro la cuestión del poder de un género sobre otro.

Desde la Organización Panamericana de la Salud (2004) se define a la equidad de género en salud como un concepto que implica evidenciar todas aquellas inequidades evitables que ocurren en el sistema de salud. Inequidades que hacen a relaciones de poder diferentes según matrices sociales pre establecidas. La Organización Mundial de la Salud insiste en sus documentos en incorporar a los determinantes de la salud, cuestiones tales como el lugar de residencia, el género, la globalización y los sistemas de salud.

Las diferencias en los patrones de utilización de servicios entre hombres y mujeres responden a distintos tipos de necesidades de atención, patrones de socialización

diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y las prácticas de búsqueda de atención, y a factores estructurales e institucionales que facilitan u obstruyen diferencialmente el acceso a los servicios de salud (Gómez Gómez, 2002). Además de los problemas de salud que comparten con los varones, las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio (Gómez Gómez, 2002; Verbrugge, 1990).

En general, los sistemas de salud modernos-occidentales han sido reproductores de las desigualdades de género de la sociedad. Débora Tajer señala que incluir una mirada de género en salud implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre hombres y mujeres determinan diferencialmente el proceso de salud-enfermedad-atención tanto de los varones como de las mujeres (Tajer, 2004). Asimetrías que están condicionadas por otras características como etnia, edad, nacionalidad y clase social, entre otras. En la bibliografía revisada, se encontraron coincidencias en la afirmación de que el género influye de manera significativa, diversos aspectos ligados a la calidad de la atención médica (Pittman, Hartigan, 1996; Tajer y otros, 2002, 2003, 2011).

Las asimetrías sociales entre varones y mujeres en el proceso salud-enfermedad-atención de cada género en tanto colectivo, establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir (Tajer, 2007: 36). Esta autora sostiene que “para nuestra región latinoamericana, aun cuando las mujeres han avanzado mucho en su presencia en el espacio público, se espera que continúen siendo las principales cuidadoras de la familia y las agentes del sistema de salud en los hogares, basándose en su capacidad empática, receptiva y comprensiva” (Tajer, 2004: 36-37).

3. Referencias Teóricas

A continuación se presentan las principales referencias teóricas en las cuales se apoya el presente trabajo, a saber: el concepto de *práctica social* que recorre la totalidad del análisis y es un elemento clave en la conformación del objeto de estudio; las nociones de *producción de sentidos*, *significación social* y *discursos* que aportarán la densidad que esta investigación requiere para el análisis de las acciones de comunicación bajo la lente de la perspectiva de género; y por último, las perspectivas y discusiones en torno al campo de la *comunicación y salud*, con el desarrollo y la configuración de modelos conceptuales en pugna que vienen apareciendo en torno a esta relación.

En primer lugar, a la hora de hacer referencias a *acciones comunicacionales*, lo hacemos concibiéndolas en términos de *prácticas sociales*. Las definimos retomando los aportes de Bourdieu (2007), quien entiende que una práctica social es una estrategia producida por sujetos y grupos en función de la posición que ocupan dentro del campo analizado, que se desarrolla en el tiempo y es irreversible. En este sentido, toda práctica social es el resultado de la relación dialéctica entre las estructuras objetivas externas y las estructuras objetivas internalizadas. Por esto es que toda práctica social está atravesada por una trama de sentidos que se va modificando a través de las interacciones y negociaciones de los sujetos que ocupan posiciones diferenciales en contextos sociales, históricos y políticos específicos. De esta forma, las prácticas sociales pueden ser miradas y analizadas desde la comunicación de manera complementaria con aportes teóricos y metodológicos de distintas disciplinas sociales que nos permiten contextualizar, analizar e interpretar la complejidad de dichas prácticas.

Por otra parte y siguiendo los desarrollos de Martín Barbero (1987: 227) se considera que pensar los procesos de comunicación desde la cultura, significa dejar de pensarlos desde las disciplinas y desde los medios, romper con la seguridad que proporciona la reducción de la problemática de comunicación a la de las tecnologías. Asimismo, entender a los sujetos como productores de sentido, implica comprender los procesos en condiciones materiales e históricas concretas, y a su vez, situarlos en un contexto socio político más amplio, atravesados por procesos de construcción de hegemonía.

A partir de las categorías teóricas propuestas por Laclau y Mouffe, partimos de una concepción de la significación social no definitiva e inacabada. Se considerará al

discurso como un sistema diferencial y estructurado de posiciones (Laclau y Mouffe, 1987), de modo que los elementos analizados no poseerán 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 socialmente construidas. En este sentido, es posible pensar en “arenas de lucha” por la significación social, donde los discursos circulan en un intento por dominar el campo de la discursividad, por cancelar el flujo de diferencias, por imponer un centro (Laclau y Mouffe, 1987). La hegemonía se alcanza cuando una diferencia, sin dejar de ser un contenido particular, logra encarnar la representación de la totalidad social, simbolizar una cadena de equivalencias que implica una operación de exclusión de otros sentidos posibles. Una formación discursiva es la resultante de prácticas de articulación relacionadas con la configuración de lo que se ha llamado puntos nodales (Pecheux, 1978; Laclau y Mouffe, 1987; Žižek, 1992; Cuberli, Lois y Palopoli, 2011). En la superficie de las arenas de lucha por la significación se manifestarán distintos “acentos de intersección” o “acentualidades” (Voloshinov, 1976; Hall, 1998; Cuberli, Lois y Palopoli, 2011) que intentarán alcanzar el sentido de ciertos significantes.

Numerosos estudios indican que “el discurso de la información pública aporta las condiciones principales para la reproducción y la construcción del conocimiento en la mayoría de las sociedades industrializadas” (Van Dijk, 1997, p.70). Es así que el análisis de las políticas de comunicación en relación a la salud materna, la salud sexual y la salud reproductiva requiere del análisis del discurso. Siguiendo con Van Dijk (1987) se considera que en la producción y reproducción de imágenes sobre un nosotros y unos otros, y la transmisión de actitudes impregnan tales prácticas sociales son cuestiones eminentemente discursivas; se adhiere así a una concepción de discurso que supone más que el contenido informacional de los enunciados plausibles de ser dichos en determinado momento histórico, sus condiciones y efectos de enunciability: qué se dice, los modos de ese decir y lo no dicho.

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. 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 observa 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.

En la compilación de trabajos sobre comunicación y salud realizada por Petracci y Waisbord (2011) se contempla la construcción de las noticias sobre salud en los medios (Ganbaccini, Ramirez y Salerno; Eynard y Droveta; Jait; Kaufman, Loewy; Román; Waisbord); la comunicación en instituciones de salud en las que se valoriza la comunicación interpersonal y educativa (Schvartz; Diez, Ghitia, Jait y Oliva; Jalley y Goyos; Albardonado y Cuberli) el análisis de campañas e intervenciones comunicacionales en salud (Vara; Ortiz y Ravalli; Cuberli) y la incidencia de la comunicación en las políticas de salud (Mejía; Arrosi y Thouyaret; Gonzalez; Belardo; Santoro y Chaher).

Por su parte, en el texto sobre Modelo de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado, Juan Camilo Jaramillo López (2008), plantea 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.

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. Daniela Bruno (2011) sostiene 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 y otras, 2011: 8)

Desde este trabajo, se propone complejizar el abordaje de las prácticas sociales de salud-enfermedad-atención desde una mirada 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, dar cuenta de 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 en los procesos de comunicación en salud.

4. El contexto de la problemática

Este capítulo se organiza en tres grandes entradas, la primera da cuenta de la dimensión histórica del problema estudiado. En este apartado se presentará un acercamiento a la cuestión del Estado Moderno y la aparición de políticas públicas que regulan la maternidad, reproducción y la sexualidad a la vez que las ubican como un tema legítimo de salud pública, otorgándole rango de derecho. Por otra parte se referirá al contexto histórico en el cual se creó la Dirección de Maternidad e Infancia y el de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, vale la aclaración que estas imprints histórico-políticas no son cuestiones aisladas ni ilustrativas, sino que serán retomadas posteriormente en los análisis.

En la segunda entrada se presenta el marco normativo. Se realiza un recorrido por las diferentes normas que han ido apareciendo sobre salud sexual, materna y reproductiva y sobre derechos de la mujeres.

Por último, la tercera entrada describe desde un enfoque puesto en las prácticas y en trabajo empíricos las acciones de comunicación social desarrolladas recientemente en las instituciones de salud argentinas.

4.1 La dimensión histórica

Estado moderno y políticas públicas

En el proceso de conformación y consolidación del Estado Moderno, médicos, políticos y pensadores confrontaron para producir nuevos marcos interpretativos -reglas y normas en relación a la maternidad, la sexualidad y la reproducción-, a la vez que contribuyeron para consolidar sistemas generales de racionalidad y las formas de poder e instituciones que las encarnan: la lógica biomédica y la primacía de la institución médica en la significación y normatización del cuerpo, el placer y la reproducción (Bonan, 2003). Desde la consolidación de las disciplinas científicas modernas, la reproducción y la sexualidad han sido objeto de su atención, Foucault (1977) hizo referencia a que la modernidad instalada en occidente a partir de fines del siglo XVIII implicó el reemplazo del orden religioso por el orden racional establecido por el derecho consuetudinario y por el conocimiento científico para la regulación de la vida en sociedad. Estos temas

surgen como objeto de estudio desde fines del siglo XIX, y son considerados desde entonces como un ámbito de las disciplinas clínicas y del trabajo con individuos. Disciplinas como la psicología clínica, la psiquiatría, la pedagogía y la sexología se orientan hacia el estudio de conductas individuales o hacia el «buen funcionamiento» sexual y reproductivo de las personas, basando su discurso en la biología y la medicina, cuya comprensión de lo que llamamos reproducción y sexualidad se refiere principalmente a un funcionamiento universal de los cuerpos biológicos (Bozon y Leridon, 1993; Szasz, 2003).

La emergencia del poder biomédico y del Estado Moderno afectó la antigua hegemonía del poder religioso cristiano. Sin embargo, diversos autore/as sostienen que el marco cristiano no fue eliminado ni se tornó residual (Bonan, 2003; Cáceres, 2002; 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 del poder (Araujo, Guzmán y Mauro, 2000). De esta forma, un elemento fundamental de la tradición judeo-cristiana, como es el poder familiar y jerárquico, fue desincorporado del ‘orden divino’ para ser reincorporado a un ‘orden natural’; y así el principio de la autoridad fue renovado en el despliegue de nuevas racionalidades.

Puntualmente Argentina cuenta con una historia de diversas políticas de regulación de la reproducción, la sexualidad y la maternidad, que pueden ser concebidas como de gobierno de los cuerpos (Foucault, 1995, 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 incluyen 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, 2004). Justamente la noción de gubernamentalidad aportada por Foucault (1978) 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- hizo del rol materno y de la familia nuclear un instrumento cuya normalización se presentó como funcional al capitalismo (Del Río Fortuna, 2007: 67). En este marco, la regulación de la sexualidad y reproducción femeninas hicieron de los

cuerpos de las mujeres unos objetos claves para el control de la población.

En palabras de Claudia Bonan:

En el proceso de conformación y consolidación del Estado Moderno, médicos, políticos y pensadores confrontaron para producir no sólo nuevos marcos interpretativos, reglas y normas en relación a la sexualidad y la reproducción, sino que contribuyeron a consolidar nuevos sistemas generales de racionalidad, y las formas de poder e instituciones que las encarnan: la racionalidad biomédica y la primacía de la institución médica en la significación y normatización del cuerpo, del placer y de la reproducción (Bonan, 2003: 4 y 5).

La historiografía feminista ha señalado que después de la Revolución de mayo desde diversas instituciones, comienza un proceso de *maternalización* de las mujeres. Sostienen que estas tendencias se cristalizan en términos normativos durante el proceso de constitución del Estado nacional entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX, momento en que se consolidan las corporaciones médica y jurídica como partes del mismo Estado. El fin de esta *maternalización* es ajustar las supuestas funciones naturales con ciertos imperativos sociales, que configura un “modelo social saludable” de género: padre proveedor y madre paridora y cuidadora de la reserva potencial de la especie. La maternidad se consolida así como el único destino socialmente consensuado para la mujer y regulado por el matrimonio.

A los fines de esta investigación, se tomarán como relevantes la creación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y la creación del programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, dos hechos históricos marcados por improntas sociales, culturales, económicas y sanitarias diferentes, y movilizados por grupos sociales distintos, impronta que como se verá en el desarrollo del trabajo, permanecen – en diferente grado y medida- hasta el presente.

La creación de la Dirección de Maternidad e Infancia es considerada un hecho emblemático de la política de población de principios del siglo XIX. En un hecho que ha sido abordado desde distintas disciplinas de la Ciencias Sociales y desde enfoques tanto cuantitativos como cualitativos. Por su parte, las políticas y normativas sobre derechos sexuales y reproductivos han sido producto de largos procesos que se iniciaron por fuera del ámbito estatal y de las autoridades públicas. Al adquirir la discusión estado

público la temática llega a las instituciones legislativas y consigue (o no) lograr acuerdos, sobre problemáticas antes no priorizadas, que adquieren interés del estado luego de históricas luchas de los movimientos feministas por poner estos temas en el escenario de los debates nacionales e internacionales, con todo su potencial político.

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

El 21 de diciembre de 1936 se sanciona la ley 12.341 que crea la Dirección de Maternidad e Infancia, bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene. Su finalidad es “propender al perfeccionamiento de las generaciones futuras por el cultivo armónico de la personalidad del niño en todos sus aspectos, combatiendo la morbimortalidad infantil en todas sus causas y amparando a la mujer en su condición de madre o futura madre”. Sus objetivos son la asistencia pre-concepcional, del embarazo y del parto, la vigilancia de los niños desde su nacimiento, la lactancia materna, la alimentación racional y la protección social de los niños necesitados.

Es un momento en que las principales causas de mortalidad infantil son las enfermedades infectocontagiosas, la diarrea y la enteritis (Mazzeo, 1993). En este marco se desarrollan una serie acciones cuyo fin es educar a las madres en los conceptos básicos del cuidado, higiene y alimentación de los hijos recién nacidos, y junto a estas medidas se propone corregir y penalizar prácticas sociales como el infanticidio, el abandono de niños y la no legitimidad conyugal. Este momento se caracteriza por una creciente intervención estatal en la regulación de la vida social y económica, con su correlato en la expansión de los estamentos burocráticos (Lois, 2012). Asimismo, la demanda de médicos ya no se concentra únicamente en los brotes epidémicos, sino que se asocia al mejoramiento de la salud física y moral de la población (Biernat, 2007). Aparece una actitud exigente y autoritaria mediante la cual el Estado norma la conducta de las madres, en el cual se destaca el carácter imperativo e insoslayable que se le adjudica a las responsabilidades maternas.

Las políticas de población del período tienen una característica común: la creciente preocupación por reglamentar y controlar la conducta de los ciudadanos. La creación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia conjugó la preocupación por la reproducción biológica con la de disciplinar y normar conductas. El Estado declaró expresamente que garantizaba la salud del binomio madre-hijo y elaboró una ambiciosa

política sobre el tema (Novick, 1993). Se configura una organización biológica ensamblada a una función social, en la cual la mujer tenía a su cargo, como rol esencial de su propia existencia la función de la maternidad. La mujer era considerada la responsable de la salud corporal y moral del pueblo en su carácter de madre y de futura madre, y en ella se depositaba la esperanza de crear un tipo superior, teniendo como misión ser la conservadora de los caracteres biológicos de la especie. Era preciso, por consiguiente, fomentar la maternidad y, a la vez, asegurar la ejecución óptima de los roles de esposa y madre.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

En el año 2002 se sanciona la ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 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: 33). En esta publicación, donde se presenta un balance de los 7 primeros años del Programa, se reconocen 3 momentos o etapas que resultan interesantes para dar cuenta

del proceso institucional atravesado. La primera etapa de inicio va de 2003 a 2006, el momento de institucionalización de 2006-2010 y el que llaman de consolidación 2010 a la actualidad.

En la 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, esta situación de dependencia ha dejado 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 adentro del propio ministerio.

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

4.2 El marco normativo

De acuerdo con Corrêa y Petchesky (1996) entendemos los derechos sexuales y reproductivos en términos de *“poder y recursos: poder para tomar decisiones en base a informaciones seguras sobre la propia fecundidad, embarazo, educación de los hijos, salud ginecológica y actividad sexual; y recursos para llevar a cabo esas decisiones en forma segura”* (Corrêa y Petchesky, 1996: 149). Estos derechos, envuelven las nociones de integridad corporal y control sobre el propio cuerpo y, a su vez, están en relación con los hijos/as, las parejas sexuales, los miembros de la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Es decir, *“el cuerpo existe en un universo socialmente mediado”* (Corrêa y Petchesky, 1996: 149), y las decisiones sobre los derechos sexuales y reproductivos están fuertemente condicionadas por las dimensiones socioeconómicas, políticas y culturales.

En 1948 los Estados integrantes de las Naciones Unidas proclaman la Declaración

Universal de los Derechos Humanos. En el artículo 2 se aclara que: *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”*. Se suele afirmar que estos derechos fueron proclamados en términos masculinos, dado que hacen referencia a las violaciones de las que eran objeto principalmente los varones, por actuar en el ámbito público o por cuestiones vinculadas con su rol en la producción. El “universal humano” deja de lado lo que sucede en el ámbito privado y en el reproductivo, así como al conjunto de derechos sexuales y reproductivos, a excepción del libre consentimiento para contraer matrimonio.

Ese mismo año, los países que forman parte de la Organización de Estados Americanos aprueban la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y, nuevamente, el lenguaje y el pensamiento inspirador tienen componentes sexistas.

Poco después de la Declaración Universal y de la Declaración Americana comienzan a aprobarse en ambos sistemas una serie de resoluciones, declaraciones y exhortaciones en favor de la igualdad de las mujeres. Pero no fue hasta 1979 que se pudo contar con un instrumento que modificó la concepción de los derechos humanos de las mujeres. Este instrumento es la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAW). La CEDAW es el primer instrumento con perspectiva de género dado que amplía la responsabilidad estatal a actos que cometen personas privadas, empresas o instituciones no estatales y no gubernamentales; obliga a los Estados a adoptar medidas concretas para eliminar la discriminación hacia las mujeres; permite medidas transitorias de acción afirmativa, o de acción positiva; reconoce el papel de la cultura y las tradiciones en el mantenimiento de la discriminación y obliga al Estado a eliminar los estereotipos en los roles de hombres y mujeres; y define la discriminación y establece un concepto de igualdad sustantiva (Bareiro, 2001). La CEDAW goza de jerarquía constitucional en Argentina.

En los años noventa se sanciona la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. La "Convención de Belém do Pará" (1994), también ratificada por Argentina, afirma que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce y ejercicio de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.

Sobre la base de los compromisos asumidos por el Estado de promover medidas de

acción positiva para alcanzar la igualdad de trato y oportunidades para mujeres y varones se creó el Consejo Nacional de la Mujer, y se sancionaron una serie de normas y se revisaron otras. Específicamente en el ámbito de la salud, en 1985 el Ministerio de Salud de la Nación conformó una comisión de trabajo para elaborar una política sanitaria nacional en salud sexual y reproductiva que respondiera a los estándares establecidos por la CEDAW. Paralelamente, en trece jurisdicciones se aprobaron leyes provinciales de salud sexual y reproductiva previas a la norma nacional: Chaco, Mendoza, Neuquén, Misiones, Jujuy, Chubut, San Juan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Río Negro, Santa Fe, La Pampa, Tierra del Fuego y La Rioja.

En 2006 se sancionó la Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica, que agregó el acceso en forma gratuita a la ligadura tubaria en las mujeres y a la vasectomía los varones. Se establecieron como únicos requisitos ser mayor de edad, haber evaluado otros métodos anticonceptivos antes y prestar consentimiento informado a las intervenciones necesarias para acceder a la anticoncepción quirúrgica. Esta normativa llegó tras una larga lucha de amparos judiciales, promovidos especialmente por mujeres que debían solicitar autorización al Poder Judicial para acceder a la ligadura de trompas después de tener más hijos de los que deseaban; fracasar en el uso de otros métodos anticonceptivos; o haber pasado por más de tres cesáreas y correr riesgo su vida si continuaban con nuevos embarazos; haber superado las diez gestaciones y tener calificado el nuevo embarazo como de alto riesgo (PNSSyPR, 2010).

La Ley Nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento estableció los derechos de todas las mujeres en el embarazo, el trabajo de parto y postparto, lo que incluyó los derechos de las/os recién nacidas/os y de los padres varones o bien otras personas cercanas a la mujer, a quienes se reconoce el derecho a acompañar a la mujer en el momento del parto. Esta normativa significa un avance legislativo en relación al cuidado y la libre elección de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. En materia de educación, surge una ley que establece la obligatoriedad de incorporar contenidos de educación sexual en forma transversal a las diferentes materias en las escuelas públicas y privadas, de nivel inicial, primario y secundario. La Ley Nacional N° 26.150 estableció el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Por otra parte, la Ley Nacional N° 25.543 que establece la obligatoriedad de ofrecer a toda mujer embarazada el test diagnóstico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con el fin de evitar que nazcan bebés con el virus del

VIH aunque la madre viva con el virus. En el año 2009 se promulgó la Ley Nacional 26.485 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, con numerosos avances, algunos particularmente ligados a los temas de sexualidad. La ley 26.485 estableció la competencia directa del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el desarrollo de políticas en relación a la violencia sexual, la violencia obstétrica y la violencia contra la libertad reproductiva.

En síntesis, si bien hubo avances respecto a los derechos sexuales y reproductivos persisten ciertos límites duros y constitutivos de la heteronormatividad como la violencia a la identidad trans, etc., y o la negación del derecho al aborto seguro y eficaz (Pettracci y Pecheny 2007; Pettracci y Ramos, 2006). Particularmente, en julio del 2010, se atenuó la heteronormatividad al reconocerse el matrimonio igualitario entre personas del mismo sexo (Ley 26618 -22/07/2010-: modificación Código Civil).

4.3 La comunicación social en instituciones de salud

En la práctica, la presencia de comunicadores/as en instituciones de salud es relativamente novedosa. Más allá de algunas experiencias aisladas, es recién desde hace unos años que se han empezado a conformar áreas de comunicación en diferentes secretarías, direcciones, programas y servicios que tienen a su cargo políticas de salud. En la actualidad es posible observar que en la mayoría de los ministerios de salud pública –nación y provincias- hay áreas de comunicación y comunicadores con funciones diversas. Sin embargo, esta novedosa generalización, no se da de manera homogénea, ni responde a un modelo unificado de comunicación y salud.

Como antecedente de esta institucionalización es posible mencionar a la Residencia Interdisciplinario de Educación para la Salud (en adelante RIEPS). La RIEPS es un postgrado de capacitación en servicio de tres años de duración que forma parte, desde 1987, del Sistema de Residencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La formación de postgrado está orientada a capacitar profesionales provenientes de las ciencias sociales y médicas en el trabajo interdisciplinario aplicado a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Esta residencia, de manera innovadora, incorpora a profesionales de Ciencias de la Comunicación como parte del equipo interdisciplinario que trabaja en educación para la salud.

Recientemente desde el Ministerio de Salud de la Nación se ha realizado un mapeo nacional de los recursos humanos de comunicación en salud. En 2010 se implementó una encuesta entre comunicadores que trabajan en ministerios de salud que tuvo por objetivo trazar una línea de base que contemple las capacidades institucionales en comunicaciones de los ministerios nacionales y provinciales, con el fin de mejorar su gestión e institucionalizar las áreas de comunicación. La muestra estuvo conformada por 113 comunicadores integrantes de áreas, direcciones y programas del Ministerio de Salud de la Nación y de sus pares provinciales. Los principales ejes temáticos indagados fueron necesidades, demandas y expectativas de asistencia técnica y capacitación de los comunicadores del sector, trayectoria profesional y formación específica, condiciones de trabajo, nivel de conocimiento de la oferta formativa específica en su provincia, caracterización del sistema de medios provincial/municipal y del sector asociativo, entre otros.

En el documento de presentación de los resultados se explicita que “la encuesta permitió verificar que un escollo fundamental para lograr ese requerimiento es la tradicional concepción de la comunicación (incluso por parte de algunos de nuestros colegas comunicadores) como el manejo de los medios y el cuidado de la imagen pública de la autoridad sanitaria. Por supuesto, sumando a ello la habitual referencia a ese don, arte u oficio para ‘traducir’ el saber biomédico en mensajes ‘culturalmente adecuados’ que colaboren en la prevención de enfermedades, la promoción de hábitos saludables o el compromiso de la población con el logro de metas previamente establecidas por los decisores de la política sanitaria” (Bruno y otras, 2011: p5-18).

Las investigadoras resaltan como dato interesante que más de la mitad de los comunicadores tiene menos de cuatro años en su cargo actual, y esto coincide con la tendencia reciente de formalización de las áreas de prensa y comunicación, lo que a su vez podría estar indicando el paulatino reconocimiento de la función de información pública y comunicación en salud pública. No se debería descartar que la antigüedad en el cargo, sobre todo en áreas políticamente sensibles, como las de prensa y comunicación (que dependen directamente de los ministros), se deba a los ciclos electorales. Entre los hallazgos se destaca que ni en la práctica ni las expectativas de rol profesional se dimensiona la potencia de la comunicación para transformar la cultura organizacional, crear y recrear otros sentidos posibles y mejorar las interacciones con interlocutores, públicos de interés y ciudadanos.

Es interesante señalar que en este estudio se arriesga una definición de quién es considerado comunicador. Las investigadoras definen como comunicadores a “aquellas personas que tienen a su cargo o estuvieron directamente involucradas en tareas que los equipos reconocieran como relativas a la comunicación social (diseño y realización de campañas, producción de materiales informativos y educativos, prensa, movilización social y comunitaria, etc.) independientemente de que pertenecieran a áreas, direcciones o programas de prensa o comunicación o similares” (Bruno y otras, 2011: p8).

Al ser consultados sobre a qué tipo de tareas han dedicado mayor tiempo en su trayectoria profesional los comunicadores señalan la realización de campañas de comunicación y la elaboración de materiales de información y sensibilización (27,27%), actividades de prensa (26,31%) y tareas asociadas a la producción de materiales educativos y la coordinación de espacios (talleres, reuniones, charlas, etc.) con esos fines educativos en el nivel comunitario (22,48%).

Sin embargo, más allá de estas consideraciones teórico-conceptuales, en la mayor parte de las instituciones se observa una preeminencia de los modelos más cercanos a las ideas del difusionismo, este predominio posiblemente tendrá que ver con

- la competencia entre campos de saber, campos profesionales
- la relativamente reciente creciente número de graduados de las carreras de comunicación, que poco a poco se van especializando
- la propia amplitud del campo de la comunicación y sus múltiples dimensiones.
- el propio origen histórico de las instituciones médicas con fuerte impronta higienista y hasta eugenésica.

A pesar de que este estudio no aborda el análisis de los medios masivos de comunicación, se considera relevante mencionar algunos estudios sobre la temática, dado que esta relación medios-salud constituye parte del telón de fondo, del escenario mediático y de la opinión pública, en el cual se van a inscribir los mensajes producidos por las instituciones públicas de salud. El discurso general de los medios de comunicación actúa como agente en la construcción de valores y hábitos, a la vez que el destinatario-receptor de los mensajes televisivos en gran medida es el mismo que el de los mensajes institucionales, así la configuración de lo que podemos llamar la opinión pública sobre salud en general, y salud materna y reproductiva en particular se nutre de

las significaciones, sentidos y valores aportados por los diferentes actores claves en el campo, la industria de medicamentos y productos relacionados con la salud (alimentos, productos de belleza, etc.), como por las instituciones responsables de su regulación.

En un estudio sobre televisión y salud, realizados por el Área de Evaluaciones del ex Comité Federal de Radiodifusión de la República argentina (hoy Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual – AFSCA) y coordinado por la Lic. Ana Gambaccini, se indagó sobre las estrategias que contribuyen a la construcción simbólica de la “idea de salud” en el ciudadano y a la revisión de los mensajes connotativos que a criterio de los investigadores “podrían tender a confundir respecto a la relación entre el producto publicitado y lo saludable” (Gambaccini, 2009, p.11). Se analizaron diez piezas publicitarias de televisión que utilizan como característica “lo saludable” en sus dimensiones informativa y connotativa. Entre las conclusiones alcanzadas dan cuenta de existen construcciones que podrían confundir al destinatario o que no contendrían la información necesaria para que el consumidor escogiera con competencia un alimento o medicamento, elección que podría incidir en forma negativa sobre su salud (Gambaccini, 2009, p.11). El estudio muestra que las implicancias simbólicas que conllevan los anuncios se encuentran atravesadas por significaciones que aluden a: lograr un cuerpo esbelto y delgado como ideal de belleza, desestimar y eliminar los síntomas que pudieran dar cuenta de múltiples causas, conseguir un alto rendimiento energético psíquico y corporal para responder a las exigencias de la vida actual, y alcanzar los objetivos en el menor tiempo posible, al menor costo y sin esfuerzo.

En 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 PAP (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).

De manera articulada, otro de los temas abordados en el estudio que se consideran relevantes para la presente investigación es el rol de la mujer dentro del hogar. Este rol es señalado en la investigación como una de las principales barreras para la concreción del control de salud periódico. Se señala que *“los testimonios son fiel reflejo de la división sexual del trabajo y roles de género rígidos que ubican la maternidad, la crianza de los hijos y el cuidado del hogar como principal función de la mujer. En consonancia con esto, la falta de prevención o las demoras o postergaciones para consultar al médico se dan exclusivamente en el cuidado de la propia salud y no así cuando se trata de sus hijos u otros miembros del grupo familiar”* (Zamberlin, 2011: 26). La priorización de las tareas del hogar y el cuidado de los hijos son los argumentos que justifican la falta de tiempo para realizar el control médico.

5. Preguntas, Hipótesis y Objetivos

5.1 Pregunta principal:

¿Cómo interviene el orden de género en la elaboración de mensajes sobre salud materna, sexual y reproductiva?

Preguntas complementarias:

¿Cómo se comunica desde los espacios institucionales/estatales de salud? ¿Cómo se elaboran los mensajes de salud materna, sexual y reproductiva dirigidos a mujeres desde el sector público? ¿Qué tipo de relación social se establece a través de los materiales de comunicación e información entre las instituciones de salud y las mujeres destinatarias de esos mensajes? ¿Qué valores aparecen en los mensajes sobre salud materna, sexual y reproductiva?

5.2 Hipótesis principal:

Las campañas de salud refuerzan los roles de género vigentes en la sociedad, en particular aquel que iguala a la mujer – madre (o futura madre).

Hipótesis complementarias:

En la mayoría de los materiales de comunicación sobre salud de la mujer predominan las concepciones normativas en relación a las conductas saludables de la mujer. En los mensajes de salud materna, sexual y reproductiva prevalece una construcción universal de un tipo de mujer identificada como blanca, urbana, heterosexual y madre.

5.3 Objetivo general:

Explorar e identificar los componentes de género presentes en los mensajes dirigidos a mujeres en relación a su salud, elaborados por la Dirección nacional de Maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Argentina entre 2005 y 2010.

Objetivos específicos

- Describir las estrategias de comunicación dirigidas a mujeres en relación al cuidado del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos, elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación entre 2005 y 2010.
- Identificar los modelos de salud que subyacen en las prácticas de comunicación de las áreas seleccionadas.
- Caracterizar el tipo de mujer destinataria en la imagen y los contenidos de los mensajes seleccionados.

6. Metodología

El diseño metodológico

La investigación propuesta requirió de una metodología cualitativa, dado que se trata de un estudio exploratorio–descriptivo. Esta metodología permite dar cuenta de los fenómenos de comunicación social en mayor profundidad y permite, además comprender el proceso mediante el cual 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), las entrevistas en profundidad (Valles, 1997) y el relevamiento documental buscaremos dar cuenta de las acciones de comunicación desarrolladas sobre los temas de salud materna, sexual y reproductiva.

El objeto de estudio se define como las estrategias de comunicación dirigidas a mujeres en relación al cuidado del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos, elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación entre 2005 y 2010. Se consideraron los mensajes dirigidos a mujeres sanas (no aquellas que se encuentran realizando un tratamiento ante una enfermedad ya detectada).

El abordaje empírico requirió de varias estrategias y enfoques metodológicos para la construcción de la evidencia. Se utilizó la técnica de la entrevista semi-estructurada y el análisis del discurso. La técnica de análisis de la información se centró en el análisis discursivo -documental (materiales de comunicación) y de correspondencia (entrevistas).

En esta dirección, los instrumentos de recolección de la información fueron:

✓ Guía de pautas para la observación de los materiales de comunicación sobre embarazo, parto y puerperio y métodos anticonceptivos, dirigidos a la población y elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación argentino entre 2005 y 2010. Grilla clasificatoria de acuerdo a las variables relevantes al estudio.

✓ Guía de pautas para entrevistas semi-estructuradas a:

- Referentes institucionales e integrantes de equipos técnicos de las siguientes áreas del Ministerios de Salud Nacional: Subsecretaría de Salud Comunitaria, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección nacional de Medicina

Comunitaria y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

- Responsables de las tareas de comunicación social de las mismas áreas.

Respecto a la correspondencia entre objetivos y métodos, se considera que los métodos seleccionados son complementarios. Para la identificación de los componentes de género presentes en los mensajes dirigidos a mujeres en relación a su salud, se requiere de un abordaje conjunto de la información provista por las entrevistas y por el análisis de documentos. En el mismo sentido, para dar cuenta de la dimensión intercultural y la explicitación de los modelos de prevención y promoción de la salud que subyacen en las prácticas de comunicación impulsadas desde el sector público, es necesario no solo un análisis de la dimensión material (los productos comunicacionales), sino que ésta debe ser complementada y enriquecida con una análisis del contexto y de las prácticas que los generan.

Corpus de piezas gráficas

Con el fin de analizar las estrategias discursivas que se construyeron en los materiales en relación a la maternidad, la sexualidad y la reproducción, se desarrolló un análisis cualitativo del discurso en sus dimensiones denotativa y connotativa. Para esto se construyó un esquema de lectura a ser aplicado a la estructura narrativa del mensaje.

Se realizó la búsqueda y recolección de los materiales de comunicación gráficos sobre embarazo, parto y puerperio y métodos anticonceptivos elaborados desde el Ministerio de Salud de la Nación entre los años 2005 y 2010: afiches, folletos y cartillas, dirigidos a la población. Se excluyeron los materiales gráficos dirigidos a los equipos de salud.

Estos materiales fueron considerados como documentos públicos, ya que estuvieron elaborados desde instituciones estatales con el fin de su difusión. Luego se los volcó en las guías previamente diseñadas, de modo de contar con una descripción detallada de las estructuras y estrategias de los discursos escritos en varios niveles: estructuras visuales, la sintaxis (estructuras formales de las oraciones), la semántica (las estructuras del sentido y de la referencia), y las relaciones de esas estructuras con los contextos sociales, políticas, históricas y culturales.

Asimismo, siguiendo a Van Dijk, ya en el análisis se dio cuenta del contexto de producción. Los discursos indican, reflejan o señalan su pertenencia contextual. Así las

estructuras contextuales se deben observar y analizar en detalle y también como posibles consecuencias del discurso: ambiente, participantes, roles comunicativos, metas, conocimiento relevante, normas y valores, o estructuras institucionales u organizacionales, etc.

Específicamente, se tomaron las consideraciones del Análisis crítico del discurso (ACD), donde se sostiene una perspectiva social, política y crítica, haciendo foco sobre la manera que el discurso establece, legitima y/o ejerce formas de poder, ya sea de dominación o resistencia. En este sentido, se indagó sobre las formas de conceptualizar a las mujeres en relación con su salud generadas desde la construcción de los mensajes. Asimismo, se intentó explicitar las estrategias discursivas presentes, es decir dar cuenta de la intencionalidad implícita a la hora de comunicar.

Entrevistas semi-estructuradas

- Grupo 1 - Responsables de las tareas de comunicación social de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, la Dirección de medicina comunitaria, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Subsecretaría de Salud Comunitaria.

Con este grupo se apeló a entrevistas testimoniales, donde los/as entrevistados pudieran narrar episodios de su historia de vida como comunicadores en instituciones de salud, haciendo foco en las acciones comunicacionales que realizaron dirigidas a mujeres. Es de destacar que en la mayoría de los casos había una relación previa producto de haber compartido espacios profesionales; por lo cual se buscó un diálogo de carácter personal, de tipo colega a colega. Se trabajó a partir de la empatía y el rapport previo.

- Grupo 2 - Referentes e integrantes de equipos técnicos de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, la Dirección Nacional de Medicina Comunitaria y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Con este grupo se apeló a una situación de entrevista tradicional. Si bien en algunos casos existía un conocimiento previo, se buscó mantener los roles de entrevistadora – entrevistado/a de manera definida. Con las entrevistas se pretendió dar cuenta de las

prácticas cotidianas de producción de materiales de comunicación y construcción de mensajes de salud dirigidos a mujeres sobre las temáticas ya mencionadas.

En el grupo 1 se indagó acerca de las prácticas de comunicación de las/os comunicadores en salud: el proceso realizado a la hora de elaborar un material de comunicación; la forma de producción de esos materiales, la forma en que se toman las decisiones en relación a la elección de frases, colores e imágenes; la definición de los objetivos, los mecanismos de distribución; la realización de un testeo previo con la población objetivo y de un monitoreo y evaluación del impacto, la recepción y la eficacia de los mecanismos de distribución.

Luego se abordó específicamente la elaboración de materiales dirigidos a mujeres: repaso de los últimos materiales elaborados, objetivos de salud de esos materiales, explicitación de la situación que se busca modificar a través de ellos, justificación de la elección de frases, imágenes, tipografía, etc.

En el grupo 2 se indagó acerca del lugar que ocupan las acciones de comunicación desarrolladas desde los ministerios de salud dentro de las políticas y planes dirigidos a mujeres. Se abordó la forma de elaboración de los mensajes y contenidos, sobre los mecanismos de toma de decisiones sobre estos temas.

En relación a las estrategias de muestreo, se optó por el tipo de variación máxima, donde el propósito de la investigación cualitativa es documentar situaciones diversas e identificar patrones importantes en común.

7. Descripción y análisis de los principales hallazgos

En este capítulo se presenta, describe y analiza el corpus de materiales gráficos y la serie de entrevistas realizadas. En el caso de las piezas gráficas, el relato se encuentra organizado en base a un contrapunto entre lo realizado desde la Dirección de Maternidad e Infancia por un lado, y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. A modo de cierre de este primer apartado del capítulo, se adelantan algunas ideas y reflexiones que se retoman en el punto siguiente de las conclusiones.

A continuación, la descripción y análisis de las entrevistas se presentan divididas por grupo de entrevistados/as: el primero es el conformado por responsables o integrantes de equipos de comunicación de las áreas estudiadas. En el segundo se encuentran los/as responsables o integrantes de equipos técnicos de la Dirección de Maternidad e Infancia y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

7.1 Los materiales gráficos sobre salud de la mujer

El objetivo de este análisis es observar la construcción simbólica de maternidad, la sexualidad y la reproducción presentes en los materiales gráficos dirigidos a la población y a los equipos de salud realizados por: la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ambos pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación. Se trata de revisar la dimensión denotativa y connotativa de las piezas gráficas seleccionadas y dar cuenta de ciertas estrategias discursivas.

El recorte del universo a observar fue establecido en función de los materiales publicados en las páginas webs de la Dirección Nacional de maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La observación se realizó en diferentes momentos del mes de septiembre de 2012. Se incluyeron todos los materiales gráficos dirigidos a la población y a los equipos de salud disponibles en esa fecha. No se han incluido producciones audiovisuales ni radiofónicas debido a la reducida cantidad de piezas.

En un primer momento, se aplicó a cada mensaje una ficha de registro (ver Anexo) que comprendió los siguientes datos: emisor institucional, tema, destinatario, tipo de material gráfico. A continuación se elaboraron pautas para el análisis de los contenidos

de las piezas gráficas a ser aplicados a cada una de manera individual; de modo que permitiera a continuación identificar los elementos recurrentes y divergentes.

Se definió como objeto de análisis las construcciones de mujer y madre configuradas en los materiales seleccionados. Se realizó una descripción de cada pieza, marcando la presencia o ausencia de temas de ciertos elementos y la importancia o función en el conjunto. En este sentido se llevó adelante un análisis de contenido y un análisis enunciativo. El análisis se centró en el nivel del mensaje como producción, esta perspectiva permitió reconstruir el perfil y los objetivos comunicacionales de la instancia emisora así como el perfil del destinatario a través de marcas que de ambas figuras quedaron inscriptas en el proceso de construcción del mensaje.

Se define a la enunciación como “un efecto de sentido de los procesos de semiótización por los que en un texto se construye una situación comunicacional, a través de dispositivos que podrán ser o no de carácter lingüístico. La definición de esa situación puede incluir la de la relación entre un ‘emisor’ y un ‘receptor’ implícitos, no necesariamente personalizables.” (Steimberg, O., *Semiótica de los medios masivos*, Atuel, 1993)

Se buscó analizar cómo se construye la figura de quien “emite” el texto: el enunciador, cómo se construye la figura de quien “recibe” el texto: el enunciatario, una relación entre ellos de carácter plenamente discursivo: simétrica, complementaria, inclusiva, cómplice, etc. Las marcas de la enunciación serán los atributos retórico-formales: cómo se habla (estilos gráficos, registro visual y configuraciones textuales: describe, relata o argumenta); los atributos temáticos: de qué se habla (construcción de temas y de lo creíble) y los atributos enunciativos: quién le habla a quién (figura de enunciador, figura de enunciatario y relación enunciativa, situación comunicacional construida).

7.1.1 Las piezas de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Según la página web institucional esta dirección se divide en 3 áreas: salud perinatal, salud integral del niño y nutrición. A su vez a modo de subtítulo se encuentra la frase Salud Integral de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.

A los fines de este trabajo solo se analizarán los materiales contenidos en el área de salud perinatal. Según se lee en el sitio web, esta área tiene por objetivo:

Mejorar la calidad y cobertura de la atención de las mujeres durante la

etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal, a fin de disminuir sus probabilidades de enfermar o morir. (2)

El sitio cuenta con un botón de acceso a Campañas de Salud Perinatal a partir del cual se accede a los materiales gráficos y audiovisuales desarrollados por dicha dirección. Son 9 los materiales gráficos disponibles para descargar en formato pdf y no se distingue entre las publicaciones dirigidas a los equipos de salud de las dirigidas a la población o a otros posibles destinatarios.

A continuación se hace una breve descripción de estos materiales disponibles en la página web institucional.

De los 9 materiales, 5 son flujogramas o gráficos con procedimientos médicos dirigidos a los equipos de salud. Los títulos son: 1. Técnica de Inserción del dispositivo intrauterino (DIU); 2. Recomendaciones sobre Anticonceptivo inyectable trimestral. Acetato de Medroxiprogesterona (DMP); 3. Cuadro de Referencia para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), Depoprovera (DMPA) o dispositivos intrauterinos de cobre (DIU); 4. Importancia del Procedimientos Previos a la Provisión de Métodos de Planificación Familiar; 5. Reanimación del Recién Nacido 2006.

En líneas generales, son materiales explicativos dirigido a los equipos médicos sobre la provisión y entrega de métodos anticonceptivos (a excepción del material sobre reanimación del recién nacido). En los mismos se encuentra abundante información que está organizada en cuadros y subtítulos que incluyen categorías como Precauciones, Generalidades, Procedimientos, Consejerías, y Técnicas.

No tienen una línea estética unificada. Hay diversidad de colores y tipografías, algunos cuentan con imágenes que ilustran los procedimientos. El tono es neutro y buscan generar una relación distanciada con el destinatario, se evidencia una pretensión de presentar la información de manera objetiva.

Por otra parte, los logos colocados en la parte inferior de las 5 afichetas no son los utilizados en la actualidad por el Ministerio de Salud nacional, ni por la Presidencia de la Nación. La referencia institucional es la Dirección Nacional de Salud Materno

Infantil. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Los otros 4 materiales disponibles de manera digital están dirigidos a la población en general. En estos casos, los títulos son: 6. Controlar tu embarazo desde el principio es muy importante para tu salud y la del bebé; 7. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; 8. En Hospitales y Centros de Salud podés informarte y recibir gratis el Método Anticonceptivo que elijas (afiche); 9. En Hospitales y Centros de Salud podés informarte y recibir gratis el Método Anticonceptivo que elijas (folleto).

En este grupo también hay diversidad estética. Se observa el uso de un lenguaje sencillo y pedagógico. Hay mayor cantidad de imágenes e ilustraciones. Los colores que abundan son el rosa, lila y violetas. Las frases elegidas buscan interpelar directamente al destinatario, que se configura como predominantemente femenino –tu embarazo; derecho a ser atendida- en 3 de los 4 materiales. En líneas generales, en un mismo material suelen aparecer las imágenes de un varón y una mujer o la referencia explícita –varones y mujeres de todas las edades- junto con la interpelación directa a la mujer como destinataria de ese mensaje. Se hace permanente referencia a los derechos -es tu derecho, hacelo valer- y hay un predominio del modo verbal imperativo.

Los logos tampoco son los actuales, como así tampoco la propia denominación del ministerio de salud. En varios casos se observa que los materiales corresponden a la etapa institucional cuando el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable estaba a cargo de la Dirección de Maternidad e Infancia.

Mirados en conjunto lo que se observa es que en líneas generales los materiales tienen un estilo serio, todos contienen gran cantidad de información, sobre todo textual. Se diría que son materiales informativos donde se explicitan avances en investigaciones científicas. Varias de las piezas presentan y describen una tecnología médica a partir de un esquema de problema – solución.

7.1.2 El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

Se accede al sitio del programa desde la página del Ministerio de Salud. En el logo del programa se observa una tipográfica de un tamaño mucho mayor para las palabras salud sexual. En este caso, se cuenta con un botón donde se accede a materiales. Al ingresar a esta apartado aparece otras 4 entradas: Materiales Gráficos, Audiovisuales, Spots de

Radio y Guías, Cuadernillos y Libros. (3)

Los materiales son muy numerosos, por lo cual, a los fines de este trabajo, se tomarán solamente los afiches colocados en los materiales gráficos disponibles.

En afiches aparecen 8 piezas. Cada uno cuenta con una imagen y una breve explicación sobre su contenido. Los títulos son: 1. Ginecología / Urología / Proctología / Endocrinología. Salud Sexual y Reproductiva; 2. Tenemos derecho a una sexualidad libre de violencias; 3. Dos Métodos Anticonceptivos Permanente. Ligadura y Vasectomía; 4. El Método Anticonceptivo es el que vos elegís; 5. Lesbianas y mujeres bisexuales; 6. Derechos Sexuales y Reproductivos. Tus derechos; 7. Dispositivo Intrauterino (DIU). Técnica de Inserción; 8. ¿Sabés qué es la Píldora del día después?

En este caso, tampoco se distingue entre los materiales dirigidos a la población de aquellos dirigidos a los equipos de salud. Sin embargo, la gran mayoría son para la población. El único para los equipos de salud es el que trata sobre colocación del DIU y es el mismo que se encuentra en la página de la Dirección de Maternidad e Infancia.

Salvo en este último y en el de la píldora del día después, en los materiales hay una línea estética clara y homogénea. Se observa la conformación de un sistema en el diseño y la ilustración. Predominan los colores brillantes y llamativos. Estos 6 afiches cuentan con ilustraciones o imágenes fotográficas que dan cuenta de situaciones cotidianas en relación a la sexualidad, al uso de los métodos anticonceptivos y al acceso a los servicios de salud.

Los materiales apuestan a lo visual. No hay tanta cantidad de texto y en las frases elegidas, predomina la información presentada de manera despejada y neutral.

La referencia a la línea gratuita para consultas sobre salud sexual se encuentra en todos los materiales de manera muy destacada. Los logos colocados en la parte inferior están actualizados.

7.2 Las entrevistas

A continuación se presentan los puntos más relevantes de las entrevistas, en función de las categorías definidas luego de la desgrabación. Es de destacar que al momento de realizar la entrevista se aseguró el compromiso de mantener resguardada la identidad de lo/as entrevistados/as, por lo cual se utilizan letras a modo de seudónimo. Asimismo,

varios de los candidatos a ser entrevistados en el grupo de profesionales de equipos técnicos no comunicadores, al conversar sobre las preguntas que se iban a realizar prefirieron no ser entrevistados, alegando en todos los casos que las respuestas podían ser muy comprometedoras. Esta situación podría ser un indicio de que las preguntas definidas en el cuestionario van a los nudos problemáticos de los que se espera dar cuenta en esta investigación.

Por otra parte, se ha optado por dos registros diferentes para desarrollar los hallazgos en cada uno de los grupos de entrevistados. En el caso de los/as comunicadores se utilizó una presentación más pegada a la transcripción textual de lo expresado en las conversaciones – entrevistas. Se considera que la propia palabra del entrevistado/a es elocuente. Para el grupo de los no comunicadores, todos perteneciente a profesiones de las ciencias médicas, se utilizó un registro más analítico e interpretativo y menos cercano a la textualidad de lo expresado. En este caso se consideró que resultaba más rico a los fines del análisis presentar estos hallazgos en un marco conceptual más pre-definido.

7.2.1 LO QUE DICEN LOS RESPONSABLES O INTEGRANTES DE EQUIPOS DE COMUNICACIÓN

En relación a las principales acciones de comunicación dirigidas a mujeres que realiza la dirección o el programa del que forma parte, como pregunta introductoria, se indagó acerca de los objetivos, los actores que intervienen en el logro de esos objetivos, las cuestiones que facilitan u obstaculizan las acciones de comunicación y en los resultados alcanzados. A primera vista, este punto puede resultar un tanto extenso a los fines de la presente investigación, sin embargo, se considera importante la descripción que desarrolla para permitir luego construir un argumento en las conclusiones.

En líneas generales, en las entrevistas aparecieron respuestas similares, aunque con matices, en la forma de comprender los objetivos de las acciones de comunicación dirigidas a mujeres:

I. “en relación a los objetivos lo que buscamos es sensibilizar a los efectores de salud y también que la población se empodere respecto a sus derechos sexuales y reproductivos, para eso hacemos distinta folletería y afiches”

L. “nuestros objetivos son fortalecer la difusión de las distintas temáticas, dirigidas tanto a la actualización de conocimientos en los equipos de salud como de información general con acento en derechos para la población”

En algunos casos, apareció la mención a que el área de la que forma parte tiene primordialmente un perfil normativo, es decir elabora las normas que rigen la salud materna, y en este sentido *“las acciones de comunicación tienen que ver con hacer conocer estas normativas a los profesionales de la salud y a la población en general”* (M.)

Como actores participantes del proceso de elaboración y decisión de esas acciones, reconocen a diferentes áreas dentro de las direcciones y programas y a otros actores ministeriales.

A la hora de pensar en los obstáculos se menciona a *“la burocracia administrativa, ya que cada elemento a publicar debe pasar por varias áreas y adecuarse a las normas propias del Ministerio y eso hace demasiado largos los procesos, es imposible calcular cuándo van a salir los materiales y se nos va la planificación al diablo”* (K.). Sin embargo, esta centralización reconocida por algunos/as como un impedimento, es señalada por otros/as como una necesidad *“para mantener un discurso unificado desde el Ministerio”* (H).

Algunos/as reconocen como dificultad la ausencia de mecanismos regulares de evaluación y testeo de los materiales previos a su impresión y distribución *“para probar el impacto de los materiales realizados”* (D.). Al profundizar sobre por qué esto sería un obstáculo, se afirma que no se conoce lo que piensan las destinatarias de los materiales *“hay una imagen de la mujer que está en la cabeza de los directores y a ella le hablamos”* (D.).

Otro de los puntos abordados en las entrevistas fue el proceso de elaboración de esos materiales. Se preguntó por las diferentes etapas y momentos, se indagó sobre los nudos críticos, y sobre la forma en que se distribuyen las tareas. Específicamente se consultó sobre cómo se seleccionan las imágenes y cómo se redactan y definen los textos de los materiales gráficos. Se les propuso que piensen en una situación donde se haya tenido que elegir entre dos imágenes o dos frases y cuál es el criterio para optar por una o por otra.

Sobre el proceso todo/as lo/as entrevistado/as identificaron, en líneas generales, los mismos momentos o etapas consecutivas, que puede reconstruirse de la siguiente manera: En primer lugar se define el tema –el contenido- a comunicar, ahí empieza la recolección de información y la revisión de materiales pre-existentes. Este momento se

consolida con la definición del mensaje, de la idea-fuerza a comunicar. A partir de eso, se proponen formatos y se empieza a construir la idea “creativa”. Se desarrollan varias propuestas de textos y se inicia la etapa de discusión hacia adentro del equipo de comunicación, con el resto de los integrantes de la dirección o programa y también con instancias superiores como Subsecretaría o Secretaría de la cual depende ese programa, o la Coordinación de Información Pública y Comunicación dependiente directamente del Ministro. Este momento es reconocido como uno de los nudos críticos del proceso. En las entrevistas se hace referencia a un momento difícil, por momentos “*cansador hasta agotador*” (D.), donde se ponen en juego la capacidad de argumentación y negociación de cada actor, en un contexto de diferentes posiciones de autoridad, y en el cual el saber técnico –la expertiz- de los/as comunicadores no siempre es reconocida, y las decisiones muchas veces terminan resolviéndose por la palabra de los tomadores de opinión “*en base a sus propias creencias, gustos u opinión o hasta prejuicios*” (J.).

Se reconoce esta instancia como tediosa, larga y de muchas “*idas y vueltas*”, algunos/as hicieron referencia a que “*no sé cómo llegamos a definir el texto del folleto, lo cambiamos tantas veces, volvimos al comienzo otras tantas, que ya uno no se acuerda cuál era el objetivo de la pieza, en un momento lo único que querés es que se apruebe y vaya a imprenta de una vez. En ciertos momentos te preguntás para qué buscamos una idea creativa o para qué nos preocupamos por quienes van a leer el material, si al final se va poner lo que quiere el coordinador*” (H.).

Vale la aclaración de que en algunas de las entrevistas aparece también como la instancia más compleja la preocupación porque los mensajes sean claros para la/os destinataria/os y “*lo más cercanos a la forma de hablar de la a población a la que se piensa como destinataria*” (A.).

Una vez aprobado el texto y los contenidos se pasa a la etapa de diseño. Este período también suele ser conflictivo en ciertos momentos. Lo/as entrevistados comentan que el diseño de las piezas está centralizado, hay un área de diseño que depende del equipo de comunicación que responde al ministro y estos diseñadores reciben los pedidos y elaboran una propuesta. Es decir que esta etapa escapa del control y manejo específico de los actores antes mencionados. Acá también se despliega todo un proceso de negociación, y de ida vuelta con el grupo de diseñadores y se reconoce que la clave es que la demanda sea lo más clara y detallada posible porque “*los diseñadores tienen que armar desde un folleto de alimentación saludable, a uno de cáncer de colón, pasando*

por dengue o consumo de alcohol en adolescentes, y cada tema de salud tiene su especificidad, sus cuestiones críticas y hay que ser cuidadosos a la hora de elegir la imágenes la tipografía para que sean acordes a lo que buscamos informar o comunicar” (H.). Con las propuestas de diseño en la mano, los comunicadores inician la búsqueda de una nueva aprobación por parte de los tomadores de decisiones, siendo un poco más complejo el “ida y vuelta”, dado que el diseño involucra a un área externa al propio programa o dirección y es menor el margen para solicitar cambios y modificaciones.

Una vez finalizada esta etapa se cierra el proceso de producción y se pasa al de impresión que requiere también de numerosos procesos administrativo-burocráticos. Aunque no corresponde a los fines de esta investigación se menciona en las entrevistas un tercer proceso que se menciona es el de la distribución de lo elaborado, proceso que del mismo modo que debe afrontar una serie de nudos críticos.

Al pasar al punto sobre la selección de los textos y las imágenes de los materiales gráficos, lo que se encontró es que el criterio depende de cada equipo de trabajo. En algunos casos, se arranca de la información estadística para definir las prioridades, en otros el proceso se inicia con la realización de grupos focales para conocer las perspectivas de los propios destinatarios frente al tema y en otras ocasiones se reconoce que los criterios son *“poco claros, casi individuales, según experiencias e ideas particulares”* (L.) o que *“algunos también escriben los contenidos en función de una escala de prioridades propia, una escala de valores personales, sin evidencia científica”* (D.).

En relación a las imágenes elegidas, un entrevistado explicó que *“para la utilización de imágenes los criterios de obtención, selección y elección son dispares, en algunos casos (los menos) se toman imágenes per se, en otros casos, se piden imágenes al área de diseño, que cuenta con un pequeño banco de imágenes pre armadas”* (H.). En otra entrevista se respondió que *“cuando se presentan situaciones de discusión en torno a la mejor imagen para ilustrar un material, los criterios de selección están teñidos por el perfil de la profesión de la persona que intervienen en la decisión... Nunca se realizan tests... A decir verdad, las palabras que más se escuchan en estas ocasiones son “ésta me gusta”, “ésta otra no”. Estamos todavía muy lejos de pensar en las imágenes como un elemento significativo”* (D.). Y agregó que *“cuando la discusión es por las frases, la resolución es más o menos la misma, aunque hay más camino recorrido en*

torno a la palabra escrita. El texto se “cuida” mucho más que la imagen. Se discuten sus significados posibles, se intentan desarrollar textos inclusivos, no discriminatorios ni incriminatorios, etc. Pero del mismo modo que con las imágenes, en raras ocasiones se llevan a cabo testeos de los textos” (D.).

En otra de las entrevistas un responsable de comunicación de uno de los programas, comentaba que cuando *“tuvimos que definir la estética general e identidad visual del área, que luego se plasmaría en todos los materiales previstos, la decisión entre las distintas opciones fue tomada por la coordinación del programa en función de la que más le gustó a sus hijos. O sea, la línea estética de los materiales dirigidos a un grupo de población, usuario de los servicios públicos de salud de todo el país, es en última instancia definido por el gusto de un joven, hijo de un médico que vive en la ciudad de Buenos Aires” (B.).*

A continuación, se conversó sobre la forma en que se define al destinatario/a de las acciones de comunicación y cómo los/as imaginan a la hora de pensar y armar las piezas. También se preguntó qué piensan que va a pasar cuando el o la destinataria lea o mire los materiales y qué esperan que suceda.

En algunos casos consideran que *“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.).* Se menciona que *“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.).*

Sobre lo que se espera que suceda cuando la o el destinatario mire o lea los materiales, se menciona que *“esté más informado”, “que se sensibilice sobre ciertos temas”, “que pueda conocer, defender y exigir sus derechos”, “que sepa cómo puede cuidar su salud y la de su familia”, “qué sepa lo que tiene que hacer ante ciertas situaciones por ejemplo en el embarazo o con niños pequeños”.* En otros casos respondieron *“los elaboramos pensando en que le van a resultar atractivos, de interés y aunque no lo lea todo, siempre algo del mensaje puede enriquecer los conceptos previos. Pensando en*

que parte de la población puede ser analfabeta, se espera que el mensaje contenga una ilustración clara y pertinente que ayude a comprender lo que se quiere describir” (H.).

Un entrevistado comentó que *“en la recepción, lo que se espera, naturalmente, es que la destinataria comprenda el mensaje, reflexione, y pueda tomar decisiones informadas... ¿Qué creo que va a pasar? No sé, lamentablemente, no sé. Por sondeos ínfimos que hemos realizado, sabemos que algunos materiales son valorados por las usuarias, ya sea porque brindan información que no circulaba o porque “sensibilizan” respecto a cuestiones que se consideran importantes” D.*

En otro momento de la entrevista se consultó sobre un tema conocido en la evaluación de la gestión como “buenas prácticas” de comunicación en salud, que es la forma habitual en que los entrevistadores se refieren a experiencias interesantes para ser replicadas o difundidas. Se indagó sobre ejemplos que pudieran dar.

Se mencionaron experiencias puntuales y un tanto aisladas en formato audiovisual y con las radios, *“especialmente las comunitarias, que llegan con mensajes acordes a cada comunidad” (M.).* Con respecto a los materiales gráficos, *“los que mejor resultados alcanzan son los que se trabajan conjuntamente con la población, en reuniones o talleres donde tienen la posibilidad de plantear los problemas cotidianos y buscar soluciones locales a los mismos” (M.).*

En algunas entrevistas aparecieron dudas sobre la categoría:

“Para responder a la pregunta sobre ejemplos de “buenas prácticas” deberíamos definir qué son las “buenas prácticas”: ¿Se trata de una comunicación masivamente efectiva?; ¿se trata de una comunicación que logre cambios de hábito?; ¿se trata de una comunicación inclusiva, respetuosa, no discriminatoria, construida colectivamente?; ¿se trata de una comunicación comunitaria, no masiva?, ¿se trata de todo eso junto? Si consideramos que todos esos elementos deberían estar presentes para que alguna actividad sea considerada “buena práctica”, no se me ocurre ningún ejemplo. Sin embargo, veo prácticas efectivas en el campo de la comunicación en salud, pero absolutamente irresponsables y poco éticas, sobre todo, en el sector privado. Veo prácticas que han sido trabajadas desde espacios de discusión colectiva, que en su génesis está la intención manifiesta de ser inclusivas, dirigidas especialmente a un público conocido, identificado, y además participe de las

acciones, pero que a nivel nacional constituyen apenas una gota de agua en el mar” (D.).

También se mencionan ciertas experiencias donde se pudieron discutir los criterios de accesibilidad con la comunidad que utiliza los servicios antes de elaborar los materiales de comunicación. Sin embargo se reconoce que no abunda este mecanismo.

Ya para el final, se preguntó explícitamente si incorporaron la perspectiva de género a los planes de comunicación. Y ante una respuesta afirmativa, la manera en que se ha hecho y las razones de esa decisión. Asimismo, de manera complementaria, se consultó sobre cuáles son los valores que creen deben contener las piezas de comunicación.

En este punto hubo respuestas diferentes. 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 información clara, concisa y útil”* (H.). Parte de los entrevistados afirmaron que intentan trabajar desde la perspectiva de género, que les parece muy importante hacerlo dado que la población destinataria está conformada mayormente por mujeres, *“son las mujeres y adolescentes de todo el país”* (L.).

“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 discutirlos y hacerles cambiar de idea. Ellos en serio creen que cuidar a los hijos, tener que ocuparse de la salud de toda su familia y ser quienes tengan información de los métodos anticonceptivos es responsabilidad de las mujeres. No se cuestionan estas situaciones, no es un problema para ellos. Muchos médicos creen en serio que las únicas que pueden cuidar bien a los hijos son las madres y que si ellas trabajan los niños van a tener seguro problemas de salud y argumentan esta postura diciendo que es lo que vieron toda su vida en su experiencia en el consultorio. En otros casos a veces desde el discurso tratan de ser correctos políticamente, pero a la hora de elegir una imagen para usar en afiches o folletos siempre pero siempre caen en las imágenes estereotipadas de las madres felices” (S.).

“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.).

Estas son algunas de las experiencias relatadas por la entrevistada:

“camino a una actividad del ministerio de salud de nación, que se realizaba en un hospital del conurbano, me senté al lado de un funcionario de un organismo internacional, como sabía que soy comunicadora me dice que quiere que conversemos, porque está muy preocupado por los resultados de la última encuesta de factores de riesgo, sobre todo por la cantidad de mujeres que fuman durante el embarazo. Me dice que tenemos que hacer una campaña de concientización, que él no quiere creer que estas mujeres sean tan malas madres como para no cuidar a sus futuros hijos, sino que seguramente fuman porque no conocen las consecuencias y daños para el bebé, que deben ser ignorantes y hay

que ayudarlas.” (H.).

“en otra ocasión, estábamos trabajando varias áreas en una campaña sobre lactancia materna, es un tema que suele ser complejo y por el solemos tener diferencias en la forma de encararlo, algunos querían un armar mensaje que baje línea a las madres y futuras madres sobre su obligación moral de amamantar... También querían poner algo en relación a que las madres tienen que tener más paciencia, a lo cual los que no estábamos de acuerdo dijimos que el dar la teta no tiene que ver con eso, y que de esta forma no llegábamos al nudo de la cuestión, que para nosotros la clave era tratar de pensar en una mujer de carne y hueso, que acaba de parir, y puede estar cansada, angustiada, asustada y tener otros hijos, un trabajo, una casa de la que ocuparse y que no está bueno hablarles de una forma en que parece que les dijéramos que si no dan la teta son unas cómodas, unas flojas y unas malas madres.” (H.).

7.2.2 LO QUE DICEN LOS RESPONSABLES DE PROGRAMAS Y DIRECCIONES O TÉCNICOS ESPECIALIZADOS

Con este grupo de entrevistados se optó por comenzar con una pregunta general sobre cómo definen a la comunicación y su relación con los temas de salud. Ante esta pregunta reconocen que hay diferentes “tipos de comunicación”. En general, en una misma entrevista aparecieron superpuestas varias de las definiciones enunciadas, sin que ello resultara una contradicción ni un problema para el o la entrevistado/a.

Entre las dimensiones mencionadas aparecen:

- 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 éstas 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”*. Este punto aparece relacionado con la afirmación de que la comunicación no se 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. *“En ocasiones cuando vamos a alguna provincia nos encontramos con problemas de comunicación entre la gente del ministerio de salud provincial y los directores de hospitales, y nosotros vamos como a que se conozcan, a presentarlos y generarles un espacio para que hablen, con una tarea de facilitadores” (F.).*
- En algunas pocas entrevistas se hizo referencia a la relación entre comunicación y cultura *“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.).*

Sobre la relación de la comunicación con las políticas de salud, el tema de los medios masivos de comunicación apareció recurrentemente. En una de las entrevistas a un

coordinador de programa, al referirse a los medios de comunicación como formadores de opinión y representaciones, lo hace colocándolos en el lugar de obstáculos para el acceso al derecho a la salud. Entiende que en el derecho a la salud, la información es un requisito para la toma de decisiones informadas y que sin embargo, los medios –por lo general- “*desinforman*” o no informan de manera correcta sobre temas de salud. Sus argumentos describen a unos medios de comunicación cuyo objetivo es captar audiencias utilizando cualquier recurso y que en ese afán presentan los temas de manera no adecuada:

“nos preocupa mucho el tema de los medios de comunicación, de cómo presentan los temas de salud, la poca seriedad que suelen tener para informar, lo que hacen cuando hay riesgo de epidemias y también las publicidades. Y cómo hacemos desde el Estado para transformar eso, la información es un tema de derecho. Cómo le explicás y le decís a la gente por qué recomendamos ciertas cosas” (F).

Hay coincidencia, en la mayoría de los casos, sobre la necesidad de incorporar a la comunicación dentro de las estrategias centrales de los planes de las direcciones y programas de salud materna, sexual y reproductiva. Sin embargo, a la hora de referirse a lo realizado sobre todo se enumeran los materiales gráficos que han desarrollado; describen el afiche, el folleto, el sticker.

En otros casos, se explicitan dificultades para llevar a cabo las estrategias de comunicación planificadas; se mencionan cuestiones que van desde los procedimientos administrativos, a la falta de claridad sobre los procesos y los tiempos, pasando por las lógicas de los medios de comunicación masivos, a la relación entre los gobiernos y los medios y su influencia en las políticas de salud que quedan inmersas, la dificultad para evaluar y obtener evidencia sobre la efectividad de lo realizado. Podría afirmarse que para este grupo de entrevistados, los procedimientos para desarrollar una política de comunicación no resultan claros, sino que tienen la impresión de que las acciones comunicacionales están regidas por la coyuntura, la urgencia y la informalidad.

En varias de las entrevistas se manifiesta que el objetivo de las acciones de comunicación es “*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 la utilización del verbo “*llegar*”, dado que da cuenta de una distancia, una lejanía, una separación entre dos espacios; 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- se entrega la información, se la coloca y allí termina el recorrido. Al ser este verbo el que utilizan varios de los entrevistados, 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 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 materna, sexual y reproductiva fracasan porque no logran llamar la atención de la población, que es imaginada como poco informada o hasta ignorante de estos temas.

Cabe aclarar que en algunas entrevistas, se señala que no es suficiente con “*acercar la información*”, es decir, se reconoce la complejidad del proceso comunicativo en salud y se considera necesario incorporar a las estrategias y políticas la cuestión de “*cómo generar identificación con los mensajes, que la población sienta como propios los mensajes y los pueda usar en su vida de todos los días*” (E.).

Por otra parte, 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. Desde el programa 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 estas entrevistas puede inferirse que este grupo considera que la función de la comunicación dentro de una política de salud materna, salud sexual y reproductiva es que la población conozca que existe una política, que existe una cierta prestación médica, un servicio o 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 que pueda desarrollar la población, va a ser el medio para forzar o estimular esos cambios y lograr los resultados esperados. La población es en esta construcción el elemento catalizador de las mejoras en los servicios de salud.

Esta construcción puede concebirse, por un lado, como una estrategia del nivel central ante el escenario de un país federal, que implican que el Ministerio de Salud de la Nación no posee jurisdicción en las provincias. Entonces ciertos responsables nacionales pueden pensar que la única forma 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 demande este 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.).

Otra cuestión que aparece recurrentemente es la relación entre comunicación y prevención: *“En los últimos tiempos se trabajó mucho en comunicación para la prevención de enfermedades, se avanzó en la comunicación de los signos de alarma, de la importancia de la vacunación, la detección a tiempo, me parece que falta trabajar un poco más en los determinantes, en los hábitos saludables”* (K)

En relación a las nuevas tecnologías se observa una cierta fascinación por parte de este grupo de entrevistados. Sostienen que trabajaban desde la intuición y que no cuentan con la evidencia suficiente para saber si las estrategias implementadas fueron las adecuadas o no, reconocen haber solicitado a quienes se ocupan de la comunicación en sus áreas que es primordial que armen una página web “linda”, interesante” moderna” o que abran una cuenta de Facebook u otro soporte, sin tener demasiado claro a quienes buscan dirigirse, con qué objetivos y metas, *“tenemos que trabajar con las tecnologías de estos tiempos, con internet, Facebook, hay que llamar la atención, ya ahora nadie lee mucho y los afiches no los mira nadie”* (L.).

Luego de estas preguntas iniciales, se les preguntó sobre la forma en que definen a el o la destinatario/a de las acciones de comunicación y cómo los/as imaginan. También se indagó acerca de qué piensan que va a pasar cuando el o la destinataria lea o mire los materiales y qué esperan que suceda.

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.

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 la confundamos más, solo decir lo justo, por qué hay que hacer tales controles en el embarazo, en qué momento se lo tiene que hacer y donde realizarlo”* (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 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.

Del mismo modo, reconocen que les falta conocer más la lógica de los medios de comunicación masivos, la forma en que se puede articular o no desde el Estado y cómo se organiza esa articulación. En algunos casos se expresa que *“hay mucha ingenuidad todavía en relación a lo que son los medios de comunicación. Muchos piensan que son un lugar neutral donde solo hay que mandar algo, una nota o una opinión, y se va a publicar. Todavía no se ve a los medios como actores y como empresas, sobre todo en nuestros ámbitos entre quienes nos dedicamos a la medicina”* (E.).

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.)

Es de destacar que 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.

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.

8. 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. A continuación, a modo de cierre, se presentarán algunas ideas en torno a la perspectiva de género, la institucionalidad y la gestión de las acciones comunicacionales en dichas políticas.

8.1 Continuidades y rupturas

Al iniciar la investigación se partió del supuesto de que las áreas del Ministerio de Salud seleccionadas –Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable- encaran acciones y definen 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, 2003)- en el transcurso de la investigación se han encontrado continuidades y rupturas interinstitucionales en relación a las definiciones de las relaciones de género presentes en las políticas de comunicación en salud.

8.1.1 Continuidades

A partir del análisis de los materiales gráficos y la interpretación 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. La matriz se organiza básicamente en un doble movimiento.

En primer lugar, lo que se ha encontrado de manera reiterada es la primacía de una visión del mundo socio-cultural instituida a partir de las premisas de la biología, disciplina a la cual se le concede una autoridad que se sitúa por encima de la experiencia

humana. Lo que aparece es el énfasis en la universalidad biológica de lo humano, lo femenino en el caso de esta investigación, 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 relegadas y opacadas a la hora de definir las políticas de comunicación y de concebir a la destinataria de las acciones previstas. La información sobre salud materna y reproductiva es la misma para todas las mujeres del país, en tanto sus rasgos biológicos lo son.

Como segundo movimiento y apoyado en la premisa anterior, aparece la situación, reiterada sobre todo en los mensajes concernientes a salud materna, donde bajo la evidencia empírica se cuelan y traspasan contenidos -no ya relacionados con información sobre cómo prevenir enfermedades o en el caso de nuestra investigación cómo transitar de manera saludable la reproducción, el embarazo, parto y puerperio- sino que se enuncian valores -morales- en los cuales lo que prima es un cierto modelo de maternidad y reproducción. Bajo un registro de aparente universalidad biológica se filtran cuestiones sociales y culturales -juicios de valor- sobre las formas correctas e incorrectas de practicar la sexualidad, la reproducción y la maternidad, que no son posibles de justificar a partir de la evidencia científica.

En el análisis se ha encontrado que en las piezas de comunicación y en el discurso de los entrevistados no hay definiciones claras ni explícitas sobre los límites y las competencias de la institución rectora de salud pública en torno a la sexualidad, la reproducción y la maternidad. Se ha observado la inclusión en los mensajes de salud de temáticas como el amor, la felicidad o el placer, cuestiones que, se considera, no pueden ser reguladas por el 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.

La concepción biológica de la reproducción y la maternidad continúa arraigada en el campo de la salud. La asociación de esas características biológicas con patrones sociales y morales, conlleva a que la diferencia biológica justifique la asignación de roles sociales y así la capacidad de la mujer de concebir la ubica socialmente en el rol de madre. El pensamiento hegemónico que superpone mujer a familia está presente en las

concepciones de salud materna y reproductiva.

La construcción cultural donde la noción de femineidad está ligada casi exclusivamente a la capacidad femenina de engendrar y cuidar la vida humana, es observada como continuidad.

Continuidades en la asociación entre salud de la mujer y maternidad, que se ven manifestadas explícitamente en el análisis de las entrevistas. En líneas generales, en ambos grupos, los/as entrevistados/as dan cuenta del predominio de la interpelación a la población femenina a partir de la asociación con la capacidad reproductiva y de crianza, 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 sociocultural (Faur, 2004). 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, 2000). En el corpus empírico analizado, sobre todo en las entrevistas a responsables de áreas de salud, aparece con fuerza la representación de la población destinataria –definida mayormente 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 materna y reproductiva como un grupo indiferenciado al que llegar-alcanzar, y a la relación comunicacional como transparente y unidireccional.

Estas configuraciones nos acercan a parte de la hipótesis complementaria planteada al comienzo de la investigación, donde se sostiene que en la mayoría de los materiales de comunicación sobre salud de la mujer predominan las concepciones normativas en relación a las conductas saludables de la mujer. Sin embargo queda pendiente una mayor profundización de la perspectiva intercultural, enunciada en la segunda parte del mismo enunciado, donde se afirma que en los mensajes de salud materna, sexual y reproductiva prevalece una construcción universal de un tipo de mujer identificada como blanca, urbana, heterosexual y madre. Se considera que a pesar de tener indicios al respecto, la evidencia no resulta suficiente para aventurar conclusiones sobre esta construcción.

Por último, interesa hacer referencia a la dimensión histórica mencionada en el capítulo

sobre el contexto de la problemática. Esta dimensión no estuvo prevista en el diseño inicial de la investigación sino que apareció en el transcurso de la misma, revelando una gran riqueza analítica. Como parte de las continuidades, se encontraron las marcas del origen histórico en el corpus empírico analizado. Las ideas del higienismo continúan presentes de fondo, como base simbólica, aunque opacado y recubierto de conceptos y construcciones simbólicas actuales.

8.1.2 Rupturas

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 o dirección 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, la investigación dio cuenta de rupturas, sobre todo entre el área responsable de salud materna y la responsable de la salud sexual y reproductiva, donde 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.

A partir del análisis de las piezas gráficas, se observa que cada grupo de materiales contribuye a la producción de cierto tipo de mujer y pone en el centro de la escena 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. Los materiales de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia se centran casi exclusivamente en cuestiones relacionadas con la prevención de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Es observable la impronta biologicista que configura

como destinataria de las políticas de salud a las mujeres en función de su capacidad reproductiva. Las mujeres son interpeladas en los materiales desde su carácter de madres o futuras madres, y cuando los hombres aparecen representados en las imágenes, lo hacen acompañando a esas mujeres en un rol de padre de familia heterosexual. Podría afirmarse que en este grupo de piezas predominan los criterios técnico-morales.

Por su parte, en los materiales realizados desde el Programa de Salud Sexual se observa 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 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. Surge la referencia al placer, al goce y al disfrute en relación a la sexualidad. Esta tematización da cuenta de un posible núcleo conflictivo, donde en un caso la sexualidad queda directamente relacionada con la reproducción y específicamente con la maternidad; 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 madre, y dan lugar a las fisuras en las concepciones tradicionales.

Cabe un comentario especial sobre los materiales de salud sexual e identidades diversas, el desarrollo de estas piezas plantea nuevos escenarios que interpelan de algún modo la hegemonía del saber y la práctica biomédicas, sobre todo al convocar a otros actores sociales a participar del proceso de elaboración de los mismos.

Es posible observar que el discurso ideológico presente en los materiales analizados configura la oposición esquemática de dos modelos o tipos de mujeres, por una parte la mujer como primordialmente madre, cuya función principal es el cuidado y crianza de sus hijos e hijas, y donde este rol es asumido como el espacio de cristalización de los valores elevados de la sociedad, una madre tradicional, que representa el refugio afectivo de los hijos. Este modelo es afirmado –directa o indirectamente– en los primeros materiales analizados. Por otra parte, en un lugar subalterno dentro de la propia institución, aparece una mujer que no se ajusta a ese modelo y genera discursos que intentan poner en cuestión los valores anteriormente mencionados, poniendo como prioridad la sexualidad y reproducción elegidas.

En paralelo, se observa una superposición temática entre los materiales gráficos de estas dos áreas institucionales analizadas. A pesar de ser el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable quien tiene a su cargo la aplicación de la Ley 25673, se evidencia una insistencia en que las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción continúen asociadas a la maternidad y la planificación familiar; insistencia que explicita las disputas dentro del organismo rector de la salud pública y refiere a los intentos de subsistencia de la dominación institucional de modelos y valores encarnados históricamente en ciertas áreas.

Las tensiones 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. Es posible pensar en “arenas de lucha” por la significación social (Laclau y Mouffe, 1987), donde los discursos circulan en un intento por dominar el campo de la discursividad y cancelar el flujo de diferencias. Más allá de la superposición temática, lo que estas prácticas comunicacionales explicitan es de la insistencia en torno a la permanencia de la regulación de la sexualidad y la reproducción en el ámbito de la maternidad. Se presenta una disputa por la conceptualización de ese campo y por las pertinencias y prioridades de las políticas. Pierre Bourdieu (1985) sostiene que en diversos campos sociales se dan “luchas por el monopolio del poder de hacer ver y hacer creer, hacer conocer y hacer reconocer” (Bourdieu, 1995: 87). Así las caracterizaciones que hacen estos discursos de poder en torno a las prácticas sexuales y reproductivas de las mujeres, le otorgan a las representaciones un estatus de verdad y capacidad para habilitar el despliegue o la persistencia de otras prácticas en las instituciones médicas.

8.2 A modo de cierre

A partir de esta compleja matriz podemos observar 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 acerca de los roles femenino y materno.

El análisis de las acciones de comunicación de un área como la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia permite afirmar que continúa apegada a una concepción de mujer similar a la que creó esa dependencia pública a inicios de la década del 30 -a la vez que habilitaba a la medicina como disciplina legítima para intervenir y regular la reproducción y la maternidad- y que continuó en la misma línea en las décadas de gestión institucional que le siguieron, reforzada en paralelo por definiciones afines provenientes de las sociedades científicas, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil.

Desde otro lugar, el análisis de la dimensión comunicacional del Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable -burocráticamente en un lugar de menor jerarquía institucional y que ha sido originada en un momento histórico caracterizado por la apertura y consolidación democrática 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.

En estos análisis se han observado continuidades y rupturas entre estas tendencias y modelos. Desde las continuidades, se encontró que si bien los orígenes son diferentes, 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, las rupturas encontradas dentro de la misma institución de salud plantean un escenario que interpela de algún modo la dominancia descrita 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 tanto madre, a partir de la preeminencia del argumento biologicista y su acento en la 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 reproducción y la maternidad 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 maternidad y reproducción en materia de salud.

En tanto la maternidad 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 maternidad, 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 la maternidad 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.

Ianina Lois - Noviembre 2013

Notas

(1) Sitio web institucional de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. <http://www.msal.gov.ar/promin/> Consulta realizada el 10/07/12.

(2) Sitio web institucional del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/> Consulta realizada el 10/07/12.

Bibliografía

Anderson, Janine (2002): "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.

Bajtín, M. (2003) Problemas de la poética de Dostoievski, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Bareiro, Line (2008): "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.

Barbero, M (1987): De los medios a las mediaciones. Barcelona, G. Gili.

Barbero, J M. (2003).La educación desde la comunicación. Bogotá: Grupo Norma Editorial.

Barrancos, D. (2005) Las mujeres y su "causa", Revista Criterio N° 2308.

Bareiro, Line (2008): "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.

Biernat, C.; Ramacciotti, K. (2008) La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro.

Bonan, C. (2003): Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea. Instituto Fernández Figueira/FIOCRUZ/Brasil. (Documentos PRIGEPP, 2004).

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

Bonder, G. (2002): "Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina", Unidad N° 2, Seminario PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.

Bourdieu, P. (1985 [1975]): "El lenguaje autorizado: las condiciones sociales de la eficacia del discurso ritual" en ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos, Madrid. Akal Universitaria.

- Bourdieu, P. (1996), *Cosas dichas*, Barcelona. Ed. Gedisa.
- Bustelo, E. (1996): “Planificación Social: del Rompecabezas al Abrecabezas”. Cuaderno de Ciencias Sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLACSO. Programa Costa Rica. San José, Costa Rica (Documentos PRIGEPP, 2007).
- Butler, J. (1990): *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge.
- Bruno, D. y otros. (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.1, nº 2.
- Corrêa, S. and Petchesky, R. (1996). “Dereitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista”. *Physis*, vol.6, no.1/2.
- Del Río Fortuna, C. (2007): “El acceso a la ligadura tubaria: un estudio antropológico de la política pública de la ciudad de Buenos Aires”, tesis de maestría en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO.
- Elizalde, S. (2011): *Jóvenes en Cuestión*. Buenos Aires, Biblos.
- Fassin, D. y D. Memmi (2004): *Le gouvernement des corps*. Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, París.
- Fernández, A.M. (2001): “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).
- Fraser, N. (1992): “Repensando de nuevo la esfera pública en el Estado: nuevas perspectivas de análisis”. (Documentos PRIGEPP, 2008). *Debate Feminista*, año 4, vol. 7, marzo, México.
- Fraser, N. y Gordon, L. (1992): *Contrato versus caridad: una reconsideración entre ciudadanía civil y ciudadanía social*. En Amorós, Celia: *Feminismo y ética*. ISEGORÍA. Instituto de Filosofía-Anthropos, Barcelona.
- Gutiérrez, M.A. (2003) “Silencios y Susurros: La Cuestión de la Anticoncepción y el Aborto” en Cáceres, C. y Aggleton, P. *Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el Debate*. Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Foucault, M. (1977) *Historia de la Medicalización*. *Revista Educación Médica y Salud*. Vol.11.Nº 1.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI,.
- Guzmán, V. (2001): “La institucionalidad de género en el Estado: Nuevas perspectivas de análisis”. *Serie Mujer y Desarrollo* 32. Chile
- Guzmán, V.; Lerda, S.; Salazar, R. (1994): *La dimensión de género en las políticas públicas*. Santiago, Chile: Centro de Estudios de la Mujer.
- Gómez Gómez, E. (2002): “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”. *Revista Panamericana de Salud Pública* v.11 N. 5-6 Washington.
- Gogna, M., Pantelides, E., y Ramos, S. (1997). *Las Enfermedades de transmisión*

sexual: género, salud y sexualidad. Buenos Aires: CEDES/CENEP.

Jaramillo López, J. (2008). Modelo de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado. Bogota: USAID/Casal & Associates Inc.

Lamas, M. (1997) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género” en: El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual. Editorial UNAM, México.

Lavigne, L. (2011): “Las sexualidades juveniles en la educación sexual integral”, en S. Elizalde (comp.), Jóvenes en Cuestión. Buenos Aires, Biblos.

Lois, I. (2011): “Una experiencia de comunicación y salud para mujeres indígenas” en Bidaseca K. y Vazquez Laba, V. (comps.), Feminismo y Poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina. Buenos Aires. Ediciones Godot.

Lois, I. (2011): “Comunicación y salud: diversidad e interculturalidad”. La Ventana, Página 12.

Lois, I. y Maier, B. (2012) “Sobre Comunicación y Salud”, La Ventana, Página 12, Buenos Aires.

Menéndez, E. (1985). Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Cuadernos Médico Sociales (Vol. 33, p.55-63) Rosario, 1985.

Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas (H. Spinelli, comp.). Buenos Aires Lugar Editorial.

Miranda, M.; Vallejo, G. (2005) Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Montaño, S. (1996): Los derechos reproductivos de la mujer. En Guzman, L. y G. Pacheco: Estudios básicos de derechos humanos IV. Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Comisión de la Unión Europea, San José Costa Rica.

Moser, C. (1991): La planificación de género en el Tercer Mundo: Enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género. En Guzman, V., P. Portocarrero y V. Vargas, Una nueva lectura: Género en el desarrollo:55-124. Entre Mujeres-Flora Tristán, Lima.

Moser, C. (1998): “Planificación de género. Objetivos y obstáculos” en “Género en el Estado, Estado del Género”. Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres N° 27. Santiago, Chile (Documentos PRIGEPP, 2007).

Nájera, P (1990); “Educación para la salud en el caso del SIDA” en R Nájera (ed) SIDA: de la Biomedicina a la Sociedad, Editorial Eudema, Madrid.

Nari, M. (2004): Políticas de maternidad y maternalismo político, Buenos Aires, 1890-1940. Buenos Aires, Biblos,

Novick, S. (1992) Política y población. Argentina 1870-1989, BsAs, CEAL.

Pantelides, E. A., Binstock, G. y Mario, S. 2007. La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Bs. As.

- Paterman, C. (1996): “Críticas feminista a la dicotomía Público/Privado”, en *Perspectivas Feministas en Teoría Política*, Editorial Paidós, Barcelona.
- Pecheny, M. (2007). “La ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos”. López E. y Pantelides E. (comp.) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA.
- Petracci, M. (2004): *Salud, derechos y opinión pública*. Serie: Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación: no. 27. Buenos Aires, Norma.
- Petracci, M. (2007): *Argentina: derechos humanos y sexualidad*. Centro Interamericano de Sexualidad y Derechos Humanos. Buenos Aires: CEDES
- Petracci, M. (2011). “Derechos sexuales y reproductivos: la trama histórica en la argentina” en Petracci, M. (Coordinadora), Brown, J. y Straw, C. (Colaboradoras). 2011. *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Editorial Teseo: Buenos Aires.
- 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” en Carbonetti, A., González, L. (comps), *Historias de salud y enfermedad en América Latina, siglos XIX y XX*; Centro de Estudios Avanzados, UNC, Córdoba; 2008.
- Ramos S., Gogna M., Petracci, M. & Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- Rosenfeld, M. (2007): “Programación estratégica, análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. La gestión y evaluación de políticas de equidad de género”. Unidad N° 1, Seminario PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.
- Scott, J. (1996) “ El género una categoría útil para el análisis hiscótirco en: Lamas Marta compiladora (1997) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. Editorial UNAM, México
- Serra M, Gómez OL, Méndez F, González E. (2001) *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.
- Suriano, J. (2000) *La cuestión social en Argentina. 1870-1943*, Bs As, la Colmena.
- Tajer, D. (2007) “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud” PRIGEPP / FLACSO Argentina
- Terán, O. (1983) *América Latina: positivismo y nación*. México: Ed. Katún.
- Torrice Villanueva, E. (2004). *Abordajes y períodos de la teoría de la comunicación*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Uranga, W., Femia, G., y Díaz, H. (2002) “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. (1991): *Sexo y filosofía. Sobre mujer y poder*. Anthropos, Barcelona.

Van Dijk, T. (1987) *Communicating Racism: Ethnic Prejudice in Thought and Talk*: sage

Zamberlin, N. (2011) *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP*. PNPCCU Ministerio de Salud, Buenos Aires.

ANEXO

- Ficha para materiales gráficos.
- Guía de Entrevistas.

Ficha de Registro

Emisor institucional	
Tema	
Destinatario	
Tipo de material	

Ficha de Clasificación

Descripción general		
Organización del contenido	<i>Frase fuerza</i>	
	<i>Personajes</i>	
	<i>Espacios</i>	
	<i>Tiempos</i>	
	<i>Acciones e interacciones principales</i>	
Organización de la modalidad técnica de expresión	<i>Imágenes</i>	
	<i>Textos</i>	
	<i>Tipografías</i>	
Estilo		
Formato		

Ficha de Análisis

Mensajes informativos, valorativos o mixtos	
<i>Tópicos</i>	

Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas
(PRIGEPP)

Estimado/a

Me encuentro realizando la tesis de maestría sobre Políticas Públicas de comunicación sobre salud de la mujer, bajo la dirección de la Dra. Mónica Petracci.

En la investigación me interesa indagar acerca de las acciones y estrategias comunicacionales sobre salud de la mujer, a partir de un abordaje intercultural y de género.

Específicamente, busco responder a la pregunta de cómo se comunica desde los espacios estatales de salud, cómo es el proceso de elaboración de los mensajes, y qué tipo de relación social se establece a través de los materiales de comunicación entre las instituciones de salud y las mujeres destinatarias de ellos.

En este recorrido, sería muy enriquecedor para mi investigación, contar con su opinión. Cabe aclarar que se mantendrá de manera rigurosa el anonimato de las opiniones y la estricta confidencialidad de las fuentes. La información que me aporte la entrevista será utilizada para entender las articulaciones entre salud y comunicación desde una perspectiva de género e intercultural. Su nombre o cualquier otro tipo de identificación personal no serán nunca mostrados en un informe de este estudio.

GUÍA ENTREVISTAS NO PRESENCIALES

1. Describa brevemente cuáles son las principales acciones de comunicación que realiza la dirección, el programa o área de la que forma parte.

¿Qué objetivos persiguen estas acciones?

¿Qué actores intervienen en el logro de los objetivos?

¿Qué facilita/ obstaculiza el desarrollo de estas acciones?

¿Qué resultados se alcanzaron a partir de la implementación de acciones comunicacionales?

¿Quién es el o la destinatario/a de las acciones de comunicación? ¿Cómo las o los imagina?

2. ¿Qué materiales de comunicación realizan?

¿Cómo es el proceso de elaboración de esos materiales?

¿Cuáles son los momentos, las etapas? ¿Cuáles son los nudos críticos?

¿Cómo se distribuyen las tareas? ¿El diseño, la redacción, la búsqueda de imágenes?

¿Cómo se toman las decisiones? Por ejemplo ante dos imágenes, cómo define cuál es la más indicada? Ante dos frases cómo se opta por una de ellas?

¿Qué cree que va a pasar cuando el o a destinataria lea o mire los materiales?

¿Qué es lo que esperan que suceda cuando lea o mire los materiales?

3. ¿Qué ejemplos de buenas prácticas de comunicación en salud podría mencionar?
¿Qué falencias encuentra en este campo?

¿Qué valores cree que es necesario cumplir a la hora de informar desde un área o programa del Ministerio de Salud?

¿Han incorporado la perspectiva de género a los planes de comunicación? ¿Por qué? ¿Cómo?

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

CARGO:

ANTIGÜEDAD EN EL CARGO:

NIVEL EDUCATIVO:

PROFESIÓN:

Gracias por su tiempo y colaboración!

Ianina Lois

ianilois@gmail.com