

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

David Javier Abramovici

Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con infecciones de transmisión sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Grisel Adissi

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.174058>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Abramovici, D. (2015). *Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con infecciones de transmisión sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Abramovici_D_Representaciones_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar





UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
12ª Cohorte (2009-2011)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO:

Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno

Maestrando

Profesor Abramovici David Javier

Antropólogo

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Grisel Adissi

Socióloga

Fecha de entrega

30 de Marzo, 2015

Lanús, Argentina.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
12ª Cohorte (2009-2011)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO:

Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno

Maestrando

Profesor Abramovici David Javier

Antropólogo

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Grisel Adissi

Socióloga

INTEGRANTES DEL JURADO

Mgr. Brenda Pareyra

Dra. Romina Laura Del Mónaco

Mgr. Damián Herkovits

FECHA DE APROBACIÓN

16/11/2015

CALIFICACIÓN

A Yami, Laura y Rafael...

A mí nona y a mi abuela, Miranda y Kalomira.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el final de un largo y difícil recorrido para encontrar, encontrarme, conocer, comprender y aportar. Seres muy queridos y personas comprometidas intervinieron dando sentidos al recorrido de forma directa o con su sólo estar conmigo. Siempre tuve de todos/as la continua, necesaria y potente certeza de sus presencias. Muchos motivos de agradecimiento para breves menciones: Secretaría de Salud de Moreno; Dra. Grisel Adissi; Dra. Susana Margulies. A los/as profesionales que con cálida predisposición aceptaron ser entrevistados/as; a mis compañeros/as de Maestría; a mis queridas/o compañeras/o de Salud Comunitaria; Estela Gómez; Marce Zelarrayan; Lic. Mirta Sernadas; a los Colectivos Salud y Sociedad y Murmurando Territorios. A los/as queridos/as amigos/as Martín, Santiago, Blas, Chino, Hugo, Juan Manuel, Félix, Paula, Cecilia, Natalia, Eric, Roberto, Marcelo y Ezequiel.

A Laura y Rafael por su sensibilidad, amor, fuerzas y ejemplo de compromiso coherente; a Yamila, hermana del alma; a Gabriel, “primigo” mío; a La tía Mónica. Y a mí hermosa Gaby, amor profundo y apoyo vital en este recorrido... y más allá

Gracias totales, integrales y holísticas.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

RESUMEN

Desde un enfoque antropológico basado en entrevistas abiertas y en profundidad se realizó un estudio de descripción y análisis de las representaciones y prácticas de profesionales médicos del primer nivel de atención, sobre la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual. Problematizando el momento de la atención, como instancia de producción de salud inmersa en la cotidianeidad de los efectores de dicho nivel, se profundizó en una mirada sobre las formas de desarrollar el *trabajo vivo* en salud, potencial productor del acto de salud. La racionalidad y saberes que operan en las diversas prácticas en el momento de la atención fue problematizada desde un marco teórico que tuvo en cuenta las distintas relaciones de poder que determinan el proceso de salud, enfermedad y atención de los sujetos sociales. En ese sentido, tanto la construcción del acceso al primer nivel de salud como las prácticas y representaciones durante el momento de la atención son fenómenos que buscaron ser comprendidos teniendo en cuenta su vinculación con las formas como socialmente se construye la sexualidad, las relaciones de género, modos de vida y formas de comprender los padecimientos de quienes demandan atención.

PALABRAS CLAVE: Infecciones de Transmisión Sexual; Prácticas y representaciones; Sexualidad; Primer nivel de atención.

ABSTRACT

From an anthropological approach based on open interviews and in-depth study of description and analysis of the representations and practices of medical professionals of primary care on the care of people with sexually transmitted diseases was performed. It problematizing the time of care, as production instance immersed in everyday health effectors that level, deepened into a look on ways to develop health living labor, producer potential health act. The rationality and knowledge operating in various practices at the time of the attention was problematized from a theoretical framework that took into account the different power relations that determine the process of health, illness and care of social subjects. In that sense, the construction of access to primary health care as the practices and representations during the time of care are phenomena that sought to be understood taking into account its relation to the ways in which sexuality is socially constructed, gender relations, lifestyles and ways of understanding the suffering of those who demand attention.

KEY WORDS: Sexually Transmitted Infections; Practices and Representations; Sexuality; Primary care level.

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Selección de profesionales realizada y código de entrevista.....	36
Cuadro 2. Infecciones de transmisión sexual. Etiología.....	177
Cuadro 3. Complicaciones y secuelas por infecciones de transmisión sexual.....	178

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Población por grupo de Edad. Partido de Moreno 2010.....	39
Tabla 2. Cobertura de profesionales en unidades sanitarias por zona.....	41
Tabla 3. Eventos de ITS en el municipio de Moreno por año.....	44

LISTADO DE GRÁFICOS

Grafico 1. Pirámide poblacional del total del partido.....	40
--	----

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CIC: Centro de Integración Comunitaria

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

LGTB: Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales

ONG: Organización no gubernamental.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

s/e/a: salud, enfermedad, atención.

US: Unidad Sanitaria

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 <i>Propósito.....</i>	13
1.2 <i>Problema.....</i>	13
1.3 <i>Hipótesis.....</i>	13
1.3.1 Hipótesis Primaria.....	13
1.3.2 Hipótesis Secundarias.....	13
1.4 <i>Objetivos.....</i>	14
1.4.1 Objetivo general.....	14
1.4.2 Objetivos específicos.....	14
1.5 <i>Las ITS en la actualidad.....</i>	15
1.6 <i>Mirando transversal e históricamente.....</i>	18
1.7 <i>Sexualidad, relaciones de género y salud pública.....</i>	31
2. METODOLOGÍA.....	33
2.1 <i>La investigación.....</i>	34
2.2 <i>Caracterización de los entrevistados.....</i>	35
2.3 <i>Análisis de los datos.....</i>	38
3. DESCRIPCIÓN DEL CAMPO EMPÍRICO.....	39
4. INFECCIONES, PADECIMIENTOS Y TRABAJO EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	49
4.1 <i>Modelos, el día a día, sus prácticas y representaciones.....</i>	57
4.2 <i>Modelos, prácticas e historia en el cotidiano.....</i>	66
4.3 <i>Rutinas, día a día y materialidades.....</i>	68
4.4 <i>Los registros, los papeles, el papelerío.....</i>	72
4.5 <i>Conclusiones.....</i>	78
5. ENFOQUES Y ACCESOS EN EL PRIMER NIVEL DE	

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

ATENCIÓN	81
<i>5.1 Situándonos brevemente en un primer nivel</i>	82
<i>5.2 Quiénes vienen, a dónde vienen</i>	85
5.2.1 Las mujeres, en edad reproductiva	85
5.2.2 Población gay, lesbiana, bisexual, travesti, trans	99
5.2.3 Los varones, los maridos, la pareja	104
5.2.4 Derivaciones, accesos y caminos en un primer nivel	105
5.2.5 Acceso al testeo de infecciones	111
<i>5.3 Candidatos y candidatas de la zona</i>	112
5.3.1 La plataforma	112
5.3.2 ¿Quiénes se ven como candidatos?	117
<i>5.4 Conclusiones</i>	126
6. SEXUALIDADES, INFECCIONES Y SENTIDOS	128
<i>6.1 Salud, salud sexual y salud pública</i>	130
<i>6.2 ITS, VIH y salud pública</i>	132
<i>6.3 Vida privada, ITS y prácticas en salud</i>	134
<i>6.4 Las puertas que no se quieren abrir</i>	149
<i>6.5 Conclusiones</i>	155
7. CONCLUSIONES FINALES	158
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166
9. ANEXO A - ITS. Etiología	177
10. APÉNDICE A - Guía para entrevista abierta a profesionales médicos	180

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Propósito:

A partir del análisis de las representaciones y prácticas de profesionales médicos, que se desempeñan en establecimientos del primer nivel de atención, sobre la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se pretende generar un conocimiento de utilidad para problematizar la atención y al mismo tiempo mejorar la respuesta preventiva a las ITS y sus padecimientos.

1.2 Problema:

¿Qué representaciones tienen y qué prácticas desarrollan los/las¹ profesionales médicos del primer nivel de atención del municipio de Moreno sobre las infecciones de transmisión sexual y la atención de sujetos que padecen alguna/s de ella/s?

1.3 Hipótesis:

1.3.1 Hipótesis primaria:

A pesar de la significativa incidencia de las ITS en las poblaciones y de las normativas vigentes que establecen la importancia y necesidad de atenderlas y registrarlas, los profesionales médicos no desarrollan una labor sistemática que las incluya en el trabajo de la atención. Esta situación es producto de procesos de construcción biomédica en salud pública que dificultan abordar y problematizar las relaciones de género y las sexualidades que intervienen en el proceso salud, enfermedad y atención

1.3.2 Hipótesis secundarias:

¹ Se ha procurado evitar el lenguaje sexista. Sin embargo, a fin de facilitar la lectura, no se incluye el recurso como la @, x y se limitó el uso de barras “as/os”. En aquellos casos en que no se ha podido evitar pluralizar el masculino, dada la forma del idioma español de nombrar el plural, deseo se tenga en cuenta mi intención no sexista al redactar el presente estudio.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

En el campo de la salud hegemonizan concepciones biomédicas, heteronormativas y patriarcales. De esta manera, la dimensión biológica, la orientación sexual heterosexual y la representación de la mujer desde la maternidad poseen dominancia a la hora de abordar las ITS.

En el primer nivel de atención, la respuesta a las infecciones de transmisión sexual tienden a reproducir pautas hegemónicas que conciben la sexualidad primordialmente desde lo reproductivo focalizándose así predominantemente en la atención del binomio madre/hijo.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo general:

Describir y analizar las representaciones y prácticas médicas sobre las ITS y la atención de personas con alguna/s ITS durante la atención en el primer nivel de salud del municipio de Moreno (Provincia de Buenos Aires).

1.4.2 Objetivos específicos:

Describir y analizar las representaciones de médicos de unidades sanitarias, sobre las ITS y la atención de personas con alguna/s ITS en términos de nociones, categorías, prescripciones y aspectos normativo-valorativos.

Explorar la existencia de prácticas referidas a la detección temprana de personas con alguna ITS y, en caso de que las haya, describirlas analizando qué sentidos otorgan a dichas acciones.

Explorar la existencia de prácticas de prevención primaria –asesoría en ITS y manejo de recursos preventivos- y, en caso de que las haya, describirlas analizando qué sentidos otorgan a dichas acciones.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

1.5 Las ITS en la actualidad

Las ITS y sus complicaciones (listado de ITS, etiología, Anexo A), se encuentran entre las cinco primeras categorías de enfermedades que llevan a los adultos a buscar asistencia sanitaria en los denominados países en desarrollo (OMS, 2014). En muchas ocasiones son mortales (García Reza, 2001) y son las poblaciones marginadas quienes más se ven afectadas por las dificultades para acceder a los servicios de atención de salud (OPS, 2007).

Las ITS constituyen un grupo importante dentro de las enfermedades infecciosas y, a pesar de ser prevenibles, diagnosticables y tratables, hoy son consideradas epidemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011)². Los estudios señalan que anualmente se diagnostican más de 448 millones de casos de ITS nuevos en el mundo a causa de sífilis, gonorrea, clamidia y tricomonas especialmente y más de 50 millones se producen en el continente americano (OPS, 2005; Cardona *et al.*, 2012; OMS, 2011)³. Otros estudios (Castaño Castaño *et al.*, 2009) hablan de 250 millones de casos nuevos por año en el mundo, con una infección diaria de 900 mil personas, sin contabilizar al VIH-Sida. Sin embargo, los datos sobre estas infecciones son escasos a diferencia de lo que ocurre con el VIH-Sida⁴, sobre todo entre población joven y que mantienen relaciones sexuales (Calderon, 1999; OPS, 2007).

Si bien organismos internacionales esperaron una fuerte disminución en la incidencia de estas enfermedades por la realización de campañas preventivas especialmente la promoción del uso de preservativo (Cardona Arango, *op.cit.*, OPS 2007),

² Las vías de transmisión de las ITS pueden ser: a) relaciones sexuales sin protección; b) de madre a hijo: durante el embarazo, durante el parto y/o por la leche materna (en el caso del VIH solamente) y c) transfusión u otro contacto con sangre o hemoderivados.

³ A estas estimaciones se le suman las 35,3 millones de personas infectadas por el VIH. (OMS 2014)

⁴ En informes y boletines de distintos organismos del Ministerio de Salud de la Nación y la OPS la información epidemiológica sobre las ITS se encuentra, por ejemplo, dentro de la categoría “*HIV/SIDA and other STIS*” y la información existente sobre estas “*others*” ITS se reduce únicamente a sífilis para las categorías de “*Men who have sex with men with active syphilis*”, “*Sex workers with active syphilis*” y “*antenatal care attendess*” (Global Health Observatory, OMS 2009 - 2014). Dentro de la selección de 18 enfermedades infecciosas realizadas para las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009 - 2013 de la OMS no se encuentra ninguna ITS (Estadísticas Sanitarias Mundiales, OMS 2009- 2013). Y en los boletines de la Dirección Nacional de SIDA y ETS no figura información epidemiológica de ninguna ITS que no sea VIH y recientemente Hepatitis virales. (Dir.Nac de SIDA y ETS 2008- 2013)

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

en los últimos años no han habido modificaciones significativas (OPS, 2011), siendo las ITS uno de los principales problemas sanitarios en el planeta reflejado también en sus importantes costos económicos y sociales. Estos costos económicos por las infecciones y sus complicaciones son de una importante magnitud ya que según la OPS (2007) figuran entre los 10 motivos principales de visitas a centros de salud del primer nivel de atención.

Estas infecciones, como conjunto, tienen su historia singular tanto en la salud pública como antes de la institucionalización de la biomedicina en el siglo XVII. Primero fueron denominadas enfermedades venéreas y hasta entrado el siglo XX distintas infecciones eran asociadas a la ‘incurable y temida sífilis’, con distintas interpretaciones sobre su origen e infección (Potenziani Biguelli y Potenziani Pradella, 2011). Ésta enfermedad previamente a ser denominada como venérea, era llamada según el lugar con el nombre del pueblo o nación enemiga política. Por ejemplo morbus gallicus para los italianos, “enfermedad italiana” para los franceses, “enfermedad portuguesa” para los japoneses, para los rusos “enfermedad polaca”, los turcos la llamaban “mal de los cristianos”.

De igual forma pero ya sobre los individuos y no los pueblos a lo largo de la historia se daban distintas razones a las formas de contagio tanto de la sífilis como de las diversas infecciones de transmisión sexual. Podían ir desde explicaciones relacionadas únicamente con las prácticas y posiciones sexuales, las condiciones higiénicas de las parejas o explicaciones religiosas y morales al comprender la infección como un mal “merecido” por mantener relaciones extramaritales o sea “impuras”. Las razones dadas solían tener estas variantes relacionadas. (Ibíd.).

En las primeras décadas del siglo XX en la Argentina del pensamiento eugenésico y positivista, las respuestas a las “venéreas” formaban parte de una concepción de “defensa social” contra males que podían afectar el desarrollo de una “raza ideal” para la nación. Las mismas eran comprendidas como expresión del “desorden moral” que, junto con el “desorden social”, debían combatirse para desarrollar la sociedad según ideales raciales, burgueses y religiosos, católicos. El desorden moral era el responsable de las enfermedades venéreas, eran éstas un agente disgénico (Miranda, 2011) que junto con otro

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

tipo de alteraciones o anormalidades, podía impedir el devenir de una raza capaz de llevar el país al éxito.

En la actualidad estas infecciones se agrupan en un conjunto de entidades clínicas infecto-contagiosas cuyo denominador común es la vía de transmisión: de persona a persona por vía del contacto íntimo, siendo éste casi exclusivamente por medio de las relaciones sexuales sin protección. Pasan así a ser llamadas primero Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y luego Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Actualmente en el campo de la salud, la atención de las ITS conforma uno de los componentes del trabajo en políticas de salud denominado salud sexual y reproductiva. En los niveles y ámbitos de gestión y planificación centrales del Estado, las denominaciones de los programas que rigen las políticas sanitarias referidas a sexualidad y reproducción, se han ido modificando a partir de la incorporación de la denominada perspectiva de género, las demandas de movimientos de la diversidad sexual y abordajes en salud. Estas modificaciones han ido planteando prácticas que favorecen la construcción de la autonomía de los sujetos para su cuidado y la toma de sus decisiones⁵ en contraposición con corrientes cuyas concepciones favorecen normativas basadas en construcciones morales alrededor de las prácticas sexuales que "deben" realizar o no las personas para su cuidado y el de los demás.

Hoy entre las ITS, el problema del VIH-Sida constituye el foco principal que concentra prácticamente toda la atención y recursos de organismos internacionales, los estados y distintos actores de la sociedad civil desde los comienzos de la epidemia en los inicios de la década de 1980.⁶ Sobre este principal foco de atención que paso a ser el VIH es importante destacar también su efecto en términos de la apertura a distintas construcciones sociomorales que se han realizado a lo largo de la historia de esta enfermedad como por ejemplo la asociación VIH-plaga gay (Grimberg *et al.*1997). El

⁵ El programa ministerial originalmente denominado de "planificación familiar" pasó a llamarse de Salud Sexual y Reproductiva y cabe aclarar que si bien las políticas y los programas cambiaron sus nombres, en las prácticas a nivel local los profesionales y personal de salud en general continúan "hablando" de planificación familiar o salud reproductiva para referirse a este programa.

⁶ Es importante destacar que la atención y prevención de las ITS en general adquirió mayor importancia en el sector salud en 1983 en conjunto con la vigilancia epidemiológica del VIH cuyos primeros casos se registraron en 1981 (García Reza, *op. cit.*).

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

análisis de estas construcciones permite problematizar los distintos procesos de vulnerabilización social sobre las poblaciones a partir de estigmatizaciones, prejuicios y exclusiones relacionadas con determinadas formas de comprender la sexualidad, las relaciones de género, clase y/o etnia.

1.6 Mirando transversal e históricamente:

En esta investigación describiré y analizaré las representaciones y prácticas de los profesionales médicos del primer nivel de atención sobre: las ITS, quienes las padecen, la atención brindada y la prevención de las mismas.

Buscamos esto a partir de desarrollar el trabajo propuesto en el campo de estudios sociales en salud los cuales formulan un aporte fundamental a la búsqueda de una "síntesis comprensiva" de la complejidad a partir de las formas como los sujetos experimentan y tratan la enfermedad y sus padecimientos. Esto es el desarrollo de distintas perspectivas interpretativas en antropología y sociología de la salud que problematizan cómo los sujetos en un contexto determinado se apropian de los conjuntos de ideas y creencias sobre la enfermedad, la salud y sus cuidados. (Recoder, 2006).

Este campo sociológico se desarrolla críticamente siendo parte fundamental y fundante del campo de la Salud Colectiva (De Almeida Filho y Silva Paim, 1999; Laurell, 1986; Menéndez, 1985; 2004; 2009; Menéndez y Di Pardo, 1996; Spinelli, 2008). Dentro de ambos campos pertenecientes a su vez al de la salud me situare en la presente investigación, más concretamente desde un enfoque antropológico.

Me ha interpelado en la referida mirada sociológica su capacidad de construir problemas en el campo de la salud desde una perspectiva desarrollada a partir de una ruptura epistemológica (Bourdieu *et al.*, 1975). Este quiebre en la forma de comprender y conocer la realidad significa que no recurriendo a los principios explicativos de otras ciencias se construye un objeto a partir de los sistemas de relaciones objetivas, histórica y socialmente configuradas. Esto significa aquí, entre otras cosas, que no se parte de los procesos de salud-enfermedad como problema a solucionar, sino que me centraré en el

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

análisis de lo que efectivamente sucede desde las respuestas dadas socialmente⁷. No refiero con esto que no observaré problemas que pueden existir en el campo del trabajo en salud de las ITS y las personas que las padecen buscando soluciones. Como ya se ha planteado me ubico para este trabajo desde la perspectiva de la Salud Colectiva desde la cual no solo se desarrolla una posición política en un sentido de una resolución de estos problemas basándose en derechos universales y “*en defensa de la vida*” (Sousa Campos, 2001; Granda 2004; Merhy, 2006) sino que a la vez se plantean distintos desarrollos y propuestas desde la mirada de la gestión para poder concretar dichas aspiraciones político ideológicas (Almeida Filho y Silva Paim,1999; Testa, 1996).

La forma de desarrollar este trabajo será observando desde dicho campo sociológico sobre lo relativo a la biomedicina medicina, entendida como una forma social e históricamente determinada de producir y reproducir el orden social, dejando de lado otras prácticas y saberes existentes en el campo de la salud cuyo origen, motivación, implicancias e impacto son de orden más conflictivo. Vale decir, aquellas que ocupan un lugar al que podríamos definir como subalterno como es el caso de la psicología (Adissi, 2013) o prácticas y saberes que incluyan durante el trabajo en salud el abordaje crítico de las relaciones de género y las sexualidades. Esto es tanto en el trabajo interdisciplinario como durante la atención individual donde la salud se puede producir en sus prácticas desde las interrelaciones entre los sujetos que intervienen y los saberes puestos en acto por quien busca desarrollar el proceso de la atención (Merhy 2006; Merhy *et al.* 2006).

Desde este mirador complejo buscaré comprender cómo las representaciones y prácticas de los profesionales pueden aportar, o no, al desarrollo de un enfoque que integre las distintas dimensiones que hacen al desarrollo de la salud individual y de las poblaciones. Dimensiones que desde una lectura crítica comprenda en ella los determinantes de la salud como género clase, etnia, medio ambiente (Breihl, 2010), buscando no favorecer desde el sistema de salud la reproducción de contextos de vulnerabilización o fragilización (Almeida-Filho, 2000).

⁷ Respuestas desarrolladas en este caso por el actor social profesionales médicos del primer nivel de atención.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Como se ha descrito anteriormente me interesa para este análisis sobre cómo comprenden los profesionales de las unidades sanitarias la atención de las ITS distintos momentos y elementos que hacen a esta actividad. Se pueden enunciar en este comienzo dentro de éstos puntos y en los límites de éste estudio: en qué momento se plantea el trabajo sobre las ITS; qué actividades se realizan durante la atención que la determinan de distinta forma; en igual sentido qué actividades se realizan en la unidad sanitaria; quiénes acceden a ellas y por qué; la comprensión de la sexualidad; lo público y lo privado en el momento de la atención

La mirada desde la Salud Colectiva es comprensiva⁸ de contextos, creencias y valores de los individuos y poblaciones, de los diferentes niveles sociales, culturales, psicológicos, biológicos, poblacionales, ambientales. Es una lectura desde la complejidad. La Salud Colectiva entiende la salud individual y colectiva históricamente (Souza Minayo, 2009). Esta lectura desde la complejidad se encuentra tanto en la episteme de corrientes críticas en la epidemiología como de las de las ciencias sociales (Almeida-Filho, 2000.) las cuales, a su vez, confrontan con determinadas teorías de la epidemiología (Urquía, 2006) y constituyen la mirada de la Salud Colectiva.

Las definiciones de qué es normal, qué es salud, quién los delimita y cómo se interviene en/para mejorar la salud de las poblaciones son parte esencial en los debates dentro de la epidemiología, la medicina, las ciencias sociales y filosofía. Estos debates desde una perspectiva crítica configuran la Salud Colectiva. A su vez el espacio de esta perspectiva y su campo se forma en los saberes de las distintas formas de atención, prevención y cuidado, en las tradiciones históricamente constituidas de las poblaciones y las demandas y acciones –y saberes- de los movimientos sociales y sociedad civil en general.

Exigencias desde la antropología tales como construir una epidemiología que trabaje con series históricas de mayor duración (Menéndez, 1988), para devolverle a “lo biológico”, a los sujetos, su historia social e individual, comprendiendo la

⁸“En oposición al positivismo, es la sociología comprensiva la que responde a las preguntas sobre valores, representaciones, creencias y relaciones (...) el significado es el concepto central del análisis sociológico” (De Souza Minayo, 2009, p21)

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

interrelaciones complejas de quienes la producen (Singer 1990) es decir no viendo a una población como sumatoria de individualidades y las críticas hacia el enfoque de riesgo (Almeida-Filho, 2000) son parte de una reconceptualización de la epidemiología propuesta desde el campo adscripto aquí. Esta reconceptualización enriquecida con el desarrollo del concepto de vulnerabilidad social o de fragilización de Almeida Filho (Urquía, 2006, Almeida Filho, 2000)⁹ plantea la teorización y desarrollo de respuestas más allá de lo coyuntural como propuesta de análisis y acción transformadora.

Desde el enfoque de riesgo es muy factible depositar la responsabilidad únicamente en el sujeto infectado por una ITS por su estilo de vida, entendido desde lo individual y como único factor de riesgo sin problematizar los causales sociales y culturales (Urquía, 2006). Desarrollar a su vez el estilo de vida de los individuos como único “factor” de riesgo presupone el error de entender que el sujeto es completamente libre con capacidad de decidir y actuar sobre sus condiciones estructurales de vida, sus acciones, exento de ideologías, tradiciones, costumbres. Según Almeida Filho *et al.* (2009) el concepto de riesgo “puede mostrarnos quién, dónde y cuándo alguien puede estar con mayores probabilidades de padecer algo pero no puede comprender el por qué y por ende la forma de intervenir en un proceso” (Almeida Filho *et al.*, 2009 p. 329)

Los procesos de vulnerabilidad de una población se comprenden a partir del análisis complejo de sociedades donde el concepto de riesgo no se establece separado de la problematización de los habitus de sus poblaciones, las clases sociales, la producción y reproducción social, las relaciones de género y en la investigación aquí propuesta el funcionamiento del sistema de salud como parte del sistema de producción y reproducción social¹⁰.

⁹ Medicina social latinoamericana y la Salud Colectiva han construido su visión epidemiológica de forma crítica evolucionando, dentro de su corriente, desde elaboraciones básicamente teóricas a propuestas que conjugan la potencia de estas con planteamientos metodológicos que le den mayor operatividad (Urquía, 2006). Las mismas han realizado formulaciones desde puntos que se resumen en la exigencia de una verdadera inclusión de la dimensión sociocultural e histórica.

¹⁰ A su vez los desarrollos de la Medicina Social Latinoamericana y Salud Colectiva buscan profundizar en la construcción de una epidemiología sociocultural o según su desarrollo etnoepidemiología. Ambas, en mayor o menor grado, se erigen sobre un abordaje *emic*, primando las perspectivas de la realidad de los grupos

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Almeida Filho *et al.* (2009) entienden el enfoque de la vulnerabilidad cómo la “síntesis comprensiva de las dimensiones comportamentales, sociales y político-institucionales implicadas en las diferentes susceptibilidades de individuos y grupos poblacionales a un daño a la salud y sus consecuencias indeseables (sufrimiento, limitación y muerte)” (p.338). Se incluyen los denominados factores de riesgo pero su enfoque se supera al otorgarle a la riqueza de la descripción llamada cuantitativa la profundidad del análisis llamado cualitativo.

A lo largo del análisis utilizare determinados desarrollos teóricos para el abordaje antropológico. Uno de ellos es el planteado por el antropólogo Eduardo Menéndez, referente de la Medicina Social Latinoamericana y de la Salud Colectiva, quien sobre la construcción social de la salud señala que “El proceso s/e/a constituye un universal que opera estructuralmente –aunque por supuesto de forma diferenciada- en toda la sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Desde esta perspectiva ‘antes’ -tanto en términos metodológicos como históricos- de ser objeto especial de trabajo de las organizaciones médicas es una parte sustantiva de las formas y modo de vida de los conjuntos sociales” (Menéndez, 1990, p.41). Como parte de la construcción social de la salud “los padecimientos constituyen en consecuencia uno de los principales ejes de construcción potencial de significados colectivos que pueden ser referidos al proceso específico o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa” (Menéndez, 1990, p.43). De esta forma todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnicas socioideológicas respecto de los padecimientos que son reconocidos como tales. Las diferentes formas de atender estos padecimientos tienen el carácter de instituciones, dado que se ha configurado una determinada forma de pensar e intervenir (Menéndez, 2003).

Para problematizar las formas de comprender los modos de atención de las enfermedades, sus padecimientos las instituciones y/o ámbitos que los producen y reproducen, es decir el conjunto que desarrolla la construcción social de la salud Menéndez señala que la “enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud han sido en diferentes

estudiados, donde las elaboraciones *etic* de las comunidades biomédicas no hegemonicen los destinos de las poblaciones que estudian (Urquía 2006).

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

sociedades algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como micro social” (Menéndez, 2002, p.312). Plantea a su vez que la racionalidad de las “instituciones” médicas es tanto “técnica, científica como sociocultural, ideológica e institucional” (Menéndez, 1990, p.46). De esta forma se pueden y deben observar las dinámicas de racionalidad desde donde se institucionalizan permanentemente las formas de comprender el proceso salud/enfermedad atención desde las relaciones complejas de hegemonía/subalternidad entre las instituciones médicas del sistema de salud y las de los conjuntos poblacionales (Menéndez, 1990).

Es así que entiendo por construcción social del proceso salud-enfermedad la articulación entre las representaciones y las prácticas alrededor de la salud y la enfermedad de un grupo social determinado (Grimberg *et al.*, 1997). De esta forma se problematiza la instituida noción biomédica de enfermedad “como entidad, estado o proceso natural “objetivo” (más fácilmente anomalías orgánicas), independiente de todo proceso histórico social y cultural de producción y definición” (p.15).

Realizar un estudio de las significaciones, de las representaciones y prácticas, médicas en la atención de las personas con ITS y su relación con las formas instituidas de construir salud en una formación socioeconómica¹¹ determinada implica observar, entre otras cosas, la interacción de los llamados niveles micro y macro¹². Así se

¹¹ En relación a la *producción social* de la salud Laurell (1978) señala que se debe estudiar la salud, la práctica médica y el saber médico como parte de una formación socioeconómica histórica. El análisis debe realizar un enfoque histórico real para la comprensión de cada tipo de formación concreta tal como se presentan y no un abstracto que las ignora a la hora de explicar los fenómenos relacionados con la salud. Esto significa tener en cuenta teórica y metodológicamente la relación entre las leyes generales abstractas respecto de la relación entre la salud-saber médico-práctica médica y los hechos socioeconómicos que son válidos en todas las FSE en las que determinado modo de producción es el dominante.

Define a la *formación socioeconómica* donde se produce, o no, salud como “la articulación concreta de varios modos de producción entre los cuales uno es dominante en cuanto imprime su matiz a todos los demás” (p.8) proponiendo el concepto para pensar la diversidad y unidad existente dentro de la sociedad de las esferas económicas, sociales, políticas e ideológicas que producen la salud-saber-práctica médica en una sociedad determinada. En ese sentido señala que se debe plantear como primera aproximación metodológica el “estudio de la salud, enfermedad, la práctica médica como partes dinámicas de la formación socioeconómica” (p.6) señalando que “la salud-saber-práctica médica es una parte dinámica de la formación socioeconómica y encuentra su explicación dentro de ella [...] aunque guarden cierta autonomía relativa” (p.8) del proceso histórico general.

¹² Según Singer (1990) no existe, entre el macro y el micro nivel, “una separación empírica; lo que se produce es más bien, una división heurística para facilitar el examen de la conexión entre configuraciones únicas y procesos generales” (p.7)

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

busca comprender el tipo de respuesta descripta a las ITS como producto no solo de prácticas individuales o de políticas locales (municipales) sino de un contexto histórico social, cultural y político-económico mayor¹³.

Almeida Filho realiza una propuesta que resulta un aporte en el presente marco teórico. El mismo se orienta hacia la integración de las perspectivas de análisis sobre los procesos de salud enfermedad atención donde se conjuguen enfoques que pretenden realizar una síntesis histórica de las inequidades de género, etnia y clase social (Laurell, 1986) con abordajes sobre la vida cotidiana como fundamental soporte de las formas de reproducción de la vida social. En su propuesta de epidemiología crítica o “epidemiología del modo de vida” (p156) busca integrar dichas síntesis históricas con “los dominios fundacionales de la vida social: el simbólico y la cotidianeidad” (p.156).

En ese sentido Menéndez permite avanzar en un análisis desde una mirada inscripta en la lógica gramsciana. Este autor centra su preocupación en la comprensión de la complejidad de lo que denomina proceso *salud/enfermedad/atención* (s/e/a) en los países dependientes. Su planteamiento surge en discusión con quienes denuncian a la biomedicina como una forma de control social como así también con quienes intentan establecerla como único saber legítimo, sin discusiones, sobre el supuesto de que el resto de las prácticas sólo constituyen un “atraso cultural” a erradicar. Es en esta discusión que dicho autor problematiza las implicancias de la biomedicina, en tanto saber hegemónico¹⁴ consagrado por el sistema de salud o sea legitimado por las lógicas del estado y que tiende a ignorar o subsumir una inmensa cantidad de prácticas y saberes.

¹³ Señala Singer (1990) “mientras que la perspectiva crítica asigna la prioridad última a la penetración de los procesos y estructuras internacionales y nacionales, también sostiene que una comprensión pormenorizada de cualquier problema particular demanda una exploración completa de actividades y patrones en el micronivel, incluyendo su efecto sobre el macronivel” (p.7)

¹⁴ Entiendo el concepto de hegemonía aquí como la relación activamente construida entre los sectores dominantes y subalternos, que nos permite superar una mirada economicista en tanto se presupone “que se tenga en cuenta los intereses y las tendencias de los grupos sobre los cuales se ejercerá la hegemonía, que se constituya un cierto equilibrio de compromiso, o sea que el grupo dirigente haga sacrificios de orden económico-corporativo, pero también es indudable que tales sacrificios y el mencionado compromiso no pueden referirse a lo esencial, porque si la hegemonía es ético-política, no puede no ser también económica, no puede tener su fundamento en la función decisiva que ejerce el grupo dirigente en el núcleo decisivo de la actividad económica. (Gramsci, 1987:353)

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Así como se construyen y sostienen una multiplicidad de prácticas, saberes y criterios para definir un problema de salud, de tratarlo, de considerar que se ha curado y prevenirlo existen sólo algunas de estas tradiciones oficializadas. Buscando delimitar metodológicamente este complejo proceso histórico, Menéndez ubica las distintas prácticas y saberes que interpretan y actúan sobre los procesos s/e/a en tres modelos. *Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo y Modelo de Autoatención* que serán descriptos y utilizados en los capítulos siguientes pero es pertinente adelantar algunos de sus elementos para su lectura a lo largo del trabajo.

Estos modelos son, como tales, instrumentos metodológicos. Son una distinción analítica que debe ser referida a situaciones concretas históricamente determinadas las cuales presentaran diferencias con "el modelo" que nos sirve como instrumento para la comprensión y no la comparación cerrada. Los modelos no se refieren a fenómenos presentados por separado, sino que por el contrario, al delimitar teóricamente lógicas de producción y reproducción ideológica nos permite aproximarnos a la comprensión de dinámicas concretas subyacentes de generación de las prácticas. Dicha herramienta metodológica es, al igual que en el caso de los llamados Tipos Ideales de M. Weber, una abstracción sincrónica de la realidad que no pretende reflejar directamente la misma. La construcción de comportamientos ideales o puros se realiza reconociendo que la realidad supera al modelo o tipo ideal en su complejidad, por lo cual entonces el modelo debe ser siempre comparado con la descripción y análisis de la realidad que se pretende comprender. Al ser estático y sincrónico, las características de dicho modelo responden a la construcción realizada en función de los rasgos típicos, los cuales, en nuestro caso, serán básicamente los de la medicina científica.

Este desarrollo interesa aquí no solo por su importancia metodológica sino también por ser fundamental para una comprensión de los fenómenos a ser estudiados es decir las prácticas y representaciones de los profesionales médicos sobre las ITS en el marco de los acontecimientos, cambios en los comportamientos, discursos y representaciones en el momento histórico y lugar donde este estudio se realiza. Los rasgos de un modelo, así como de otros desarrollos teóricos que aquí se puedan utilizar, sólo

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

aparecen como absolutos en su mayor nivel de abstracción: todo análisis de lo real los relativiza indefectiblemente.

Esta forma de comprender la utilización metodológica del concepto de *Modelo Médico Hegemónico* se suma al hecho de tener en cuenta que la impronta gramsciana en el análisis de Menéndez funge contra cualquier análisis mecanicista de las lógicas de hegemonía y subsunción, de coerción y consenso (Adissi, 2013). A su vez previene de suponer a priori qué sentido, lógica o función cumple un determinado accionar.

En la descripción de los elementos característicos del *Modelo Médico Hegemónico* es fundamental tener en cuenta, por ejemplo, que no se desconoce que la medicina es asimismo plural, albergando en su interior diversas prácticas y concepciones tales como la medicina preventiva, la medicina comunitaria, etc. Los conflictos que esto supone sólo pueden comprenderse como resultado de una indagación empírica, situada. Al referirse a una lógica de “hegemonía” se otorga lugar a la complejidad y la historicidad como modos de comprender y explicar un proceso social entre los grupos sociales como al interior de los mismos.

Menéndez desarrolla la conceptualización de este modelo con el fin de abstraer procesos históricos a partir de una herramienta que contempla diferentes características consideradas estructurales. “Por modelos médicos, incluido el hegemónico, entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción, teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas –incluidos los ‘curadores’-, sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez 1990, p84).

El *Modelo Médico Hegemónico* es descripto como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (1990). Dicho modelo es descripto a partir de

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

rasgos estructurales que se potencian entre sí dado que por ello se profundizan las implicancias de cada rasgo en sí. Como elemento dominante se encuentra el biologismo, criterio básico de diferenciación en relación a otras formas de diagnóstico y asistencia: la biomedicina se constituye en base a una homologación de los sujetos con organismos, es decir des-subjetivizando las personas.

A este rasgo fundamental se agregan otros definidos en un sentido negativo y que refuerzan en el modelo su recorte unidimensional del factor biológico. Nos referimos a la a-sociabilidad, la a-historicidad y el a-culturalismo, el individualismo, a su eficacia pragmática, a la profesionalización institucionalmente formalizada, la tendencia a escindir teoría e investigación de práctica, y la identificación ideológica con la racionalidad científica. A su vez la relación médico-paciente se establece en base a subordinación sistemática del segundo a partir de la orientación curativa del Modelo, como otro de sus rasgos específicos. Finalmente, la consideración de los procesos de salud/enfermedad a modo de mercancía conjugados con una tendencia a la medicalización creciente de los problemas, es decir, a que cada vez más aspectos vitales caigan bajo su égida¹⁵ forman parte de los rasgos fundantes de un modelo que como se ha dicho debe ser puesto en juego para el análisis de una realidad concreta teniendo en cuenta las características y precauciones que hacen a una abstracción de este tipo.

De esta forma y en relación con la mirada permitida por la problematización del *Modelo Médico Hegemónico* parto del supuesto de que al interior del sistema de salud, la lógica imperante de la biomedicina mantiene una relación conflictiva con las instancias de abordaje de las personas con alguna ITS o de la temática en sí. Esto emerge ante quienes desarrollan la biomedicina cuando sus saberes desde la misma se encuentran con “lo complejo”, “lo profundo”, de la sexualidad, de la configuración de las subjetividades y requieren de otros saberes y prácticas.

Para el análisis propuesto y siguiendo las líneas teóricas del campo sociológico planteado se tiene en cuenta aquí los desarrollos en antropología médica de Kleinman (1980) como propuesta conceptual para explicar desde la fenomenología los

¹⁵ La sexualidad es uno de los ejemplos más comunes en este sentido (Russo, 2013)

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

mecanismos internos a la atención clínica a partir de la interpretación de los significados otorgados a la enfermedad y los padecimientos en cada cultura. El autor señala que las reglas y significados culturales "proveen gran parte de los contenidos específicos que caracterizan los sistemas de atención de la salud, y por tanto, constituyen determinantes principales de los perfiles peculiares de cada sistema" (p34). Por sistemas de atención de salud Kleinman entiende "formas de realidad social" (p.36), siendo esta realidad la referida "al mundo de interacciones humanas que existen por fuera de los individuos y entre individuos" (p36) dado que es en el "mundo transaccional en el que la vida cotidiana se pone en acto, en el que se definen y realizan roles sociales, y en el que las personas negocian entre sí según relaciones de estatus establecidas bajo un sistema de reglas culturales" (p.36)

El autor propone observar por un lado la enfermedad (disease) que refiere a anormalidades en las funciones orgánicas, estados patológicos que pueden estar o no culturalmente reconocidos. Este es el ámbito del modelo biomédico. Y por otro lado el padecimiento (illness), la construcción de la experiencia. Se refiere a la experiencia psicosocial de padecimiento que involucra respuestas (percepciones y experiencias vitales) sociales e individuales sobre estados sociales, no solo referidos a patologías orgánicas, considerados como negativos.

Finalmente en este marco me interesa explicitar que al construir una mirada que se pregunta sobre las prácticas al momento de la atención lo hago comprendiendo que en las mismas se pueden consolidar vínculos sustentados e inscriptos en las formas de experimentar la realidad de quienes en el proceso de intercambio interpersonal se encuentran (Frankel, 2008). Esto significa que en una vinculación se constituyen sujetos dadores y receptores de prácticas y conocimientos donde en las prácticas, que sostienen el lazo "se encuentran y confrontan racionalidades" (Ibíd. p.52) donde "se habilita la trasmisión del conocimiento como instrumento para la apropiación colectiva" (Ibíd. p.52) o individual.

Tomo para este trabajo el concepto de experiencia de Grimberg (2003) quien formula a la misma como un proceso variable, producido y reproducido situado

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

histórica y socialmente, situado en un contexto de relaciones intersubjetivas. Relaciones que hacen a una trama que entreteje diversas dimensiones (cognitivas, normativo-valorativas, emotivas, etc.). Según señala la experiencia puede ser comprendida como unidad tensa entre acción y simbolización, constituyéndose en esta tensión como la base de configuraciones y reconfiguraciones, de identificaciones y prácticas sociales. La comprensión de estas conformaciones requiere de un marco teórico que posibilite la articulación entre las distintas formas de relaciones de poder como ser cuerpo, género, sexualidad. Esta mirada es sobre el desarrollo activo de las construcciones de los sujetos a partir de su intervencionalidad, por ende, es mirada reflexiva sobre las distintas áreas de la vida cotidiana, que, como se ha señalado se encuentra inmersa en procesos estructurales históricos objetivables.

Un autor que se utilizará en este trabajo para comprender estas interrelaciones en su desarrollo micropolítico será Merhy (Merhy 2006; Merhy *et al.* 2006). El mismo, referente del campo de la Salud Colectiva, parte de distintos puntos que permiten problematizar las formas de producción de salud al interior de las instituciones, observando las relaciones en tensión entre control y autonomía existentes entre los sujetos y entre sujetos y equipamientos.

Merhy parte de la idea de que ante una situación dada los sujetos pueden hacer diferentes prácticas que los demás o repetir lo establecido, dado que somos tanto determinados como determinantes en este juego de interacciones. Esto, según su planteo, no es comprendiendo a los sujetos como plenos de razón, sino "como ciertos apostadores, que con algunos recursos –cognitivos, deseantes, instrumentales, etc. –pueden aumentar el potencial de nuestro hacer por otros sentidos para nuestro actuar en el mundo, produciendo significados nuevos a las situaciones" (2006, p15).

Merhy (2006) señala que el objetivo del trabajo en salud es la producción de un valor de uso, como es la salud (Merhy, 2006). Este trabajo productivo que a diferencia de otro tipo de trabajos es un "*trabajo vivo*", un trabajo que se realiza "*en acto*" que parte del saber hacer de quien lo produce, de quien busca el cuidado, la atención. Este saber hacer es el valor real con el que cuenta la persona resultado de su historia,

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

habilidades, inteligencia. Se producen y sistematizan en la historia de un sujeto. El *trabajo vivo* en acto es el momento de expresión del trabajo en sí el cual se encuentra en la tensión tanto durante el acto como en su constitución con dimensiones que constituyen el acto en sí como ser el saber organizacional, el saber tecnológico¹⁶, aprendidos en la historia del sujeto.

De esta forma el trabajo en salud como acto vivo no puede ser globalmente capturado por la lógica de los equipamientos y saberes tecnológicos estructurados –trabajo muerto, trabajo ya producido- pues su objeto no se encuentra estructurado plenamente y sus prácticas, tecnologías de acción fundamentales se configuran en los procesos de la intervención, en el acto de la misma. Se trata de la operación de establecidas formas de relaciones, de encuentros intersubjetivos, que son saberes tecnológicos también pero que van más allá de saberes estructurados. Se establece así un grado significativo de libertad de elección en la forma de producir salud en los espacios relacionales dentro de las instituciones de salud. Así como lógicamente al interior del momento de la atención que integra distintos saberes e instancias, no necesariamente o fácilmente divisibles si se comprenden desde la lógica del dialogo intersubjetivo. Me refiero a las prácticas de prevención, revisión, cuidado, tratamientos y registro existentes al interior del momento de atención.

La efectividad en esta producción del *trabajo vivo* en salud, como ser el de la atención en nuestro caso, se expresa en el proceso productivo de relaciones intersubjetivas y de intervención. Lo que se produce en las relaciones entre los sujetos, en el espacio de su intervencionalización, es “un producto que existe para los ‘dos’ en acto” (2006a, p.37). Se trata de una instancia que no existe sin una relación.

Me interesa poder observar las interacciones y prácticas sociales que desarrollan los profesionales médicos en sus interacciones para analizar los sentidos dados por éstos durante la praxis de atención en el primer nivel de atención a: las ITS, a las personas infectadas con alguna/s ITS, a lo que ellas expresan de diferentes formas y a las estudio.

¹⁶ Tecnología se encuentra planteada en referencia al trabajo con intención de producir cosas con valor de uso (Merhy, 2006).

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

1.7 Sexualidad, relaciones de género y salud pública

En esta investigación entenderemos a la *sexualidad* no como un sinónimo de actividad sexual sino como una construcción imbricada en la particular configuración de la subjetividad de cada persona (Hailborn, 1999). La *sexualidad* no puede ser vista como una entidad universal sino como una construcción dependiente de un contexto cultural, históricamente instituido, como un dominio plural portador de sentidos en sí mismos (Foucault, 1990).

Las concepciones y representaciones individuales y sociales alrededor de la sexualidad en una sociedad determinada se encuentran vinculadas directamente con las concepciones sobre las relaciones de género en cada momento histórico (Butler, 2012). El *género* como categoría social es entendido aquí como la construcción social e histórica del conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales elaboradas a partir de la diferencia sexual entre varón y mujer (Lamas, 1986).

La perspectiva de género desde la que trabajamos implica “reconocer que una cosa es la diferencia sexual y otras cosas son las atribuciones, ideas y representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual” (Ibíd., 1986). Así desde esta perspectiva se reconocen las relaciones de poder asimétricas existentes al interior de cada sociedad (ibíd.).

Incluir una *mirada de género en salud* implica observar cómo se construyen las asimetrías sociales entre varones y mujeres, determinando diferencialmente el proceso s/e/a en cada colectivo de género y hacia su interior (Esteban, 2006; Tajer, 2012). Asimetrías que articuladas con otras diferencias estructurales, fuentes de inequidad, establecen perfiles de morbimortalidad específicos, así como modelos de gestión de la atención, de los cuidados, de la enfermedad, diferenciales.

Las relaciones entre e intra colectivos de género afectan la configuración de las concepciones y representaciones referidas a la sexualidad a partir de los roles asignados a cada género los cuales demarcan las formas identitarias de masculinidades y

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

femineidades¹⁷. En ese sentido, como se anticipó, la *sexualidad* es una dimensión que forma parte de la construcción identitaria a partir, entre otras cosas, de la incorporación, por su repetición, la *performativización*, de las normas establecidas. La *performatividad* es la normatización a partir de la repetición de las normas de género en, desde o sobre los cuerpos hasta que se instituye los mandatos de género sobre el sexo. A partir de allí el sexo se construye como una norma más que opera sobre los cuerpos. De esta forma la *sexualidad* se entiende como producto de relaciones sociales que constituyen un sistema de relaciones de poder entre las que se encuentran las relaciones de género (Butler, 2012).

Si se entiende a la *sexualidad* como una dimensión en la construcción identitaria de un sujeto individual y colectivo puede observársela como algo político pudiéndose analizar cómo la misma es continuamente, de formas directas o indirectas, planteada como un tema dentro del sector salud. En la dinámica de la construcción de la salud pública se construyen hoy las diferentes formas de intervenir en el campo de la salud sexual y/o salud sexual y reproductiva. Al interior de este campo los agentes de salud, en toda su variabilidad de especialidades profesionales y técnicas, mantienen prácticas que pueden llegar a representar una amplia diversidad entre sí como parte de la multiplicidad de formas de comprender la sexualidad entre otras dimensiones que hacen al proceso s/e/a.

Cada contexto y momento histórico posee formas particulares de comprender la sexualidad pudiéndose observar esto en las prácticas realizadas durante la atención en salud como respuesta a demandas de la población. Prácticas que observaremos aquí en el municipio y nivel donde se realizó nuestro trabajo de campo.

¹⁷ El rol de género son los ‘papeles’ que cada sujeto debe cumplir para actuar mejor su mandato de género (Lamas, 1996; Butler, 2002).

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

2. METODOLOGÍA

La metodología cualitativa¹⁸ adoptada para esta investigación y desarrollada desde un enfoque antropológico permite mediante el trabajo de campo documentar las prácticas y las experiencias cotidianas de los sujetos. El ámbito de lo cotidiano es el campo privilegiado de este enfoque (Geertz, 1987) al cual el investigador accede mediante la experiencia directa en el “campo” -entendido como una construcción conceptual y relacional que se localiza temporal y espacialmente (Clifford, 1999; Bourdieu y Wacquant, 1995; Rockwell, 2009).

El interés por conocer la “cotidianeidad social” entendida como “momento de la reproducción general” permite acceder al conocimiento de situaciones que se viven diariamente, a las formas rutinarias del quehacer pero también a sus rupturas, (Heller, 2002; Reguillo Cruz 1998). La reconstrucción del sentido que los sujetos atribuyen cotidianamente a sus prácticas será comprendida y explicada desde la dimensión histórica en la que se juegan dichos procesos (Batallán 2007). En estos procesos, la acción de los sujetos y su agencia –entendida como la capacidad de los sujetos para interpretar, actuar y reaccionar frente a las normas e instituciones- (Giddens, 1982) permiten argumentar sobre la heterogeneidad social y comprender la polémica social como constitutiva de la cultura (Batallán y García, 1992) concebida como un fenómeno productivo y público (Geertz op. cit.).

¹⁸ Según De Souza Minayo (2009) la “propia expresión ‘metodologías cualitativas’ consagra una imprecisión, una dificultad histórica de las teorías para posicionarse frente a la especificidad de lo social. Esto supone una afirmación de la cualidad contra la cantidad, reflejando una lucha teórica del positivismo y las corrientes comprensivistas con relación a las formas de valorización de los significados. Cuando se entiende la interdependencia y la inseparabilidad entre los aspectos cuantificables y la vivencia significativa de la realidad objetiva en el cotidiano, se concluye que la referida denominación es redundante e incluso imparcial” (p21)

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

2.1 *La investigación*

La investigación se basó en:

a. La realización de nueve entrevistas abiertas y en profundidad¹⁹ para documentar las representaciones y prácticas que construyen los profesionales médicos acerca de los modos de atención de las ITS.

b. La recolección de información epidemiológica sobre del municipio, región y país: casos de diagnóstico de personas con ITS en el distrito de Moreno cuya descripción buscó comparar los datos cuantitativos existentes con lo referido en las entrevistas por los profesionales para problematizar a partir de allí las orientaciones del trabajo en el primer nivel de atención. Dicha recolección no implicó datos personales de cada individuo que haya sido atendido sino la cantidad total de casos de cada ITS registrados en el municipio, por zona sanitaria, edades, sexo y lugar del registro de cada caso.

Consideramos que la articulación de métodos de construcción de datos de índole tanto cuantitativos como cualitativos contribuye no sólo a darle mayor profundidad a la descripción analítica de las respuestas obtenidas en las entrevistas sino también a mostrar las variaciones y contradicciones propias de estos procesos de trabajo en salud

Siete de las entrevistas fueron realizadas entre diciembre y mediados de enero. Las dos restantes se realizaron a mediados del año 2013. Estas últimas fueron de carácter exploratorio en su momento y sus contenidos son analizados en conjunto con las restantes según las necesidades y objetivos pautados para el presente proyecto. La duración promedio de las entrevistas es de una hora y cuarto. Buscando preservar la mayor intimidad posible durante el encuentro y la comodidad de los participantes siete de las entrevistas fueron realizadas en los ámbitos de atención del primer nivel municipal, donde los profesionales se desempeñan y las dos restantes en espacios que cumplían dichos requisitos. En todos los casos se buscó no interferir con los horarios de atención o tareas de gestión de los profesionales.

¹⁹ Instrumento guía de entrevistas en Apéndice A

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

La observación de los ámbitos de trabajo, las condiciones materiales del mismo, las formas de funcionamiento de los efectores fueron puestas en consideración tanto antes como posteriormente a las entrevistas. Forma parte también de la prolongada observación y problematización de estos ámbitos el tiempo que poseo a partir de mi trabajo en salud en el municipio y mi interés por lo que en él sucede.

2.2 Caracterización de los entrevistados.

Para la selección se buscaron las siguientes características: 1) años de formación del profesional: se distinguió entre residentes, profesionales de entre 5 y 10 años de formación y de más de 10 años; 2) se buscaron hombres y mujeres teniendo en cuenta que la proporción de los sexos entre profesionales en el sistema de salud local –y en general también- no es equitativa, siendo mayor el número de mujeres; 3) se seleccionaron profesionales dentro de las especialidades: clínica, generalista, ginecología y obstetricia, incluyéndose en el trascurso del trabajo de campo tres directores de unidad sanitaria de los nueve entrevistados. 4) Se buscó entrevistar profesionales de distintas zonas del municipio, no pudiéndose abarcar todas las zonas sanitarias pero si lográndose una distribución geográfica amplia en cuanto a zonas de distintas características poblacionales y urbanísticas así como dándose importancia en la selección a que los ámbitos de atención de los profesionales guarden diversas distancias con ámbitos sanitarios y de gestión de referencia en el municipio: Centro de ETS, Dirección de Maternidad e Infancia, ambos municipales, y el Hospital Provincial local. Los tres se encuentran ubicados en el centro urbanístico del municipio²⁰.

Una de las profesionales se desempeña a su vez en un efector del primer nivel de salud de otro municipio; otros dos realizan atención en consultorios privados, uno propio y otra una clínica privada; otras dos profesionales se desempeñan en efectores de segundo nivel y los restantes profesionales se desempeñan solo en unidades sanitarias del

²⁰ En la tabla suministrada para observar la selección realizada se puede observar que hay profesionales que se desempeñan en las mismas zonas sanitarias pero cabe aclarar que las mismas son muy amplias y las unidades sanitarias no se encuentran necesariamente cercanas entre sí estando por ende a diferente distancia de los centros de referencia señalados.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

municipio, estando uno de ellos en el último año de su formación como médico generalista en una de las dos residencias del sistema de salud local. Los profesionales entrevistados trabajan con distintas cargas horarias en la atención en el primer nivel, exceptuando a una profesional quien recientemente dejó de ejercer la atención en el primer nivel pasando únicamente a dedicarse a la dirección de una unidad sanitaria.

Cuadro 1. Selección de profesionales realizada y código de entrevista

Número de entrevista	Especialidad médica	Edad	US ^a y zona sanitarias donde se desempeña	Código de entrevista
1	Médica generalista	34	US en Moreno Norte	E1-generalista
2	Médica ginecóloga	45 aprox.	US en Moreno Norte y US en Moreno Sur	E2-ginecóloga
3	Médica ginecóloga	35	US en Paso del Rey	E3-ginecóloga
4	Médica generalista.	35	US en Cuartel V	E4-generalista
5	Residente de medicina general	39	US en Cuartel V	E5-residente generalista
6	Médico obstétrico	35	Dos US en Moreno Sur	E6-obstretico
7	Médica obstétrica.	37	US en Paso del Rey	E7-obstetrico
8	Médica clínica	47	US en Moreno Norte	E8-clínica
9	Médico clínico	47	US en Moreno Norte	E9-clínico

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Fuente: Elaboración propia

^a Unidad Sanitaria

El número de entrevistas fue determinado en el curso del trabajo de campo obedeciendo, en primer lugar, a la profundidad lograda en las entrevistas, es decir a la cantidad de elementos significativos para la investigación obtenidos en cada encuentro y en segundo lugar los escasos recursos temporales y económicos existentes para la investigación.

Es muy importante tener en cuenta que el enfoque antropológico no busca la representatividad del caso estudiado en una muestra mayor. Es decir, no pretende generalizar los conocimientos etnográficos. Tal como señala la antropóloga E. Rockwell "En la etnografía, la cuestión de representatividad se plantea al interior del caso estudiado. ¿Cuán representativo es lo que se observa de lo que aquí suele suceder en otros momentos?" (2009, p.83). De allí la importancia de encontrar recurrencias que fundamenten la representatividad y simultáneamente dar cuenta de las circunstancias particulares de lo que no es recurrente. Según Frankenberg (2003) el método del antropólogo "es elicitación y refinar, mediante el diálogo, las experiencias subjetivas para luego compartirlas y extenderlas. No para decir "este es el modo en que siempre ocurren" sino para poner de manifiesto algunas de las posibilidades que pueden surgir dentro del contexto social y cultural. Sus sucesores, en otro momento o lugar, deberán mostrar resultados consistentes, pero no necesariamente idénticos" (p.22).

Los estudios competentemente realizados no pueden ser negados, considerados obsoletos, vistos como acumulativos o agregados pero si pueden ser comparados (Frankenberg 2003).

Es fundamental comprender que al construirse un abordaje etnográfico la muestra -los entrevistados- no es representativa por ende no existen riesgos de sesgo sobre la muestra.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

2.3 Análisis de los datos:

Con las entrevistas y notas de campo se realizó un análisis de contenido según la perspectiva descripta. El análisis se sostuvo en una lectura reiterada de las entrevistas observándose la reiteración de padrones, contradicciones y elementos emergentes significativos para la investigación.

Las entrevistas fueron grabadas con el expreso consentimiento de los entrevistados y posteriormente editadas. Su análisis implicó por un lado poner en relación los conocimientos construidos con los conocimientos ya generados por otras investigaciones y por otro lado la comprensión de los significados que circulan entre los sujetos de la investigación (Achilli, 2005) puestos en relación al contexto social y cultural en el que se encuentran insertos.

Se utilizó en este proceso como herramienta de apoyo para la sistematización de la información el software de análisis cualitativo de datos Atlas-ti.

La técnica de análisis planteada favoreció la observación de la complejidad de los textos iniciales a partir de la generación de operaciones de clasificación sistemática, codificando su información y generando nueva. De esta forma durante el análisis se construyeron categorías a partir de lo referido por los profesionales en dialogo con el marco teórico utilizado y los objetivos de la investigación. Las categorías señaladas, su contenido y análisis se desarrollarán a lo largo de los capítulos.

Finalmente es importante señalar que los nombres de quienes fueron entrevistados así como las referencias concretas a sus lugares de trabajo, que pueden figurar en el escrito, son ficticios. Con esto busco garantizar el anonimato de quienes solidariamente consintieron expresamente el permiso de realización de las entrevistas brindando de esa forma su tiempo y atención, vitales para esta investigación.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

3. DESCRIPCIÓN DEL CAMPO EMPÍRICO

Al oeste de la capital del país, a 37km al noroeste del Río de la Plata, se encuentra formando parte del llamado conurbano bonaerense el municipio de Moreno. Se encuentra en el segundo cordón urbano que rodea la ciudad de Buenos Aires con una superficie similar a dicha ciudad y una población, al 2010, de 452.505 (Censo, 2010), de proporciones similares entre hombres y mujeres y con una importante mayoría de población joven.

Tabla 1. Población por grupo de Edad. Partido de Moreno 2010

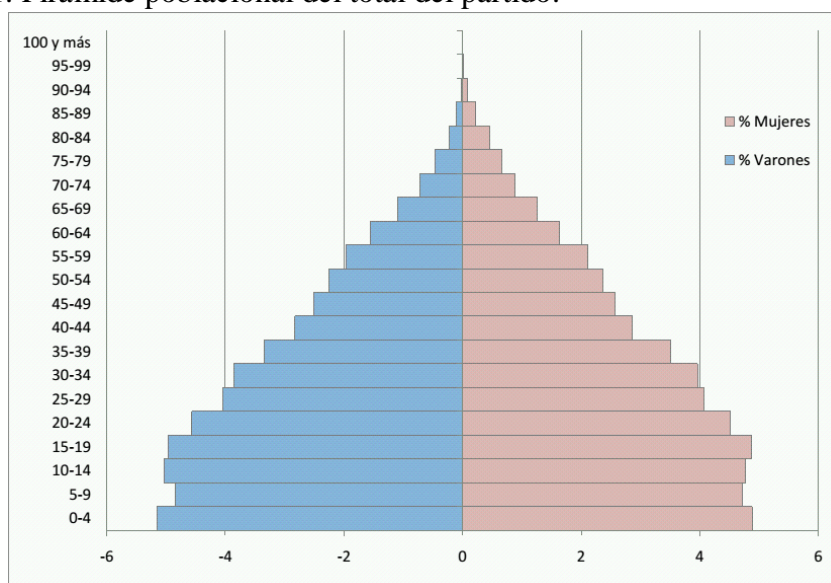
Grupos de Edad	Población total	Sexo			
		Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
	452.505	224.291	49,6	228.214	50,4
0-4	45.409	23.319	5,2	22.090	4,9
05-sep	43.314	21.954	4,9	21.360	4,7
oct-14	44.397	22.775	5	21.622	4,8
15-19	44.483	22.457	5	22.026	4,9
20-24	41.080	20.650	4,6	20.430	4,5
25-29	36.710	18.274	4	18.436	4,1
30-34	35.401	17.471	3,9	17.930	4
35-39	30.997	15.124	3,3	15.873	3,5
40-44	25.779	12.813	2,8	12.966	2,9
45-49	22.954	11.344	2,5	11.610	2,6
50-54	20.910	10.214	2,3	10.696	2,4
55-59	18.436	8.921	2	9.515	2,1
60-64	14.454	7.053	1,6	7.401	1,6
65-69	10.628	4.970	1,1	5.658	1,3
70-74	7.217	3.225	0,7	3.992	0,9
75-79	5.113	2.093	0,5	3.020	0,7
80-84	3.142	1.031	0,2	2.111	0,5

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

85-89	1.450	462	0,1	988	0,2
90-94	512	115	0	397	0,1
95-99	94	15	0	79	0
100 y más	25	11	0	14	0

Fuente: Dirección de Epidemiología, Secretaría de Salud, Municipalidad de Moreno, Marzo 2014

Grafico 1. Pirámide poblacional del total del partido.



Fuente: Dirección de Epidemiología, Secretaría de Salud, Municipalidad de Moreno, Marzo 2014

Posee un sistema de salud municipal público con 39 unidades sanitarias, 2 postas de salud, un hospital móvil municipal, dos Centros de Integración Comunitaria (CIC) -en donde funcionan una unidad sanitaria y otros servicios de salud- (Plan de Gobierno 2013) que conforma el primer nivel de atención.

El sistema ha sido dividido en siete zonas sanitarias para su organización y gestión interna. Zona Cuartel V, total de población de 52.199 habitantes; zona Francisco Álvarez, total de población 56.056 habitantes; zona Moreno Norte, total de población 90.891 habitantes; zona Moreno Sur, total de población 52.142 habitantes; zona Paso del Rey, total de población 69.554 habitantes; zona Trujui I, total de población 72.709 habitantes; zona Trujui II, total de población de 42.347 habitantes (Secretaría de Salud, Moreno, 2014).

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

A continuación se presenta una tabla elaborada por la Dirección de Unidades²¹ Sanitarias del municipio²² en donde se especifican las cantidades de profesionales por zona sanitaria, el porcentaje de cobertura y el personal total en diciembre del año 2014.

Tabla 2. Cobertura de profesionales en unidades sanitarias por zona.

Cobertura de profesionales en Centros de Salud por zona							
US ^a cubiertas	Clínica						
	médica	Generalistas	Pediatría	Ginecología	Obstetricia	Odontología	Psicología
Moreno Norte	7	6	3	7	7	3	5
Álvarez	5	3	4	6	6	3	6
Cuartel V	2	4		4	5	2	4
Moreno Sur	4	5	4	5	6	2	6
Paso del Rey	1	4	3	5	5	3	4
Trujui II	4	2	4	4	4	3	3
Trujui I	4	1	4	3	4	4	
Cantidad US	27	25	22	34	37	20	28
Porcentaje total de cobertura	69%	64%	56%	87%	95%	51%	72%
Total Personal	34	28	19	30	38	25	35

Fuente: Dirección de Unidades Sanitarias, Secretaría de Salud, Moreno, 2014

^a Unidad Sanitaria

Ampliando la información de la tabla anterior, buscando dimensionar las características del sistema sanitario del distrito en diciembre del año 2013, en las unidades sanitarias la Dirección municipal mencionada contabilizaba como personal total a seiscientos treinta y tres personas entre profesionales y otros trabajadores. Dicho número se componía de: 314 profesionales (Médicos, Psicólogos, Obstétricas, Odontólogos,

²¹ Los efectores de nivel primario municipal son llamados formal y comúnmente Unidades Sanitarias, en el municipio. Pocas veces son denominados Centros de Salud y muy raramente Centros de Atención Primaria de la Salud.

²² Área encargada de administrar, organizar, coordinar y supervisar la operatividad de los Centros de Salud.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Residentes y Técnicos); 122 administrativos; 98 enfermeros y del personal de servicio 85 personas.²³

El sistema local de salud también se integra por un hospital y una maternidad de reciente inauguración. Instituciones públicas, financiadas y administradas por la provincia de Buenos Aires con las cuales el sistema municipal se relaciona continuamente, de distintas formas.

En esta institución municipal la atención de las personas con ITS se efectúa en dos ámbitos, de diferente naturaleza. Por un lado, las unidades sanitarias, el primer nivel de atención, llamado “nivel territorial” y por otro el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (Centro de ETS)²⁴. El Centro de ETS brinda atención a pacientes con VIH y sífilis, articulando con el resto del sistema de salud municipal únicamente para la atención de personas ya infectadas. En el año 2010 comenzó a funcionar un servicio de Asesorías pre y post test de VIH y sífilis.

El trabajo de atención en las unidades sanitarias es donde se puede llegar a realizar la labor de prevención y atención en salud sexual e ITS.

La Dirección de Maternidad e Infancia y el Centro ETS son las dos áreas municipales que principalmente organizan las respuestas sobre las infecciones de sífilis, VIH y otras ITS en menor grado. Existe en el municipio una Dirección de epidemiología encargada también de concentrar la información referida a estas infecciones pero posee dificultades para el centralizado la información referida a las mismas y no se vincula con el Centro de ETS en lo referido a la planificación de estrategias para el primer nivel.

La Dirección de Maternidad e Infancia además de los abordajes y normativas referidas puntualmente a maternidad e infancia – “Disminuir la morbi

²³ Datos aportados por el Director de Unidades Sanitarias, de la Secretaría de Salud municipal en el marco de la Jornada “Gestionar es hacer, hacer es transformar”, organizada por la Secretaría de Salud de Moreno; 13-12-13, CIC La Bibiana.

²⁴ En el Plan de Gobierno del Municipio el mismo figura como Programa de Infecciones de Transmisión Sexual teniendo como objetivo general “Facilitar la accesibilidad a los recursos y servicios de salud para disminuir la prevalencia e incidencia de infecciones transmisibles.” Y planteándose los específicos: “1-Garantizar la continua cobertura del tratamiento a pacientes diagnosticados con infecciones transmisibles, conforme a la normativa y protocolos brindados por el Programa Nacional de Sida”, “2-Disminuir la transmisión de madre a hijo de enfermedades infecciosas durante el embarazo (sífilis – VIH)” y “3-garantizar el testeo voluntario para la detección de nuevos casos de VIH”. (Moreno Municipio, Plan de Gobierno 2014, p.152)

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

mortalidad materno infantil”, “Captación de embarazadas y puérperas en el centro de salud. Implementar y sostener estrategias que garanticen controles prenatales precoces, completos y adecuados” (Moreno Municipio, Plan de Gobierno 2014, p.167), controles del puerperio, “Contribuir a la vigilancia de la morbimortalidad materna” (Ibíd. p.168), “Favorecer el acceso de la población infantil al control precoz, adecuado y completo” (Ibíd. p.169), “Relevar el estado de salud escolar en los niños de primer y sexto grado” (Ibíd. p.170) campañas de prevención y atención de las infecciones respiratorias bajas (IRAB) en la población de niños y niñas durante los meses de frío, etc.- está a cargo, en el municipio, de la gestión de los recursos y lineamientos del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva²⁵. Este programa nacional posee como parte de sus lineamientos establecidos por ley algunos referidos más puntualmente a las ITS²⁶. Esto en el municipio se traduce en objetivos para la Dirección de Maternidad e Infancia tales como: “Favorecer la accesibilidad de las mujeres a la consejería sobre salud sexual, procreación responsable y sexualidad integral”, “Favorecer la disminución de morbimortalidad por VIH / ITS” (Ibíd. p 173).

Desde esta Dirección se concentra la mayor cantidad de recursos en salud del municipio para "captar " a las mujeres embarazadas y/o con posibilidades de embarazo, logrando alcanzar con esto el mayor número de personas con las que finalmente se trabaja en la prevención y atención de estas infecciones: mujeres en edad fértil, niños y niñas. Debido a esto la población de mujeres en edad fértil así como de niños y niñas es el segmento del que más información epidemiológica se tiene.

Es decir, a pesar de que la Secretaría de Salud del municipio se plantea dentro de sus lineamientos aprobados el trabajo y la búsqueda de acceso la totalidad de la población la información epidemiológica sobre ITS existente se concentra

²⁵ Entre otras cosas, por medio de las unidades sanitarias distribuye los métodos anticonceptivos a la población, así como sus pautas uso.

²⁶ La Ley 25.673 plantea: art. E “contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;”. Art. F: “el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable estableciendo en su reglamentación la obligación de los servicios de salud públicos y privados de “ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto.”

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

fundamentalmente sobre la población de mujeres, niños y niñas así como en personas ya diagnosticados y bajo tratamiento en el Centro de ETS.

Existe un subregistro de casos de ITS observable en los escasos datos de todas las ITS de notificación obligatoria en algunos años.

Tabla 3. Eventos de ITS en el municipio de Moreno por año.

Evento	Periodo				Casos SE 44		IE
	2010	2011	2012	2013	Mdn	2014	
Infeción por VIH	7	16	1	0	4	0	0
SIDA	0	8	1	3	2	0	0
Sífilis Congénita	27	21	0	0	10,5	1	0,1
Sífilis Temprana	40	72	19	2	29,5	0	0
Supuración Genital Gonocócica	1	0	2	12	1,5	3	2
Supuración Genital No Gonocócica	0	0	0	0	0	0	0
Total	75	117	23	17	49	4	0,08

Fuente: Boletín de vigilancia epidemiológica municipio de Moreno. Semana Epidemiológica Nro.44 Año 2014. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planificación y Asistencia Sanitaria, Dirección de Epidemiología y Evaluación Sanitaria., Municipio de Moreno, 2014.

En Moreno los desarrollos del sistema de salud municipal alrededor de la epidemia del VIH llevaron a la apertura del Centro de ETS. El mismo comenzó a funcionar en el año 2000 pero las acciones más sistemáticas en la zona ya habían iniciado en 1998 desde una ONG con trabajo continuo en barrios del municipio. Según descripciones de profesionales del Centro en el año 1998 se detectaron dificultades de la población en el acceso al sistema de salud y en el año 1999 se conforma el primer equipo de asistencia con un médico de adultos, pediatra, trabajador social y psicólogo. Es así que se llega al 2000 con esa configuración de servicio y en el marco del Programa Nacional LUSIDA²⁷ se

²⁷ Programa SIDA (LUSIDA) Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación. Tiene como objetivos: “Desarrollar actividades para la detección e investigación de los retrovirus humanos y sus patologías sobrevenientes; su diagnóstico y tratamiento; su prevención, asistencia, rehabilitación y evitar su propagación. Disminuir la infección por el Virus del HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en la población del país. Brindar atención a los pacientes con HIV/SIDA. Disminuir el impacto biológico, psicológico y socioeconómico de la epidemia. Prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)” (Ministerio de Salud. Secretaría de Programas Sanitarios, 2015)

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

genera el Centro donde se atienden y reciben la medicación personas con VIH-SIDA y sífilis tanto del municipio como de población perteneciente a municipios de alrededor.

Este desarrollo local se conjuga con el desarrollo de un programa municipal, Programa de Salud Comunitaria, en el cual me encuentro trabajando desde mediados del año 2010 abocado al trabajo en Salud Sexual y Educación Sexual.

Así hoy día el trabajo dentro del sistema que apunta a prevenir y atender las ITS se desarrolla principalmente desde dos áreas y en un menor grado de alcance y tiempo de existencia desde una de las líneas de trabajo del programa de Salud Comunitaria referida a salud sexual. Se plantean en dichas líneas estrategias y formas de abordaje en prevención y promoción tanto en lo referido a los momentos de la atención en sí como en el trabajo inter institucional e intersectorial de las unidades sanitarias. Este programa desde mediados del año 2009 viene desarrollando una línea de intervención en salud sexual donde, en un comienzo y a partir de talleres, llamados de sensibilización, comenzó a introducir con una sistematicidad fluctuante, el planteo de abordar las distintas problemáticas vinculadas más directamente con la sexualidad de las poblaciones desde la llamada "mirada integral" de la sexualidad. Entendiendo la sexualidad como una construcción social e histórica que va más allá de lo biológico significando, entre otras cosas, que en el trabajo en salud se puede proyectar desarrollos que no abordan únicamente las enfermedades o embarazos, así como que embarazos y enfermedades deben ser comprendidos teniendo en cuenta las relaciones sociales insertas en un contexto histórico determinado en el que se encuentran inscriptos quienes vivencian dichos fenómenos como el contexto donde se desarrollaron.

Como se refirió anteriormente como parte del desarrollo del sistema local desde el 2010 el Programa de Salud Comunitaria instauró en conjunto con el Centro de ETS un servicio de asesoramiento y testeo de VIH y sífilis. Servicio dentro del sistema local que se enmarca en las políticas nacionales de prevención de dichas enfermedades a partir de plantear espacios de escucha, asesoramiento y diagnóstico, confidencial y

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

gratuitos para toda la población que concurra²⁸. La demanda de la atención ha aumentado, desde su inicio, leve pero sostenidamente y los datos de estas asesorías de VIH, el resultado de los test, también quedan en el Centro de ETS siendo inclusive desconocidos, en gran parte, por la mayoría de los y las profesionales que se desempeñan allí.

Dicho Centro y Programa de Salud Comunitaria han realizado capacitaciones para profesionales en temáticas como diversidad sexual, prevención del VIH en la población joven y campañas de prevención, no sistemáticas, llevadas adelante en plazas céntricas del municipio donde se difundía información sobre prevención, testeo así como en algunas de estas campañas la posibilidad de realizarse el testeo en el hospital móvil que se ubicaba en la plaza.

La Dirección de Maternidad e Infancia y el Centro ETS del municipio concentran la mayor cantidad de información epidemiológica alrededor de las ITS así como las respuestas, mayormente sobre las enfermedades y los padecimientos referidos a las infecciones de sífilis, VIH. El Centro de ETS a partir de lo descripto²⁹, la Dirección a partir de la regulación de la atención a mujeres en edad reproductiva, niños y niñas.

Esta Dirección tiene a cargo todo el trabajo referido a las mujeres en edad reproductiva, embarazadas, puérperas, así como de niños y niñas. Es una dirección fundamental dentro del sistema de salud y junto con la Dirección de Unidades Sanitarias, la que más recursos tiene dentro de la Secretaría de Salud. Regula la mayor cantidad de la población en el trabajo del sistema de salud: ginecólogas, obstétricas, pediatras y las acciones de otros profesionales como las medicas generalistas cuando realizan prácticas de pediatría a niños/as y mujeres en edad fértil. Además de los programas referidos puntualmente al llamado eje de maternidad e infancia el área se encuentra a cargo, en el municipio, del Programa Nacional de Salud Sexual y reproductiva. Este, entre otras cosas,

²⁸El programa está integrado por profesionales de distintas disciplinas y especialidades abocados a distintas líneas de trabajo en prevención y promoción: trabajo social, médicas generalistas, clínica, técnica comunitaria, psicólogas, psicopedagogas y recientemente el programa ha incorporado promotoras de salud a quienes coordina en su trabajo en las unidades sanitarias junto con las directoras de las mismas.

²⁹ Según la información brindada, en el marco de una jornada para equipos de salud, por profesionales del Centro, en la actualidad hay 981 pacientes con VIH-SIDA bajo programa; 489 en tratamiento, (65 pediátricos) y se realizaron 750 cargas virales y CD4 año 2012.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

distribuye los métodos anticonceptivos a la población, así como la información de las pautas de uso.

Desde allí se concentra la mayor cantidad de recursos en salud del municipio para "captar " a las mujeres embarazadas y/o con posibilidades de embarazo, logrando con esto el mayor número de mujeres con las que se trabaja en prevención y atención de estas infecciones; también las labores de atención y prevención de enfermedades de niños y niñas. Atención y prevención que puede ir desde el trabajo clínico en los consultorios de los centros de salud alrededor de distintas enfermedades que contraen como el desarrollo de campañas de prevención de enfermedades estacionales o vacunaciones masivas.

Debido a esto la población de mujeres en edad fértil así como de niños y niñas es el segmento del que más información epidemiológica se tiene.

Es decir, la información epidemiológica sobre ITS se concentra fundamentalmente en La Dirección de Maternidad e Infancia y el Centro de ETS-Sida porque el mayor trabajo se realiza en el llamado "eje materno infantil" por un lado y en la asistencia a pacientes ya diagnosticados en el Centro.

Trabajo alrededor de otras ITS existe en las unidades sanitarias y en el Centro de ETS pero no está planteado como un problema de salud que afecta a gran parte de la población.

A nivel nacional existe escasa información epidemiológica disponible referida a las ITS exceptuando el VIH pese a que se trata de enfermedades de notificación obligatoria. Se suma a esto la situación de escasez de estudios e investigaciones sobre las representaciones y prácticas médicas sobre este tema -ITS que no sean VIH en ámbitos hospitalarios- que he podido relevar constituye un aspecto importante para la justificación de esta investigación. Este es uno de los puntos de partida para problematizar qué significados otorgan hoy los profesionales de la salud a estas infecciones y a quienes las padecen.

Tanto durante mi labor en el programa municipal de Salud Comunitaria como mientras elaboraba el proyecto de la presente investigación he mantenido diálogos con

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

profesionales de distintas unidades sanitarias quienes en todos los casos refirieron la existencia de una demanda semanal o muy frecuente a su entender de atención de personas con distintas ITS. Está percibida elevada frecuencia de atención, así como ya a otro nivel, las mencionadas estimaciones epidemiológicas a nivel regional y mundial contrasta empero con la baja notificación expresada en el sistema de registro epidemiológico local observado en la tabla 3.

Quienes fueron entrevistados poseen diversas trayectorias de vida y profesionales. En la actualidad algunos se insertan laboralmente en distintos niveles del sistema de salud, así como realizan atención en ámbitos privados, consultorios propios o pertenecientes a clínicas privadas. Trayectorias³⁰ que configuran experiencias y formas de pensarse y pensar los sentidos dados a su trabajo en salud, a lo que quienes demandan atención dicen y hacen, a los contextos donde trabajan, al campo de la salud y campo social más amplio en donde el mismo se inserta. Sentidos que poseen elementos en común propios de su formación biomédica, del momento histórico donde se educaron, de la educación universitaria y de residencias del sistema de educación público. Pero también orientaciones contrapuestas, similares pero no iguales, en conflicto sobre distintas cuestiones que hacen a su quehacer cotidiano en salud en este lugar en el oeste del conurbano bonaerense.

³⁰ La utilización del término trayectorias es realizada en este estudio simplemente como enunciación de la existencia de distintos recorridos individuales que hacen a la diversidad de sentidos dados a los distintos elementos que configuran el sistema de salud. No utilizaremos el término como recorte analítico, buscando analizar los recorridos personales de cada profesional. Si, el termino nos permite observar que en estos recorridos se desarrollan procesos de construcción biográfica en la conjunción de dimensiones como sexuales, afectivas, de clase, género, étnicas, etc., simultáneamente individuales y colectivos donde se construyen las relaciones pasadas y presentes con grupos, personas e instituciones que poseen diversa significación subjetiva.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

4. INFECCIONES, PADECIMIENTOS Y TRABAJO EN SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

He asistido a las unidades sanitarias tanto durante mi labor dentro del sistema de salud como para realizar el trabajo de campo. Durante el último las entrevistas pudieron ser pautadas en su mayoría a media mañana y algunas pocas temprano por las tardes. En algunas de estas entrevistas los diálogos previos y posteriores con los profesionales podían hacer que si bien nos encontrábamos en esas horas de la mañana nos despedíamos pasado el mediodía o inclusive a media tarde. Las entrevistas eran acordadas en esos horarios porque por lo general eran momentos donde la concurrencia de gente -de mujeres embarazadas o con niños en su gran mayoría- disminuía. En algunos casos ya a esas horas 'la sala está vacía'.

Durante estas variadas instancias en las que fui a las unidades sanitarias, salitas de atención o a veces centros de salud, realice las entrevistas y también mantuve conversaciones varias con los profesionales y trabajadores que allí estaban. Observe frecuentemente cómo son las distintas salas a donde concurre la gente. Sus disposiciones espaciales, sus carteleras, los afiches y notas colgadas en prácticamente todas sus paredes, con información sobre prevención de enfermedades, grupos de actividades para adultos mayores o gente con diabetes o hipertensión, información sobre métodos anticonceptivos, o para las mujeres embarazadas, calendarios de vacunación, notas con horarios de los profesionales. En una las rejas en mostrador donde se encuentra el área de administración son verdes y pesadas, en otras de menor densidad, en algunas un vidrio. Son diversas las disposiciones de las llamadas salas de espera. Solo en una de las unidades no había un espacio para la espera ya que estaba en construcción. Suelen estar mayormente en los anchos pasillos de distribución de los consultorios donde se ubican las sillas una al lado de las otras, contra las paredes. No hay espacio por lo general suficiente para reuniones de trabajo. De realizarse estas suelen ser en los consultorios o a veces en las salas de espera, momentos en los cuales se suspende toda o la mayoría de la atención a la gente. Son pocas las unidades que tienen espacios para momentos de descanso o comida para quienes allí

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

trabajan. Para ellos están o los consultorios también o, en unas pocas, unas pequeñas cocinitas donde permanecen parados.

Algunas salas son oscuras otras luminosas. Algunas con un terreno disponible para ampliarse sin ser utilizados y con pastos altos o cortados. O terrenos donde si el tiempo está lindo y no hay lugar en la sala se dan allí charlas de métodos anticonceptivos o actividades de talleres. Estos últimos no son frecuentes o sistemáticos. En algún momento se aprovechan esos pedazos de tierra para algún asado, ya en época de las fiestas de fin de año. Con ventiladores ruidosos pero necesarios, con algunos aires acondicionado en los consultorios, con cajas de insumos sin un deposito cómodo o suficiente. Salas limpias al comienzo y final del día y con cientos de pisadas durante toda la jornada. Con cartones en el piso de la entrada de cada una de ellas para que, sobre todo cuando llueve, la gente se limpie el barro de las suelas. Con goteras en arreglo o avanzando por la pared y techo. Algunas unidades están en ampliación o arreglo, realizado lentamente por el municipio. Otras esperan mientras alguna donación de materiales o colaboración en mano de obra o un vecino del barrio ayuda un poco con el mantenimiento.

En el marco de todo ello y unas cuantas cosas más el trabajo referido a las ITS se constituye con la fusión de las condiciones materiales sobre las que se desarrollan esas prácticas y los sentidos dados a las mismas.

Las condiciones no solo implican la infraestructura sanitaria, lo edilicio, los caminos, lo palpable –‘...con la última lluvia no llegaba la ambulancia’³¹; ‘...se robaron la heladera con las vacunas y todo’; ‘Gracias a eso pusimos un aire acondicionado. Dicen que ya ponen internet’, ‘además de estas planillas tengo que buscar presupuestos para las compras’; ‘junto con las Hojas Dos van los papeles del Nacer’. Tampoco son solo los insumos necesarios para aplicar una medicación –“¿Vos viste penicilina en las salas?”; “...ha pasado de estar el tema de bronquiolitis y que no haya

³¹ La utilización comillado doble, “xx”, será para: citas de textos de autores mencionados; para el extracto de fragmentos de entrevistas. El uso de comillado simple, ‘xx’, es utilizado para: expresiones del autor de este estudio; para recuerdos aproximados sobre lo dicho por entrevistados (ideas, conceptos, expresiones); y citas hechas por los entrevistados y situadas al interior de extractos, “‘xx’”.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

salbutamol”; “...preservativos se reparten siempre. Eso sí que no falta”- cerrar una herida o aplacar un dolor. Son también las formas de contratación, las rutinas ineludibles para el sostén de burocracias...necesarias o no. Son las inserciones laborales de los profesionales en distintos ámbitos, los sistemas establecidos de información, formales o no -‘lo terminábamos hablando en la cocina...’; ‘Esos son temas que traen a las reuniones la ginecóloga y la psicóloga a veces. Habría que ver...’; “No, reuniones de equipo no hay”- pero que instituidos se repiten. Y son también las formas de relacionamiento entre las personas posibilitadas, en buena medida, por estas condiciones y en otro tanto por los sentidos dados por cada sujeto a la relación con el otro según cómo interpreta el lugar que ocupa, qué hace en él, cómo y por qué -‘M: Yo no les llamaría paciente/E: Y cómo les llamarías/M: No sé, no lo pensé. Es una buena pregunta’; ‘¿Viste cómo somos los médicos? Somos medio saltamontes. Siempre saltando de un lado para el otro. Por ahí trabajamos en un montón de lugares’; ‘M: A mí me gusta la guardia/E: ¿por qué?/ M: Porque no te vinculas con la persona’.³²

Estas condiciones como se ha referido son el producto de distintos procesos socio históricos complejos y se tornan concretas, en sus efectos en las interrelaciones de los sujetos. Lo hacen desde los saberes adquiridos en sus trayectorias – “O sea, mis dos lugares principales de trabajo son: el Eva Perón y el Hospital de Moreno. Siempre fueron hospitales grandes”; “Hice el CBC y después me fui a estudiar a Entre Ríos. Allí hice la carrera binacional. (...) medio año en Argentina y medio año en Uruguay. (...) Y bueno, desde el 2000 soy del hospital, me nombraron recién en el 2011, así que estuve once años trabajando gratis en el hospital, ad honorem (...) en la municipalidad entré en el 2005 con Médicos Comunitarios.”; “había conocido a alguien y alguna de las jornadas, congresos se acercó gente a la residencia ofreciendo, como que había posibilidades y, nada, conocimos distintas unidades (...) y la idea era empezar juntas con algún tipo de proyecto, de poder seguir esto de que no sea sólo asistencial, de poder hacer algo más comunitario, de poder ver bien, de no hacer sólo niños o adultos sino de

³² En extractos de entrevistas la “E” es entrevistador, la “M”, médico/a

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

poder tener esto de la parte de salud de la mujer un poco más, tranquilas y quedamos ahí”; “Uuh, en realidad yo estoy en Moreno desde que estaba el hospital viejo, cuando era practicante”. Y experiencias “Y estuve los dos meses en India y en los Himalaya con un médico peruano. Y, nada, ahí hacía... también, trabajando de todo, haciendo de todo, pero hacíamos lo que le dicen Medical Camps”; “No, hace dos años que tengo lupus. Hace dos años, sí. (...) Por estrés laboral, sí.”.

Trayectorias y experiencias que junto con los procesos y saberes institucionalizados –ambos parte de las condiciones materiales- son configuradoras de las prácticas, su sustento y sentido, durante el trabajo en el primer nivel de atención. En el marco de estas prácticas, en el entramado intersubjetivo desarrollado durante la cotidianidad y su materialidad se inscribe el trabajo sobre y con las personas que tienen o pueden infectarse de alguna ITS.

Atento a los límites de esta tesis, y en el espacio de un capítulo, pretendo en esta primer sección de análisis reconstruir distintas lógicas y representaciones creadas y recreadas al interior de las unidades sanitarias como parte de racionalidades institucionales, disciplinares y burocráticas que conforman entre otras cosas los distintos elementos que orientan prácticas y representaciones durante la atención de las ITS.

Me propongo esto a partir de los distintos testimonios en las entrevistas, algunas observaciones directas y mi recorrido en el sistema de salud local como uno de los técnicos del mismo. Lo hago también desde el marco teórico ya referido, el cual se ampliará en este capítulo buscando profundizar en los objetivos aquí planteados.

Como he planteado, en el sistema de salud se sostienen gran cantidad de diversas rutinas, lógicas institucionales, normas que se vinculan de distinta forma con las concepciones de salud, atención, trabajo en el primer nivel y hacen las formas de intervenir en el proceso s/e/a desde el sistema de salud en las poblaciones .

Como se adelantó al comienzo de este trabajo uno de los desarrollos conceptuales que nos guía se refiere al realizado por Menéndez (1990). El mismo sostiene que es en el ejercicio de las prácticas desarrolladas cotidianamente donde se pueden “encontrar los procesos de dominación, de subordinación, de autonomía,” (p.87) que

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

refieren a las tendencias estructurales. Señala también que la metodología para comprender los sentidos de las prácticas que construyen y articulan saberes se plasma en la observación del sistema funcionando, en el análisis concreto de las acciones de los sujetos, donde "veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes pero que en conjunto se organizan de determinada manera" (Menéndez, 1994, p.75).

El ámbito de la vida cotidiana posee un carácter multívoco (Elías, 1998). Significa esto comprender que no se trata de una esfera autónoma sino una construcción analítica que lleva en sí el interés de dar visibilidad a un régimen diferente distinto al público: sea lo doméstico, sujetos anónimos, vivencias personales, o actividades rutinarias (Elías, 1998). Es ésta la primera característica que nos resulta significativa para la aprehensión de nuestro objeto: observar dónde se producen y reproducen las prácticas de atención de las ITS.

Lo cotidiano se caracteriza porque se presenta para los sujetos como algo dado, autoevidente, con todas las apariencias de lo natural y cuyo origen no es preciso indagar (Marques, 1983). Se diferencia de aquello pautado como accionar racional, como por ejemplo una política pública. Este rasgo característico convierte a la vida cotidiana en una provincia de sentido (Schutz, 1995). La experiencia se conjuga con los acervos de conocimiento disponibles, experimentándose a partir de ello la realidad sobre lo que por vivencias propias o de aquellos más cercanos nos muestren como existente. Sobre esta plataforma se desarrollan los proyectos de acción que organizan la cotidianeidad en términos de motivos –motivos para y motivos porque- (Schutz, 1995), producidos sobre la seguridad otorgada a la tipicidad de personas y actos.

Uno de estos niveles que otorga complejidad es el de las distintas leyes y normativas producidas en un momento y con una historia determinada para el sistema de salud. Este andamiaje normativo no es en buena medida el resultado del accionar de los profesionales médicos que trabajan en él³³. Me refiero tanto a las leyes y normas

³³ Las leyes y normativas referidas a la lucha contra el VIH no tienen al sector salud como su único impulsor ni los profesionales que se abocan al trabajo con poblaciones con esta enfermedad pueden sortear concepciones devenidas de enfoque de riesgo por ejemplo.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

concernientes a la prevención de las ITS o de cualquier otra enfermedad, como las que establecen el funcionamiento del sistema de salud en general: su organización formal interna, lo que se supone para cada nivel del sistema, las prácticas supuestas como pertinentes para cada especialidad médica, lo protocolizado para la atención al interior del consultorio, para el trabajo fuera del mismo -como la sala de espera- o en el trabajo en salud en los barrios, instituciones, etc. Son también las distintas 'cosas' dadas por supuesto en instancias, prácticas y la organización del trabajo donde se visibilizan racionalidades operando al interior de un sistema público del conurbano, como es nuestro caso.

Es importante problematizar, en nuestro análisis de las representaciones y prácticas de profesionales médicos del primer nivel de atención sobre la atención de personas con Infecciones de Trasmisión Sexual, distintas dimensiones en juego simultáneo al momento de pensar el trabajo en el día a día de las unidades sanitarias. En este transcurrir las dimensiones se producen e imbrican en entramado de prácticas y discursos desarrollados en el sistema de salud y en el campo de la salud, comprendidas como hechos sociales³⁴ (Durkheim, 1982) a desnaturalizar aquí sobre el supuesto de que estos son generados en un contexto social amplio y conflictivo.

El desarrollo de leyes, normativas y protocolos forma parte de las prácticas al interior del sistema de salud. Son naturalizadas en rutinas y supuestos en la cotidianeidad de cada unidad sanitaria.

Existe hoy un marco legal y normativo para la implementación de políticas de prevención de las ITS, su investigación y atención en todos los niveles del sistema de salud. La Ley nacional de VIH-Sida sancionada en el año 1990 (Ley N° 23.798³⁵) establece la importancia de la prevención de este síndrome, la obligatoriedad de desarrollar programas e instancias de investigación y capacitación de recursos humanos,

³⁴ Un hecho social es definido por Émile Durkheim como las maneras de obrar, sentir y vivir producidas de forma exterior al individuo. Estas una coacción sobre las conductas individuales orientándola en todo su desarrollo. Dicho autor conceptualiza al hecho social como forma de observar y comprender cómo los caracteres culturales moldean a los sujetos predisponiéndolos a comportarse y pensar de una determinada manera. Estas formas de expresión son en función de los elementos culturales que el sujeto haya ido interiorizando, aprendiendo, en su socialización a lo largo de su vida y expresándose de forma consciente e inconsciente.

³⁵ La Ley N° 23.798 fue reglamentada por el Decreto N°1244/91

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

establecer protocolos y normas pertinentes y actualizadas, brindar información sobre el estado de salud a quienes la solicitan, y garantizar las terapias y medicación gratuita a las personas infectadas. A su vez, en la reglamentación se propone incorporar la prevención del virus en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación.

Asimismo, la Ley N°25.673 de Salud Sexual y Reproductiva³⁶ adopta la concepción de Salud Sexual que alude a “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema productivo, sus funciones y procesos”. Dicha Ley en su artículo 6 establece que: “La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. [...] se deberá: a) Establecer un adecuado sistema de control para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH-Sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

Excede a esta investigación confirmar lo que parece presuponerse al problematizar la respuesta a las ITS y su relación con VIH: al día de hoy se privilegia básicamente la respuesta sobre la epidemia del VIH, a pesar, inclusive, que las ITS favorecen la trasmisión del mismo (Cardona Arango, op. cit.)³⁷. La respuesta del sistema de salud a las ITS existe pero su alcance aún no parece ser suficiente (OMS, 2007; OMS, 2008; OMS, 2011; Ministerio de Salud de la Nación 2013a; 2013b).

Buscando una mirada interpretativa sobre el trabajo en salud introduciré para nuestro análisis los planteos de Merhy *et al.* (2006). Este autor parte del reconocimiento de que la salud se produce “en acto”. Esto significa que de realizarse “el producto del trabajo en salud solamente existe en su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, esto es trabajadores y usuarios” (p151). Para desarrollar este acto de salud, los trabajadores utilizan tres modalidades de tecnologías, de distinta forma y con las particularidades de cada uno: 1-Tecnologías “duras”, que

³⁶ La Ley N° 25.673 fue reglamentada por el Decreto N°1.282/3

³⁷ Pudiéndose llegar a explicar hasta un 40% o más de los casos de VIH por la interacción entre la infección temprana de este virus y otras ITS (OPS, 2007)

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc. 2-Tecnologías “blandas-duras’, que corresponden a los conocimientos estructurados, como la clínica y la epidemiología y 3-Tecnologías “blandas’, que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario” (Merhy *et al.* 2006, p.151).

Son estas últimas las que “confieren vida al trabajo en salud”, posibilitando al profesional actuar sobre las realidades singulares de cada usuario comprendiendo la complejidad de cada contexto y logrando articular las diversas tecnologías. Nos interesa el planteo que favorece Merhy al expresar que: “cuanto menos creativo es el trabajo y con menor flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone, se torna en un trabajo menos vivo y más muerto” (Merhy *et al.* 2006. p.151). Dicho planteo nos posibilita tanto una reflexión en torno a las tecnologías que se desarrollan en el campo de la salud, mediadas por un determinado tipo de racionalidad – como la planteada en el *Modelo Médico Hegemónico*- como también la posibilidad de ver el conflicto al interior del campo de la salud entre autonomía y alienación de los sujetos que lo componen.

Al pensar en tecnologías blandas tenemos en cuenta la orientación de Menéndez (2009) cuando señala que las instituciones asistenciales, de cura, de control de la salud, en todos los contextos, estructuran una racionalidad que no es únicamente técnica y científica, sino que a la vez se constituye sociocultural e ideológica. De esta forma el vínculo entre curador/paciente significa la puesta en juego de sentidos construidos sobre los padecimientos.

La autonomía que poseen los profesionales durante su trabajo de atención es parte constitutiva de la capacidad de generar un acto de salud, de producirlo, en cada relación intersubjetiva en el ámbito privado de la consulta (Merhy *et al.*, 2006).

Esta autonomía demarca en su desarrollo la existencia de tres campos en tensión al interior de las organizaciones de salud: 1- La conformación del espacio sanitario. Dado por las prácticas de salud el cual es un espacio “de múltiples disputas y constitución de políticas, definido a partir de la acción de distintos actores, que dependiendo de sus

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

intereses y de la capacidad de actuar se alían o confrontan” (ibíd. p.152) para afirmar un determinado espacio sanitario acorde a sus intereses. 2- La producción de los actos de salud. Es la forma de trabajo que predomina en salud dado que la producción de actos de salud se realiza en medio de importantes niveles de incertidumbre así como también de autonomía de los trabajadores. 3- El campo de las organizaciones de salud. Un espacio de intervención de diferentes actores “que disputan la orientación del cotidiano con las normas y reglas instituidas”. Todos estos campos se encuentran continuamente en tensión por la polaridad entre autonomía y control de los sujetos. (Mehry *et al*, p.152).

4.1 Modelos, el día a día, sus prácticas y representaciones

Para el abordaje de nuestro material de campo a continuación es importante tener en cuenta la definición mencionada sobre los rasgos constitutivos del *Modelo Médico Hegemónico* que con la conceptualización de Merhy – y en conjunto con nuestro marco teórico general- nos servirán para el abordaje en este capítulo y subsiguientes.

Además del *Modelo Médico Hegemónico* Menéndez distingue analíticamente dos grandes grupos entre las prácticas, saberes e ideologías que son subalternas a aquél. El *Modelo Médico Alternativo Subordinado* y el *Modelo de Autoatención*.

El primero de ellos integra a todas las prácticas generalmente englobadas como “tradicionales”. Incluye las prácticas de curadores procedentes de culturas donde el método científico no es la forma válida del conocimiento, así como las denominadas medicinas “new age”. Se encuentran en este segundo modelo tanto prácticas y concepciones que son hegemónicas al interior de otros sistemas culturales como la medicina mandarina o ayurvédica u otras de pueblos originarios americanos.

Así como parte de las prácticas que realizan los profesionales del primer nivel de atención hemos observado algunas que insertándose en este modelo nos permiten observar la diversidad de sentidos dados al accionar sobre las mismas categorías supuestas para el trabajo en salud del primer nivel. “Charlas”, trabajo en prevención, trabajo en atención primaria, trabajo interinstitucional representan parte de desarrollos supuestos a

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

dicho nivel y sobre los que podemos reconstruir una diversidad de prácticas concretas diversas. La autonomía mencionada por Merhy al interior de las unidades sanitarias se inscribe muchas veces en distintas hojas de ruta, distintas líneas de fuga, para una misma categoría:

M: No, las charlas que yo he hecho siempre. Por ejemplo en las escuelas hemos hecho un montón. Que para mí hoy ya no tiene sentido. Como que yo siento que todo eso está perdido, que hay que hacer otra cosa. (...) Charlas en las escuelas, en todo. Los resultados de hoy son: nada, menos cero. Entonces creemos que se tiene que trabajar de otra manera.

(...) Para mí algo no responde cuando yo veo que una chica viene, viene a una charla, me escucha y después, no, viene al otro día a buscarme la pastilla del día después porque está embarazada. O no entendió nada... no se llega de esa manera. Ese tipo de cosas ya para mí no sirven. (...) y nosotros estamos buscando por otra parte. Eso sí suena volado. Pero se está buscando por la parte más profunda, más espiritual, por así decirlo, ¿no? (E2-ginecóloga)

Menéndez subraya que ninguna práctica o creencia subsiste en estado “puro” o incontaminado. Por el contrario, la condición de su perdurabilidad es su adaptación a las distintas circunstancias. En caso de la atención a la salud, lo “tradicional” logra continuidad merced a su incorporación de distintos elementos provenientes del Modelo Hegemónico.

Son elementos constitutivos del Modelo Médico Alternativo Subordinado en primer lugar a aquellos modos de atención de padecimientos sostenidos por agentes especializados que no son profesionales biomédicos, o bien que siéndolo aplican técnicas distintas a las del saber oficializado.

E: ¿Qué decís estos grupos de reiky? ¿De meditación?

M: Si, de reiky también. (...) Las meditaciones no las hago yo, las hace una reikysta que algún día me propuso a mí poder hacer algo en la unidad sanitaria. Y estamos sábado por medio. Te invito un sábado si quiere venir. 2:30 de la tarde. Y bueno, y está bueno porque hay muchas chicas, muchas chicas jóvenes que van también. Como va gente grande, como va gente con patologías. (E2-ginecóloga)

Teniendo en cuenta los campos en tensión mencionados por Merhy observamos en esta última cita el desarrollo al interior del espacio sanitario de distintas formas de prácticas de salud. Exceden a los objetivos de este trabajo la observación y análisis del proceso mencionado pero, junto con otras prácticas nos sirven, para asomarnos

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

a observar las formas de producir salud que se desarrollan al interior del campo sanitario, específicamente del primer nivel como parte del conflicto por la maleabilidad de las tecnologías blandas de producción de salud.

M: Yo tengo otra orientación. Yo soy homeópata unisista. ¿Conoces algo del unisismo? Eso no lo puedo aplicar en la sala.

E: ¿qué sería el unisismo?

M: En realidad nosotros trabajamos con él todo, él todo de la persona. ¿Sí? Lo que le pasa, lo que no le pasa, lo que lo desequilibra. Se busca el equilibrio. Se busca la causa que pueda haber generado ese desequilibrio. Esa enfermedad, esa afección.

Pasa que con cada paciente, para eso tienes que estar dos horas por ahí para hacerle un buen tratamiento. Con algunos pacientes lo hemos hecho. Tenemos dos o tres nada más que las venimos siguiendo. Generalmente yo abarcó las que son oncológicas más, que son las que más, digamos, van a necesitar. (...) Se trabaja un poquito más. Pero bueno, o sea, son casos. Lo que nosotras hacemos no sé si va a tener un vuelo general.

E: ¿Va a costar ser más masiva?

M: Claro. (E2-ginecóloga)

Se reúnen en el Modelo Médico Alternativo una heterogeneidad muy amplia de prácticas curativas y preventivas –prácticas ayurvédicas, acupuntura, “medir el empacho”, “tirar el cuerito”, “curar el mal de ojos”, prácticas shamánicas, entre otras- pero todas ellas tienen como primer rasgo en común la relación subordinada con el sistema sanitario biomédico -“*eso no lo puedo aplicar en la sala*”-. En segundo lugar, comparten básicamente una concepción globalizadora de los padecimientos –“*en realidad nosotros trabajamos con el todo, el todo de la persona*”- donde estos no remiten meramente a la biología sino que tienden a incorporar dimensiones espirituales, psicológicas, anímicas, grupales, etcétera.

Y como tercer elemento se plantea la existencia de un curador especializado legitimado –“*Las meditaciones no las hago yo, las hace una reikysta que algún día me propuso a mí poder hacer algo en la unidad sanitaria*”-.

Diferenciándose de este modelo subalterno se encuentra el denominado Modelo de Autoatención. Menéndez define como *autoatención* a las prácticas basadas en el diagnóstico, la evitación -prevención- o curación ejercidas por la propia persona o bien por personas inmediatas pertenecientes a los microgrupos o grupos domésticos. Así se incluyen

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

las acciones de atención, control, alivio, cura o prevención de todo aquello que consideran afectando su salud en términos reales o imaginarios.

E: ¿Van chicos adolescentes hombres?

M.: Sí. Sí, sí. Son... a veces vienen acompañados de la pareja o... tiene mucho esto también de que le saca el turno la madre, que se referencian mucho con nosotras, o algo, pero después esas enganchan y vienen. Sí, están viniendo.

(...) y después como que las madres, como vienen a sacar el turno para el hermanito o para ella o para algo, le sacan y ahí vienen. Vienen solos pero... sabemos que el turno no vienen a pedirlo ellos. Pero están viniendo igual. (E1-generalista)

E: ¿Ves casos de infecciones de transmisión sexual?

M: Veo, pero muy pocos. Pocos. O sea, en un mes capaz que no veo ni uno. El año pasado en noviembre vi un chico, seguramente era una gonorrea. Vino acompañado por una tía. Que, en realidad, no daba más del dolor y consultó. Interrogando, sí el chico había estado con una prostituta sin cuidado, le digo: "¿No te explicaron que tenés que...?" "Y no, porque fuimos tres amigos y qué sé yo". Y la tía dice "No, no daba más del dolor y por eso lo dijo, sino no lo decía". (...) La verdad, a mí me llamó la atención que venga con la tía. Le pregunté. "No, porque no se animaba a contárselo a nadie" y se lo contó (...). La verdad que raro porque pocas veces he recibido así. Pacientes que vino acompañado. Y de hecho lo contó la tía. (E8-Clínica)

En la reconstrucción que realizo para este estudio el último testimonio nos permite problematizar elementos que configuran tanto este primer nivel real de atención, la autoatención, como las formas de interpelarlo durante la atención médica –“*Le digo ‘¿No te explicaron que tenés que...?’*”-. Esto como parte del acto constitutivo de las tecnologías blandas o sea el armado del vínculo necesario para el “acto” productivo de salud. Nos referimos observar los posibles conflictos existentes en ese mismo acto de producción al momento de problematizar las concepciones de género, de sexualidad y en este caso de masculinidades –“*el chico había estado con una prostituta sin cuidado*”-.

Concepciones que hacen a la constitución simbólica de los autocuidados y cuidados de los microgrupos –“*Y de hecho lo contó la tía*”- para con sus integrantes. De igual forma hacen a la constitución de aprendizajes aprendidos en el cotidiano de los vínculos domésticos que en estas infecciones hacen a que los padecimientos se aplaquen o se prolonguen –“*No, porque no se animaba a contárselo a nadie*”- por vergüenzas, estigmas, temores, etc.

Distintas interpretaciones existen entre los profesionales estableciendo

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

variaciones en las formas de interpelar al otro como parte del momento de encuentro en la atención:

E: ¿Y cómo fue esa situación de "Doctor me llora el nene"?

M: Y alguno, qué sé yo, necesitará...aparte de tratarlo ¿No? Por ahí necesitaba un espacio para charlar, nada más. Decir "la próxima vez, cuidate" "fijate lo que vas a hacer, dónde lo haces" Y "si venís contame" o "¿Tenés alguna duda?" ¿Entendés?

Trato de bajar un poquito el nivel de... el lenguaje. Digamos, ser lo más claro posible, no ser tan técnico a veces. "Evite el contacto con..." (pone voz impostada e imperativa). No, espera, 'si te vas a ir a tal lado fijate de hacer tal cosa' (pone tono de cercanía con quien dialoga).

¿Sí?, porque lo van a hacer, ¿No? de todas maneras. No, no, no: "no lo haga". No.

E: Bajar el lenguaje: ¿qué sería entonces?

M: Hablar un poquito más con el código...no tan médico estricto. Por ahí no te vienen a escuchar como médico, te vienen a escuchar como otra oreja, digamos. Y que le des alguna pauta. (...)¿Cuál el mayor impacto? ¿El que no venga más o que venga y me cuente? Y yo prefiero que venga y me cuente. Y después vemos qué hacemos. (E9-Clínico)

Sobre estas similitudes y diferencias con los padecimientos referidos a otras enfermedades he observado cómo los profesionales de la salud en algunos casos tienen dificultades para realizar abordajes que interpelen construcciones de género que dificultan prácticas de autocuidado. Este tipo de prácticas durante la atención sostenidas en la construcción de un diálogo se dificulta en algunos casos cuando el mismo se encuentra con la construcción de distintas subjetividades en los diversos grupos domésticos. La racionalidad biomédica en algunas de estas instancias funciona como elemento de control sobre las prácticas de los sujetos limitado a los hábitos que no favorecen los cuidados sin observar los contextos donde estos se aprenden o teniéndolos en cuenta anecdóticamente. El profesional se desenvuelve en un sistema con dificultades para la realización sostenida de concepciones de la Educación para la Salud. Esto es inclusive ante derivaciones al interior del mismo entre profesionales.

E: ¿Lo contó la tía? ¿Él, qué, estaba en silencio?

C: Sí, sí, sí. Después, bueno, interrogando le pregunté y sí contó lo que había sucedido, sí.

(...)No, no volvió. Yo le di medicación igual. Igual lo derivé con Giménez, pero no volvió. (E8-Clínica)

E: ¿Si su pareja tiene lesiones?

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

C: Sí, a la pareja siempre se la mando al urólogo. Nunca va. (Risas de la profesional) Pero siempre se la mando. Nunca van...

E: ¿En ningún caso?

C: No, eso me cuesta un horror. Que vayan al urólogo. Pero bueno, les explico, les digo "Mirá, esto en el 90% es por el contacto de transmisión sexual, si tu pareja no se cura, vos hacés el tratamiento y te volvéis a contagiar". (E3-ginecóloga)

E: ¿Y estos diálogos los podés tener con mujeres que pueden estar viniendo con varones?

B: Los varones todavía no los tengo...tengo pocos varones. Y todavía no intenté con los varones. Eh, estamos intentando con las mujeres. (E4-generalista)

El Modelo de Autoatención señala el lugar estructural de las prácticas de *autoatención* en los grupos domésticos. Estas se aprenden en la cotidianeidad de los sujetos estableciéndose así las experiencias que al interior de los grupos configuran los umbrales de dolor o molestia. Experiencias que favorecen o no la consulta a un especialista biomédico o de otra forma de medicina.

La autoatención, *primer nivel real de atención* (Menéndez, 1990; 1997; 2009), y el modelo descripto me permitieron observar también cómo son vistos en el primer nivel de atención los sujetos y grupos domésticos. Situaciones que emergen como disruptivas como la poca asistencia de varones jóvenes para médicos o frecuentes como un desinterés de las mujeres por el cuidado de su cuerpo, solamente interesadas por su embarazo permiten observar las prácticas realizadas en esos casos como parte del desarrollo de la atención.

E: ¿No consultan con un Chancro?

C: No, cuan- no, no, no la lesión primaria, la verdad, muy difícil. (...) Que...no, no, que hayan venido con una lesión primaria no, para nada. De sífilis sí. (E8-clínica)

E: ¿Alguna de las mujeres que llamaste o que fuiste a la casa reaccionó mal o se puso mal...?

LL: No. (...) "Ah, sí, en el otro embarazo me había salido lo mismo".

E: ¿Te dicen eso?

LL: Claro, hay muchas que dicen eso.

De sorpresa, sorprendidas así... no. Como acá la mayoría son todas multíparas y calcula que las multíparas el último embarazo lo tienen en diciembre del 2013, en ese embarazo también va a decir VDRL. Ya entienden lo que es un VDRL positiva, entienden lo que tienen que hacer y todo eso. Por lo general pasa eso. O sea, de primera vez muy pocas. Y que yo recuerde no sé, ninguna se sorprendió.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Me preguntó: "¿qué es?", "Es una enfermedad de transmisión sexual. Es un VDRL, por lo tanto tenés que hacer tratamiento". Eso es lo único que les interesa en ese momento a ellas, que no se lo pasen al bebé. Eso sí es algo que todas me preguntan lo mismo. "¿Pero esto lo puede afectar al bebé? ¿Se lo puedo pasar al bebé o algo?" (E6-obstretico)

LL: ¿Viste que los varones es a los que más les cuesta? Las mujeres, quizás, son un poco más... pero los varones son bastante complicados...

E: ¿Que, no te preguntan?

LL: No cuando vienen acá, no, no preguntan. Muy pocos preguntan. Cuando la... o sea, lo que te das cuenta, cuando la mujer es bastante tímida así, que le cuesta, el varón es el que pregunta: "Doc. ¿Y la próxima ecografía?" Y... "Bueno, el lunes la acompaño a hacer el próximo laboratorio". Es como que ahí sí. Ahí se introducen más. Pero cuando la mujer es más suelta no. No preguntan. No... (E6-obstretico)

E: Cuando has tenido que ir a buscar embarazadas por ITS, ¿qué situaciones hubieron?

S: Por lo general, yo no sé si no se dan cuenta o lo toman como algo normal.

(...) Sí, como que no les llama la atención. Por lo general es sífilis. Por lo general siempre es VDRL. Pero es como que vienen, "Sí, bueno, voy, hago el tratamiento y lo llevo a mi marido, y ya está. Si mi marido no quiere, bueno, no importa". Por lo general, el hombre varias veces no va a hacer un tratamiento y a hacerse los análisis. Pero ellas lo toman como algo más. Y como tiene cura, no pasa nada.

E: ¿Lo ves cuando ya vas a buscarla a la casa?

S: Sí, sí. Sí, o sino las mando a citar y vienen. Las mandaba a citar y venían al turno y acá les hablaba. (E7-obstetrica)

Menéndez plantea que la mayoría de los episodios cotidianos son leves, agudos y transitorios, -*"Ya entienden lo que es un VDRL positiva, entienden lo que tienen que hacer y todo eso."*- pudiendo encontrar solución u alivio por ello podemos considerar al razonamiento implícito en el nivel de autoatención racional en términos de costo-beneficio, en cuanto asumimos en toda su envergadura la frecuencia con que estas situaciones acontecen en la vida cotidiana -*"Pero ellas lo toman como algo más. Y como tiene cura, no pasa nada."*-. Las prácticas de autoatención no sólo no pueden erradicarse, sino que son la base de todas las decisiones relacionadas con la salud pero como hemos observado las mismas se practican en un contexto que previamente se ha aprendido -*"No, cuan- no no no la lesión primaria, la verdad, muy difícil"*- .

La *performativización* de las normas de género se pueden observar en las formas de practicar los cuidados propios o al interior de un grupo. Prácticas que durante la

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

atención son observadas pero sobre las cuales algunos profesionales parecen tener dificultades para intervenir "*Los varones todavía no los tengo...tengo pocos varones. Y todavía no intenté con los varones. Eh, estamos intentando con las mujeres.*"; - "*pero los varones son bastante complicados...*"-

Los últimos enunciados permiten observar distintas repeticiones en los relatos de los profesionales. Estas repeticiones sobre determinadas formas de autocuidado, o de no cuidado, muestran distintas representaciones médicas sobre cómo opera este nivel en la población y permiten asomarse a ver si existe posibilidad de intervenir de alguna forma, si se registran intervenciones por el sector salud ya realizadas o si son tomadas como conductas sociales fijas. La racionalidad biomédica implícita durante la atención se ve reforzada en sus dificultades para entablar prácticas de diálogo y escucha en los modos de trabajo diario en el sistema donde la labor cotidiana no tiene reales momentos establecidos de encuentro entre profesionales y/u otros trabajadores de la unidad sanitaria. Momentos, espacios con la lógica del intercambio tanto saberes de cada disciplina como experiencias vivenciadas.

Existe una posible dificultad producida en el pasaje de las tecnologías aprendidas y reproducidas que vinculan la escucha, la comprensión, la comunicación (tecnologías blandas), con los desarrollos de una clínica (tecnologías blandas-duras). Pasaje de una tecnología a otra sobre el que es necesario hacer foco. La escucha de cómo alguien que solicita atención realiza sus cuidados incluye problematizar las concepciones de género, por ejemplo tanto para la intervención en el proceso de cura como también para prácticas de prevención en el momento de la atención.

Estas dificultades se pueden ver en lo referido por dos profesionales de trayectorias diferentes: un clínico, director de una unidad sanitaria y un residente de medicina general.

E: Cuando decís "Tener herramientas" ¿A qué te referís?

M: A la formación ¿No? yo creo que desde la Facultad de Medicina salimos con una formación súper biologicista ¿No? Y por ahí, encontrarse con problemas que uno tendría que ver desde algo más psicológico y demás, nada, puedo detectarlo pero no sé si yo podría ayudarla en su resolución ¿No? de esto. Si bien uno acá se desestructura de la formación de la universidad y puede llegar a este

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

problema, ¿No?, que es un problema de abuso en la niñez, que primero me costó desarmar todo eso para llegar a ese punto. Bueno, ya adquirí un montón de herramientas para llegar a ese punto, ahora, para seguir de ahí no creo tenerlas o no ser las más efectivas. ¿No? O sea, para eso están las chicas de psicología y trabajamos juntos. (E5-recidente generalista)

M: ...aprendés a ver que no es solamente el paciente, sino que el paciente vive, en qué condiciones vive. ¿Tiene agua o no tiene agua, tiene el conocimiento y la capacidad económica para comprar lo que vos le das? Si no...no tiene eso que es "Aplicabilidad del Método" se llama ¿No? En el Hospital Italiano. Vos podés saber mucho, podés venir de Harvard... pero si vos no tenés un paciente que te reciba ese mensaje y que lo pueda hacer, no sirve de nada. Y eso a los médicos nos cuesta mucho. (E9-Clinico)

A lo largo del registro se observan distintas referencias y prácticas que permiten analizar la interrelación de los modelos de atención con el producto posible de esta relación. En las prácticas de atención médica o de autoatención es fundamental analizar las prácticas en el momento de la atención, como así también los efectos potenciales de estas acciones a un nivel temporal distinto se construye desde diversos discursos al interior del sistema de salud.

En la cotidianeidad de las unidades sanitarias el importante número de la atención de mujeres multíparas referidas por el obstetra citado –“*Como acá la mayoría son todas multíparas*”-, en el marco de una población que asiste en un referido porcentaje mucho mayor³⁸ es el de mujeres en edad reproductiva y, de este conjunto, el subconjunto de mujeres embarazadas puede ir de la mano con la habituación de distintos fenómenos del proceso de s/e/a de la conjunto total de la población. Frases que visibilizan determinadas formas de autocuidado -“*¿Pero esto lo puede afectar al bebé? ¿Se lo puedo pasar al bebé o algo?*”- no lo son realmente para la mujer. Comportamientos que pueden estar naturalizadas, o no, en los que se observan una dificultad importante para poder intervenir durante la práctica de atención concreta dadas en formas de derivación y que vayan más allá de derivaciones al servicio de infectología del centro de ETS. Formas que integren por ejemplo explicaciones sobre las formas de contagio y el uso del preservativo.

La puesta en juego de las prácticas de autoatención, de cuidado y prevención de una ITS no es problematizable e incluida dentro de las tecnologías blandas-

³⁸ Por todos los entrevistados y la observación de campo.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

duras sino es a partir de comprender el conflicto al nivel de la racionalidad biomédica –“Y por ahí, encontrarse con problemas que uno tendría que ver desde algo más psicológico y demás, nada... puedo detectarlo pero no sé si yo podría ayudarla en su resolución”- que hegemoniza los fundamentos de las tecnologías blandas –“pero si vos no tenés un paciente que te reciba ese mensaje y que lo pueda hacer, no sirve de nada.”.

Hemos observado formas de naturalización de relaciones de género en cada contexto: dónde los profesionales efectúan las intervenciones de distinto tipo, junto con cómo se trabaja sobre el primer nivel de atención, desde las prácticas médicas en el momento de la devolución del diagnóstico positivo de una prueba para detectar sífilis –“por lo general, yo no sé si no se dan cuenta o lo toman como algo normal”-. Nos referimos con este ejemplo último de nuestro registro a prácticas que los profesionales realizan frecuentemente dando de forma conjunta o inclusive individualmente un abanico de respuestas y de interpretaciones sobre sus propias prácticas ante lo que quienes acuden a la unidad sanitaria traen consigo. Ambas, prácticas y representaciones de los profesionales son comprendidas aquí como partes constitutivas de un campo en tensión al interior del campo sanitario, más concretamente el de la salud sexual.

4.2 Modelos, prácticas e historia en el cotidiano

Como se ha señalado, al observar históricamente los distintos móviles que un sujeto o un grupo doméstico pueden tener para desarrollar o no prácticas de autoatención, éstos móviles no se encuentran al margen de las formas como el sector biomédico ha actuado sobre el padecimiento a tratar. Este recorrido histórico se da en el marco de las concepciones sobre la sexualidad que intervienen en la construcción de estos padecimientos y su comprensión en las prácticas de cura y prevención.

E: ¿Dijiste que acá se asustan un poco más con las ITS que con la diabetes?

M: Claro, se los ve de otra manera. Como que la diabetes y eso ¿Viste? vienen y no tienen idea de lo que les puede, les provoca en realidad, las secuelas que quedan. Pero con este tema sí, capaz que se asustan y consultan seguido o... (E8-Clínica)

En ese sentido lo referido por la profesional especializada en medicina clínica, anteriormente citada, ante las razones de consulta relacionadas con ITS nos permite

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

acercarnos a la diversidad de formas de representarse las respuestas dadas por la población que hacen a su autocuidado y el tipo de comunicación desarrollada. En estas formas de establecer la escucha y la comprensión. Se pueden ver en algunos casos los niveles de incertidumbre mencionados por Merhy en conflicto con las dificultades para trabajar sobre el primer nivel de atención y que no necesariamente se resuelven ni en el presente:

M: Si no, ahí sí, por ahí no, eh, porque una sífilis vos decís: "bueno no el tipo va prestar atención, se va a colocar la penicilina" pero, lo otro si vos no le decís: "mira es contagioso". Yo por ahí se lo inflo un poquito más: "cuidado con los chicos". No tiene que ver con los chicos, pero sí le digo así, el marido se va a tratar. (E2-ginecóloga)

...ni a futuro, si pensamos en las mencionadas concepciones configuradas en las formas de autoatención de las poblaciones, con el abono del sector salud:

M: se asustan, se asustan. Entonces hacen los tratamientos. Igual, yo soy un poco, para, por ahí... a veces tengo, depende de quién sea la paciente, pero si yo veo a una paciente que no me va a dar bola trato de meterle un poco de presión para que dé bolilla. (...) Mira, yo creo que el tema de las adolescentes, trato, trató de explicar lo mejor que pueda, pero a veces le tengo que poner un poquito de... de asustarlas un poquito para que hagan los tratamientos para que vengan, para que este. Yo no tengo muy buena psicología con las chicas, no sé.

E: ¿qué sería asustarlas?

M: O sea, no, que si no se hacen los tratamientos esto puede ir a peor, más grave, hacerse más grave.

E: ¿Qué tratamientos?

M: De cualquiera. Ya sea de una condiloma, de lo que sea, no importa.

Yo tengo que lograr que la paciente se haga el tratamiento. Y tratar de que bueno, que lo haga...

E: ¿Si no, no lo hacen?

M: Sí, sí. Si, por vergüenza, por lo que sea.

E: ¿qué te dicen ellas?

M: Nada. Generalmente: "hum, hum, hum...". No contestan nada. No contestan, no contestan. Eso me pone re mal a mí. Porque no dicen, no hablan, nada y no sabes si te entendieron, sino no te entendieron. (E2-ginecóloga)

No pretendo aquí buscar la respuesta solo en el sector salud sobre la lógica racional que hegemoniza hoy el *nivel de autoatención* en las diversas poblaciones. Si, al comprender que este se encuentra subsumido al biomédico históricamente podemos preguntarnos: ¿Qué concepciones transmitidas por medio de prácticas médicas promueven por miedos una mayor cantidad de consultas por ITS que por otros padecimientos?

E: ¿Cómo llegas a la pareja para tratar estas cosas?

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

M: No, le damos generalmente tratamiento a la mujer para que trate la pareja también.

E: ¿es una inyección también?

M: No, metronidasol, el antiparasitario. O sea, pero es más fácil tratar la tricomonas porque nosotros se lo explicamos desde que es un parásito, entonces es parásito, entonces tu pareja que se trate, porque como todo los parásitos se contagia, entonces se lo tratamos de, de vender de otra manera al tratamiento para que el tipo pueda tomar los siete días del antiparasitario. (E2-ginecóloga)

De igual forma me he encontrado con diversas experiencias observando cómo entre los profesionales existen prácticas que visualizan tanto la autonomía existente en el desarrollo de las tecnologías de atención, como las que afectan la autoatención de individuo y grupo doméstico:

B: Salimos a hacer unas visitas -estamos tratando de hacer algunas intervenciones de salud allá- y nos sentamos a charlar con una señora que estaba con un bebé muy chiquito, de tres meses, que había tenido... en zona norte había tenido al bebé. Y me muestra una VDRL positiva de ella y una VDRL positiva del bebé que le habían hecho el tratamiento al bebé, a ella. “Ah, bueno”. Y sale el marido. Y le digo: “¿A éste? ¿Le dieron el tratamiento?”. Y ella me pone una cara como medio rara: “No, no le dieron”, “¿pero le dijeron?”, “no”. Y no le entendí, o sea, me puso cara que yo pensé que él no había querido hacer el tratamiento. Le dije: “Bueno, ¿tienen ganas?”, pero me pareció rara la situación porque mi primera impresión fue que él no había querido y me pareció que, no sé, que no podía decirle porque era violento... viste, sin decir nada, esa gente que con caras te ponen. Y dije: “Bueno, ¿quieren venir?”. Me los cité a la consulta al otro día. (...) “y me traés todos los papeles, vienen los dos y charlamos”, “sí, sí”. Conclusión: nada, una percepción equivocada mía, el chico estaba todo bien con ella, nunca nadie le había dicho en el hospital que se tenían que tratar los dos si tenía una sífilis la chica. (E4-generalista)

4.3 Rutinas, día a día y materialidades

Como decíamos al comienzo de este capítulo el trabajo con personas que padecen infecciones de transmisión sexual es parte de las labores más o menos del día a día. Son prácticas desarrolladas junto con tareas rutinarias durante la atención. Llenado de papeles, gestión de insumos, mantenimiento y orden del espacio de trabajo, atención de personas con otras enfermedades y padecimientos.

El análisis alrededor de las formas de atención de las personas con algún tipo de ITS significa observar entre otras cosas distintos hechos sociales naturalizados, en el sentido común del cotidiano, durante el trabajo de las unidades sanitarias observable desde

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

una mirada relacional (Achilli, 2005). Parte del acceso a este fenómeno lo construí observando las prácticas que, como hemos dicho, conforman el sustento material naturalizado de la institución.

No es posible para esta investigación y los límites del presente texto dar cuenta de la diversidad de prácticas referidas por los profesionales entrevistados. En lo registrado encuentro distintas actividades dentro de las cuales observe relaciones que delimitan diversamente las prácticas de atención de ITS:

M: No, traigo de acá –del Centro de Salud de CABA-

E: ¿No llega a haber una demanda lo suficientemente fuerte como para que...? Porque en todas las salas deben estar observando, tratando EPIs en embarazadas...

M: Yo la verdad que no sé cómo lo resuelven en las otras salas. Yo trato de resolverlo, de la manera que se me ocurrió a mí, que es trayendo de otro lado, pero no me pongo tan exigente en esto de tratar de que la sala exija arriba por qué ha pasado de estar el tema de bronquiolitis y que no haya salbutamol. Entonces es como que; o qué no haya métodos anticonceptivos que es como insumo que uno cree que debería estar asegurado, digamos porque ya están los papeles hechos, no... (E1-generalista)

U otras que pueden ser parte de distintas actividades desarrolladas al interior de estas instituciones con distintos sentidos pero que siempre sostienen de una u otra forma lo instituido dentro del campo sanitario como parte de las tecnologías racionales del mismo.

E: ¿Y esa primera consulta cuánto tiempo toma?

M: Depende... veinte minutos estaría bien. Yo considero que veinte minutos, una primera vez, está bien. Se puede demorar más de acuerdo a cómo sea... el examen físico no se puede demorar, son tres minutos o cinco minutos. Lo que se puede demorar es la consulta, digamos. El interrogatorio. (E4-generalista)

Pueden ser el comienzo de la atención de una persona donde ya se prevén tiempos y acciones, pautados por la experiencia previa y a partir de ella no se traspasan determinadas fronteras en los tiempos del examen físico permitido en mayor medida para algunas especialidades:

M: Yo he visto... cuatro, cinco. Y a veces, bueno, la obstetra, también, detecta con el tema de los embarazos y eso. Ahí se detecta más. (E5-residente generalista)

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

E: ¿O sea que eso es cuando te vienen? Ya te lo dicen, no es que lo detectás vos
 M: No, sí. Igual ante una revisión sí lo podés detectar. Pero la verdad... de primera vez no le vas a decir "bajate los pantalones" porque ¿Entendés? (risa) se va a... se va corriendo del consultorio
 E: ¿Y la segunda vez se lo...?
 M: Es que preguntás, interrogás porque no... Pediatra sí, miran exclusivamente, los genitales sí, en pediatría sí. Pero ya un... un adolescente ¿Viste? si no viene específico con una patología no le vas a mirar. Eso lo hará el urólogo pero va a ir... pero la verdad que no. No (E8-Clínica)

Es, a su vez, la "puerta de entrada" a distintas razones y motivos de demandas. Entre estas demandas puede llegar a haber sujetos que concurren a la atención por alguna infección o no pero se puede observar en las dos citas anteriores y las subsiguientes como se plantean líneas de trabajo donde se llega a visualizar la construcción de esquemas de trabajo rutinarios. Algunas de estas rutinas pueden ser vistas como secuencias que en sus partes interrelacionadas permiten describir y analizar distintos elementos referidos al funcionamiento del sistema de salud y a los sentidos dados por los profesionales a sus prácticas. Es decir: las secuencias vistas de esta forma permiten observar cómo se sostienen determinadas racionalidades en el análisis simbólico de las rutinas. Procedimientos que pueden ser para establecer y reproducir funciones de determinadas especialidades –*"la obstetra, también, detecta con el tema de los embarazos y eso"*- los tiempos establecidos de antemano para cada práctica dentro de la atención- *"el examen físico no se puede demorar, son tres minutos o cinco minutos"*-, o qué se puede traspasar y qué no de lo comprendido como público y privado- *"de primera vez no le vas a decir "bajate los pantalones"*-.

Esto nos permite a su vez problematizar los distintos sentidos que dan los profesionales a las acciones de este tipo pautadas y sistematizadas, dado que, como referí, hablo de diversidad de prácticas:

E: ¿Cuánto tiempo te toma el registro?
 M: Y, si es primera vez, te lleva unos veinte minutos para una historia clínica. Y sí, fácil. Y después depende, es decir -si tiene alguna patología o vos le encontrás alguna otra patología que no sea ITS, una diabetes o algo-, tenés que hacer la derivación, explicarle a la señora, todo eso. (...) Otras son más rápido. Otras es el peso y la talla -que ya lo tomó enfermería- y la presión; es auscultar el bebé, es la altura uterina, revisar si tiene de más o no; si aumentó mucho de

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

peso, le das una pauta de alarma en la alimentación; control de las mamas (...) Sí, por lo general, la mayoría te llevan... por lo general, la que tiene patologías y le tenés que dar más pautas de alarma y más explicaciones de qué se trata lo que tiene, te llevan unos veinte, veinticinco minutos. La otra te llevará unos quince minutos.

(...) Sí, en la primer consulta es llenar toda la historia clínica. Sí... quizás más también. (E7-Obstetrica)

Durante un día, una semana, mes o meses se pueden sostener rutinas sin mucha posibilidad aparente de imprevistos en donde las acciones se repiten más o menos secuenciadamente. En las segundas o terceras consultas no surge nada nuevo para registrar, no hay cosas nuevas en el dialogo, las mismas preguntas –“...edad, gestas, última menstruación, antecedentes familiares, personales y método anticonceptivo”- sirven para que el profesional se ubique dónde se encuentra “*parada con la paciente*”, situada y segura de lo que sucede o puede suceder.

Pasos, tiempos, preguntas, respuestas, registros, papeles, diálogos, tiempos que se suceden sin mayores cambios, entre persona y persona, permitiendo a algunos calcular sin haber tomado el tiempo cronométricamente, pero con seguridad, la duración de cada segmento de atención.

E: ¿Cuánto tiempo te toma esa primera consulta?

M: No, la verdad que nunca me tomé el tiempo, pero calcula más o menos media hora, 40 minutos. Sí, y es la más extensa. Y sí, en tiempo sí.

E: ¿Por qué?

M: Porque no es como una paciente de 37 semanas que viene y se va, ya tiene la historia clínica armada. Yo le tengo que armar la historia clínica, ¿Si? Revisar la evaluación, los antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos. Eh... acá le tomo la presión, la peso. En la otra sala, no. En la otra sala le toman la presión y la pesan. (...)

Bueno, si está de más de 12 semanas esto, se hace el Plan Nacer, se hace esta planilla que es la planilla... la ex hoja 2. Eh... se le abre el fichero cronológico. O sea, es bastante compleja por la primer consulta.

Sí, más que nada complejo por eso (papelerío)

E: ¿Cuánto tiempo te toma el papelerío?

M: No, el papelerío por ahí 20 minutos. Y 20 minutos de interrogatorio de la paciente. Te digo un promedio. (E6-obstetrico)

Existen situaciones también donde entre rutina de atención y papelerío son producidas instancias, situaciones, donde los tiempos se prolongan y se desarrollan diversas prácticas. Según las formas de intervenir del profesional se producen encuentros

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

intersubjetivos en los cuales en las situaciones disruptivas se hacen visibles las emociones. Padecimientos por ITS u otros sufrimientos subjetivos que emergen diversamente y para los cuales el profesional se ubica y actúa desde su saber y voluntad personales:

M: Depende cómo uno la lleve, puede ser que se enoje. “¿Usted me dice que me está engañando?”, “no, yo estoy diciendo que esto es la manera que uno se contagia, por lo general la mayor parte es a través de las relaciones sexuales (...)”

E: ¿Cuánto tiempo te toma ese tipo de intervenciones?

B: Y depende de qué dispare esa conversación. Porque a veces, si se enoja, es bastante corta porque si uno quiere que se enoje te vas a enojar... si el enojo lo querés convertir en que “bueno, no te enojés” y charla, la charla se transforma o el enojo se transforma en llanto, el llanto en angustia, la angustia dispara un montón de cosas y a veces puede ser media hora -si vos tenés la voluntad de tomarte el tiempo y que afuera te estén esperando. No te puede tomar menos de veinte minutos, en menos de veinte minutos no podés resolverlo de la manera que... digamos, para darle una solución, una contención a eso. Yo creo que no. (E4-generalista)

4.4 Los registros, los papeles, el papelerío

Como parte de las rutinas establecidas durante la atención se encuentran las distintas formas, tipos y momentos de registro. Momento donde se puede producir una de las instancias de vínculo entre el llamado *trabajo vivo*, -la escucha desarrollada durante el desarrollo subjetivo de las tecnologías blandas-, con la dureza de las estructuras de las formas establecidas disciplinalmente de escritura. Allí, refiriéndonos al registro de la historia clínica se procede a escribir lo que ven, y tal vez, lo que sienten.

Observo la dureza de formas disciplinares de escritura tanto por la categorización realizada por Merhy como un momento de desarrollo de las tecnologías blandas-duras como porque en este momento se cristalizan distintos procesos formativos, burocráticos, subjetivos. Es donde el profesional se encuentra con el paciente, con lo que ha aprendido a ver en él durante su formación y en la experiencia profesional posterior. Es también lo que se escribe, lo que circulará entre colegas con distintos objetivos, y lo que permanecerá en el sistema de salud, en el Estado, como parte de datos, registros con validez legal. Es también una historia que pertenece legalmente a su protagonista, el paciente.

E: ¿Qué anotás en la historia clínica?

M: Si yo qué sé, como este flaco “Tengo catarro en la pija” hay veces que uno lo pone entre comillas porque es el motivo de consulta “Vengo porque tengo catarro en la pija” y vos después ponés “Secreciones de tales características”

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

E: ¿"Catarro en la pija" no ponés?

M: Sí, sí, si lo pongo. Sí, cuando es su motivo de consulta. Ahora cuando estamos... yo qué sé, yo le pregunto '¿Te pica?', 'Sí, me pica' pongo prurito, no pongo: 'Le pica'. O sea, una cosa es cuando la persona viene con ese motivo de consulta ¿No? y después hay ciertas cosas de los datos que yo mismo voy recabando a través de la anamnesis ¿No? esto del estar charlando que uno va como sacando ciertos datos -que es lo mismo, supongo, que vos vas a hacer acá- y después los traduzco a algo que mis compañeros mismos puedan entender el día que les toque la historia clínica (...) Entonces es como que eso que la persona habla lo vas poniendo de una manera un poco más entendible para el otro.

E: Para el otro.

M: Para el otro colega ¿No? Eh... pero en el momento de la consulta sí, yo no le voy a decir: "Estás con una gonalgia". (E5-residente generalista)

Las formas de registro, lo que se registra y lo que no, conforman las prácticas desarrolladas durante la atención. Forman parte a su vez de la educación que todo profesional biomédico posee las formas de ver y de escribir biomédicas aprendidas durante la experiencia de educación universitaria y que junto con las distintas condiciones materiales configuran el desarrollo de las prácticas (Good, 2003):

M: Yo trato de registrar de manera escueta lo que la paciente me devuelve. (...) Y lo más posi...teniendo en cuenta que la historia clínica es un documento que tiene que ser de utilidad para el análisis del que viene después y quiere hacer una intervención, y para poderlo analizar si yo quiero hacer una revisión o para poder hacer hasta una actividad académica. (E4-generalista)

Hemos observado en estas rutinas diversas prácticas alrededor del registro en y sobre las condiciones materiales que afectan distintamente estas prácticas pautadas.

M: ¿ustedes suelen registrar esas cosas?

F: sí, sí, en las hojas dos anotamos todo. Puede haber un sub registro porque en general son cosas que se ven a demanda y que tenés todos los que tenías con turnos, más todas las demandas y como que en enfermería haces todo más apurado. Pero en general si se registra todo. (...) A veces no se llega a abrir la historia clínica por ejemplo. Si esa persona viene por primera vez... y te llevo mucho tiempo, etc., quizás no le abriste historia clínica pero si vuelve ya ahí lo terminas de completar, de abrís, etc. pero en la hoja dos, si, se registran la mayoría de los datos. (E1-generalista)

E: ¿Y qué estaba registrado?

M: Bastante poco, eso también. Esto decíamos, que faltaba... lo del método anticonceptivo, veíamos que el método anticonceptivo se registra en mujeres en

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

edad fértil, ahí sí. Mujeres que se pueden quedar embarazadas. Después, y lo que analizábamos en el trabajo, en realidad el nombre ya te condiciona, porque método anticonceptivo, uno piensa anticoncepción. O sea, las mujeres que no son fértiles se quedan afuera.

De hecho, cuando vos le preguntas a una mujer si se cuida, dice: "Yo no menstrúo más", "bueno, pero yo te pregunto si te cuidas de alguna enfermedad". O sea, no lo registramos nosotros y no lo registra la población. Eso tenía sus registros en todos lados, pero más en esa población. (E4-generalista)

El subregistro de datos epidemiológicos sobre ITS nos plantea distintos elementos para analizar las formas y condiciones materiales donde se estructuran las prácticas que efectivamente en una unidad sanitaria sostendrán las rutinas de tecnologías blandas-duras durante la labor en salud.

E: ¿Las historias clínicas no les correspondería abrirlas a ustedes?

M: es que eso muchas veces sí, pero... a veces no tenés el material para hacerlo. (...) no tenés el formato de historia clínica que ellas³⁹ usan para abrir la historia, que ponen algunos datos en particular. (...). Yo la mayoría las termino abriendo yo. El problema es que después esas hojas que abro yo si no respetan todo lo que tenían, que se yo se traspapelan, se pierden y es como que no se hubiesen abierto. Entonces es esa también la dificultad: hay mucha, mucha historia clínica perdida.

(...) Una misma persona a veces tiene como cinco historias clínicas.

E: ¿y que se la abriste vos, que se le abrió la administrativa y que por ahí se le abrió otra compañera tuya?

M: sí, es como que están archivadas, como sectorizado está como el archivo de la historia clínica. Entonces las de prenatal, las de embarazo, están a parte. Entonces si esa mujer tuvo tres embarazos quizás están los tres embarazos juntos y quizás no. Están uno en cada año de púerperas. Y ahí ya tiene tres historias clínicas. Después si se atendió por la ginecóloga, las anteriores la ginecóloga le abre uno y si se atendió por la clínica, la clínica le abre otra y están guardadas distintas. En distinto lugar. (E1-generalista)

E: ¿Cuánto tiempo más o menos te toma el armado de la historia clínica?

M: Y, dependiendo el día. Y, sí. Lamentablemente muchas veces los tiempos te llevan a hacer cosas super específicas y vos tenés que tener una consulta en 15 minutos: es lavado y planchado. Que es una locura ¿No? Para ciertas cosas que bueno, son como medio metódicas (...) ponele, me tocó una persona que se atendió el día de ayer y que hoy se viene a hacer un PAP. Yo leo la historia clínica y le hicieron 35 millones de preguntas, bueno, remitámonos a lo que venís ¿No? (E5-generalista)

³⁹ Las administrativas de la unidad sanitaria

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Las cosas que surgen durante la atención disparan diversos sentimientos. Cosas que durante la atención se intuyen significativas para trabajar pero que no pueden superar la frontera de los llamados "datos de rutina" y que hacen a las mismas.

M: ¿Qué se registra en la historia clínica? El laboratorio con la fecha, el protocolo y el resultado del laboratorio completo. Todo completo. Que la derivó ITS para realizar el tratamiento, que se dan pautas de alarma, que se cita al marido, todo eso.

E: De algunas de estas situaciones fuertes que decís ¿qué registraste?

M: Eh... no, eso. Eso. O quizás le pongo: 'paciente que se deriva a...' o 'se solicita tener una consulta con psicología'. Esas cosas. Sí, por lo general, eso. (...) Sí. Sí, porque yo no sé si después fue o no fue, entonces bueno, en la próxima consulta pregunto: "¿Fuiste? ¿Qué tal? ¿Qué te pareció? ¿Vas a seguir, no vas a seguir?". (E8-clínica)

De qué formas y ante qué situaciones los profesionales solicitan las pruebas para la detección de infecciones como sífilis y VIH, u en qué situaciones optan durante la consulta por realizar un control.

M: Una chica que antes, y que lo interesante es que, por ejemplo, nosotros dentro del protocolo mismo de Nación de colocación de DIU, no se hace pesquisaje de enfermedades de transmisión sexual. Uno lo hace a través de la anamnesis ¿No? yo te voy preguntando y después ellos lo colocan.

Y una de las contraindicaciones es haber tenido una enfermedad de transmisión sexual tres meses antes. Dentro de los tres meses. Y justo cuando le hago la consulta esta chica me lo dice. Pero ¿Qué hubiese sucedido, no? Mi razonamiento: ¿Qué hubiese sucedido si este flaco no se lo decía dos días antes y se lo decía dos días después? ¿No?

E: ¿Qué hubiese sucedido?

I: No, yo hubiese estado colocando un DIU de una manera, con una contraindicación, por ejemplo ¿No? (E5-recidente generalista)

La instancia de atención incluye distintos momentos en donde se plantea el registro de distintas cosas pudiendo ser este un momento de toma de datos, una repetición de acciones con un sentido rutinario burocrático. Forma parte obligada del conteo de minutos de una primera atención, se incluye en ella, emergiendo en algunos casos, el registro, como instancia de tiempo cuantificable existente como algo aparte del tiempo real de encuentro con la persona.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Al describir el “papelerío” que se confecciona durante la atención incluyo a este momento en la problematización de las condiciones sobre las cuales las formas de atención se desarrollan. Las rutinas de registros forman parte de la cotidianeidad de quienes trabajan en salud. Al ser esto parte de tareas propias de dependencias públicas entiendo que quienes lo hacen ocupan una posición crítica dado que son quienes efectivamente administran recursos del Estado que se encuentran a su disposición. Desde ese lugar poseen también una discrecionalidad sustancial en la ejecución de sus tareas de la mano de cómo interpretan las distintas necesidades de los individuos y las razones de estas (Lipsky, 1969; 2010). El acceso al sistema de salud se da también en la forma como los profesionales determinan el acceso a derechos y beneficios. En mis observaciones he encontrado situaciones donde los profesionales habilitan o no un determinado recurso. Sea este un estudio, una revisión o el tiempo de escucha que posibilite un dialogo con quien sufre un padecimiento. Los criterios para habilitar o negar este recurso son variables. Pueden ir desde la administración individual de insumos escasos o suficientes para estudios o medicaciones en el Estado –una política pública instrumentada personalmente- hasta la selección explícitamente personal, por simpatía o afinidad de a quién/es se escucha más o con quiénes se trabaja más entre las personas que consultan. Su accionar, por tanto, en la disposición en la concentración y del ejercicio del poder simbólico (Bourdieu, 1997) contribuye a estructurar las oportunidades -y con ello, las vidas- de los destinatarios.

M: Que es sexualmente activa eh, porque tampoco vamos a gastar insumos en una paciente que uno sabe que no tiene relaciones y que su última pareja fue el marido, o sea, hay cosas que son lógicas. (...) Entonces como que uno tiene que ser cauteloso, cuidadoso con lo que pide, o sea no abusarse, ¿sí? Por ejemplo yo no le puedo estar pidiendo tiroides a una chica totalmente sana que no te refiere nada y que tiene veinte años y no tiene antecedentes familiares. O sea, tampoco es para... yo lo que pienso es que en el hospital público nosotros tenemos que ser cuidadosos con lo que pedimos y pedirlo con criterio. (E3-ginecóloga)

En el marco de una cotidianeidad en gran medida rutinaria en las unidades sanitarias el trabajo se desarrolla con un abanico de prácticas con contenido simbólico biomédico, administrativo y con una frecuente fragmentación entre profesionales. Antes, durante y posteriormente al momento de atención los profesionales en

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

su conjunto interpretan y con ello orientan en sus prácticas las políticas públicas. A través de ellos se dirime parte fundamental del rol del Estado.

En la tensión entre la rutinización, originada en distintos fenómenos señalados, y la autonomía al interior de la configuración de las tecnologías blandas es que he observado se abre u obtura el juego a formas de trabajo en la atención y prevención de las ITS:

E: ¿Qué es lo que anotás en la historia clínica?

M: O sea, si yo qué sé como este flaco "Tengo catarro en la pija" hay veces que uno lo pone entre comillas porque es el motivo de consulta "Vengo porque tengo catarro en la pija" y vos después ponés "Secreciones de tales características" (...) Ahora cuando yo le pregunto "¿Te pica?" "Sí, me pica" pongo prurito, no pongo "Le pica". O sea, una cosa es cuando la persona viene con ese motivo de consulta ¿No? y después hay ciertas cosas de los datos que yo mismo voy recabando a través de la anamnesis ¿No? esto del estar charlando que uno va como sacando ciertos datos y después los traduzco a algo que mis compañeros mismos puedan entender el día que les toque la historia clínica. (E5-recidente generalista)

E: ¿Cómo se desarrolla el tema de las infecciones de transmisión sexual?

M: En realidad, la verdad es que no sé qué hacen las chicas de medicina general con respecto a eso. Eso sí que no sé, yo te puedo decir cómo me manejo yo en el consultorio, que son esas medidas. (...) Pero si se está abordando específicamente, yo creo que la mayoría de nosotros tenemos más o menos el mismo criterio. O sea, para hablar de preservativos. Eso yo sí sé que lo hablan, eh.

E: ¿Qué?

M: El tema del preservativo. Sí, sí, le dan mucho hincapié en especial a la paciente adolescente. (...) Dan una charla los miércoles, me parece, las chicas de medicina general sobre métodos anticonceptivos. (...) Yo sé que eso lo hablan, porque aparte las pacientes me lo cuentan. (E3-ginecóloga)

I: Yo, de alguna manera estoy bastante esquematizado, por ahí, como para no olvidarme algunas cosas en donde, bueno, sea varón o mujer, indiferentemente. (...)

E: ¿Cuáles son?

I: No, antecedentes familiares de enfermedades sea padre, madre o hermano. ¿No? esto de si hay antecedentes de cáncer, de qué tipo, si hay muertes súbitas alrededor de los 50 años, si hay problemas cardíacos, de diabetes, si hay embarazos generales en la familia. También pensando si en algún momento vienen por alguna consulta preconcepcional ¿No? Una charla de planificación familiar saber que también tienen posibilidad de tener gemelos. Entonces, eso como antecedentes familiares y armando el familigrama (...) Si fuma, si toma alcohol, si toma otras sustancias, si tiene antecedentes quirúrgicos, si realiza

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

actividad física, si está en pareja: si/no. Qué tipo de pareja. Ya sea hombre o mujer si está teniendo relaciones sexuales, si se cuida...

E: ¿Y si está en pareja, qué tipo de pareja a qué te referís?

I: Una pareja hétero u homo. (...)

E: ¿Ha venido población bisexual o homosexual?

I: Sí, tuve, que recuerde así, o sea de charlarlo abiertamente uno. Sí, sí, sí. Igual son cosas que por ahí no pongo en la historia clínica. Pero sí pongo... pero muchas veces, más que nada para abordar los cuidados. De cómo cuidarse él y cómo cuidar a la pareja. Después, después también un poco cómo se va llevando la consulta (E5-recidente generalista)

Se producen y reproducen así las condiciones materiales en las cuales se desarrollan las prácticas durante la atención de las infecciones. En la atención según los sentidos dados al dialogo, a los registros, los papeles, el autocuidado y sus dimensiones constitutivas se desarrollan los vínculos intersubjetivos que llevan o disuelven las posibilidades del encuentro.

B: Sí, o cuando la paciente sale. Por ejemplo, de esta paciente en particular que charlábamos, pongo: “Relaciones sexuales: sí, está en pareja, pero no tiene deseo ni placer o goce - no sé qué le habré puesto- desde la intervención quirúrgica”, en eso resumo eso. Y después, cuando sigo la intervención, seguimos con toda la consulta y a lo último: ‘en la próxima consulta o pendiente: continuar sexualidad, abordaje de sexualidad’. Como que si yo retomo y me olvidé, sé que habíamos quedado en algo que se nos había terminado; o si lo toma otro, sabe que tiene que seguir por ahí.” (E4-generalista).

4.5. Conclusiones.

A lo largo de este capítulo he buscado describir y analizar distintas prácticas que se han reiterado o emergieron en los relatos de los profesionales entrevistados.

Por medio de las entrevistas, de la observación del campo de estudio y con el sustento del marco teórico construí una serie de categorías las cuales han sido utilizadas en este primer segmento. Las mismas han servido para comenzar la desnaturalización y análisis de las prácticas y representaciones de los profesionales sobre las ITS y quienes las padecen teniendo en cuenta que se producen y reproducen al interior de un campo, como el de la salud, que puede ser problematizado en distintos sub campos con tensiones en su interior, es decir, que son parte del conjunto de la diversidad de sentidos que configuran el trabajo en salud.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Al enfocar en cómo la vida cotidiana se encuentra desde su configuración, por naturaleza intersubjetiva, sostenida en las motivaciones de orden pragmático (Schutz, 1995) se observan en el campo distintos motivos del accionar de los profesionales ligados a su repertorio de experiencias formativas y laborales, rutinarias en buena medida.

De esta forma se observan enlazamientos de las racionalidades que producen el proceso *s/e/a* en el marco de las relaciones de hegemonía y subalternidad entre las distintas prácticas durante la atención que pueden afectar las prácticas de autoatención. Desde esta mirada me aproximé a cómo construyen los encuentros los profesionales con quienes concurren a las unidades sanitarias siendo éstas parte de las instancias de sociabilidad de ambos actores tanto en lo referido al nivel de auto atención como en lo que producen estas interacciones en el cotidiano en los profesionales. Es decir son instancias de sociabilidad que a su vez también configuran las prácticas de los actores, de distinta forma.

En nuestra sociedad el trabajo en salud, como *trabajo vivo* que se produce solo *en acto* es un trabajo aprendido a través de las experiencias vividas en las instituciones médicas hegemónicas por la racionalidad biomédica. Las mismas mantienen una cantidad de prácticas instituidas que conforman el universo de rutinas y formas de resolver los imprevistos o sensaciones de incertidumbre que han sido descriptas.

Se pudo observar, en las distintas formas de relacionamiento descriptas por los profesionales, las prácticas que visualizan cómo se vinculan las formas de comprender las relaciones de género, cuidado, contextos donde viven las personas, etc. Esta comprensión no se encuentra ajena a las condiciones materiales que sostienen las prácticas referidas como ser: un sistema orientado a la población materno infantil; gran escasez de trabajo en equipo; la existencia de múltiples inserciones laborales entre los profesionales; diversidad de tipos de registro a generar, así como diversidad de criterios sobre su armado; etc. He observado que dichas condiciones delimitan siempre las prácticas llegando a determinarlas en otros y a su vez encontramos que estas condiciones no impiden una producción diversa de respuestas ante similares situaciones.

El *sentido dado al trabajo en salud*, al espacio ocupado en el sistema de salud, como funcionarios y productores de salud es una categoría de análisis utilizada en

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

este estudio y la observamos continuamente como un elemento siempre en juego. Este sentido es visualizado tanto por las trayectorias de quienes fueron entrevistados como por la manera de producir de cada uno las tecnologías blandas, las duras-blandas pero también el pasaje de la una a la otra en el moldeado del acto de salud producido en el vínculo intersubjetivo, en el marco de las prácticas cotidianas descritas. Acto producido solo en una relación donde el sujeto que demanda es comprendido con una historia, en un contexto, y donde a la vez, como parte del mismo momento de comprensión situacional también se desarrollan instancias 'duras' donde se aplica los saberes estructurados de la clínica y de la prevención a partir de fundamentos científicamente validados.

A partir de las entrevistas he buscado describir también cómo las representaciones sobre el trabajo en salud que sostienen o no la producción de salud se construyen en la cotidianeidad de los espacios de trabajo. Observe también en ellas múltiples sentidos sobre las formas y tiempos de atención que favorecen, resisten o rechazan el diálogo con quienes concurren por algún padecimiento o necesidad -sea por alguna/s ITS o no-.

Esta diversidad de respuestas y de maneras de comprender los padecimientos deja abierta la posibilidad de profundizar en futuras investigaciones sobre las lógicas inscriptas en la comprensión del trabajo en salud en el primer nivel de atención hoy, pero posibilitaron ahora acercarnos a cómo los profesionales de la biomedicina actuales favorecen desarrollos en su cotidianeidad de prácticas de atención donde se posibilita el abordaje de las ITS tanto en la cura como en la prevención.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

5 ENFOQUES Y ACCESOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Guiado por las hipótesis y propósito del trabajo en este capítulo buscaré presentar lo registrado durante el trabajo de campo en relación a la población que accede al primer nivel, a la atención de las ITS y sus padecimientos, así como las formas en que son interpretadas y procesadas sus demandas al respecto.

Busco desarrollar una mirada comprensiva de estos fenómenos teniendo en cuenta las concepciones existentes y en conflicto al interior del sistema de salud público sobre los procesos que determinan tanto los modos de vivir como de enfermar y morir de las poblaciones (Menéndez 1997, Almehida Filho, 2000). Me interesa problematizar, en función de la teoría presentada, las distintas prácticas y sentidos que poseen los entrevistados durante la atención que favorecen o no el acceso a la prevención, cura o tratamiento de las ITS al momento de la atención. Esto es observando dicho acceso en el marco de la orientación dada para el acceso de las poblaciones y trabajo en salud en el nivel y sistema observado.

Siguiendo los presupuestos principales y objetivos del presente estudio presento este capítulo en dos segmentos.

En el primer apartado busco recuperar la perspectiva de los profesionales respecto de quiénes consideran que demandan atención y por qué entienden que lo hacen. A tales fines, retomo no sólo sus percepciones respecto de quiénes acceden a la demanda sino también de cómo el sistema de salud se orienta para facilitar, desalentar u obstaculizar dicho acceso. Entiendo por facilitación y fomento del acceso a aquellas prácticas que buscan promover (de manera intencionada) el acceso a la atención. En ellas incluyo a los diálogos que los profesionales sostienen con el fin de superar barreras comunicacionales de distinto tipo con quienes necesitan o solicitan atención. También, al sostenimiento de encuadres o intercambios interdisciplinarios con el objetivo de acercarse a una comprensión integral u holística del proceso salud/enfermedad/atención. Junto con lo anterior, a la preocupación por sostener horarios ampliados de atención, homologar criterios de

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

derivación, generar relaciones de referencia y contrarreferencia con profesionales o servicios dedicados a la atención con mayores niveles de complejidad.

También incluí en mi mirada dimensiones que escapan a la responsabilidad de los profesionales, como la disponibilidad de insumos y las condiciones apropiadas de infraestructura edilicia. Finalmente, a distintas prácticas vinculadas con el trabajo comunitario en prevención y promoción –incluyendo la difusión de derechos, la divulgación de prácticas de cuidado o pautas para la detección temprana- y la facilitación de turnos para acceder a estudios de tamizaje, seguimiento o tratamiento. Cabe aclarar que de manera transversal se encuentra –desde la perspectiva que aquí propongo- la comprensión de que acceder efectivamente a prácticas en las que se produce salud, implica considerar al autocuidado como parte de la atención así como tener en cuenta los saberes previos de los consultantes –dimensiones ambas que serían condición y resultado de un encuentro dialógico, atento a los modos de vida y los determinantes estructurales que afectan la salud en los contextos específicos de inserción profesional.

Para el análisis de la segunda parte del capítulo utilizo la noción de Candidaturas que toma y reelabora la antropóloga argentina Margulies del, también antropólogo, Ronald Frankenberg. Debido a los límites de este estudio realizaré una adaptación esquemática. Buscaré realizar una observación sobre la gravitación que poseen en las representaciones y prácticas médicas las distintas categorías puestas en juego al momento de la construcción clínica de los pacientes con ITS o de la población que se encontraría “en riesgo” de infección por sus conductas individuales. Acorde al presente estudio pretendo observar estas construcciones que, en el contexto de los procesos asistenciales del primer nivel de atención, identifican a quienes son potenciales sujetos a recibir atención y medidas preventivas debido a sus modos de vida.

5.1 Situándonos brevemente en un primer nivel

En las unidades sanitarias se comienza a atender a las ocho, algunos profesionales lo hacen a las nueve y en algunas salas a las once y media ya hay poca gente aunque en otras la demanda puede ser hasta las trece horas de forma más numerosa. Desde

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

ese momento hasta alrededor de las quince horas suele haber mucha menos solicitud de atención volviendo a concurrir más gente alrededor de ese horario hasta que cierran.

Una de las entrevistas, que de hecho fue pautada a media mañana, finalmente ocurrió luego de una espera de varios minutos, unos cuantos, hasta que ya no había ninguna mujer por atender. Habíamos llegado a mitad del medio día.

Esto no se repite exactamente en todas las unidades sanitarias pero es una frecuencia y funcionamiento que se observa en la gran mayoría de ellas, exceptuando algunos días o determinados momentos del año donde las épocas de más frío favorecen las enfermedades de esas temporadas y el trabajo se hace mucho más intenso y prolongado.⁴⁰

El horario de apertura es por la mañana pero mucha gente comienza a hacer cola para sacar turnos bastante más temprano. Observando lo que sucedía al interior de una de las unidades sanitarias escuche un diálogo que un señor mantuvo con una empleada de la administración. Cada uno desde su lado del mostrador. Según le decía la administrativa los turnos eran entregados cuando abre la sala y la gente comienza a hacer cola a las cinco de la mañana. En esa conversación se repitió lo que ya me habían dicho algunos médicos en distintas ocasiones y allí además pude precisar. El turno, instancia necesaria en la mayoría de las demandas para el acceso a la atención, se otorgaba “Uno por persona”. El señor que había llegado al medio día preguntaba enérgico y preocupado, pero con la tranquilidad de quien se sabe sin muchas posibilidades de cambiar el orden de las cosas: *‘Yo tengo tres hijos, ¿por qué tengo que venir con tres personas?’*

Situaciones como las mencionadas permiten visualizar modos en que el encuentro con los efectores locales se constituye –o no- en una oportunidad para que los consultantes se apropien del espacio. Es decir, que hagan una utilización efectiva del mismo, acorde con sus necesidades y percepciones.

He obtenido relatos respecto del desarrollo de campañas de vacunación, de grupos de diabéticos e hipertensos, de jornadas de educación y salud sexual integral, en la difusión de la posibilidad de las mujeres de realizarse estudios de Papanicolaou, en el

⁴⁰ Existen en el municipio de Moreno dos unidades sanitarias cuya atención transcurre durante las 24hs del día. En las mismas es atendiendo un importante número de casos de emergencia. No ha sido observado el funcionamiento de las mismas.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

establecimiento del hospital móvil en alguna plaza céntrica del municipio para la realización de test de VIH, y sífilis, en la difusión entre los profesionales de las unidades sanitarias de la "Guías de Derivación" ante casos de violencias, en el desarrollo de talleres en escuelas y jardines de distintas temáticas de salud. En esas instancias, entre otras, pueden observarse líneas programáticas o perspectivas profesionales que se han formalizado, plasmándose en documentos escritos, resultando de una planificación de acuerdo a objetivos. No obstante, esto último, no necesariamente implica que puedan ser sostenidas en el tiempo, ni que cuenten con los recursos necesarios para poder extenderse a la población que territorialmente les corresponde como población a cargo.

A su vez, en estas actividades, que no forman parte de la asistencia en sentido estricto, se reiteran formas de trabajo fragmentarias tanto entre los distintos sectores o áreas del sistema municipal, así como al interior de las unidades sanitarias. Esto se relaciona con las dificultades encontradas para sostenerse en el tiempo. Por ejemplo, en lo que a los mencionados talleres respecta, las reuniones de equipo al interior de los efectores suelen verse obstaculizadas por la dificultad de encontrarse entre profesionales y de destinar un tiempo considerable a tales encuentros. De este modo, se tienden a desalentar procesos duraderos de trabajo y evaluación grupal o incluso el mismo planteo de un trabajo de supervisión externo donde los profesionales profundicen reflexivamente sobre sus abordajes (Sousa Campos, 2001).

Aquellos casos en que se logra un trabajo de mayor alcance o profundidad con grupos poblacionales o con los sujetos con quienes se entra en contacto tanto a través de la consulta como en el curso de aquellas actividades de promoción y prevención encuentran escasas posibilidades de inscribirse en el marco de proyectos institucionales por parte de los efectores en su conjunto. Esto también atenta contra su continuidad. De tal manera, estas experiencias suelen permanecer como expresión de deseo respecto de un trabajo considerado ideal, o bien formar parte del arsenal de recuerdos profesionales. Cuando no, quedar atados a voluntades personales que no pocas veces derivan en quejas respecto de las condiciones materiales de trabajo que las coartan o limitan.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

5.2 *Quiénes vienen, adónde vienen.*

5.2.1 **Las mujeres, en edad reproductiva.**

En el sistema de salud del país son las mujeres en edad reproductiva el grupo de población que mayoritariamente asiste al nivel primario, o sea, de quien más información se tiene en el sistema a nivel general (Pantelides y Gaudio, 2009; Pantelides *et al.*, 2011; Kurokawa y Gomes Sancho, 2013). A nivel nacional, resulta frecuente encontrar que distintos organismos y programas contribuyen a reproducir la orientación de los establecimientos hacia la salud materno infantil⁴¹.

Si bien en el Municipio de Moreno el subsistema local de salud se compone de diversos programas y direcciones, abordando cada uno de ellos distintos problemas de salud y grupos poblacionales, la mayor concurrencia e información es sobre todo de la población materno infantil. Esto fue observado durante mi trabajo de campo tanto a través de las entrevistas como en las observaciones realizadas en las unidades sanitarias.

En las entrevistas, los profesionales refirieron en distintos momentos y por distintos motivos la efectiva concurrencia mayoritaria de mujeres en su calidad de madres/cuidadoras, y de niños. Al mismo tiempo, refirieron dificultades para el trabajo con

⁴¹ En lo que respecta a investigaciones en Argentina sobre el acceso de varones a servicios de SSyR, Pantelides *et al.* (2011) efectuaron una investigación exploratoria sobre el uso de dichos servicios por parte de varones residentes en dos ciudades de la Argentina. Estos autores señalan en su escrito que si bien la epidemia del sida llevo a académicos, profesionales de la salud y responsables políticos a comprender la importancia de tener en cuenta a los varones con el fin de promover una mayor responsabilidad masculina en sus cuidados así como su mayor acceso al sistema de salud, prácticamente no hay literatura en la Argentina que refiera al uso de los hombres adultos de los servicios existentes para la atención de diferentes aspectos de la SSyR. Realizaron una encuesta con una base probabilística de 1245 hombres de entre 25 y 59 años, 600 de ellos de la ciudad de Gran Rosario y 645 de Reconquista. Ante la pregunta; “Si usted tuviera una infección de transmisión sexual, ¿dónde buscaría ayuda?” (p.366), especificando posteriormente el tipo de ayuda solicitada. La amplia mayoría respondió que, si tuviera una ITS, acudiría a los servicios de salud. Se registraron casos en Gran Rosario, en una frecuencia de alrededor del 8%, que también expresaron que recurrirían a familiares y amigos. En Reconquista la farmacia surgió como una opción en alrededor de un 3% de las respuestas (2011), ciudad en la que se registró una mayor tendencia a la no respuesta o a declarar que no saben a dónde recurrirían. En la misma investigación se encontró que un cuarto de los entrevistados en Gran Rosario y Reconquista expresó conocer una institución que podía ofrecerles información o tratamiento en temas de sexualidad, planificación familiar e ITS. Los autores entienden que existen en la Argentina importantes divergencias en el comportamiento de búsqueda de la salud y que a diferencia de otros países de la región, los servicios de SSyR para varones deben estar ubicados en servicios de salud ya existentes llevando los esfuerzos a reforzar los sistemas de salud y no a crear otros recursos específicos para los hombres.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

otros grupos poblacionales. Cabe señalar que esta referencia era compartida no sólo por quienes se dedican a la obstetricia o ginecología, (quienes podrían tener una mirada dirigida, según disciplinas y orientaciones establecidas del sistema, a la población de mujeres en edad reproductiva -sobre todo en el caso de la obstetricia) sino también por los médicos generalistas y médicos clínicos.

Al respecto, he observado que los médicos generalistas, tienden a sesgar su orientación abocándose particularmente a la asistencia de niños y niñas.

M: El tema pasa también, digo, la embarazada es una población a la que todos los programas y municipios en particular ponen mucho énfasis. Así que tenemos embarazadas de cuarenta y cinco.

A las embarazadas, a los niños, y después las mujeres en edad fértil que tuvieron algún tipo de contacto con el centro de salud, quedan en contacto por esto que te digo: por los talleres, traen a los chicos y uno puede seguir trabajando con ellos por el tema de su salud en el consultorio, de sus niños o ver si se las puede citar a ellas para un control ginecológico. Pero los hombres, generalmente, quedan por fuera. Los ancianos, olvidate. (E4-Generalista)

E: ¿Consultan personas con infecciones?

M: Consultan, sí. Consultan. Nos llegan las embarazadas que digamos que no es que consultan particularmente por eso, pero se les hace el diagnóstico. Eh... tenemos, como te digo, como son más mujeres, la mayoría de las cosas que estoy haciendo es de mujeres. Consultan mujeres por verrugas genitales... Tuvimos, muy contadas -y suenan casi anécdotas-, hombres que consultan por secreción uretral. (E4-Generalista)

Como parte de las prácticas de atención rutinizadas están los distintos controles y revisiones de los cuerpos de las embarazadas así como el estado y situación de sus embarazos. Son llamadas “*control/es de embarazo*”. La solicitud u ofrecimiento a mujeres embarazadas de pruebas y controles de distintas infecciones -entre ellas, sífilis y VIH- se encuentran como un momento más dentro de esta instancia frecuentemente mecanizada, donde las tecnologías blandas están en rutinas y los vínculos de la atención no parecen tener variaciones en sus diálogos. La diversidad en el procesamiento de estos pedidos se encuentran, según lo observado, en la cantidad de veces que se los solicitan –si es en los dos primeros trimestres o en los tres- y en cómo se entiende lo que es la prescripción o “*una solicitud de exámenes de rutina*”.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Sobre esto último los profesionales refieren que las mujeres no se oponen a la realización de pruebas que incluyen las de VIH y sífilis. Según algunos, las mujeres que reciben un diagnóstico positivo de alguna de estas infecciones suelen encontrarse ‘más preocupadas por sus bebés que por ellas mismas’ -“*Entonces, por lo general, es eso. Que además la madre lo siente por el bebé, yo creo que por ellas no lo harían. Pero por su hijo sí lo hacen.*”- En las referencias que describen una preocupación únicamente por “*el bebe*” el extrañamiento sobre el comportamiento se dirige hacia el aparente descuido de las mujeres por su salud, en muchos casos por no ser la primera vez que se infectan. En estas descripciones sobre los comportamientos de las mujeres embarazadas no son visibilizadas con igual frecuencia prácticas en salud que favorezcan una escucha profesional. Instancia de acercamiento abierta a través de un dialogo que posibilite comprender las causas contextuales de una aparente falta de cuidados de la mujer, más que prácticas y conversaciones motivadas por los comportamientos de las mujeres alrededor del embarazo. El acceso al testeo y difusión de cuidados y derechos previamente al acceso al sistema por el control de embarazos no parece desarrollarse sistemáticamente entre las poblaciones.

En ese sentido encontramos diferentes percepciones sobre la frecuencia de infecciones que hay tanto sobre mujeres embarazadas, como hombres –sus parejas-, quedando las mujeres no embarazadas y no controladas por ello en una frecuente invisibilización.

M: Claro, que yo tengo como más experiencia con HPV que con el resto de enfermedades de transmisión sexual. Y la realidad es que hoy en día, o sea, sífilis se ve poco, se ve, eh. Yo he visto más en embarazadas que en embarazadas, sífilis activa.

E: ¿La ves en el momento del control?

M: Claro, tal cual, tal cual. He visto más casos así en embarazadas que en embarazadas. Eso es lo que me pasó a mí. (E3-ginecóloga)

M: Van, eso sí. Hacen el tratamiento, todas las embarazadas que yo he mandado, han hecho este tratamiento y después vienen. (...) Mirá, yo no tengo la cantidad de pacientes que he visto con VDRL, pero han sido unas cuantas. Y calculo que dos o tres maridos. No sabría decirte la cantidad de pacientes en ocho años, pero hay épocas en las que hay muchísimo más y épocas en las que baja. Es decir, después del 2001...

E: ¿Qué cosa?

M: Después del 2001 es como que subió la cantidad de pacientes con sífilis. (E7-

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

obstetrica)

La orientación del sistema de salud hacia la población materno infantil impacta al promover la focalización de las tareas cotidianas en función de lograr determinados objetivos (cuantitativos) priorizados por las políticas sectoriales. Según han referido algunos profesionales, el acceso al tratamiento de determinados padecimientos puede verse dificultado debido a que dicha orientación tiende a desalentar desarrollos disciplinares e interdisciplinares que se enfocan hacia la ampliación de la demanda. Tal es lo que pone de manifiesto, por ejemplo, en cuanto a la promoción del acceso al examen de tamizaje de cáncer cervicouterino (papanicolaou), donde el Ministerio de Salud de la Nación propone como grupo objetivo a las mujeres de 35 a 64 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2015)⁴²

Tal como hemos referido anteriormente, desde una perspectiva de género podemos problematizar el acceso de las mujeres no embarazadas y su atención considerando ambas instancias como momentos potencialmente productivos en cuanto al desarrollo de las tecnologías blandas por parte de cada profesional. La instancia de atención como posible momento de diálogo que permita la apertura del profesional hacia los contextos y modos de vida de las mujeres permite observar qué tipo de intercambios y vínculos se tejen –siendo producidos y reproducidos en cada uno de los encuentros.

Los modos concretos en que se realizan las solicitudes de los test de VIH y sífilis pueden convertirse en instancias de diálogo –si bien en principio plantean pasos

⁴² M: Después de esto, de haber visto, bueno, que las mujeres se nos escapan después de una cierta edad. Esto creo que lo hablamos con vos con el tema del PAP. (...) Al setenta por ciento le estamos haciendo o a menores o a embarazadas, que está demostrado que no hay ningún beneficio en realizarles esta prueba como prueba de tamizaje de cáncer de cuello de útero; después si uno lo hace por otra cosa, para engancharlas al sistema de salud, es otra justificación que no es el motivo por el cual uno debería hacer el PAP. (...) Bueno, tenemos por un lado, primero hay que captar esas mujeres (población objetivo) que no es que esas mujeres se nos escapan, porque directamente no pasan por el centro de salud. Y las que pasan, eh, están pasando por esto que te decía, por patología crónica -vienen porque son diabéticas o hipertensas- y ahí también se nos están escapando. Porque son mujeres que capaz consultan siete, ocho veces; pero vimos que como vienen por esa consulta puntual, uno que quiere hacer medicina general, igual se pierde. Porque te perdés en la patología. Vos te enfrascás en que la paciente es diabética o hipertensa, y te olvidás o no le hacés, o sea te olvidas del screening y esa mujer, a lo mejor, consultó en el último año siete u ocho veces y a nadie se le ocurrió pedirle... porque la paciente es diabética y viene por su diabetes solamente. Pero bueno, estamos pensando cómo se pueden generar estrategias para, por un lado, las mujeres que ya están acá, empezar a abrir la mirada y ver esto; y por otro lado, buscar a las mujeres que no están viniendo. (E4-generalista)

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

preestablecidos y presupuestos. Sin embargo, he encontrado que tienden a configurarse formas -libretos- más o menos cerrados de preguntas y respuestas. De tal manera, se suele obstaculizar la emergencia de intercambios que habiliten nuevas demandas durante la consulta. En la medida en que no se trabaja sobre los motivos explicitados por las mujeres a la demanda, se deja sin abordar lo referente a las prácticas de autocuidado. Sea esto tanto de las mujeres sobre su propio cuerpo como en lo relativo al rol por ellas jugado dentro de su grupo doméstico.

Pese a lo inintencionado, se interviene por acción u omisión sobre las concepciones respecto de cuerpos y cuidados. Al respecto, se manejan distintos presupuestos en el intercambio entre médico y consultante. Esto puede observarse mejor en aquellas consultas a las que se tiende a prestar mayor atención: las realizadas por mujeres embarazadas.

E: ¿Le explicas acá el uso del preservativo?

M: Si lo solicitan, sí. Yo tengo un pene de madera, debe estar... o me lo robó alguna enfermera (risas) o está acá arriba. Pero se... sí, sí. Cómo abrirlo, si está expuesto al sol y esas cosas, cómo abrirlo, cómo colocarlo, para qué sirve el gorrito: esas cosas

E: ¿Y ahí en ese momento te cuentan algo?

M: No, por lo general le digo a la paciente que lo coloque a ver cómo lo hace. Eh... por lo general lo coloca bien. Sí, no hay historia. (E6-obstetrico)

Al ser considerados como parte de una rutina, también los pasos y motivos de las solicitudes diagnósticas de ITS durante el control de embarazo fueron considerados para algunos profesionales como algo que va de suyo, una obviedad, durante las entrevistas –lo cual tiende a impedir el problematizar estas prácticas, visualizando que existen distintos modos de llevarlas a cabo-.

En los testimonios, los enunciados que acompañan las solicitudes de testeo –considerando a tales solicitudes en su carácter de prácticas- eran variables. Cabe advertir que nos referimos básicamente a los testeos por sífilis y VIH. “Solicitar”, “pedir” u “ordenar” exámenes considerados de rutina, eran formas recurrentes de nombrar dicho momento. Sin embargo, lo relativo a la toma de los consentimientos informados quedaba al margen de las referencias –pese a que, según algunos intercambios que sostuve con profesionales del municipio no entrevistados, la toma del consentimiento resulta una

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

instancia en ocasiones descuidada. Debo recordar que los formularios de consentimiento informado incluyen detalles sobre el test: qué se haría, qué sucede si el mismo da positivo, e incluye la posibilidad de una negativa a realizárselo.

Entender la solicitud de testeo como una práctica implica considerar que las distintas formas de dialogar -incluyendo en el diálogo el brindar información sobre lo que se realiza- pueden dar cuenta tanto sobre los supuestos vigentes respecto de los autocuidados de las mujeres (sea en términos de acciones concretas como de conocimientos disponibles), sobre sus contextos y modos de vida, como también sobre el lugar dado a los derechos de estas mujeres a estar informadas -más allá de su situación de embarazo-.

Los supuestos relevados incluyen tanto referencias a conocimientos previos de las mujeres, como a sus deseos y necesidades. Estos supuestos estructuran la forma de dirigirse del profesional y los tópicos sobre los que se establece el diálogo. Asimismo, la rapidez con que se desarrollan las solicitudes de exámenes durante el control de embarazo, considerando aquellas como meros pasos de distintas rutinas resulta un elemento fundamental. Cabe advertir que esta temporalidad podría deberse tanto a una necesidad pautada por los tiempos destinados a cada consulta, como por la meta profesional de seguir una serie de pasos que pueden considerarse como seguros, es decir, que no conlleven la eventualidad de una vacilación o un desvío ante elementos que rompan con la lógica de estos controles. Durante las entrevistas he encontrado profesionales que defienden aquel posicionamiento aludiendo a la necesidad de una 'desdramatización' o 'desburocratización' del momento:

E: ¿Una mujer dentro de esos test de rutina puede negarse a hacerse el de VIH?
(...)

M: No queriéndoselo hacer (risa)

E: ¿Vos le decís que dentro de esos está el de VIH?

M: Si, si. Nunca, nunca me ocurrió. Tampoco hago toda una historia "Bueno te vamos a estar solicitando un estudio de VIH. No, mirá, bueno, te voy a pedir una rutina de análisis y te voy a pedir también el VIH que tiene que ir consentido por vos. ¿Algún problema?" "No, ninguno". Listo

E: ¿Consentimiento...?

M: Consentimiento que me tienen que firmar... O sea tiene que ir todo con un código, todo lo que va con el sexo, las dos letras del primer nombre, las dos letras del apellido. Y la fecha de nacimiento, con año completo.

Yo trato de bajarlo a algo ordinario, a algo dentro de la normalidad. Más allá de

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

que habría que definir "normal" pero no le pongo la tensión "Te vamos a pedir el VIH para ver si tenés". No, "bueno te vamos a pedir una rutina, también te voy a pedir VIH ¿Estás de acuerdo?" "Sí" "Perfecto, bueno me tenés que firmar acá el consentimiento tuyo". La persona que me pregunta para qué nos explayaremos un poquito más.

E: ¿Y eso en el momento de la rutina y cuándo le pedís...?

M: ¿Por una situación de riesgo? Y digo: "Bueno, mirá, te vamos a pedir por laboratorio las serologías por enfermedades de transmisión sexual. Te voy a pedir a un laboratorio para asegurarme que no te hayas infectado con alguna otra cosa ya que la detección temprana es mucho mejor para vos ¿Hay algún problema?". "No". Sinceramente nunca tuve una negativa.

Con respecto a la entrevista de la cual se extrajo la cita anterior cabe señalar que fue al repreguntar al profesional acerca de situaciones en que alguna mujer se haya negado a realizarse el test que se forzó la evocación de casos distintos a los que aparecían en la primera generalización. La posibilidad de que alguien se niegue a hacerse un test parece ser a priori, para los profesionales, baja -y en las mujeres embarazadas, inexistente-. En los recuerdos de profesionales del primer nivel de atención, las experiencias en que la solicitud de testeos fuera rechazada tienden a permanecer borrosas. La mayoría de situaciones en que, por el contrario, se acepta la propuesta sin inconvenientes es la que insiste en la memoria. Esta conjunción de recuerdo/olvido pareciera operar favoreciendo la reproducción de prácticas de solicitud de testeos rutinariamente, al tiempo que obturara la problematización de qué podría estar sucediendo en aquellos casos en que los resultados de exámenes no son retirados por los sujetos.

E: ¿Nunca tuviste una negativa?

M: Una negativa. No, sinceramente no, ni un... bueno, el flaquito este que se fue se fue con el análisis solicitado y nunca volvió con el análisis. Esa es otra situación. O sea, la mayoría que pedí volvieron.

Eso sí creo que debo tener, uno me acuerdo seguro porque no lo vi más pero debe haber habido alguno más que por ahí uno le solicita al laboratorio y por ahí no vuelve. (E5-recidente generalista)

El hecho de que existan dudas por parte de quienes reciben los diagnósticos respecto de las ITS al momento de tomar contacto con los resultados no necesariamente denota la ausencia de contenido informativo durante el momento de la prescripción del testeo. Por el contrario, señala la necesidad de preguntarse de qué manera se brinda la información –cuando esta es brindada- en la medida en que persiste la

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

exposición a reinfecciones. Vale decir, en la medida en que he tomado conocimiento de que muchas mujeres viven en contextos de violencia de género en los que resulta difícil negociar el uso de preservativos, así como muchas veces existe directamente una falta de acceso material a los mismos. En este marco, surge la pregunta respecto de en qué medida las prácticas profesionales se organizan a partir de la interpelación de las diversas situaciones de vulnerabilidad que ponen en tensión la autonomía que las mujeres pueden desplegar en sus prácticas de cuidado.

Retomando el tema de las negativas a realizarse los estudios, he podido recoger experiencias en tal sentido tanto a lo largo del Municipio como en aquellos mismos establecimientos donde los profesionales dijeron que esto no sucedía. Hecho que pone de manifiesto tanto la diversidad de vivencias como la escasez de estrategias y abordajes colectivos al interior de efectores y entre estos.

Cito a continuación un extracto donde es otra profesional quien relata el caso arriba mencionado, de un joven que rechazó el testeo:

M: Nosotros los miércoles estamos yendo a (una posta sanitaria del área programática) a atender nosotros. Y era un chico homosexual que tenía unas verrugas, también, genitales, perianales, y que lo trajimos acá para hacerle las topicaciones porque allá no tenemos para hacerle las topicaciones. El sí consultó, ponele, por eso. Eh... un chico de dieciocho años que le dijimos, le explicamos que era una enfermedad de transmisión sexual, que como se contagiaba de esto se podía contagiar de otras cosas, que si quería se podía hacer las serologías, que nosotros le hacíamos las órdenes para hacerse las serologías, y él se negó a hacerse las serologías. Y estuvimos mucho tiempo con él y no sé si ahora sigue viniendo más esporádicamente porque el tema de las verrugas ya estaba solucionado, pero él no quiso hacerse las serologías. Se negó a hacerse las serologías. (E4-generalista)

Entiendo que durante el momento de atención cabe pensar a la situación de diálogo profesional/consultante como una instancia preventiva. De tal manera, podríamos pensar que las prácticas de atención pueden incluir prácticas de prevención. De hecho, esto es considerado muchas veces al momento de registrar tales instancias. Ahora bien, registro y prevención, son prácticas que admiten recortarse como unidad descriptiva, en la medida en que ofrecen diversas posibilidades de acción y sentido. Desde esta perspectiva se abre aún más la posibilidad de problematizar la orientación cotidiana de los

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

procesos de atención.

M: Era como una revisión de historia clínica. Saber, por un lado, qué se había hecho, y por otro, qué estaba registrado.

E: ¿Y qué estaba registrado?

M: Bastante poco, eso también. Esto decíamos, que faltaba... lo del método anticonceptivo, veíamos que el método anticonceptivo se registra en mujeres en edad fértil, ahí sí. Mujeres que se pueden quedar embarazadas. Después, y lo que analizábamos en el trabajo, en realidad el nombre ya te condiciona, porque método anticonceptivo, uno piensa anticoncepción. O sea, las mujeres que no son fértiles se quedan afuera.

E: Sí.

M: De hecho, cuando vos le preguntas a una mujer si se cuida, dice: “Yo no menstrúo más”, “bueno, pero yo te pregunto si te cuidas de alguna enfermedad”. O sea, no lo registramos nosotros y no lo registra la población. Eso tenía sus registros en todos lados, pero más en esa población. (E4-generalista)

El trabajo reflexivo sobre la propia práctica favorece la problematización de lo registrado tanto como del intercambio con los consultantes en torno de saberes y experiencias que los profesionales no pueden imaginar a priori. Esta problematización no suele estar formalizada, aunque en ocasiones -como muestra el testimonio anterior- se refieran experiencias que ponen de manifiesto para los propios profesionales la importancia de una práctica reflexiva en salud.

Retomando lo relativo a la solicitud de las pruebas de VIH y sífilis, esta admite ser entendida como parte de las prácticas preventivas que tienen lugar durante la consulta. Las mismas pueden ser o no parte del control de embarazos –posibilidad esta última que muestra que la oportunidad del testeo en ocasiones es perdida cuando no forma parte de una rutina preestablecida. Las diferencias se encuentran en distintos elementos que hacen al desarrollo de distintas tecnologías blandas del *trabajo vivo*.

Respecto de aquellos elementos, me encuentro en condiciones de señalar por el momento las razones de quien demanda la atención, la rutina del profesional, la percepción sedimentada respecto de las necesidades de las mujeres, la percepción sedimentada respecto de las necesidades de mujeres embarazadas, las diferencias en el acceso de estas últimas respecto del resto de los grupos poblacionales, y lo que las especialidades médicas se plantean como propio de su núcleo disciplinar (Sousa Campos, 2001). Dichos elementos se articulan, conformando secuencias de pasos más o menos

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

mecanizados. Esto permite hacer rutinaria la tarea, sobre todo con quienes mayormente concurren al sistema.

En las prácticas de solicitud de pruebas de ITS durante el control de embarazos -percibido como naturalmente propio de las prácticas biomédicas- se puede observar una de las vías de mayor acceso de las mujeres al sistema de salud. Cuando no, la mayor vía. Es en estos momentos de atención donde tienen lugar prácticas de prevención diversas que pueden ir desde el ‘suministro’ lineal –con poca oportunidad de escuchar al consultante- de información hasta el establecimiento de un diálogo interpersonal flexible. Es sólo durante este último tipo de prácticas que se posibilita la emergencia de saberes populares referidos al autocuidado, así como de relatos que permitan al profesional tomar conocimiento de contextos y modos de vida que difícilmente puede dar por supuesto. Entre estos contextos y modos de vida es que pueden considerarse determinantes del proceso salud/enfermedad/atención tales como relaciones de género, asimetrías de clase, o concepciones sobre la sexualidad.

Ejemplo de esto último son las situaciones donde al obtenerse resultados positivos en las pruebas de VIH o sífilis, la posibilidad de desplegar estas variantes en el desarrollo del *trabajo vivo* han derivado en la construcción de estrategias adaptadas a situaciones y sujetos singulares, en que a partir de los saberes de consultantes se piensa de manera conjunta estrategias de cuidado –sea para evitar la propia reinfección o para promover el tratamiento de su/s pareja/s-.

Siendo que la mayor parte de las consultantes son mujeres embarazadas, lo anterior permite señalar la necesidad de profundizar la indagación en futuras investigaciones respecto de qué tipo de prácticas y representaciones se desarrollan durante el trabajo en prevención de las ITS en el marco de la atención a mujeres que no están cursando un embarazo.

No desconozco al referirme a una problematización de la solicitud de las pruebas de la existencia, en muchos casos, de dificultades que pueden llegar a existir en un primer nivel para el desarrollo de prácticas y estrategias de este tipo:

M: A veces, se ve mucho en las mujeres, más en los 50, 50 años.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

E: ¿Se ve mucho en esas edades?

M: Se ve, o sea, a ver, no mucho. Pero bueno dentro de la población que tengo (...)

No, el hombre cuando venían con el hombre: ¿Con qué derecho le decía que se cuide?

No querían usar preservativo. Si vos le decís que usen "Y no, mi marido preservativo no quiere usar". Bueno, ese es un tema. Más, no tanto con los adolescentes pero los adultos, los adultos usar preservativo es como... (E8- clínica)

Se posibilita instancias de prevención de ITS en el momento de la atención al abordar las prácticas que dan cuenta de una dialogo de intercambio como parte de la atención. Intercambio necesario al comprender que en la vida de una persona las infecciones pueden ser un problema más. Situaciones donde distintas violencias hacen a los diversos elementos del proceso s/e/a de las personas emergen con características distintas según los grupos poblacionales (mujeres, varones, jóvenes, adultos, migrantes, población homosexual, trans, etc.). El profesional se encuentra frecuentemente con una complejidad a ser tomada en cuenta dentro del *trabajo vivo*, exigiendo así la inclusión en sus tecnologías de los saberes y experiencias que hacen al trabajo intersubjetivo.

E: ¿y en esas charlas qué te dicen cuándo sale finalmente una ITS? ¿Se sorprenden?

M: algunas mujeres si se sorprenden en el sentido de que consideran como enfermedad de transmisión sexual muchas cosas particulares como VIH, hepatitis B o sífilis y no se imaginan que el flujo puede ser también una enfermedad transmisión sexual. O han tenido flujo muchas veces en su vida que no sea por ITS, entonces como lo consideran uno más de esos flujos patológicos. Muchas digamos como que se asustan con esto de: "ah entonces le tengo que decir a mi pareja" o "me lo contagió mi pareja", muchas cosas en relación a eso que son difíciles de trabajar, porque muchas no pueden decirle nada a la pareja en situaciones de violencia o eso. Como que te terminan diciendo que sí, que están seguras que su pareja tiene relaciones sexuales con otras mujeres sin protección. O algún otro tipo de situación, que no pueden manejar el uso del preservativo, que no lo pueden negociar.

Muchas mujeres han tenido alguna, por ejemplo la sífilis, que tuvo un diagnóstico primero a los 21, o algo así con un embarazo, y que ahora volvió a tener sigue con la misma pareja, con las mismas prácticas sexuales de riesgo y... nada.

A su vez dando cuenta de la diversidad de prácticas y de la autonomía existente durante la atención he observado la plasticidad existente, en algunos casos, en la construcción de abordajes y diálogos:

M: No, nueve años que tenía relaciones y no sentía nada. Ella lo decía: "No

siento nada". "Y para vos, ¿esto es un problema?", "sí, es un problema", "Pero a vos alguna vez, ¿se te ocurrió charlar de esto con alguien, charlaste con alguien?", "no", y le digo "¿Vos esto me lo ibas a preguntar a mí?", "No, no te iba a preguntar. Yo vine porque tenía la presión alta", "Bueno. ¿Vos lo querés solucionar, te parece que esto se puede solucionar de alguna manera?". Es problematizar un tema que, a lo mejor, la mujer no lo tenía presente o no lo tenía consciente; y a veces es sacar un tema que sí, que lo tenía pero que a la mujer le cuesta traerlo a la consulta. (E1-generalista)

Este margen no deja de tener dificultades en algunos momentos donde el dialogo se desplaza de lo esperado o resoluble en el marco de una racionalidad lineal:

M: Todo junto. Sí, el enojo, pobre mujer que la cagan a palos, que la embichó; para colmo, ¿cómo le digo que para colmo que está con verrugas, que le contagió, que le está metiendo los cuernos, decirle "¿sabés? Esto no es solo, puede ser que tengas algo más. Vamos a hacer un laboratorio para ver que no tengas algo más". (...) no se puede hacer en una sola consulta. Yo te estoy diciendo a vos de que hay algo, y no siempre que es pobre mujer, capaz que la mujer tiene una vida sexual plena con mucha gente y no está cuidándose y la charla es otra; pero si la mujer entiende que ya está con una pareja estable, de que su enfermedad se la transmitió la otra persona que está con otras mujeres o con otras personas, bueno, es paso a paso. "Bueno, el tratamiento este es un tratamiento tópico, te voy a citar una vez por semana" y tengo que ver cómo hago para decirle que, además, hay que pedirle un laboratorio porque además puede haber otras cosas y explicarle que, si va a tener relaciones sexuales, que se tiene que cuidar con un método de barrera. No es algo que sea sencillo de resolver en una sola consulta. (E4-generalista)

Con qué elementos de distinto tipo cuentan los profesionales para un trabajo con mujeres sean embarazadas o no es algo variable. En recurrentes casos estos elementos pueden encontrarse en formas naturalizadas por los profesionales de vulnerabilidad social pero que también podemos observarlas en una orientación estructural a lo asistencial en lo materno infantil. Esto puede observarse en construcciones que organizan de determinada forma los tiempos dispuestos para las diversas actividades – talleres, atención, registro, dialogo, revisión, reuniones de equipo, comunicaciones, trabajo comunitario- recursos de distinto tipo, insumos. Un trabajo frecuentemente rutinario al interior de los consultorios y fragmentado con respecto al resto de los profesionales de las unidades sanitarias y recursos del sistema municipal.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Como hemos dicho la naturalización de formas de vulnerabilización significa distintas construcciones donde se aliena de los contextos en este caso a las mujeres. Esto se puede observar en expresiones como “*dejarse estar*” o que ‘*se han acostumbrado*’ donde al responsabilizarlas en su individualidad de no recurrir a la atención cuando ya la infección está avanzada. No hay más explicación ante la pérdida de formas de autocuidado, “*de alarmas*” ante una infección avanzada que un propio abandono.

M: Muchas veces se dejan estar por no consultar antes, y después o sea, con la topicación no hacemos nada, hay que terminar en quirófano siempre.

E: ¿Se dejan estar?

M: Sí, la mayoría no, eh. Las jovencitas es raro que se dejen estar, las chicas jovencitas. No es común. Y yo creo porque son las chicas que son sexualmente activas, o sea, y enfrentarse a su pareja con eso... te llama la atención y calculo que también les debe dar vergüenza. (E3-ginecóloga)

En el testimonio anterior se encuentra la expresión mencionada -“*dejarse estar*”- y también uno de los criterios de riesgo establecidos -“*sexualmente activas*”- el cual operaría únicamente en la población joven. En distintas referencias este criterio se diluye cuando se visibiliza la actividad sexual existente de la población adulta al recordar distintos momentos de atención.

Esto no significa que, como parte de la diversidad de prácticas y concepciones al interior del propio sistema de salud no se observen distintas formas de desarrollar instancias para el acceso de mujeres no embarazadas o adultas en donde se observan las dificultades en ponerle nombre a eso que comprende la sexualidad, la salud y la salud de las mujeres en todo ello:

M: Después de esto, de haber visto, bueno, que las mujeres se nos escapan después de una cierta edad (...) Estamos trabajando en eso. (Risas) La idea, eh, abrimos un espacio para que consigan los turnos de manera espontánea. (...) No es el espacio de sexualidad, sino que tratamos de abrir un espacio para el abordaje general de la salud de las mujeres de población objetiva. Tenemos que encontrarle un título más seductor porque es muy aburrido ese título. (Risas) (E4-generalista)

Como parte de una estructuración simbólica que hace a la configuración de las formas de autoatención se encuentra el conocimiento del propio cuerpo. Así como el desarrollo afectivo sobre él, la autoestima y propio reconocimiento. Como desarrollo

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

simbólico propio del sujeto se sostiene en distintas experiencias que hacen a un aprendizaje a lo largo de su vida, con los años iniciales como fundamentales. Al ser un aprendizaje de este tipo las llamadas "señales de alarma" que los cuerpos dan ante una determinada infección no son necesariamente un conocimiento obvio. Durante las consultas que realizan las personas con un motivo determinado y algunos diálogos entre ellas y los médicos he observado una tensión entre los supuestos sobre los conocimientos de los sujetos –"dejarse estar"- y lo que realmente pasa. Esto se observa en determinadas hipótesis de un profesional sobre lo que saben o no saben hombres y mujeres sobre sus cuerpos:

M: Sí, creo que sí. O más tiempo. Hay veces que.... hay chicas que lo tienen como 6 meses y vos le preguntás "¿Y este flujo así y así hace cuánto lo tenés?" "Y no, hace como 6/7 meses". (...) y bueno, decís "Esto es muy probable que sea una infección por Tricomona". Le hacés toma de PAP y le das tratamiento y solicitas estudios. ¿No? Y a veces vienen, o sea, me parece como que la mujer retrasa un poco.

E: ¿Retrasa?

M: La consulta, sí. El hombre, nada, ve algo que le está saliendo del pene y... yo me desesperaría, yo me desesperaría (risas)

(...) Activa más rápido. Si, si. La mujer como, por lo general, suele tener flujo y por ahí muchas mujeres ya tuvieron en algún momento algún hongo tipo candida o tuvieron algún flujo anormal y demás, por ahí es un poco más de flujo. Creo, supongo. Es toda una suposición. (E5-recidente generalista)

El hecho de que haya formas rutinarias y naturalizadas tanto de atención como de acceso no significa que no existan también prácticas que puedan ser comprendidas como parte de las tensiones al momento tanto de desarrollar prácticas no estigmatizantes como formas de gestión de los espacios de mayor accesibilidad, como se podía ver en la cita anterior.

M: El diálogo, eh...viene una mujer por una consulta, fecha de tu última menstruación, no/sí. La parte fría es esa. "¿Tenés relaciones sexuales?". Le preguntás si está en pareja. Todo el tiempo el diálogo se va modificando, porque vos lo hacés de una manera... yo, a veces, primero preguntaba si estaba en pareja. Y después preguntaba si estaba en relaciones sexuales. Y yo, mi autocrítica era: queda como que le estoy haciendo un juicio de valor, que si puede tener relaciones porque está en pareja... entonces la cambié.

E: ¿Juicio de valor?

M: Sí, porque puede sonar a que yo le estoy preguntando previo a... o sea, hay mujeres que te dicen: "Soy viuda, no tengo relaciones sexuales". Entonces primero pregunto si tiene relaciones sexuales porque uno puede tener relaciones sexuales sin estar en pareja, por supuesto. Pero me sonaba a que podía, una rosca

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

mía, me sonaba a que el otro podía... como que le estaba contestando la otra pregunta yo al contestarme la primera. (E4-generalista)

Ante la situación de acceso de mujeres en edad reproductiva y embarazadas las instancias de detección y registro de sífilis y VIH-Sida^{43,44} se ven favorecidas.

A su vez en se solicitan las pruebas correspondientes a sífilis, Hepatitis B y C, sobre todo a las mujeres embarazadas. Se las puede llegar a derivar para esto al hospital provincial o realizar los estudios en el laboratorio de la unidad sanitaria Molina Campos. Estudios realizados por el equipo de dicho laboratorio que pasa con una frecuencia semanal o quincenal por cada efector con un móvil dispuesto para las extracciones.

5.2.2 Población gay, lesbiana, bisexual, travesti, trans

El conjunto de la población llamada LGTB se refiere a un conjunto cuya sigla busca visibilizar la diversidad de culturas desarrolladas por grupos con distintas orientaciones sexuales e identidades de género.

Si bien sobre las prácticas de atención referidas a personas no heterosexuales he preguntado con la misma lógica que sobre población heterosexual el punto se agotaba rápido en las entrevistas. La aparente muy escasa cantidad de personas de distintas orientaciones sexuales que recurrieran a la atención o consulta de algún tipo los profesionales solían expresar cierta sorpresa ante la pregunta por no haber atendido mujeres travestis o varones homosexuales. Precisando aún más tanto en las entrevistas que pregunte directamente como en las que no lo hice no se mencionaron prácticas de atención a mujeres lesbianas y personas bisexuales. Ni menciones, ni expresiones. Sobre la población trans sucedía lo mismo.

De igual manera a como se expresaba una sorpresa al escuchar una

⁴³ Recopilados mayoritariamente en la población de mujeres embarazadas o en edad gestacional, debido a la diferencia en el acceso al sistema de dicha población y a la gran atención que ha recibido la epidemia de esta enfermedad a nivel mundial

⁴⁴ Según la información brindada, en el marco de una jornada para equipos de salud, por profesionales del Centro de ETS municipal, a mediados del 2013 había 981 pacientes con VIH-SIDA bajo programa; 489 en tratamiento, (65 pediátricos).

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

pregunta sobre esta población se preguntaban con curiosidad sobre la poca o inexistente – no nula dada la concurrencia en algún caso de varones que expresaban su orientación sexual homosexual- demanda de esta población en sus consultorios. Esto en algunos casos contrastaba con demandas de atención que si habían tenido o visto en otros espacios de trabajo donde ejercen o ejercieron también. Atención en guardias hospitalarias o centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires, según el profesional.

Al Centro municipal de Enfermedades de Trasmisión Sexual, en el centro del municipio, concurren a buscar preservativos frecuentemente, de forma continua mujeres travestis. Lo hacen buscando este método de prevención en su mayoría para protegerse durante su trabajo en prostitución en distintos lugares en el municipio.

En muchos casos comenzaron solicitando una prueba de VIH y a partir de allí empezaron a retirar preservativos o a la inversa pero desde el 2010 año en que comenzó el servicio de asesorías para la realización del test de VIH y sífilis en un trabajo conjunto entre el Centro y el Programa de Salud Comunitaria, hasta la fecha su presencia ha sido prácticamente continua.

Hace alrededor de tres años atrás trabajadoras sociales del Centro de ETS junto con el grupo Resistiré, un grupo de personas que conviven con el VIH-Sida, salieron a recorrer algunos puntos de la llamada avenida Gaona –importante autopista de varios carriles y muy importante flujo automovilístico de todo tipo, durante todo el día y la noche -donde mujeres y mujeres trans ejercen la prostitución. Este recorrido fue una actividad como parte de un desarrollo de trabajo en salud del Centro de ETS. Tenían como objetivo repartir preservativos, difundir información así como la existencia de las asesorías para test de VIH y Sífilis. Aunque más no sea por estas salidas más o menos esporádicas se buscaba un funcionamiento distinto al de una espera pasiva de la demanda de test. Esta demanda nunca fue de un bajo número en comparación con los realizados en las unidades sanitarias a población que no es de mujeres embarazadas pero a través de plantear actividades de prevención y promoción en zonas de población en situación de vulnerabilidad se pretendía una mayor generación de acceso a partir de una llegada a las poblaciones con barreras de distinto tipo –geográficas, simbólicas, violencias, abusos, temor- para conocer y usar los

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

servicios de salud municipales de dicho nivel. Fue esta otra vía de acceso que sirvió para que varias mujeres trans o no que *“trabajan en la avenida Gaona”* sepan de la existencia de asesorías para el testeo gratis y confidencial, así como de la posibilidad de retirar profilácticos de forma gratuita también.

Al respecto de esta población, tanto durante las entrevistas como en otros diálogos donde se plantea el tema, el recuerdo de la existencia de ellas en el barrio parece estar en medio de una *‘niebla lejana’*... *“Cerca de la sala no hay. De caminar en la zona eh visto algunas, pero no, no tan cerca digamos. No, chicas trans... en el otro CESAC si van.”* (E1-generalista) y la existencia de su atención en el primer nivel...

M: Espera que tengo que hacer... porque de travestis...No. No. Esas experiencias las he tenido en la guardia del hospital. O que han venido por situación de violencia o... de violencia o por agresión. Peleas con la policía... o no, situaciones puntuales. (...) En la guardia si porque son situaciones extremas. Entonces no, no te queda otra que venir. (E9-clínico)

Población homosexual varón concurre a realizarse pruebas de VIH a las asesoría en dicho Centro municipal pero como veremos en el último capítulo, en las unidades sanitarias cuando con poca frecuencia asiste alguien y manifiesta su orientación sexual o se le pregunta por ella eso no quedar siempre claro qué registrar de esa población.

La respuesta asistencial se construye a partir del abanico de prácticas y discursos producidos y reproducidos en la cotidianeidad del trabajo de los profesionales. Las mismas se encuentran en interacción continúa con demandas, necesidades, formas de atención y cuidado de las poblaciones que son moldeadas entre otras cosas por las formas de construir socialmente y vivenciar la sexualidad individualmente.

El hecho de que nos estemos refiriendo a identidades sexuales que se alejan de una norma durante mucho tiempo instituida y legitimada y que en la actualidad ya no este legitimada plenamente no significa que no existan continuidades en las prácticas y sensaciones de concepciones heteronormativas que impidan el desarrollo de prácticas de acceso, de educación para la salud en función del cuidado o de una construcción del rol profesional. Estas dificultades las he observado en distintas situaciones donde los profesionales no poseen valoraciones negativas para con estas poblaciones. En una de las

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

entrevistas se expresó tener una valoración no favorable a la población trans pretendiendo ocultarle esto a esa población, en el caso de tratarla alguna vez.

Este deseo de no demostrar los sentimientos sobre otro no con otra identidad de género –en el caso del profesional entrevistado mencionado- puede no ser siempre efectivamente concretado con mucho éxito y quedando la duda aquí sobre si esto influencia o no en el acceso, o mejor dicho en las estrategias para generar acceso de los profesionales hoy día de las poblaciones LGTB más allá de las intenciones de los médicos de ‘caracterizar’ a un profesional con un rol objetivo. Las prácticas y representaciones que sostienen vínculos de atención con sujetos que no son heterosexuales se topan con contradicciones y en los discursos que buscan explicar (se) el por qué del no acceso de ellos encuentro algunos de estos conflictos. Más allá de que racionalmente no solo se las exprese sino que se las reflexione críticamente en el siguiente extracto he observado elementos sobre lo mencionado:

M: No sé si en la población halla algún traba por acá y tenga vergüenza de venir. No. Yo en mi interior sé que es por eso.

E: ¿Por qué?

M: Porque si viene a... viene y lo hago pasar, yo no tengo ningún problema en eso. Porque también tienen prejuicios ellos de mostrarse o de ser juzgados por, por la sociedad que son bastantes conservadores. Esencialmente conservadores todos.

Yo me reprimo. Si bien soy conservador acepto y hago el ejercicio constante. Obvio, obvio.

E: ¿Cómo haces para reprimirte?

M: Nada, tengo...guardar el respeto ante todo. Digo, qué sé yo. Yo tengo una postura en contra del aborto. Pero yo no puedo imponérsela a otros. Tengo... yo soy un agente de salud. (...) Quizás yo lo considero bastante estúpido ser eso, hacer eso.

E: ¿Qué cosa?.

M: Poner tu creencia por sobre la del otro, porque es una sociedad. (...) Con el trans o con... como lo que quieras ponerle porque digo, con el traba, troló, el epíteto que le quieras poner... (E9-clínico)

Puede presuponerse ante este extracto y lo señalado anteriormente que la ‘carga’ del prácticamente nulo acceso de población trans y la invisibilización de la población lesbiana recae en una interpretación que deposita la responsabilidad en los sujetos individuales de la población LGTB – “*tienen prejuicios*”- ajenos a una historia

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

heteronormativa que inclusive, en algunas poblaciones LGTB, esta historia de vulnerabilización no se produce únicamente por su orientación sexual sino que ella es un elemento que profundiza y agrava otros elementos de fragilización como situación socio económica, educativa, poblaciones migrantes (de países o provincias) .

En el extracto el conflicto en las concepciones de sexualidad y el rol profesional –entre otros conflictos- puede observarse en la dificultad por nombrar a quien de estas poblaciones demandaría atención. A esta persona el profesional por su rol como agente de salud según expresa tiene que atender conservador o no, pero a quien tiene que atender, aún no puede nombrar cómodamente.

Si el sistema se comprende en la observación de sus elementos interrelacionándose como parte de una construcción histórica es importante destacar que las tareas asistenciales tienen explicaciones diversas.

En el municipio el Programa de Salud Comunitaria ha organizado encuentros y capacitaciones a cargo programas nacionales u ONG reconocidas en su trabajo sobre el VIH-Sida. En estas instancias fueron abordados temas de diversidad sexual, relaciones de género, VIH y adolescencia, educación sexual integral, asesorías en reducción en riesgos y daños, guía para el abordaje de violencias, entre otros. Temas troncales al interior del campo de la salud sexual y reproductiva –y educación sexual- como parte del campo en tensión de los Derechos Sexuales y Reproductivos que plantea conflictos al interior de los distintos campos sanitarios. La concurrencia de profesionales biomédicos era siempre menor -o escasa- en comparación con otras profesiones como psicología, trabajo social o enfermería o con trabajadores del sistema municipal como el personal administrativo de las unidades sanitarias. En el sentido de observar distintas partes del funcionamiento o de las prácticas instituidas que construyen el sistema de salud municipal y que hacen a no poner el foco únicamente en prácticas individuales, ampliándolo al sistema de salud del municipio, se ven pocas acciones sistemáticas de las llamadas “*extramuros*” u “*operativos*” que busquen abordajes que favorezcan el acceso de población LGTB o también de trabajadoras sexuales. Cuando estas acciones se desarrollan no se

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

sostienen por mucho tiempo, no llegan a establecerse ni a ponderarse al interior del sistema. No parece haber desarrollos de nuevos saberes en las prácticas de las tecnologías blandas para nombrar más fácilmente y buscarlo en los barrios a un otro que no accede.

5.2.3 Los varones, los maridos, la pareja

Los varones son una concurrencia no muy frecuente en el primer nivel de atención en comparación con la de mujeres, y más la de mujeres embarazadas para la atención de ITS... y para otros padecimientos también. Los varones son vistos por las unidades sanitarias cuando están en la categoría de bebés o niños y algunos vuelven a serlo cuando ya están en la de adultos mayores por cuestiones relacionadas con diabetes e hipertensión.

En el primer nivel de atención ellos tal vez no son tanto los “*varones*” como si son “*los maridos*”, “*la pareja*” –marido suele ser en plural, pareja no- y en algunos casos “*los adolescentes*”. Al igual que las mujeres son “*las madres*” o “*las embarazadas*”.

Al ser muchas veces los maridos o ‘la’ pareja he encontrado en reiteradas ocasiones y de forma rutinaria el sustento de la estrategia de acceso de varones al tratamiento depositado en las mujeres para que lo informe o “*le diga que venga*” o para que “*le dé el tratamiento*” ya que “*no vienen*”. En estas situaciones surgen entre otras preguntas sobre cómo algunas mujeres pueden hacer para que sus maridos o parejas concurren o se hagan el tratamiento, las cuales no son de fácil respuesta. En ese sentido no nos estamos refiriendo a estrategias sin ninguna carga de incertidumbre, como todo *trabajo vivo* tiene, sino a que los profesionales han naturalizado en gran medida el no acceso de los varones ante una ITS o la construcción de estrategias sostenidas en los cuidados de las mujeres. Estrategias que comprendidas desde una lógica del nivel de la autoatención puede ser racional pero en paralelo y ante una naturalización o falta de desarrollos institucionales –trabajo en equipo, promotores de salud, campañas de difusión de información, etc.- se pueden sostener relaciones de género inequitativas o de maltrato y violencia.

El trabajo con varones se presenta en algunos casos como algo que excede lo posible y conocido en el sistema de salud:

E: Cuando vienen por ese tema en puntual, ¿has podido detectar ITS en varones?

M: No. Yo particular, no. Si no te digo, sino son estos casos contados que

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

consultaron por eso, no. Y también es una falencia que... la realidad es que si el hombre viene por algo puntual, es muy difícil de que uno abra el juego... “Vengo porque me pedí el día de trabajo porque me duele la rodilla, vengo porque creo que tengo la presión alta”, y a lo mejor, uno no tiene todavía en la cabeza cómo sería la estrategia para poder convertir esa consulta, digamos. Cuando ves adultos, ves mujeres. Entonces es una práctica que uno ya se hizo. El consultorio de gineco facilita, digamos. (...) Cuando un hombre te viene porque se desgarró o porque se cayó, uno tiene que generar cómo puede hacer para abrir esa puerta. (E4-generalista)

Por otro lado las situaciones de acceso de los hombres existen siendo en muchos casos de cuadros de infecciones avanzadas o el producto de vínculos construidos entre quien solicito la atención y los profesionales que comenzaron por otras situaciones.

Me resultó significativa la referencia de una médica generalista quien contó de situaciones en donde los varones demandaron atención luego de haber sido tratados por herida de arma blanca. Heridas que suelen referirse tratadas en un segundo o tercer nivel de atención. La profesional lo ejemplificó en una situación donde el vínculo no fue establecido primero por ella sino por una enfermera y posteriormente la última lo referenció para ser tratado por la ITS con ella.

Exceden a los propósitos de esta investigación profundizar más en el acceso de los varones al tratamiento de las ITS o al primer nivel de atención. La realización de un trabajo de este tipo puede aportar importantes observaciones para el análisis tanto dónde y cómo se tratan estas infecciones los varones. ¿Cómo tratan los varones sus ITS? ¿Se tratan mayormente realizando autocuidados de distintos tipos? ¿Concurren a guardias hospitalarias? ¿Recurren a las farmacias por tratamientos? Son algunas preguntas que se mantienen a partir de observar el tipo de trabajo focalizado existente en el primer nivel sobre el sector de la población desarrollado en el ítem anterior. Desarrollo que descuida tanto la salud de otras poblaciones como inclusive dificultando el trabajo en salud sexual de las mujeres embarazadas y las mujeres en general quienes más acceden al sistema de salud local.

5.2.4 Derivaciones, accesos y caminos en un primer nivel

Tal como hemos mencionado en la introducción de este trabajo los sujetos poseen formas de actuar y desarrollar la sexualidad según el contexto y momento

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

histórico en el que se desarrollan, producen y reproducen. Existen al interior de un mismo sistema diversas acciones en los consultorios para abordar o no –como veremos en el último capítulo- una misma temática que favorece el dialogo diluyendo o aplacando vergüenzas, pudores y tabúes sexuales favoreciendo el acceso al tratamiento o la revisión ante la presunción de una ITS.

M: O no es el motivo de consulta a lo mejor directo por el cual consultan, y eso es un motivo de consulta secundario. Una mujer dice: “Bueno, vengo para un control...Ah, y me olvidé decirle que tengo unas verruguitas”. No sé si lo relacionarán, yo creo que sí; pero si lo relacionan o no directamente con que eso es una enfermedad de transmisión sexual. (E4-generalista)

M: No, nueve años que tenía relaciones y no sentía nada. Ella lo decía: “No siento nada”. “Y para vos, ¿esto es un problema?”, “sí, es un problema”, “Pero a vos alguna vez, ¿se te ocurrió charlar de esto con alguien, charlaste con alguien?”, “no”, y le digo “¿Vos esto me lo ibas a preguntar a mí?”, “No, no te iba a preguntar. Yo vine porque tenía la presión alta”, “Bueno. ¿Vos lo querés solucionar, te parece que esto se puede solucionar de alguna manera?”. Es problematizar un tema que, a lo mejor, la mujer no lo tenía presente o no lo tenía consciente; y a veces es sacar un tema que sí, que lo tenía pero que a la mujer le cuesta traerlo a la consulta. (E4-generalista)

He observado en distintos momentos la diversidad de formas de comprender los motivos que los profesionales tienen para los distintos vínculos y relaciones que desarrollan al interior del sistema de salud. Existen distintas razones para la derivación así como para los destinos de estas. Se conjugan en ellas los denominados protocolos de derivación que establecen criterios biomédicos, con sus pasos a seguir, con algunas razones de índole personal como afinidades con otros colegas, cuestiones de ‘empatía’ con los pacientes -“*Entonces, yo voy a tratar de solucionarle como si fuera mi mamá*”- y elementos varios que se refieren a las condiciones materiales existentes en las unidades sanitarias.

En distintos momentos en estas prácticas las razones referidas a la falta de elementos y condiciones materiales para decidir una derivación a otro nivel de atención fusionan las condiciones materiales existentes en un primer nivel de atención, con consideraciones del profesional sobre lo que se debe o no hacer en el primer nivel:

M: Igual lo que yo hago a esas pacientes es derivarlas al hospital. (...) Nosotros

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

acá tenemos un problema que es que tenemos el colposcopio roto (...) Así que ya ahí estoy limitada. Entonces la derivo para que le hagan la colposcopia aparte de la toma de PAP. Y si uno sospecha, que puede haber algo hay que hacerle una biopsia. Yo, personalmente, considero que biopsia en la sala no. ¿Por qué? Porque es una paciente que te puede dar un sangrado y de manera innecesaria la voy a tener sangrando acá por un taponaje. Trasladarla en una ambulancia que a veces la ambulancia me ha tardado cuarenta minutos en venir, entonces directamente -como es un estudio de mayor complejidad-, las mando al hospital. (E3-ginecologa)

En ese sentido al plantearse derivaciones al interior del sistema de salud muchas de las que no son realizadas por cuestiones biomédicas, como ser a las profesionales de psicología o trabajo social no son solamente por un favorecimiento del acceso al sistema sino, y antes que eso, por cuestiones donde el profesional parece verse superado por tratarse de la 'parte' subjetiva del individuo.

Al interior del primer nivel de atención se desempeñan profesionales de distintas especialidades con distintas procedencias e historias en el sistema de salud. A diferencia de otras especialidades son pocos los profesionales generalistas que se desempeñan en el segundo o tercer nivel.

En el marco de las tensiones propias del *trabajo vivo* que moldean también el desarrollo de las tecnologías blandas-duras se encuentran las interpretaciones sobre los protocolos biomédicos a seguir durante la atención. Inscribiendo estas interpretaciones en las tensiones alrededor de cómo y cuándo se realizan las derivaciones de las áreas del sistema se observan supuestos lo que cada profesionales debe hacer o no al interior de cada institución y cada nivel. Esto en algunos casos es producto de la toma de partido por una institución por parte de quien expresa lo que se debe hacer en cada institución, motivado en estos casos por criterios no solamente técnicos, biomédicos o de planificación del sistema sanitario exclusivamente, sino también a dónde cada profesional se siente parte. Por dónde ha transcurrido más tiempo, se sintió mejor.

En estas tensiones se pueden producir fenómenos tanto de invisibilización de las personas, de sus padecimientos y vergüenzas. Razones que moldean derivaciones sean por criterios biomédicos, por sentimientos de pertenencia o ambos se alejan del

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

vínculo interpersonal del médico y quien padece. Como parte de esta negación de los sujetos que reciben la atención emergen en los relatos generalizaciones que desvalorizan la escucha y trabajo desde las situaciones de las personas que padecen. En uno de los testimonios se observa esta generalización al no poder ser las mujeres, en este caso, las que de alguna forma “sean claras” cuando les pasa algo y “no mientan”. Tal vez para ayudar a dirimir al profesional a qué nivel de salud le toca:

E: ¿Vos decís que no venían previamente a la consulta porque tenían algo?

M: No. Llegan al parto, o a veces llegan, qué sé yo, por amenaza de un parto prematuro y vos le ves toda esa flor que tienen ahí. Y hay muchas que yendo al hospital, te dicen: “Sí, yo fui a la salita y le dije a la obstétrica pero no me miró ni me dijo nada” (...). Por lo general, todas las pacientes que van, que son internadas o no, siguen el control en el hospital.

(...) Yo creo que no revisó (la obstétrica de la sala), obviamente.

E: ¿Por qué?

M: (...) yo no me quiero agrandar pero bueno: las obstétricas que trabajan en unidad sanitaria no tienen la más pálida idea de cómo se trabaja en el hospital. Entonces hay un protocolo que el hospital mandó hace muchos años y la mayoría no cumple con ese protocolo. Entonces, ¿eso qué hace? Que el hospital se recargue de trabajo con cosas que se pueden solucionar en la unidad sanitaria y algunas que son muy mal derivadas. Pero bueno, yo creo que les falta un poco de... de práctica y de saber cómo se trabaja realmente. Siempre de la unidad sanitaria hablaron mal del hospital, pero bueno, a mí me gustaría ver a más de una trabajando en el hospital.

(...) Es decir, una condilomatosis es algo que se puede ver en una sala.

Bueno, no sé si será por falta de tiempo o porque no le dan bolilla o por qué, pero hay pacientes que van y te dicen: “No, a mí no me revisaron, a mí no me hicieron, no me dieron. Yo les dije”. Quizás te mienten también, porque esa es la otra. (E7-obstetrica)

Resultó curioso que la misma profesional molesta por el “exceso” de mujeres que llegan a la guardia por una mala atención en el primer nivel refiere ella también generalmente derivarlas a ese, su, hospital. Se puede preguntar en ese sentido que peso tienen los ámbitos a los que se sienten pertenecer en el momento de producción y establecimiento de forma escrita –protocolos- de las prácticas de cura de una ITS en cada nivel de atención.

E: ¿Y él (ginecólogo) ha visto otras ITS?

M: Sí, no. Las condilomatosis en realidad, acá sí se ha visto; pero, por lo general, las derivamos al hospital. Por lo general, eso lo detecta el ginecólogo

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

cuando hace el Papanicolaou o la colposcopia. Sí he visto muchísimas en el hospital. (E7-obstetrica)

Las prácticas referidas al primer nivel de atención también son diversas cuando entran en juego tanto los criterios para la derivación como y en ello las formas de acceso de quienes son derivados. Las formas de representar los significados de las distancias geográficas entre las unidades sanitarias entre sí u otros niveles son también sentidos que intervienen de diversas formas en las prácticas de derivación.

Los criterios de derivación sobre problemáticas en salud divergen entre los profesionales según distintas formas de comprender el trabajo en salud. Esto es tanto durante la atención como en la construcción de rutinas, criterios, vínculos, procesos al interior de la unidad sanitaria como parte del *trabajo vivo*. Desarrollado y sostenido sobre la labor en salud se construye y puede llegar a repercutir en la atención misma de distintas formas como mayor acceso de la población, mayor disponibilidad de trabajo en equipo -que redunde en una mejor calidad de atención-, mejor registro de lo realizado, criterios y acuerdos consensuados, etc.

Como se ha planteado la derivación como un producto de lo realizado durante la atención puede tener razones en las condiciones y recursos existentes en la unidad sanitaria o sistema de salud local pero en ellas también hay motivaciones sostenidas concepciones sobre “*complejidad*”, por ejemplo de un nivel de atención.

Estas concepciones sobre complejidad se puede observar en las prácticas de “*los seguimientos de los pacientes*” y en lo que los profesionales de una unidad se plantean en la diversidad contextos y distancias de los centros referenciales. A veces como desafíos superan lo complicado e instalan a los sujetos las distintas complejidades que cada nivel puede plantear:

E: ¿Con el Centro de ETS?

M: Exactamente. Llamamos -eso es genial: vos llamás y al toque te dan el turno, súper bien eso-, pero digamos que la experiencia fue similar. O sea, no tuvo buena recepción desde allá. (...) Eso es lo que dice la paciente, ¿no? Entonces viendo eso, viendo cómo podemos tener un contacto de conocer a los profesionales -porque allá no son tantos, son dos o tres que trabajan con VIH-, poder referenciar, decir: “Bueno, está bien. Que vayan allá”. Además, sería alivianarles el trabajo también, si no son tantos acá. Son dos o tres, y ver cómo podemos hacer un seguimiento nosotros de eso.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

E: ¿Vos te referís mandar a hacer las serologías?

M: Sí, o que sea el contacto que tenga...

E: ¿Dar la medicación también?

M: La medicación, sí. Pero bueno, eso a lo mejor sería más adelante. Que vayan a buscar la medicación no sería el problema, pero bueno, nosotros tener la posibilidad de acceder a los laboratorios, que nos manden los laboratorios, hacer las consultas acá y que nosotros, si tenemos alguna dificultad, podamos consultar al especialista; pero uno podría tener un manejo más allá de la medicación particular: los efectos adversos, las interacciones que tienen los medicamentos que son muchas, es algo -cuando la patología está controlada- que podría ser de un manejo de salud tranquilamente. Y además, en estos casos puntuales, que es gente que se referencia con el centro, que tiene ganas de atenderse en el centro, y que nosotros somos un centro que está muy alejado del hospital, de todos los hospitales...

E: ¿A cuánto estamos del hospital?

M: Del hospital de Moreno, en colectivo, cincuenta minutos. Aproximadamente. (E4-generalista)

La relación entre criterios de derivación y acceso no solo refiere a cómo se comprende el trabajo en el primer nivel sino que además visualiza situaciones donde se expresan los diversos sentidos de pertenencia que los profesionales ponen en juego referidos tanto a cómo se sienten y piensan en el primer nivel, que mencionábamos anteriormente, como en el sistema público -“*Soy de los partidarios de que si encuentran mis pedazos en la ruta los pongan en una bolsa y lo lleven al hospital público*”-. Pertenencias que por sus disciplinas, contrataciones en distintos ámbitos -incluyendo al privado- son parte de las experiencias que dirigen las prácticas como las de derivaciones:

Existen interpretaciones sobre las necesidades y formas de acceso de la población con VIH y sobre ello posibles respuestas para dar desde un primer nivel. Estas buscan al interior de las unidades sanitarias desarrollos donde el trabajo en equipo es una de las piedras angulares del sostén de la atención individual.

Lo que veíamos es esto: la paciente necesita una atención, o sea, cerca de su centro, que pueda hablar, que esté el equipo, que sepa que está la psicóloga, que está su médico. Eh... se complica en el hospital. Es lógico, aparte se le complica al paciente llegar al hospital. Estamos viendo eso. (E4-generalista).

Muchas prácticas de atención finalizan o comienzan en que quienes demandan atención y requieren tratamiento puedan acceder a la medicación. Se abren allí instancias distintas donde según los contextos los individuos deben superar límites

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

geográficos, barreras burocráticas, comunicacionales o falta de dinero para ir hasta donde se retiran los medicamentos. Barreras y obstáculos que existen dentro sistema de salud.

Debido a estas barreras de distinto tipo, entre las que se puede encontrar la falta de medicación para alguna ITS en la unidad sanitaria, durante la atención pueden desarrollarse algunas intervenciones donde la compra de la medicación por parte del médico puede ser una práctica.

E: ¿Qué es el circuito formal?

M: Circuito formal es ir a tal, a un... a un nivel... retirar la medicación en otro nivel, que pasen para que le coloquen la medicación y ya está. (...) No, no. El asunto es que nosotros tenemos una visión... "nosotros" digo cuando hablo de salud. Nosotros tenemos la visión de la atención primaria y hacer salir de la comunidad a una persona y no considerar que tal vez no sepa tomar el colectivo y... A ver o sea, yo voy a ir, yo, yo persona, voy con una receta y me dicen: "No, le falta el palito" (falta algún detalle en la receta médica) y te puedo asegurar que yo no me voy de ahí sin mi medicación. Pero vos tenés que considerar que tu prójimo no es así. Le dicen: "No, esto no es" (...) "¿Y, fuiste?" (médico)/ "No, no"(paciente)/ "Bueno, vení. A ver, explicame". Y me cuenta todo el derrotero y le digo "Andá a comprarte la penicilina y vení. Andá, andá, decile que te la de, que después le hago la receta"

E: ¿Le diste vos para que compre la penicilina?

M: Si, sí. Sí señor. (...) Pero eso no depende del paciente, depende de nosotros. Y es de lo que te digo yo que se necesita aceptar, de la unidad sanitaria y de los otros niveles ida y vuelta. (E9-clínico)

5.2.5 Acceso al testeo de infecciones

A lo largo del recorrido de campo y en las entrevistas he observado de distintas formas cómo se hace presente la orientación del sistema en lo que hace al acceso a la realización de test de VIH, sífilis así como a otros estudios para la detección otras ITS. Necesarias tanto en los momentos en que las personas o profesionales por algún motivo sienten o entienden que necesitan comprobar si se han infectado de VIH o sífilis o en las instancias donde son los profesionales quienes requieren de estudios para constatar otras infecciones además de la revisión clínica.

En ninguna unidad sanitaria existe un equipo profesional organizado y especializado en el asesoramiento pre/post test de VIH. Si hay prácticas, por lo general individuales, durante la atención o consulta puntual, de ofrecimiento, solicitud de testeo por distintos motivos o instancias algunas de las cuales se describen en el apartado 2.3. No se refirieron prácticas de devolución de testeos donde trabajen en conjunto dos profesionales a

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

pesar de que una de las ginecólogas entrevistadas refirió si hacerlo en sus prácticas de atención en otro municipio.

M.: Y en lo que es la atención a mí me parece que tendría que haber más disponibilidad, digamos de acceder a una consulta para ese tema. De testeo. Está bastante limitada en ese sentido la sala porque van a sacar sangre cada 15 días y es con orden médica. Entonces una persona que en un momento sintió cierta duda o curiosidad en general no accede al testeo. (E1-generalista)

M: En realidad estaría bueno que haya más difusión de la posibilidad de hacer la consulta en la sala (por ITS que no son VIH y sífilis). A veces no queda tan clara esta posibilidad de consultar y tampoco está tan accesible el preservativo, a veces está a veces no está.

5.3 Candidatos y candidatas de la zona.

5.3.1 La plataforma

Suele existir una distancia en los sentidos dados a las prácticas referidas a la vida sexual entre profesionales que atienden las ITS y las personas que padecen alguna de ellas. Esto plantea tensiones entre representaciones morales y valoraciones en juego sobre aristas de la sexualidad de las personas y en las formas de interpretar los sistemas de normas y costumbres. Fenómeno que repercute en las formas de producir salud al interior del consultorio y en el sistema de salud en general.

Sean las normas formalizadas por el estado -legisladas y legalizadas- o las establecidas por tradiciones, costumbres, rutinas, etc. estas no dejan de encontrarse en conflicto tanto en los diversos grupos poblacionales, colectivos sociales, es decir en la sociedad civil, como también al interior de la vida institucional de las agencias del estado.

Estas contradicciones expresadas en ocasiones en las mismas normativas visualizan las representaciones al respecto de las prácticas sexuales, sexualidad y derechos plasmados en leyes y normativas al interior del sistema de salud. Podemos encontrar en ese sentido en la publicación del Ministerio de Salud de la Nación, Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria, una referencia directa sobre las prácticas sexuales de las personas, sobre la vida sexual de las mismas. En la publicación se plantea que uno de los 'factores' responsables de la extensión de la uretritis gonocócica (gonorrea, blenorragia) no es sólo la aparición de cepas resistentes sino también la 'promiscuidad' (Ministerio de Salud de la Nación, 2007, p73).

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Estos sentidos dados a la sexualidad modelan el momento de atención y las prácticas de prevención en él como parte de la producción de salud basada en concepciones que pueden hegemonizar el sistema de salud. A su vez y en relación con lo anterior afectan de distintas formas el acceso de las personas a la información y conocimientos simbólicos para sus autocuidados, las medidas preventivas para las infecciones y reinfección.

Existen distintas formas de comprender lo que está bien o mal en la vida sexual de las personas (Weeks, 1993; Foucault, 1990; Butler, 2012). En estas los contenidos estigmatizantes y discriminadores sobre formas de vivenciar la sexualidad y practicarla intervienen en las instituciones como las de salud (Giami, 2002) como pueden ser las definiciones dadas sobre los sujetos como promiscuos, chicas fáciles, irracionales, etc.

Las prácticas sexuales no heterosexuales, tener una cantidad de parejas mayor a lo que en el medio social se espera, los tipos de parejas que se establecen, la duración de estos vínculos, son parte de las aristas que hacen a la sexualidad configuradas por normas y valoraciones. Éstas formas se pueden poner en acto, pueden ser actuadas, performáticamente tanto por los profesionales como por los mismos sujetos que ante pensarse, sentirse o concretamente estar valorados negativamente de alguna forma en un ámbito de salud no recurren a la atención ante síntomas por una ITS o lo hacen en estados avanzados de alguna de ellas.

Como se ha referido previamente la salud pública puede ser comprendida como una forma de entender el mundo. Como parte de este entendimiento me interesa continuar observando aquí cómo el sistema de salud es parte, desde su lugar hegemónico, del proceso s/e/a desde las intervenciones médicas a partir de su interpretación del riesgo.

Las maneras de entender los vínculos sexuales como causales de las formas de enfermar y morir de las personas pueden ser un “aporte” desde el sistema de salud al desarrollo de contextos de vulnerabilización sostenidos en distintas prácticas estigmatizantes y discriminadoras –no necesariamente conscientes y a veces muy sutiles-

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

de distintas maneras de vivir la sexualidad que dificultan o impiden tanto el acceso a la atención como el desarrollo de prácticas de educación para la salud en dicha instancia.

Tanto en las entrevistas como así también durante mi recorrido laboral en el primer nivel de atención he encontrado en distintos momentos que algunos profesionales se plantean para sí quiénes son las personas con mayores probabilidades, con mayor riesgo, de infectarse de una ITS. Estos supuestos en muchos casos no obedecen ni a una fundamentación epidemiológica ni inclusive a lo efectivamente experimentado por ellos durante sus experiencias durante la atención.

Según Margulies (1998) el concepto candidaturas fue utilizado por el antropólogo Ronald Frankenberg como idea que permite vincular los análisis profesionales del riesgo con los análisis legos sobre cómo y por qué las personas enferman. Cuando se habla de un "candidato" se hace referencia a "aquel tipo de personas que están abiertas (o así parecen estarlo según la percepción de los demás) a enfermar de un modo particular"(Ibíd., p.). Mediante el uso de este término "...la información generalizada que se deriva de un agregado de muchos casos se devuelve al reino de lo individual" y a su vez permite una interpretación retrospectiva y predictiva de las formas de morir y enfermar de las personas del lugar, en nuestro caso en el contexto del primer nivel de atención. Este concepto "permite un flujo libre y la absorción de información de pregunta y respuesta entre practicante y paciente, en ambas direcciones" (Frankenberg, 1994:1333, en Margulies 1998, p.2).

El trabajo de la antropóloga que utilizo aquí de forma adaptada a los objetivos de este estudio tiene como propósito "analizar la construcción biomédica del VIH-Sida y las modalidades particulares que asume su institucionalización en el marco de un hospital público de agudos" (Ibíd. p.1) De esta forma aborda "los modos de percibir, categorizar y significar la enfermedad y las estrategias en relación con ésta por parte de los profesionales." (Ibíd., p.1) Pretende en particular abordar, la noción de "riesgo" y formas de valorar la población afectada así como la relación entre los procesos de atención desarrollados y las concepciones sobre lo "normal" y lo "patológico" en las prácticas sociales.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Dado que busco trabajar con la noción de "candidatos", dentro de los límites de este estudio, me interesa dar una serie de consideraciones sobre las cuales parte el trabajo que tomamos de Margulies. Las mismas se sustentan en distintos análisis realizados sobre las representaciones médicas del VIH-sida. Si bien aquella infección no se transmite únicamente por vía sexual, sus consideraciones son acordes a los objetivos y marco teórico de nuestro estudio. Es que la historia del VIH remite básicamente a su condición de infección de transmisión sexual y dado que al buscar también Margulies considerar "la construcción de las categorías médicas a partir de las relaciones de poder" considero que muchas de las representaciones y prácticas que operan sobre los candidatos al VIH-sida lo hacen también sobre el resto de las ITS.

Son consideradas así tres cuestiones significativas. Por un lado, en la categorización médica del VIH-Sida se naturaliza el padecimiento a partir de una "historia natural de la enfermedad) (Ibíd. p.1) delimitando su temporalidad "en términos humanos: inicio, desarrollo, duración, desenlace" (p.1). La naturalización de esta historia natural recibe su sentido de dos elementos fundamentales: "por un lado, la asociación enfermedad-relación social, mediada por la idea de "contagio" y un conjunto de proposiciones etiológicas por las que se asimila "causa", relación social y "riesgo" (Ibíd. p.1).

A su vez señala que el principal soporte de las categorías biomédicas en torno del VIH ha sido la noción de "portador" del virus. Sus efectos se comprenden atendiendo a: "- el peso otorgado a la presencia del virus permite acentuar en la condición biológica por fuera de la consideración de la nueva situación que en un nivel general plantea la infección en la vida cotidiana y la identidad de los afectados, -posibilita una reversión de sentido" esto es que: "la carga moral asignada al 'contagio' diluye y subordina la noción de transmisión y la persona, el afectado, se transforma en amenazador (Grimberg *et al.*, 1997)." (Ibíd. p 2) "El contagio" de esta manera, la posibilidad de él pasa a tener más peso que el propio padecimiento del sujeto. Esto delimita una forma de relación fundada en la sospecha. (Grimberg y Margulies, 1998).

Por último señala que el resultado de estos fenómenos es la construcción de categorías estigmatizantes: "grupos primero, prácticas de riesgo después (homosexuales,

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

bisexuales, usuarios de drogas, prostitutas, etc.) que, en las prácticas y la operatoria discursiva, han quedado configuradas como responsables tanto de la emergencia como de la difusión de la enfermedad” (Ibíd. p2). Esto significa un proceso de recupero de etiquetamientos previos de grupos sociales “basados en características étnicas o de clase, preferencias sexuales, uso de sustancias ilegales” (Ibíd. p2). Un proceso de reactualización y refuerzo de construcciones históricas de estigmatización y discriminación social que pasan a conformar de distintas formas el proceso s/e/a.

Su utilización del desarrollo de Frankenberg sobre lo que denomina “nivel de explicación profesional” me permite en mi análisis dar cuenta de las articulaciones de los conceptos del enfoque de riesgo para las ITS. De igual forma las prácticas y nociones clínicas sobre estos padecimientos favorece visualizar “los modos en que categorías pensadas para poblaciones y fundadas en conjeturas probabilísticas, se operacionalizan en el abordaje clínico” (p.3). Esto es observar cómo estas categorías, riesgos estadísticos, se constituyen de distintas formas en posibilidades de individuos particulares en la actividad clínica.

Los candidatos o candidatas de nuestra zona son aquellas personas que emergen durante la consulta, en las referencias de los profesionales sobre la comunidad como “proclives”, “en riesgo” de contraer alguna ITS. Son además los que pueden encarnar en algunos casos a “ese” individuo allá a fuera del consultorio que *“la está repartiendo”*. Y son quienes también quienes se acercan a las unidades sanitarias y que siendo ‘candidatos’ o ‘candidatas’ a otras cosas como hipertensión, diabetes, nuevos embarazos, obturan las posibilidades de trabajar sobre ITS y sus padecimientos.

5.3.2 ¿Quiénes se ven como candidatos?

El número de entrevistas realizadas y los distintos puntos abordados si bien no permite un análisis exhaustivo, posibilita en cambio líneas de análisis incipientes respecto de la aplicación del concepto de candidaturas. El siguiente análisis me permite a futuro profundizar sobre estas representaciones y sus prácticas en el campo trabajado.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Cómo puede estar operando esta reducción llevada desde categorías epidemiológicas, referidas a fenómenos poblacionales, a objetivarse en presupuestos sobre individuos concretos no obedece a una intencionalidad necesaria de quien individualmente realiza esta operación. Quien lleva adelante estas categorizaciones puede ser agente de esta reducción inconsciente y sutilmente.

Dentro de las representaciones a profundizar se encuentran las particularidades en el primer nivel de atención estudiado sobre quienes emergen durante la consulta como personas “*en riesgo*”, o que frecuentemente “*se dejan estar*” y por ello pueden contraer alguna ITS.

Mientras que en general respecto de la atención de ITS se tiende a suponer que la categoría tan ambigua como estigmatizante a la que apelan los profesionales es la de “promiscuidad”, resulta significativo subrayar que en mi trabajo de campo no he recogido en ningún momento la utilización de ese concepto explícitamente.

En el estudio realizado por Margulies se señala la utilización directa del término promiscuidad por parte de los profesionales médicos. Esta comprensión de las conductas sexuales de los individuos posibilita entenderlos con mayor facilidad o “proclives” a enfermar de VIH-sida –en el caso de su estudio- a partir de la instalación de una sospecha moral llevada al terreno de las tecnologías blandas y blandas duras de la clínica.

Si bien este término no es utilizado literalmente o como se ha señalado si lo expresa el Ministerio de Salud de la Nación⁴⁵ sí se utiliza en algunos casos una categoría ya no derivada de una calificación moral sino más bien de índole técnica-epidemiológica. La utilización de “pareja estable” se puede llegar a encontrar en algunos casos. Este se ubicaría en lugar del término “promiscuo/a” o “promiscuidad” el cual se vincula con juicios de valor realizados sobre el número de parejas de una persona y teniendo en cuenta un ideal monogámico como base.

⁴⁵ “La infección gonocócica genitourinaria representa una de las ETS más frecuentes. (...) La promiscuidad y la aparición de cepas resistentes son los factores responsables de la extensión de la enfermedad.” Ministerio de Salud de la Nación, 2007, p73

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Tener pareja estable entendida esta como pareja formal o socialmente reconocida o no tenerla es una construcción que encuentro repetidamente delimitando cuándo sí y cuándo no llevar adelante una revisión o test. Dada su repetición en prácticamente todos los testimonios parece que ésta construcción ha cobrado, en el campo estudiado, el nivel de formalidad que otrora el término promiscuidad. Entendiendo aquí por esta formalidad un peso en la utilización de dicha construcción "*pareja estable*" en su forma de enunciación, de repetición similar a la de términos y normas científicamente validados.

E: ¿Qué le preguntás?

M: Claro, bueno primero si está en pareja estable. Si tuvo alguna infección en los últimos tres meses, si tuvo que haber sido tratada, si su pareja tiene algún tipo de secreción. Ella, bueno, cómo es el flujo, si tiene prurito, si tiene dolor en las relaciones sexuales. (E5-residente generalista)

Vale señalar que esta percepción de 'proclividad' de quien no tiene pareja estable sucede, se repite, a pesar de las experiencias individuales que algunos de ellos poseen al interior del sistema estudiado, contradiciendo sus propios supuestos. En algunos testimonios se mencionan prácticas de solicitud de testeos a quienes 'en situación de riesgo' se encontraban pero no hubieron referencias donde a las personas que se realizaron el examen por alguna situación -como una falta de pareja estable- el resultado haya sido positivo. Si se repitieron 'sorpresas' en breves relatos sobre experiencias donde se encontraban con resultados positivos cuando 'no se lo esperaban' por no dar con cierto perfil de situación social, edad o, al estarse suponiendo una determinada simple rutina por encontrarse en el medio de un control de salud "*pedorro*" tal como refirió un profesional.

M: No, no, no. Ellos vienen a consultar porque "no tengo pareja estable", "quiero ver como estoy". Ya te da la pauta de que no se cuidan ¿Entendés? Aun así yo también les pediría. Pero... y sí, situaciones sí, sí. La última puede ser un control de salud con un si un controlcito de salud.

M: Digamos, un control de salud pedorro.

E: ¿Por qué pedorro?

M: Porque hice un control de salud pedorro, digamos, y estaba todo bien y dio positivo la serología y por eso lo digo "qué macana". (E9-clínico)

E: ¿En qué momentos mandás?

M: Bueno, en el embarazo, siempre, es obligatorio. Eh... y después cuando va surgiendo en la consulta, si ha tenido situación de relaciones sexuales de riesgo

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

(...) Eh... no he tenido un resultado positivo. No. En todos estos años que me haya llegado a mí un resultado positivo, no. (E5- residente generalista)

Existen elementos clasificadores, marcadores determinados, que sitúan aún más a los sujetos en lugares marginales tales como determinada situación social. De esta forma sobre los que no tienen pareja estable la construcción de los sujetos de las ITS se amplía también a determinadas condiciones sociales económicas y sociales como tener trabajo o no tenerlo.

M: Primero porque, qué sé yo, porque a mí me partió el alma porque era una chica ya grande, es decir... me parece que tenía treinta y cuatro años. Y era su primer hijo, o sea...eh... Que no se ve eso. Y era una chica que trabajaba, viste; una chica bien, digamos. (E7-ginecóloga)

El encuentro con alguien que no tiene pareja estable es posiblemente el primer criterio para la solicitud de una prueba de VIH y sífilis. Sin embargo algunos profesionales que realizan esto refieren no haber tenido, resultados positivos de algunas de estas personas. Situación que contrasta con experiencias donde los médicos se encontraron con resultados positivos cuando ellos no consideraban que ésta se encontraba en riesgo.

M: Tuvimos otra paciente que también pasó lo mismo, le habíamos pedido un prequirúrgico para ligadura de trompas, nada que ver. Vino, primera muestra para repetir, segunda muestra positiva, confirmatorio de VIH, y era una paciente que había tenido, que tenía tres chiquitos -uno de los chiquitos era de dos años, una paciente joven que si vos la ves, no, no... pareciera que te están mintiendo que tiene VIH positivo, porque no, no, totalmente sana. (E3-ginecóloga)

Considero que una línea de indagación a futuro sobre esta construcción de una mirada de riesgo epidemiológica llevada a la clínica en el primer nivel de atención debería profundizar más en cómo opera el concepto de ‘pareja estable’ o, de utilizarse aún hoy día, el de promiscuidad.

Resulta significativo problematizar esto atento a la orientación del sistema de salud dado que la categoría de ‘pareja estable’ puede encontrarse, en su utilización, sosteniendo la carga moral valorativa de la etiqueta de “promiscuo” o “promiscua”. Este análisis sobre la forma de perdurar los supuestos subyacentes sobre la sexualidad y relaciones de género de las poblaciones que acceden a la atención se puede

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

profundizar también en si este fenómeno se intensifica, cambia o es el mismo sobre el sector que más acceden al sistema, las mujeres en edad reproductiva.

La posible carga moral sustentada en la categoría “*pareja estable*” puede obedecer a cómo se comprenden las prácticas sexuales que debería tener una mujer en edad reproductiva y más la que se ha embarazado. Comprensión que parte de las concepciones de una pareja monógama y posiblemente heterosexual que de no cumplirse las personas se ‘hacen proclives’ a infectarse, así como a quienes si entran dentro de la norma a no recibir prácticas de prevención.

Según Grimberg (Grimberg, 1995, en Margulies 1998) la noción de promiscuidad adquiere sentido solo a partir de un tipo de modelo de relación de pareja (fidelidad, estabilidad y monogamia) donde se delinear “comportamientos de transgresión y que por tanto comprometen riesgos” (Margulies p5). En un sistema de salud orientado en el eje materno infantil, con una mayoría de prácticas asistenciales, es posible preguntarse sobre cuáles son los modelos de pareja que hegemonizan las concepciones y con ellas las prácticas de atención y solicitud de estudios de los profesionales que en él se desempeñan.

E: ¿Estamos hablando además de la población de mujeres embarazadas?

M: sí, porque es la que más se pide. Es la que más se pide. Al resto salvo que veamos algún riesgo o que te lo soliciten ¿No? (E2-ginecóloga)

Sobre las concepciones que posibilitan la construcción de candidatos y candidatas también he observado algunas que delimitan a su vez cuestiones al interior de quienes son más proclives a infectarse. Cuestiones que modifican las prácticas y rutinas de atención. Me refiero a quienes al interior del conjunto de personas vistas en riesgo son sujetos que requieren un mayor tiempo de atención previsto para esa instancia. Así he observado límites que se establecen durante los diálogos según la interpretación subjetiva sobre lo que es de privacidad, lo que da vergüenza, el estado civil y la edad de la persona que consulta. Se legitima en algunos casos intervenciones que pueden no tomar en cuenta vergüenzas y privacidad en función de prácticas de prevención cuando se trata de jóvenes en una mayor situación de riesgo por no tener pareja estable que en personas que sí lo están pero se encuentran casadas:

E: ¿Y vos qué abordas de ese tema, con respecto a...?

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

M: No, en realidad yo lo que hago es insistirle con el uso del preservativo, con el tema de que mande a sus parejas al urólogo para que esto no sea una constante reinfección y yo mucho más no... no me puedo meter porque no es lo, yo trato de preguntar poco de eso.

E: ¿De qué?

M: Del tema de cuando tienen múltiples parejas sexuales, o sea, si por ahí... bah, múltiples parejas en un adolescente sí lo charlo, pero por ahí si hay una mujer casada -que me ha pasado un montón de veces- que tiene a su vez otra pareja, trato de ser cautelosa, digamos, con las preguntas. (E3-ginecóloga)

E: ¿Estamos hablando de la población de mujeres embarazadas?

M: Sí, porque es la que más se pide. Al resto salvo que veamos algún riesgo o que te lo soliciten, no?

E: ¿Las chicas más chicas o las que no están embarazadas...?

M: Claro, si vos ves que es una paciente que tiene un cambio de pareja, que no se cuida, que vos ves que te viene buscar anticonceptivos, que no te viene buscar los preser... yo le pido un VIH. Yo le pregunto si quieren, pero se lo pido. Si vienen y me vienen con un montón de verrugas y si bien no es directamente, no puedo no pedírselos. De ahí a que se los vayan hacer es otro tema, pero bueno. (E2-ginecóloga)

Un elemento dentro de esto que favorece la construcción de alguien con mayor propensión a una infección es cómo se plasma la idea sobre qué sujeto es sexualmente activo. Según si es más o menos activa puede una persona tener o no una mayor inclinación a infectarse o a "*dejarse estar*".

M: Sí, la mayoría no, eh. Las jovencitas es raro que se dejen estar, las chicas jovencitas.

E: ¿Por qué pensás?

M: No es común. Y yo creo porque son las chicas que son sexualmente activas, o sea, y enfrentarse a su pareja con eso... te llama la atención y calculo que también les debe dar vergüenza. (E3-ginecóloga)

Dentro de las prácticas de atención, sobre todo en mujeres, el tiempo de indagación de desarrollo de trabajo y recursos en prevención de ITS varía aparentemente bastante en algunos profesionales, según lo que se presupone sobre la sexualidad de una mujer cuando ya es mayor de una determinada edad. Esta edad puede variar pero lo que se encuentra es una construcción en donde se engloba preferentemente a la población joven, a pesar de que la experiencia en los diálogos íntimos en los consultorios señale otras cosas sobre la vida sexual y sus prácticas de autocuidado en las poblaciones adultas.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

M: No, en realidad yo a cualquier paciente que tenga relaciones la considero sexualmente activa. Y ella me viene a pedir el control, si vos agarrás, por ejemplo, por protocolo el control de algún ginecólogo, por ahí hablás con un ginecólogo y te va a decir "El control mío es PAP y mamografía. Y ecografía transvaginal, si lo merece". Para mí, no. Para mí es laboratorio, y si tiene relaciones, es con serología. (...)

E: ¿Con la misma pareja no hacés todo esto?

M: No, depende de la edad de la paciente. (...)

E: ¿Que tenga una misma pareja y ya sea grande, ahí ya empieza a...?

M: Y si, no sé, si es una paciente añosa, que tiene relaciones pero con la misma pareja que es el padre de sus hijos y que vos sabés que es una paciente sana. (...) Y para mí a partir de sesenta y cinco para arriba. (...) Por eso en gineco hacemos como un corte en los sesenta y cinco... es la paciente que uno va a decir "Bueno, me tengo que fijar del cáncer de mama, no que no haga todo el resto", ¿me entendés? Es darle hincapié a eso y ya nos olvidamos de lo otro. Está la que viene de setenta y te dice que tiene un novio nuevo. (...)

Sí, un montón. Yo he visto muchas, muchas mujeres que enviudaron y que salen, qué sé yo, en el club de jubilados o van a bailar y no sé qué, y consiguen pareja. Que tienen relaciones. De hecho está la que te viene a pedir el gel, o sea siempre.

E: ¿Y ahí no has encontrado alguna ITS o algo así?

M: Sí, en una paciente grande –yo le digo añosa, pero vamos a decirle grande– sí, tuve dos casos de HPV: a una la tuve que operar y a la otra topicar, en pacientes de setenta para arriba. Que decíamos "¿Pero...?" (E3-ginecóloga)

La relación construida entre quienes son más propensos o no a infectarse puede dirimir la frecuencia de la realización de test y en algunos casos hasta delimita los criterios de administración del profesional de los recursos materiales existentes:

M: A cualquier paciente, joven, sexualmente activa, yo les pido a todas VIH, VDRL y Hepatitis como control. Lo que hago es preguntarle "¿Te hiciste un análisis este año?". Si me dicen que sí, si ya lo tienen hecho, ya está. La que me dice que no, al mismo momento que le pido un Papanicolaou, le pido un laboratorio completo, con serología. (E3-ginecóloga)

E: Cuando justamente no hay un cambio de pareja, ¿Qué pasa?

M: No, en realidad si viene una paciente de sesenta años, que según ella está con la misma pareja hace veinte años, ¿sí? Yo la verdad que no le pido la serología a esa paciente, sí le pido, aprovecho los insumos para irme para otro lado. O sea, le pido un perfil tiroideo, voy a ir más a la patología de la menopausia, de la paciente menopáusica, ¿sí? Pero si la paciente cambió de pareja o es joven, sexualmente activa, se las pido a todas. (E3-ginecóloga)

Dentro de las poblaciones que más han crecido en el municipio se encuentran los inmigrantes. Inmigrantes de países limítrofes y provincias se han ido

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

instalando en los últimos años en distintas zonas del municipio pero sobre todo en terrenos sin construcciones, “*descampados*” y en zonas semi rurales. Inmigraciones de zonas rurales en su mayoría que se asientan en los cordones del conurbano por mayores posibilidades de trabajo que en sus lugares de origen. Una gran proporción de ellos no suele trabajar en el municipio sino solo vivir en él. Se trasladan diariamente hacia otros municipios, mayoritariamente al de la capital federal, donde se encuentra el trabajo, en transporte público y siendo el tren que va y viene de Moreno a la ciudad capital el transporte más usado.

Los inmigrantes del Paraguay han sido nombrados en varios testimonios como una de las poblaciones que más ha crecido y que “*no para de crecer*”, “*tomando*”, “*ocupando*” nuevos espacios en distintas manzanas, generalmente sin servicios, de la cuadrícula urbana del municipio. No ha habido referencias valorativas, negativas ni positivas, explícitas hacia estas poblaciones –de provincias o países limítrofes- ni hacia las personas que parecen ser las que más se han trasladado a la zona, los paraguayos.

He observado en distintas instancias un posible desarrollo de esta utilización del enfoque de riesgo para un grupo poblacional cuyas mujeres se encuentran, para algunos profesionales, en situación de riesgo más o menos continuo. Son las mujeres migrantes. Mujeres paraguayas han sido referidas en varios testimonios y en algunos de ellos son en buena medida candidatas a la reinfección dado que sus parejas no harían el tratamiento. Esto no se diferenciaría de referidos comportamientos de cuidado de otros hombres de los barrios, ni del volumen de acceso que al sistema de salud tienen -o no tienen- ellos, pero si son los varones y mujeres de esta población inmigrante los nombrados en el momento de ejemplificar las dificultades.

Las mujeres pertenecientes a la comunidad paraguaya concurren al sistema de salud municipal en gran medida a controlar sus embarazos o por cuestiones referidas a sus hijos e hijas. Ellas son comprendidas como proclives a no poder cuidarse por encontrarse en riesgo dado que los hombres de su comunidad son vistos como menos propensos a la utilización de preservativos, más machistas y/o violentos que por ejemplo los varones argentinos. En este caso la asociación entre riesgo e infección no se encontraría

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

sostenida en concepciones morales sino en generalizaciones planteadas desde concepciones sobre un otro cultural explicado en su totalidad como más “*machista*”.

E: ¿En estas explicaciones también ven el tema de la prevención?

M: Sí... Es decir, uno les habla. Por lo general, más allá de que les digas que usen preservativos, acá es una población de gente de paraguayos. Es la mayor población de paraguayos que hay. Y es como que “No, mi marido no quiere usar preservativo. Mi marido no quiere”. Entonces se hace difícil. Quizás habría que trabajar más con la población hombre, pero bueno, como en todos lados se hace como medio difícil. (E7-obstetrica)

Homogeneizados como sector marginal y gente en “*situación de riesgo*” en tanto “*candidatos*” para las ITS, las violencias, la falta de autocuidados, reaparecen nuevamente ubicados en el lugar negativo de “*otros*” en algunos casos con atributos desacreditadores y en otros simplemente de otros lejanos con los cuales el sistema asistencial no puede hacer más que un trabajo de atención sin mayor alcance a nivel poblacional.

Esta potencial mirada homogeneizadora que funciona a partir de preconceptos sobre toda una población por parte de algunos profesionales se abre como parte de una línea referida al primer nivel a seguir profundizando. Entre los testimonios se encuentran referencias sobre esta población como “*difícil*” y como se señaló con mayor predisposición a la infección o reinfección, pero no necesariamente en la dificultad observada inhibe en todos los profesionales la intervención sobre esta población inclusive con resultados aparentemente positivos. Excede a este estudio comprobar los resultados y de qué forma se realiza dicha intervención que -y es de destacar- parte de una posible incertidumbre e importante dificultad asumida de trabajar en sexualidad, en ITS y con un otro.

E: ¿Cómo otro tipo de intimidad?

B: Otro... hay que generar un espacio, vos para ponerte a hablar de sexualidad no es lo mismo que bueno, tal fecha, última menstruación, ta ta ta, vení, te hago el PAP, te vas y los resultados están en quince días. (...) O sea, tenemos que tener una conversación previa para que vos puedas sentirte cómoda para contarme, para tener ganas vos o yo poder ver si vos tenés ganas de hablar de eso.

E: ¿El espacio de...?

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

B: De esto, de sexualidad. Y más con este grupo, que nosotros trabajamos con población extranjera, más que nada con paraguayas, que a veces es difícil. (E4-generalista)

5.4 Conclusiones:

En este capítulo he buscado presentar una serie de elementos y dimensiones referidas a las prácticas y representaciones desarrolladas al interior del consultorio, teniendo en cuenta las formas en que el sistema de salud local se orienta favoreciendo o no el acceso a la atención. He observado distintos elementos que orientan el primer nivel de atención del sistema de salud mencionado hacia el eje materno infantil. Esta orientación se reproduce alimentándose de una racionalidad hegemónica biomédica, acompañada de un predominio de lo asistencial, centrado en la cura. No significa esto que durante el momento de la atención no desarrollen instancias de prevención e inclusive promoción de la salud –entendiendo esta por ejemplo como el fomento de una vida sexual sin tabúes sexuales o violencias de género- en algunos casos determinados. Las prácticas de atención tienden a producirse rutinariamente, y preferentemente sobre un sector de la población. Junto con lo anterior, la tendencia es a realizar prácticas de prevención puntuales, fundamentalmente basadas en la solicitud de test de rutina durante el embarazo que presentan ciertas dificultades para desplegar un intercambio de saberes atento a los contextos y modos de vida de las mujeres (y por tanto, tendiendo con ello a favorecer medidas de autocuidado).

El escaso acceso de la población masculina no pasa desapercibido para los profesionales, y en algunos casos parece despertar preocupación e incluso, preguntas. Qué debería suceder con los varones en el primer nivel de atención es algo que no llega a plantearse como un problema que requiera diseñar estrategias particulares en función de lograr un mayor acceso de estos grupos. Dado que frecuentemente ‘los maridos o la pareja’ de las mujeres que acceden al sistema de salud son quienes resultan mencionados -al tiempo que no necesariamente atendidos- los modos en que finalmente se intenta llegar a esta población se basan en apelar a las mujeres como intermediarias. Si bien esto suele encontrar escaso éxito, no parecen representarse formas alternativas. Por el contrario se

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

culpabiliza o mira a las mujeres como ‘descuidadas’, en tanto que se reinfectan con estos maridos o pareja que poco aparecen por las unidades sanitarias.

Al acceder varones homosexuales a la atención, y a prácticas de cura, en lo relativo a la prevención se suceden, en esas instancias, preguntas y sensaciones de distinto tipo. Por ejemplo, problematizar qué registrar, o para qué, respecto de sus orientaciones sexuales aparece en algunos testimonios al modo de una pregunta implícita. Algo similar sucede respecto de comprender cómo desarrollar prácticas de prevención. A su vez, tensiones sobre lo que debiera implicar el rol de agente de salud y lo que efectivamente siente el médico ante un homosexual, travesti o lesbiana, fueron mencionadas explícitamente. Estas tensiones pueden modelar -de manera más o menos sutil- tanto el acceso como la interrelación durante la atención. No existieron en los testimonios referencias sobre atención a población trans, ni menciones sobre mujeres lesbianas. Queda abierta para futuras indagaciones la pregunta respecto de si se trata de poblaciones invisibilizadas para los profesionales o para el propio sistema de salud, así como en qué medida esto resulta común para todos aquellos grupos que no son nombrados - ni como maridos, ni como mujeres, ni como parejas, ni como jóvenes o adultos-.

En el caso de la población paraguaya y sus “*difíciles*” características, lo descrito se ve reforzado, siendo condición y resultado de un campo sanitario con escaso desarrollo de tecnologías blandas, capaces de producir salud con poblaciones de varones migrantes.

Las representaciones sobre sexualidad y género se hacen visibles a través de generalizaciones sobre determinadas poblaciones que desde el ordenamiento y orientación del sistema de salud se tienden a mantener en la práctica como un otro cultural. Es decir, como una población diferenciada y con racionalidades que desde el sistema de salud resultan inabordables. Sin por ello suponer atributos inherentes, resulta notoria la necesidad de conocer a colectivos con pautas que guardan distancia de las perspectivas de los profesionales. Los encuentros donde los profesionales puedan desarrollar saberes a partir de experiencias o diálogos, con estas poblaciones que permitan comprender necesidades, propiciando prácticas de atención efectivas o mejorando el acceso, no parecen ser lo suficientemente frecuentes pese a tratarse del primer nivel.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Teniendo en cuenta la construcción del dialogo al interior del momento de atención como el desarrollo de una práctica correspondientes a las tecnologías blandas y al test como una tecnología dura las prácticas de testeo es la estructuración de prácticas y representaciones no lineal durante el momento de la atención. El movimiento producido por la tensión entre autonomía y control¹ hace a las micropolíticas del *trabajo vivo* en salud. En el devenir de las organizaciones de salud se modelan las formas de desarrollar el trabajo vivo utilizando las tecnologías blandas, como resultado de una interrelación entre estas y otras tecnologías, duras. La utilización de la categoría de riesgo pasa a un nivel clínico por una representación subjetiva sobre la vida sexual de las personas. Por otro lado, la utilización de la categoría ‘pareja estable’ abre algunas preguntas. ¿En qué medida su utilización retoma construcciones morales similares a las que operaban –y siguen operando– en la valoración de alguien como promiscua/o? Esta pregunta emerge en tanto insiste un mismo modo de nombrar a quienes no se comportan bajo una norma (abstracta) que regiría implícitamente la sexualidad. El hecho de que la propia experiencia de los profesionales contradiga el criterio de riesgo con que se manejan, y que esto no les provoque tensiones o revisiones respecto de sus prácticas, otorga más relevancia a aquella pregunta.

Estas preguntas se refieren a observar cómo hoy día concepciones alrededor de la sexualidad y las relaciones de género se encuentran en conflicto desarrollando e influenciando el devenir de las organizaciones de salud.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

6. SEXUALIDADES, INFECCIONES Y SENTIDOS

Comencé mi trabajo de campo con las hipótesis presentadas al comienzo de este estudio. Por vincularme antes y durante el trabajo de campo con profesionales médicos también comencé con algunos conocimientos y observaciones sobre las actividades cotidianas que realizan en sus efectores y algunos relatos sobre lo que hacen durante la atención de distintos padecimientos. Parte de estas actividades del día a día pudieron exponerse en los capítulos anteriores y como describí las observe durante las entrevistas y concurrencias varias a las unidades sanitarias. Tanto previamente como durante el trabajo de campo observe las formas de ‘tratar con el tema de la sexualidad’ que desarrollan los profesionales de la biomedicina con quienes concurren a la atención y/o durante su trabajo cotidiano.

Al ubicar el foco sobre el trabajo de atención de personas con ITS he observado como estas formas de comprender la sexualidad se desarrollan en prácticas que refieren a diversas construcciones morales, valorativas, de relaciones de género, a las formaciones médicas de las disciplinas que intervienen de distintas formas. Construcciones que reproducen en los sentidos y que a su vez dan a cómo comprenden lo perteneciente al ámbito de lo público y lo privado.

La sexualidad como dimensión constitutiva de las identidades de los sujetos en sus formas de producirla y reproducirla a través de normas, instituciones, valoraciones, rituales, que a su vez establecen maneras de percibir y practicar las relaciones de género, de concebir las relaciones y prácticas sexuales, es para los profesionales ‘un tema’ que se expresa durante la atención de distintas formas y continuamente. Dentro de estas formas se encuentran los sentidos otorgados a las distintas manifestaciones las cuales les suscitan sensaciones y configuran resultados concretos en la atención.

Miedos, inseguridades, certezas, convicciones, incertidumbres, sentimientos encontrados, agrado, desagrado, vergüenzas, complicidades, censuras, tabúes, estereotipos y varias cosas más se producen o se visibilizan en esas instancias, en unos pocos minutos, al interior del consultorio médico, en la gran mayoría de los casos entre dos personas. Parecen dispararse motivadas por el encuentro de los profesionales con lo

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

subjetivo de quien concurre, de la historia de cada persona, de su forma de cuidarse, de relacionarse, de expresarlo y de lo que ello representa para el otro. Para ellos o para lo que se representan como “*la sociedad*”.

Sea en el diálogo y trato de los médicos con sus pacientes, como en el análisis posterior del mismo, lo que produce el encuentro de la sexualidad del otro, de lo subjetivo, en muchos momentos de atención no parece ser simple y va más allá de la racional y ya tan natural frase para algunos: “el ser humano es un ser sexuado”.

Al momento de conocer las distintas prácticas y representaciones alrededor de las personas con ITS y de las ITS nos encontramos con las distintas construcciones que hay de la sexualidad. Como algo constitutivo del ser humano se puede observar en diversas esferas de la vida social y cultural de los diversos grupos poblacionales. Entre estas esferas se encuentran las representaciones y prácticas que configuran el proceso s/e/a. Las formas de comprender la sexualidad y la salud al momento de observarlas desde los procesos y fenómenos relacionados con las ITS también muestra una diversidad de sentidos pero resultan particulares en sus maneras de imbricarse con los dados a lo comprendido como lo privado, lo público, al pudor, las morales. Las construcciones sociales de la sexualidad en las ITS no se muestran de cualquier forma.

Lo que representa para los profesionales la vida sexual y la llamada vida privada de quienes concurren a la atención lo he podido observar durante las entrevistas como algo que algunos de ellos refieren verbalmente directa o indirectamente. A veces no se refiere verbalmente pero se observa por gestos o simplemente por lo que finalmente resolvieron hacer durante la atención.

La diversidad de cosas que produce el encuentro con lo subjetivo de las personas que son atendidas por los médicos nos puede hablar sobre lo que ellas producen en los mismos y escapa a una mirada racional biomédica para ser tratado, provocando distintas respuestas desde otros saberes y concepciones puestos en acto.

Luego de una referenciación histórica sobre la sexualidad y las ITS en salud pública en este capítulo abordaremos el análisis a partir de las distintas categorías que he construido buscando comprender los sentidos que existen en el campo sobre prácticas y

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

representaciones durante la atención. Las mismas serán problematizadas desde las diversas concepciones de los profesionales relacionadas a la vida sexual –reproductiva, relaciones y prácticas sexuales, orientaciones sexuales, relaciones e identidades de género- de las personas que solicitaron atención.

Al plantearnos estas categorías buscamos observar qué hacen y qué se representan ante cuestiones que hacen a la cura, al cuidado, a la prevención de las ITS, implicando desarrollar prácticas vinculadas con la sexualidad. Estas prácticas, estas relaciones en el trabajo en salud sobre las ITS, pueden ser tanto desde el trabajo médico, biomédico, como, en algunos casos, lo que se entiende como su rol como agentes del estado.

De esta forma presentaré dos categorías “Prácticas (concretas o representadas) en el 1er nivel sobre la vida privada y sexualidad” y “‘Las puertas’ que se temen o no se quieren abrir” en distintos apartados del capítulo como parte del análisis. Una tercer categoría “Vergüenzas” será trabajada implícitamente de forma transversal en ambos apartados. Si bien estas categorías se pueden vincular continuamente –y lo hacen- me permitieron por separado enfocar de distinta manera las construcciones socioculturales sobre sexualidad, sexo, relaciones de género, la vida privada y salud.

Estas categorías no dejan de lado los distintos elementos que hasta aquí se han desarrollado, como ser, las condiciones materiales donde se producen y reproducen las diversas prácticas, tanto durante la atención como en las unidades sanitarias, o quienes acceden, por qué y cómo son representados por los médicos. Categorías y elementos se conjugan conformando así también las diversas construcciones de la cotidianeidad del trabajo en salud en el primer nivel.

6.1 Salud, salud sexual y salud pública.

Según Granda (2004) la salud pública de comienzos del s. XX concibió al salubrista como un agente del Estado, un tecnócrata, que normativamente pretende maximizar el rendimiento de las instituciones de salud con la atención biomédica de las poblaciones “a su cargo”. El autor, uno de los referentes de la Salud Colectiva, señala que la salud pública es una forma de orden del mundo y sus agentes desde la mirada del

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

positivismo y reconociendo al Estado como fuerza privilegiada para pelear contra la enfermedad poseen el aval para explicar e intervenir en función de preservar un orden estable y saludable. La salud pública nació ungida con los 'poderes' otorgados por la ciencia comprendida en aquel entonces –y por algunos hoy también- como posibilitadora de progreso infinito (Ibíd.).

También desde la Medicina Social y la Salud Colectiva (Testa, 2006) y De Sousa Campos (2001) señalan que la Salud Pública es una construcción social la cual depende de la resultante del conflicto de valores e intereses entre los distintos sectores, estratos y clases de cada sociedad.

Uno de los puntos fundamentales señalados por De Sousa Campos es el de concebir la salud como un valor socialmente construido. Un valor de uso que en distintos momentos de la historia y para diferentes sectores sociales puede pasar a comprenderse como bien público y así concebirse como derecho universal. Desde una mirada desarrollada desde el materialismo dialéctico señala que la forma de producir salud expresa las necesidades sociales instituidas y significadas en bienes y servicios, recibiendo una utilidad por uno o varios segmentos sociales (Sousa Campos 2001).

La medicina científica ha hegemonizado la institucionalización de su forma de producir salud organizando los establecimientos de salud donde los profesionales médicos llegan a ser miembros de la clase de los curadores legitimada por el Estado. No sin conflictos y tensiones de distinto tipo se desarrolla desde allí una forma de concebir el mundo, la enfermedad, la muerte, la ciencia, valores es decir la materialización de un determinado orden social (Freidson, 1978; Menéndez, 1990; Good, 2003).

En el siglo XIX se consolida la concepción de la sexualidad donde la misma era comprendida como el contacto natural necesario y existente sólo para la procreación. Desde el ámbito de la salud pública se debía entonces preservar las mejores condiciones para la procreación en el matrimonio (Giami, 2002; Miranda, 2011). Las representaciones en y desde las instituciones públicas de salud, expresaban, sin mediaciones, las concepciones de sexualidad basadas en la reproducción. Éste era el trasfondo de una lógica económica de reproducción de la fuerza de trabajo y una lógica

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

política traducida en la sociedad por la moral conservadora, que debía regir para el mejor desarrollo de ésta en la sociedad (Foucault, 1990).

En este marco, las enfermedades llamadas venéreas fueron consideradas un problema para la procreación, y las prácticas sexuales fuera del matrimonio o que no tenían un fin reproductivo, debían ser combatidas. La prostitución, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y la masturbación formaban parte de las degeneraciones a las que se enfrentaba la salud pública (Foucault, 1990; Giami, 2002).

Con el surgimiento de los métodos anticonceptivos, los planteos críticos del movimiento feminista y los movimientos sociales en lucha por mayores libertades sexuales, en la década de 1960, pasó a reconocerse la legitimidad de la actividad sexual fuera del matrimonio. La idea de salud reproductiva emergió entonces como la toma en cuenta de la elección individual de procrear o no (Giami, 2002; Butler, 2012).

6.2 ITS, VIH y salud pública

Uno de los momentos históricos donde se observan importantes cambios en las políticas públicas, en la conceptualización y regulación de la salud sexual ocurrió con la irrupción del VIH-SIDA, a mediados de los 80' (Grimberg, 2003). Con la irrupción de los primeros casos y hasta hoy día la sexualidad se convirtió en un campo de intervención por parte del *Modelo Médico Hegemónico* (Barreda, 2007; Russo, 2009; 2013)

Esta epidemia trajo un cambio en el lugar y estatus de la sexualidad en la salud pública, en varios sentidos. En un comienzo se impulsó, mayoritariamente, una mirada sobre la población homosexual la cual fue estigmatizada y señalada como la responsable de la difusión del VIH-SIDA. En otro sentido, al no haber vacunas ni tratamientos que eliminaran la enfermedad, se incrementó una mirada regulatoria, normalizadora sobre las prácticas en las relaciones sexuales, sostenidas en la institucionalización estigmatizadora de una serie de representaciones en torno de las personas infectadas y las razones de su infección basadas en elementos morales (Giami, 2002). Según Barreda (1997) este fenómeno es un ejemplo de los momentos donde el *Modelo Médico Hegemónico* cumple las funciones de control, normalización, de legitimación, más que las 'estrictamente' médicas.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Con la epidemia del VIH a comienzos de la década de 1980 se produjeron grandes cambios en las políticas públicas y en la conceptualización y regulación de la salud sexual. El cambio en la salud pública referido al lugar de la sexualidad se originó desde lo conceptual con la utilización de la idea de grupos de riesgo. Desde discursos provenientes de los ámbitos científicos se produjo la estigmatización de distintos sectores de la población como “los homosexuales” y las trabajadoras sexuales (Grimberg *et al.*, 1997; Barreda, 1997).

Los modos de atención de las ITS se inscriben dentro de las políticas de salud sexual entendidas aquí como formas de atención o modos de trabajo que *performativizan*⁴⁶ (Butler, 2012) modos de atención normativizados y basados en las concepciones de salud, enfermedad, atención y de género hegemónicas (Menéndez, 2006).

La atención de las ITS se construye en la conjunción de distintas lógicas y fenómenos generados por disposiciones adquiridas en los procesos de formación profesional (Good, 2003), normas institucionales y políticas, concepciones morales y el contexto histórico donde instituciones y sujetos se encuentran inmersos.

La necesaria construcción de sentidos en común entre curadores y sujetos para la atención y cura se da siempre en un contexto institucional donde se producen y reproducen continuamente modos de atención cuyas representaciones y prácticas deben ser observadas desde una perspectiva de género para una mejor comprensión de dichos sentidos entre los que se encuentran los referidos a las construcciones de las concepciones sobre la sexualidad y cómo estas se vinculan con las formas de cuidar la salud y los cuerpos.

En la actualidad la utilización del concepto de salud sexual está legitimada por la lucha de actores sociales como los movimientos feministas o de la diversidad sexual. Este concepto es hoy medio para lidiar con los distintos problemas resultantes de sexualidad no reproductiva y no marital o como medio para tratar con las ITS. Es también este concepto, en la línea de lo anterior, un medio y una base de dichos

⁴⁶ Según Butler la *performatividad* debe entenderse “no como un ‘acto’ singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (Butler, 2012 p.18)

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

movimientos para las demandas referidas a los Derechos Sexuales y Reproductivos los cuales son ejercidos, o no, en el ámbito de la salud pública como resultante del conflicto de intereses económicos, ideológicos, corporativos que hacen tanto a la construcción de políticas públicas como al desarrollo en de prácticas concretas durante la atención.

El concepto de salud sexual tiene en su interior distintas posturas y disputas (Giami, 2002) que exceden a los objetivos y límites de este trabajo. Como se ha dicho en este capítulo buscare comprender sentidos que existen en las distintas prácticas y representaciones observadas durante la atención a partir de categorías que nos permiten observar las tensiones al interior de estas prácticas como parte de las construcciones a un nivel más amplio de las prácticas enmarcadas en salud sexual.

6.3 Vida privada, ITS y prácticas en salud.

M: No, la mayoría -si tiene más de una pareja sexual- me lo dice. Pero porque estamos solas es. Sí, sí, la mayoría me lo termina diciendo. (E3-ginecóloga)

Busco a partir de la categoría clasificatoria que utilizamos en este apartado y que da nombre al mismo, observar y presentar diversas construcciones que refieren a cómo se significa y se actúa con respecto a cuestiones que los profesionales comprenden de forma explícita –referido a veces gestualmente en las entrevistas- o, por las emociones que expresan haber sentido, son para ellos constitutivas del ámbito privado y en relación a las subjetividades de las personas por ser propias de las prácticas sexuales, la sexualidad y de sus relaciones afectivas.

En esta categoría observo cómo de distintas formas algunos profesionales deciden intervenir más allá de que sienten o expresan dificultades concretas en lo que es la comprensión de su lugar y la forma de actuar sobre la constitución subjetiva de los padecimientos que observan.

Me interesa enfocar aquí en las distintas expresiones, algunas de importante malestar, de los médicos ante el encuentro de personas que sufren un padecimiento o tienen una necesidad referida a prevención de ITS. Sea desarrollando

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

prácticas desde la incertidumbre con diversos resultados o sea desde el rechazo a la intervención. Apertura o negación dada por construcciones morales y valorativas diversas sobre quienes demandan atención y así deciden actuar o abstenerse de hacerlo por cuestiones que interpretan obedecen al ámbito privado de quienes son atendidos permitiéndonos ver distintas representaciones en juego.

Es importante recordar lo explicitado en la introducción de nuestro trabajo: la dimensión de los padecimientos como tal no se vincula solo con cuestiones de índole biológica, la enfermedad, por ende de lo constitutivo de un padecimiento no se puede dar cuenta desde la racionalidad del *Modelo Médico Hegemónico*. Los sentidos se encuentran en las relaciones sociales y culturales y sus formas de significar una enfermedad y de producir y reproducir contextos de vulnerabilización de las personas.

La dificultad para desarrollar prácticas de autocuidado de individuos o grupos domésticos se vincula en muchos casos con procesos diversos de vulnerabilización de una población o grupo dentro de ella. Ante la incapacidad de desarrollar prácticas efectivas durante la atención individual o ante la repetición de estas situaciones se expresan distintas emociones y respuestas. Enojos, ‘pena’, extrañamiento, alejamiento y hasta maltrato. Intervenciones sin una intervencionalidad que produzca salud con quien requiere atención, sino más bien obturada en distintas construcciones que impiden la relación sujeto-sujeto necesaria en el *trabajo vivo*. La responsabilización única al paciente, la frustración del médico o la incertidumbre en algunos casos, como se señaló, puede pasar a ser parte del acto de atención –no de salud- donde el maltrato de éste hacia el paciente es un posible emergente.

En los dos extractos siguientes en las palabras de la obstétrica se observan algunos de los elementos mencionados. No siendo, en este caso, el maltrato uno de ellos:

M: Sí, sí. Ellas vienen, ellas vienen siempre; es muy raro que no vengan. Pero bueno, los maridos son como más reacios a hacerse esos tratamientos. Sí. Es decir, como que para ellas es algo... lo toman como algo normal. Si a mí me decís: “Tenés una sífilis”, me muero, ¿entendés? Más allá de que sea curable. Pero ellas no, no, nada... Así que bueno. Pero bueno, entienden lo que son las pautas alarma, todo eso. No sé bien...

E: ¿Les podés dar las pautas de alarma?

M: Totalmente. Sí, sí. (E7-obstetrica)

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

No necesariamente estas expresiones llegan a producir un 'ajuste' en los saberes sobre las situaciones y necesidades del otro que se pondrán en acto en estrategias durante la atención o desarrollos de gestión de trabajo en equipo en la unidad sanitaria o sistema local. En el extracto restante lo expresado por la obstétrica permite observar lo imbricando de las definiciones de normal y patológico expresado en la incertidumbre experimentada y sin una resolución aparente para ella. Estas definiciones han sido trabajadas por un clásico como Canguillem, desarrollo que excede a los límites del presente trabajo pero me posibilita pensar en futuras líneas de investigación.

E: ¿Por qué pensás que les es normal?

M: Qué sé yo, no sé. No sé, qué sé yo; será su forma de vida, sabrán que es un... o ellas engañan a sus maridos o sus maridos a ellas, y para ellos será normal, qué sé yo. No sé, la verdad que no tengo idea.

E: No, yo pregunto para...

M: No, pero es lo que a mí se me ocurre, eh. No se lo pregunté a ninguna, pero...

E: En este chusmerío por ahí te dicen algo... (previamente refería hablar frecuentemente sobre la vida cotidiana de las mujeres que van a la atención, en complicidad con ellas)

M: No, no...no...no. Pero bueno, qué sé yo. Nunca se los pregunté. Lo toman como algo, como una enfermedad normal. (E7-obstetrica)

La sensación de incertidumbre - "*Si a mí me decís: 'Tenés una sífilis', me muero*"; "*Pero bueno, entienden lo que son las pautas alarma, todo eso. No sé bien*"- expresada tanto oral como gestualmente durante la entrevista posee una tensión que se resuelve desplazando la posibilidad de una intervención donde se genere un dialogo hacia cuidados y respuestas tanto para las mujeres como de la profesional - "*Pero bueno, qué sé yo. Nunca se los pregunté*"-. La puesta de las mujeres fuera del mismo contexto social configurador de sus subjetividades y sexualidades que pueden ponerlas en relaciones de vulnerabilidad e impedirles sus propios cuidados es efectuada desde una mirada que normaliza los comportamientos de riesgo en algunos sectores de la población.

Se pueden observar distintas expresiones y prácticas durante la atención donde la vida sexual se cuele en el consultorio. Ámbitos donde las concepciones sobre lo público y lo privado se ponen de manifiesto y se negocian complicidades para el mantenimiento del vínculo médico-paciente:

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

M: ...y fue una de las pacientes que, bueno, viste que cuando te pega y decís “pobre” y la seguís, llega acá a la sala y te saluda, y se crea otro vínculo. Hizo todo su tratamiento en el hospital Posadas, siguió con el embarazo, hizo todo el tratamiento -lo único que me pidió es que no se lo dijera a nadie: no quería que la familia lo sepa. Le programaron una cesárea en el Posadas, le ligaron las trompas porque ella pidió, obviamente se separó del marido...

E: ¿Por qué obviamente?

M: Porque el marido era el que tenía y nunca le había dicho a ella.

Cuando ella le dice, el marido le confiesa que sí -bah, la pareja- que sí, que él tenía HIV y que nunca se iba a hacer ningún tratamiento. (...)Y era una chica que trabajaba, viste; una chica bien, digamos. Y la verdad es... a mi... se lo tuve que decir porque no me quedaba otra. Ella después de que le pedí la segunda muestra empezó a sospechar. Eh, y obviamente se puso a llorar y bueno, traté de contenerla y bueno, me contó todo lo que pasaba con su pareja. No le alenté a que se separe, pero bueno, sola se dio cuenta. Sola se dio cuenta. Así que sí, esas cosas son horribles. Horribles. (E7-obstetrica)

La instancia de encuentro entre el profesional y quién solicita atención es una instancia compleja de intercambio -“*cuando te pega y decís ‘pobre’*”; “*se lo tuve que decir porque no me quedaba otra*”- y para algunas de estas interacciones se tienen que generar acuerdos, -“*porque estamos solas es*”; “*lo único que me pidió es que no se lo dijera a nadie: no quería que la familia lo sepa*”-, donde cada uno parte de sus experiencias con sus construcciones y desde allí donde se interpretan muchas veces las razones, los contextos, -“*será su forma de vida, sabrán que es un... o ellas engañan a sus maridos o sus maridos a ellas, y para ellos será normal*”-, estereotipadamente -“*No se lo pregunté a ninguna*”-. En estas las interpretaciones sobre las necesidades del otro -“*obviamente se separó del marido...*”⁴⁷- se encuentran siempre en juego favoreciendo o no la intervención desde prácticas de prevención que no serían las ‘estrictamente’ biomédicas.

Este momento donde se deben construir los sentidos en común tanto para la cura como para el trabajo sobre prácticas de prevención excede en muchas de estas instancias las recomendaciones y pautas de las distintas publicaciones de organismos de salud en el momento de aplicarse desde los conocimientos de la biomedicina o la cotidianeidad de un sistema asistencial donde el trabajo en equipo es más bien un agregado de intervenciones más que un intercambio de saberes que favorezca abordajes complejos.

⁴⁷ No juzgo la interpretación de esta -ni de ningún profesional aquí-. Como he señalado observo los sentidos dados a partir de las percepciones subjetivas del otro y cómo esto puede influir en las prácticas de atención.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Estas recomendaciones para el trabajo en salud sexual, plantean, por ejemplo, ante una determinada infección la abstinencia sexual de quien la padece con su pareja –los escritos suelen referirse a “una” pareja- o notificar, examinar y tratar a “toda persona cuyo contacto sexual con el caso índice se produjo dentro de los 30 días previstos al episodio” (p36) aumentando los días cuando plantea que si “el caso índice está asintomático deben tratarse los contactos dentro de los 60 días previos a la detección de la infección” (p36).

M: Invitas a la pareja, la pareja por lo general, no viene.

E: Por lo general no viene...

M: Por lo general, a mí nunca me pasó que hayan venido. O sea digo "por lo general" para mí es nunca. Nunca vino la pareja de la mujer que... O sea y, por lo general pareja estable y demás... ah, tuve otra, otra chica, que venía para una colocación de DIU y me dijo que al marido le había salido la VDRL positiva” (E5- residente generalista)

En distintas referencias entre las expresiones de incertidumbre sobre las formas de autocuidado de las mujeres existe la de falta de comprensión explícita sobre las lógicas que pueden estar operando en dicho nivel. Se visualiza en algunos casos a las mujeres como atravesadas por vulnerabilidad física, biológica y sexual innata al ser ellas las que naturalizan su situación únicamente. Discursos desde la visión de una ‘(i)responsabilidad’ de las mujeres ajenas a contextos e instituciones son sostenidos al no cuidarse con preservativo en las prácticas sexuales con sus parejas. De esta forma la construcción del problema de la negociación del uso del preservativo queda en el orden de lo individual-privado y la ‘incertidumbre’ y malestar en el primer nivel al no encontrar dónde se sostienen y reproducen relaciones de vulnerabilidad:

M: Por lo general, yo no sé si no se dan cuenta o lo toman como algo normal.

E: ¿Cómo es eso?

M: Sí, como que no les llama la atención. Por lo general es sífilis. Por lo general siempre es VDRL. Pero es como vienen, “Sí, bueno, voy, hago el tratamiento y lo llevo a mi marido, y ya está. Si mi marido no quiere, bueno, no importa”. Por lo general, el hombre varias veces no va a hacer un tratamiento y a hacerse los análisis. Pero ellas lo toman como algo más. Y como tiene cura, no pasa nada.” (E7-obstetrica)

E: Cuando les decís que vengan al control a las parejas, ¿qué te dicen?

M: Eh no, por lo general, al próximo control ellas vienen solas y les digo: ¿Y? ¿Tu marido fue?”. “Sí, fue”, o “No, no fue, no quiere ir, no quiere hacer nada”.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Y ahí, bueno, de vuelta: “Tenés que tener cuidado con las relaciones sexuales, tenés que cuidarte, que use preservativo. Porque vos te estás curando pero te vas a volver a infectar si él no hizo el tratamiento”. Así que ahí es otra vez de vuelta otra recomendación. Sí, sí. Ellas vienen, ellas vienen siempre; es muy raro que no vengan. Pero bueno, los maridos son como más reacios a hacerse esos tratamientos. Sí. Es decir, como que para ellas es algo... lo toman como algo normal. (E7-obstetrica)

En un testimonio cuyo fragmento se ha citado ya (E4-generalista, p.66) he observado la referencia de una médica generalista sobre su presuposición de una potencial conducta de un varón hacia su pareja mujer - *“pero me pareció rara la situación porque mi primera impresión fue que él no había querido y me pareció que, no sé, que no podía decirle porque era violento...viste, sin decir nada, esa gente que con caras te ponen.”*-. Al continuar el dialogo la generalista avanzó sobre construcciones estereotipadas ya observadas - *“los maridos son como más reacios a hacerse esos tratamientos”*- y que pueden inhibir un vínculo de escucha. Finalmente dicha médica notó que se trataba más que de una historia de inequidad de género y violencia de un precedente de falta de acceso al sistema de salud no visualizado - *“Conclusión: nada, una percepción equivocada mía, el chico estaba todo bien con ella, nunca nadie le había dicho en el hospital que se tenían que tratar los dos si tenía una sífilis la chica.”* y por ende convocar a la atención produciendo salud *“Y dije: ‘Bueno, ¿quieren venir?’*- (E4-generalista).

De esta forma se encuentran discursos que funcionan a modo de excepción y contextualizan la perspectiva de género en las prácticas sexuales que involucran a mujeres. Lo hacen buscando observar e interpretar los contextos sociales donde se encuentran las mujeres.

En el testimonio siguiente de una médica generalista se observan algunas de estas interpretaciones no sin expresiones de inseguridad personal. Visualizar la complejidad social desde distintos saberes no biomédicos no deja de realizarse sin comprender o percibir también -a partir de la experiencia- algunas dificultades concretas para el desarrollo de formas de intervenir sobre los relacionamientos de género que impiden la estructuración del auto cuidado. A su vez estas, en algunos casos, no son solo una dimensión sobre la cual refieren sentirse inseguros individualmente sino una expresión de

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

las dificultades en el desarrollo de consensos al interior del trabajo de las unidades sanitarias:

E: ¿cómo te sentís vos con el tema de las ITS?

M: Sí, y en general hay situaciones donde me siento como más limitada. En las de violencia basada en el género. Siento que muchas cosas que le digo la mujer, la mujer ya las sabe y que es algo más de lo que viene con la violencia y el síndrome de mujer maltratada y un montón de otras cosas y que es un proceso súper lento pero que puede poner en riesgo su vida ahora. Es una situación media rara la que me genera. (...) Me genera eso: de cómo puede ser mal usado contra esa mujer en vez de bien usado para esa mujer la información.

E: ¿la información que vos le quieres dar de cómo cuidarse?

M.: no, describir, de registrar la historia clínica, por ejemplo.

E: la puede agarrar otro profesional y ¿de qué forma la usaría mal a esa información?

M: y es que nos ha pasado de decirle "sos una boluda, por qué no te separas" "si a vos se te dijeron que..." volverá victimizarla y a maltratarla por una situación que todavía no está en el proceso de pensarse y con posibilidades de separarse o no. (...) Si a veces pasa que como que anotó menos pensando en eso. (E1-generalista)

Estereotipos relacionados con la sexualidad se observan en tensión con normativas y derechos planteados. Pero resultan significativos estos conflictos aquí cuando estas construcciones sociomorales se observan claramente en su resolución hacia el rechazo de demandas de elementos para el cuidado y prevención:

E: hoy se acercaron unas maestras de acá enfrente para ver si podían traer alumnas de trece y catorce años para que yo les dé pastillas. Y yo dije que de ninguna manera, acompañada por la maestra le voy a dar un anticonceptivo a un menor. Porque aparte, que venga con la mamá, es un menor de edad. O sea, me están comprometiendo a mí y, a su vez, si yo le dejo una cajita de anticonceptivos a una nena de trece años, así en la mano, la estoy invitando a que tenga relaciones sin cuidarse de otra manera. Ese es el tema. (...) Vos fijate que hay una falta de información también hacia la maestra, la maestra en realidad tiene que agarrar y citar a los padres, o sea, o armar una charla. No sé, acercarse acá a la sala y decir "¿Qué día...?", no sé, digo yo, ¿no? (...)

Que me venga a buscar una maestra para sus alumnas de trece años un anticonceptivo, me parece que hay un problema ahí. (Risas)

E: ¿Vos qué hiciste ahí?, ¿Le dijiste que no?

M: No, le dije que venga con la mamá. O con un hermano mayor de edad, pero yo necesito un familiar a cargo, mayor de edad. Para darle un anticonceptivo a una nena de trece años. Después va a estar el que te diga "si te viene embarazada"...bueno, pero ya ahí no es un tema mío: si viene embarazada. O sea, hay un tema de que hay una falta por ahí de información en la casa, hay algo que está fallando. Pero yo no le puedo dar un anticonceptivo a una nena de trece

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

años que la trae la maestra. Aparte la estoy invitando a que haga lo que quiera... a los trece años (E3-ginecóloga)

En la cita anterior observamos prácticas desarrolladas a partir de estos estereotipos y de lo que se considera propio del ámbito público y privado. Distintos elementos en juego nos sirven en ese caso como indicadores de construcciones morales - *“Después va a estar el que te diga ‘si te viene embarazada’”; “Aparte la estoy invitando a que haga lo que quiera”*-. Los mismos funcionan tanto como elementos donde un profesional sostiene respaldarse para no intervenir en la vida privada - *“pero ya ahí no es un tema mío: si viene embarazada”*, ámbito de la familia antes que del sujeto *“que venga con la mamá. O con un hermano mayor de edad”*- y de esa forma también para la construcción de contextos de vulnerabilidad. Resulta muy gráfico en este enunciado la concepción de la profesional de su rol -agente de salud pública- no solo resuelto en la/su práctica ante una potencial vulnerabilidad de una niña, sino también ante otro profesional -agente de educación pública- que podría haber sido referente de esa niña para la prevención de embarazos e ITS, entre otras cosas, tal vez antes que algún familiar cercano. Los familiares ponderados por ser del ámbito privado de la adolescente, la docente no siendo así valorada y supuesta como incapaz de detectar problemas. Ella no es ni del ámbito privado ni del ámbito biomédico.

En el párrafo siguiente se observa otra situación donde las prácticas que buscan resoluciones a problemáticas de padecimientos vinculados estrechamente con las formas de comprender la sexualidad se interpretan de diferente forma. Aquí de alguna forma a diferencia del testimonio anterior significa tomar ‘cartas en el asunto’ al interior del ámbito familiar. Lugar reservado a lo privado sobre el cual anteriormente se planteaban reparos profesionales, disciplinarios, para intervenir mientras que en el siguiente extracto la profesional interviene planteando durante la atención estrategias de acción. Éstas, sin ser desmerecidas en lo más mínimo aquí por poder ser planteadas por más de una habitante del barrio, -al contrario, tal vez de ser efectivas, podrían ser valorándolas por ello- muestra que el límite entre lo profesional y lo humano no existe en sí mismo, no está dado de antemano sino que es el producto de actos preformativos, construidos en el discurso. No siempre se logra distanciarse de la sexualidad, lo subjetivo, lo humano desde la investidura profesional

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

pero se suele intervenir de una u otra forma desde salud sobre las sexualidades:

M: Entonces bueno, ella me preguntaba: "¿Qué le puedo decir a mi mamá porque no le doy la teta al nene?". Entonces yo le decía: "Bueno, decile que no tenés leche, total es abuela, no entienden mucho. Decile que no tenés leche, que por eso le das la mamadera. Decile esas cosas". Y bueno, hasta el día de hoy sigue haciendo su tratamiento, bárbaro, pero bueno... se quedó con su hijito, el nene por suerte negativo, y bueno, es al día de hoy que viene, te saluda, me trae al chiquito y todo. Así que esas fueron fuertes. (E7-obstetrica)

Como se refirió en el capítulo anterior en las entrevistas los profesionales han referido escasa concurrencia de personas homosexuales, bisexuales, travestis o transexuales. He observado también no solo esta respuesta en todas las entrevistas sino también en algunos casos cierta sorpresa ante la pregunta por la concurrencia de esta población al primer nivel por algún tipo de ITS. En esas instancias vuelve a aparecer las formas y prácticas de registro ahora en la tensión de qué y para qué escribir sobre las orientaciones sexuales de quienes concurren:

M: Sí, sí. Me ha pasado hace muy poco, ah mirá justo un muchacho, me acuerdo de otro, con Condilomas perianales, ¿No? Chico de 24 años. Bueno, la pregunta que seguía era "Bueno mostrame los acnés" Me dice "Me salieron unas cositas así" Y en un primer momento mientras íbamos charlando yo pensaba en forúnculos, ¿No? Digo, "bueno ¿Tenés pareja?" "No ahora no" "¿Relaciones sexuales?" "Sí" "¿Hétero o homosexuales?" "Nononono hétero hétero nono yo solamente con minas" "Bueno, vamos a ver" Tiene Condilomas. Le digo "bueno, a mí no me interesa lo que vos hacés de tu vida y sabés que dentro de estas cuatro paredes hay un secreto médico". Se me empieza a reír. Le digo "¿Qué pasa?" (risas del médico)

"No, es que no tengo relaciones homosexuales". "Y bueno está bien"

Le digo "tengo que creerte. Pero bueno, te vamos a pedir todos estos laboratorios y después te lo vamos a anotar. ¿Eh? asique..." porque fue una consulta de demanda espontánea enviada por una paciente mía que me dijo "¿Podés ver a este chico?" que había sido su novio.

(...) Asique bueno, esperando a ver que... este muchacho que me dice que sabe

(...) Igual tengo contacto con esta paciente (la exnovia del muchacho que lo hizo llegar a la consulta), la tengo que ver esta semana. (...)

Esta chica también me preguntaba, que fue la novia, que después me entero que fue la novia porque primero me dijo "un amigo" que esto y que el otro. Y me empieza a preguntar y le digo "Mirá lo que tengas que preguntarle preguntáselo a él, yo no te puedo decir porque faltaría..." Bueno y al rato me manda un mensaje (la chica) diciéndome: "este es un puto de mierda" (risas del médico) Así. Digo "No, no sé a mí me dijo otra cosa, tengo que creerle" "No yo sé igual" y me empezó a comentar varias otras cosas.

Y digo "Bueno ¿Cuál es el problema? El problema es que no se cuida" (risas del

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

médico) porque en definitiva es eso. Después es sexo, nada más (...) porque se ve que a ella le contó otra cosa que a mí no me contó. Igual nada, traté... o sea no le dije nada a ella de lo que había sucedido en la consulta nada. Re interesante, muy interesante.

Decidí extractar el fragmento anterior a pesar de su extensión dado que es significativa en las distintas representaciones que en tensión –interpretadas algunas también por las risas- se resuelven en las prácticas y que sostienen la intervención realizada. Construcciones que hacen a la generación del vínculo necesario para el encuentro necesario a la clínica desarrollada. En este relato se pueden observar diversas representaciones sobre las orientaciones sexuales puestas en juego en los diálogos relatados. Sumado a ello y modelando también la producción del trabajo se encuentra cómo se comprende y establece el espacio privado de atención con los sentidos buscados y puestos continuamente en común. Estos sentidos son los necesarios para la eficacia simbólica que hace a la trasmisión de conocimientos, prácticas y sugestión en algunos casos para la cura (Lévy- Straus, 1995) y prevención. Son también a las construcciones a las que apela el profesional en varios momentos tanto para lograrla como, y de la mano, construirse en su rol.

Este acto de atención se resuelve en el encuentro en la búsqueda del profesional por construir un espacio de resolución una preservación de la privacidad. Este objetivo se observa no solo desde el punto de vista de la confianza que busca generar con quien es atendido, -"*Le digo 'bueno, a mí no me interesa lo que vos hacés de tu vida y sabés que dentro de estas cuatro paredes hay un secreto médico'*"-, sino también como un valor puesto en juego por la desconfianza aparente del paciente, -"*Se me empieza a reír. Le digo "¿Qué pasa?" (risas de médico) 'No, es que no tengo relaciones homosexuales'*"-. Y desconfianza que él mismo parece expresar, -"*'Y bueno está bien' Le digo 'tengo que creerte.'*"-, ante lo que le han descripto, -"*'Bueno mostrame los acnés' Me dice 'Me salieron unas cositas así'*"-, que no se condice con lo que sabe desde los saberes blandos- duros de la clínica y duros de la epidemiología, -"*Tiene Condilomas'*"-.

A su vez la construcción de un espacio de privacidad necesario es puesto en juego ante lo que hemos observado se presenta con frecuencia en el primer nivel: la representación de diversos profesionales sobre cómo la población cercana a las unidades

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

sanitarias, 'la gente del barrio', manejaría la información sobre quienes concurren a las unidades sanitarias. Se representan en muchos casos con dificultades para sostener la privacidad de quien consulta por una visibilidad de las unidades sanitarias en 'los barrios'. En el extracto anterior pudimos observar parte de estos elementos en el dialogo que el profesional mantiene con la ex novia de quien consultó, -*"y le digo 'Mirá lo que tengas que preguntarle preguntáselo a él, yo no te puedo decir porque faltaría...' Bueno y al rato me manda un mensaje diciéndome... (...) 'este es un puto de mierda' (...) Digo 'No, no sé a mí me dijo otra cosa, tengo que creerle'"*-.

Estas representaciones observadas son parte de los motivos hipotetizados por los profesionales a la hora de pensar las razones de la baja frecuencia de consultas de población homosexual, travesti, bisexual o lesbiana. Su bajo acceso al primer nivel por consultas por ITS.

Este extracto permite también observar cómo el profesional observa distintos juicios valorativos que se abren sobre las orientaciones sexuales, explicitados por la exnovia del paciente. En ese sentido hay tal vez una pregunta que se expresa en lo testimoniado en referencia a cómo desarrollar la atención cuando no hay juicios valorativos sobre la orientación sexual por parte del profesional pero si los hay, negativos, en el paciente sobre sí mismo.

Entre los padecimientos que se construyen sobre una inflexión sexualmente trasmisible se encuentran los referidos a la posibilidad de visibilizar los comportamientos sexuales, prácticas y orientaciones de quien se ha infectado y que son moralmente sancionadas y estigmatizadas en los contextos sociales donde viven las personas, -*"este es un puto de mierda"*-. De esta forma pudimos observar instancias donde se dificulta abordar la reproducción de la estigmatización en las tramas donde se insertan las unidades sanitarias, como parte de un trabajo sobre el padecer de las personas en el primer nivel. Dificultad de abordar esas concepciones aunque no se las sostenga -*"El problema es que no se cuida" (risas de médico)"*; *"Después es sexo, nada más"*-pero ya en el ámbito público de trabajo del sistema de salud.

En la construcción de la categoría desde la que ordeno este apartado me

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

interesó buscar comprender cómo desde las representaciones médicas se entienden las subjetividades y contextos de quienes demandan atención los cuales, como hemos dicho al comienzo, se configuran siempre con y entre otros. En estas representaciones se observa la interpretación de las incomodidades que algunas personas experimentan en el momento de pasar a explicar y mostrar al personal de salud algún tipo de infección sobre todo en las zonas genital y anal. Es posible observar en los testimonios hasta aquí que, con lógica, no necesariamente quienes demandan atención llaman a estas infecciones o padecimientos “*de trasmisión sexual*”. Pueden ser llamados de distinta forma con metáforas distintas – “*catarro en la pija*”, “*me llora en nene*”, “*cosas*”- sin precisión concreta como simplemente un dolor o molestia en la zona. También los profesionales se refieren a estas infecciones con distintas metáforas, tanto para expresarse en la entrevista – “*las revisas y en contras toda esa flor*” (sobre las verrugas avanzadas)- como buscando comunicarse mejor para diagnosticar o dar señales de alarma – “*¿es como una ricota? ¿Cómo una leche cuajada?*” (sobre distintas conformaciones de flujo vaginal)-.

Denominaciones diversas sobre los síntomas de las ITS pueden ser tanto, como se expresó, maneras didácticas de transmitir formas de cuidado como también expresión de vergüenzas y pudores fenómenos frecuentes en el abordaje de las ITS, de la sexualidad. Al ser asociadas mayormente a dichas partes del cuerpo que les producen vergüenza o pudor entre otras cosas porque pueden ser interpretadas como reveladoras de orientaciones sexuales, prácticas sexuales y ser juzgados por estigmas o valoraciones si se apartan de las normas heterosexuales “*No, no, hétero, hétero. No, no. Yo solamente con minas*”

Hemos observado algunas referencias en donde este tipo de “*vergüenzas*” son interpretadas diversamente:

M: Yo creo que, probablemente, sí y que por eso hace de que haya tanta vuelta y no sea el motivo de consulta primario. O sea, que uno lo solapa, “No, bueno, cuando me esté por ir le digo que tengo unas verruguitas, no son nada, pero las tengo hace mucho y quería ver si...”. Puede ser que no lo sepan o puede ser que sea una manera de esquivarle” (E4-generalista)

E: ¿Por qué pensás que se ve poco?

M: Más la ginecóloga. No, no conjugo. Capaz se... con la ginecóloga hablan las mujeres. Los hombres a mí me parece más por vergüenza o...

E: ¿Vergüenza?

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

M: Sí, mirá que yo cuando armo la historia clínica pregunto si se cuidan ¿Viste? al momento de las relaciones, si tienen pareja estable. (E8-clínica)

Como parte de la constitución del vínculo de confianza, de intimidad, registramos estrategias que buscan sortear pudores para lograr la atención efectiva. En el siguiente extracto el acercamiento para salir de la situación tensa o incomoda que vivencia quien debe mostrarse desde una autoridad médica menos marcada. Sostener esta distancia esta vez sería dejar más al descubierto las vergüenzas:

E: Y decime, vos decís "les da vergüenza"...

M: Muchas veces, sí.

E: ¿Qué pasa con esa vergüenza?

M: No, igual la mayoría no, no, yo no suelo tener problemas porque trato de ser entradora, de charlar. Por ahí a las señoras mayores les pregunto otra cosa, no sé, "¿Tiene nietos?", o sea como que trato de, de... de, irme, o sea, de no ponerme tanto en el lugar de "Yo médica" y "Ellas pacientes". (E8-clínica)

En estas estrategias se pueden observar a su vez los presupuestos de género en donde se plantean comportamientos y sentimientos iguales para todo un colectivo de género. Un supuesto por ser del mismo grupo. Estas prácticas se sostienen en representaciones previas vinculadas, en algunos casos, explícitamente con comportamientos autoprescriptivos. Más allá de las distintas historias de vida, situaciones sociales, étnicas, etc. se interpreta habría un núcleo común que permite a mujeres o a hombres la comprensión profunda de las sensaciones, emociones y vergüenzas de cada uno o una y acerca a los sujetos:

E: ¿Y en qué momento pasás a revisarla?

C: No, después de charlar.

E: Después de charlar.

C: Sí, no, no, no. Yo siempre primero charlo, rompo el hielo, porque venir al ginecólogo no es... no es, qué sé yo, ir al médico clínico.

E: ¿No es ir al médico clínico?

C: Claro, no sé, por darte un ejemplo. Yo soy mujer, o sea para mí sacarme la parte de arriba y bajarme la bombacha no es tan fácil con alguien que no conozco. Distinto por ahí es para la paciente que ya me conoce y me vio varias veces, pero yo siempre les charlo primero, siempre. Porque yo soy mujer y yo sé que eso cuesta. La mayoría son vergonzosas, lógico. (E3-ginecóloga)

Las formas de construir en cada contexto los roles de género se plantean como formas *performativas* en las prácticas desarrolladas en cada estrategias. Mecanismos

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

desarrollados para superar vergüenzas y generar un vínculo de confianza se basan en presupuestos sobre las identidades de género. Reproduciendo como formas de vincularse en espacios donde la intimidad se descubre las distintas formas de ser varón o mujer – posiblemente hegemónicas en su mayoría- en cada contexto se ponen en acto en el mismo momento que se pone en acto el *trabajo vivo* en salud.

Tanto en el anterior testimonio como en el siguiente estas interpretaciones de papeles, estos roles de género en acción son una búsqueda de "relax" para poder atender sobre la base de una entendida 'mismidad de género'. No se puede aquí terminar de comprender si es un 'relax' buscado solo para el paciente o en algunas situaciones necesario para ambos:

M: Con varón con varón sí. Yo creo que, o sea, creo que uno también forma parte de ese relax. Porque eh... como bajarle a todo lo... descontracturarlo ¿No? muchas veces están como muy contracturados y si somos los dos varones y... en algún momento se relajan

E: ¿Qué es descontracturarlo?

M: Desde chistes ¿No? creo que cada uno tiene su herramienta. O chistes o, cuando vos ves que están tratando de decir algo de una manera más coloquial y que se van como de... nada, se están embarrando y están haciendo cualquiera y vos decís "¿Me querés hablar de tal cosa?" "Sí" bueno es eso. Entonces, por ahí es como que uno hace válvula de escape ¿No?

(...) "¿Me querés hablar de tal cosa?" "Sí, bueno lo que pasa" Y por ahí empieza de nuevo de querer decirlo todo de una manera correcta y formal y por ahí vos le tirás una palabra un poco más vulgar y la caza y te dice "Sí bueno eso"

¿No? y por ahí él mismo se descontractura, teniendo en cuenta que acá no está hablando con, no sé, ante un juez o qué sino que está hablando con alguien que quiere solucionarle su problema y que lo tiene que bajar al conocimiento de ambos ¿No? Que él mismo se pueda expresar bien, que yo lo pueda interpretar y después, bueno, en la historia clínica lo, anotaré de una manera más científica. (E5-residente generalista)

Es interesante observar que junto con las formas de 'acortar distancias' desde los vínculos sostenidos o no por las representaciones de género debemos señalar que una profesional, médica clínica, ubicaba las dificultades relacionadas durante la prevención secundaria como algo relativo a su especialidad. De esta forma refería no observar la misma facilidad durante su trabajo de detección de ITS que para los médicos de otra especialidad:

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

M: se va corriendo del consultorio

E: ¿Y la segunda vez se lo...?

M: Es que preguntás, interrogás porque no... Pediatra sí, miran exclusivamente, los genitales sí, en pediatría sí. Pero ya un... un adolescente ¿Viste? si no viene específico con una patología no le vas a mirar. Eso lo hará el urólogo pero va a ir... pero la verdad que no. No (E8-clinica)

Algunas formas de interpretar las respuestas de quienes demandan no serían explicadas por vergüenzas o pudores sobre el propio cuerpo o lo que otro (médico) puede pensar. Ante una incertidumbre o falta de explicación sobre este fenómeno del pudor en algunos testimonios se observan generalizaciones con valoraciones negativas:

E: ¿Y ninguno cuando le encontraste sentía vergüenza o estaban asustadas?

M: Para nada. Para nada. Y no, hay algunas que te mienten.

E: ¿Que te mienten?

M: Sí, que te dicen: "Me apareció la semana pasada". Y nada que ver, vos ves y decís: "Eso no es de la semana pasada".

E: ¿Por qué dicen eso?

M: Qué sé yo, no sé. Como para defenderse de algo, pero no sé. (E7-obstetrica)

En el extracto anterior y en el siguiente se observan situaciones donde entablar sentidos en común -complicidad, acercamiento, familiaridad - se dificulta por distintos motivos. Uno de ellos como se ha señalado son los sentimientos de pudor de los individuos que poseen una ITS, aumentando así posiblemente los padecimientos y dilatando el tiempo para la consulta médica. En otros casos, como en el testimonio siguiente, las dificultades para interpretar al otro, a las jóvenes, es primero asumida pero finalmente es con cierta bronca y frustración generado el vínculo al ser depositada solo en ellas la dificultad para comunicar cuestiones no siempre fáciles como dudas vergüenzas, miedos, vida sexual:

M: Yo ya lo vengo notando, hace mucho que no tengo buena llegada con las adolescentes, pero bueno (...)

Claramente y buscándole la vuelta, bien claro. Pero yo no puedo explicar cuando el otro tampoco tiene ninguna duda y te queda mirando como diciendo "no te entiendo lo que me decís". Y les decís: "¿me entiendes?" Y te dicen que sí. Y yo sé que no me entendieron.

E: ¿por qué pensas que no te entendieron?

M: porque no me dicen, están así, tan con cara de susto. Debe ser que las asusto.

E: Las asusta la situación, por ahí...

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

M: Qué se yo. No sé, no sé pero eso me pasa siempre, a mí me pasa siempre.
 E: ¿Pero ellas te hablan de cómo fue que se pueden haber contagiado eso?
 M: no yo les, si me preguntan. Es lo que me preguntan y hasta ahí, hasta ahí.
 ¿Entendiste? Mmm. Ni siquiera el sí, nada. “Mmm”, nada, bueno. (E2-ginecóloga)

6.4 Las puertas que no se quieren abrir.

E: ¿Cómo llamarías a esa otra puerta?

I: Historia de vida
 (E5-residente generalista)

He construido esta categoría a partir de registrar en el trabajo de campo la expresión metafórica de una puerta, ‘la puerta’, ‘las puertas’, que se temen abrir y a veces no se abren. Si bien en dos de las entrevistas este término se expresó literalmente, la utilización es analítica, en la medida en que entiendo que el mecanismo que se busca simbolizar a través de aquella expresión es de alguna manera generalizable más allá de las particularidades de cada sujeto y situación. Englobaré con esta denominación las prácticas que los profesionales pueden hacer para abrir el diálogo hacia una comunicación en donde quien consulta pasa a exponer sus padecimientos directamente desde el plano en el que los profesionales biomédicos no saben o no quieren manejar. De esta forma pueden rechazar intervenir y en las situaciones que sí lo hacen desarrollan las prácticas con gran inseguridad y/o malestar. Se diferencia este apartado del anterior en que el ‘pasaje’ de un lado de la puerta, o la sola posibilidad del mismo, es vivenciado expresamente como algo que excede o supera las posibilidades de acción, comprensión, aceptación, procesamiento o sostén emocional de los profesionales.

De esta forma en el momento de observar las prácticas que se desarrollan durante la atención y en particular las referidas a las ITS nos encontramos con distintas expresiones sobre lo que sienten y pueden hacer desde su rol y desde sus personas.

A continuación presentare juntos tres fragmentos de entrevistas distintas. En ellos se testimonian literalmente la expresión sobre esas ‘puertas’, que se temen pasar o aunque más no sea asomarse del otro lado. A su vez en los extractos se expresan conjuntamente elementos referidos a cómo se interpreta lo subjetivo. Desde esta interpretación cómo se perciben distintas formas de producción subjetiva en sus historias.

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Producciones que irracionales, o aparentemente irracionales, inmanejables a las que a su vez poseen la potencial trasmisión de ese desborde al trabajo individual o a "toda la sala".

M: Porque muchas veces, y sinceramente, muchas veces uno hace ciertas preguntas porque decís "Abro esta puerta y se me prende fuego la sala de espera". Entonces te lo recitas otra vez y todo eso.

E: ¿A qué puerta te referís? "Abro esta puerta"

M: Y... claro, con preguntas ¿No? Me pasó la semana pasada no, la anterior, de una chica que venía por una consulta ginecológica. (...) Y ella me decía que no lubricaba bien. Entonces le digo "¿Disfrutas?" "Y la verdad que no". Bueno "¿Sos homosexual?" Ahí viene la pregunta del homosexual/heterosexual no es que yo a todos se los aplico sistemáticamente, le hago la pregunta ¿No? "¿Tenés relaciones homosexuales?" "No" "¿Te gustan las chicas?" "No" Bien. Y ahí uno, ósea, vos sabés que tenés 15 minutos de consulta y decís "¿Dónde termino con esto?" Y, realmente dónde terminé: hablando con las chicas de psicología y después de haber tenido una consulta de 40 minutos, de estar hablando de que, nada, de que había tenido una situación cuando era más chica (...)

E: ¿Una situación?

M: Claro, había sido abusada (E5-residente generalista)

M: Digo raro porque no es algo para lo que uno esté habituado, digamos. Raro en el sentido de que tampoco hay ninguna formación para esto, pero uno siente de que no tiene tanto... la formación te la va dando la experiencia y esto, tener ganas de abrir la puerta. A veces cuando nosotros nos juntamos después, es: "abrí una puerta que... hoy no estaba para abrir esa puerta". Porque hay días que uno está, viste, bien predispuesto y bien enérgico para bancarte; pero hay días que uno viene medio cascoteado y abris esa puerta... que el llanto del otro, quedás así roto cuando terminás. Eh, pero eso es lo raro. Y yo digo, o a veces los chicos, "bueno no, esto es para psicología". Y bueno, no, a veces no es para psicología. Por supuesto que sería ideal, si la persona quiere hablar, ofrecerles el espacio; pero a veces nosotros tenemos que esto, o sea, que la otra persona pueda expresarse, poder escuchar, poder no solamente escuchar sino saber cuándo hay que intervenir. Yo trato siempre de escuchar. (...)

Bueno, y ahí aparece todo junto y después decís "esto sí que no sé cómo se maneja".

E: ¿Todo junto?

B: Todo junto. Sí, el enojo, pobre mujer que la cagan a palos, que la embichó; para colmo, ¿cómo le digo que para colmo que está con verrugas, que le contagió, que le está metiendo los cuernos, decirle "¿sabés? Esto no es solo, puede ser que tengas algo más. (E4-generalista)

M: Con respecto a las puertas, por lo general pregunto, más cuando son por ahí más chicas uno pregunta si fue consentido o no y a veces uno ahí también se juega ¿No? O sea, uno puede presuponer que todas las relaciones fueron con consentimiento pero sabemos que no es así

Entonces "Che bueno mirá te salió esto, una infección así. Eh... fue con alguien ¿Tuviste relaciones con alguien sin protegerte? ¿Fue consentida la relación?" Y

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

a veces uno dice... ¿Y si te responden que no? Ahí abriste una puerta en donde te metiste en un brete interesante y ha pasado

Entonces a eso me refiero a veces con un poco eso de abrir las puertas. Porque uno podría "Bueno viene por una ITS más vas a tomar esto..." Listo, hice mi trabajo médico ¿No? científico, le di la medicación que iba a terminar con esta infección, listo. Y si tuve que solicitar un laboratorio lo solicité como dice la guía ¿No?. Ahora, abrir esa otra puerta... a veces terminás en lugares donde no esperabas estar. (E5-residente generalista)

Las expresiones "*Abro esta puerta y se me prende fuego la sala de espera*"; "*y a veces uno ahí también se juega ¿No? (...) 'abrí una puerta que...hoy no estaba para abrir esa puerta'*" podemos observarlas desde un ángulo similar más allá de que se refieran a situaciones diversas durante la atención de ITS o en la indagación de la existencia de alguna. Dimensiones en juego durante el trabajo de atención. En este caso si bien el profesional no sabe ni 'dónde va a ir a parar' ni 'con qué va a enfrentar el fuego' decidió "*abrir la puerta*" donde según refiere antes y después de hacerlo se encontró con la historia de quien padecía, con su subjetividad. Dos elementos complejos desafiaban las capacidades del profesional: el padecimiento sin una razón biológica, una enfermedad y la potencial pérdida de gobernabilidad de su espacio y tiempos de gestión en ese momento, la sala de espera.

De igual forma refirió quien temiendo la respuesta a su pregunta sobre la vida sexual de una persona por la potencialidad de que la misma pueda sufrir algún tipo de abuso sexual o sea temiendo no poder abordar la historia personal preguntó sabiendo que "*Ahí abriste una puerta en donde te metiste en un brete interesante y ha pasado*"

Así observamos en dichos testimonios como el recurrir a los profesionales en psicología, -'los especialistas en subjetividades' al interior del sistema de salud biomédico- pueden ser un movimiento frecuente más desarrollado por este tipo de sensaciones de haber sido superado que por un desarrollo continuo en un abordaje en común al interior del efector. Un sostén de trabajo interdisciplinario. Este pasaje a algo potencialmente inmanejable genera una incertidumbre ya no únicamente ante un otro que no se comprende o se ha perdido el sentido de comprenderlo. Se trata de malestares, incertidumbres que demandan para ser superados un esfuerzo tanto en lo racional como en

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

lo emocional y sobre los cuales no evaluó aquí si los resultados son los de un acto vivo que finalmente produzca salud, no genere nada o inclusive haga lo contrario.

Buscamos con estas citas y las posteriores continuar observando distintos elementos en juego en lo que al inicio de este trabajo se presentaba sobre las conceptualizaciones de Merhy *et al.* (2006) en conjunto con el marco teórico presentado. Me refiero a enfocar sobre qué base se produce el modelado del *trabajo vivo* en acto que opera y cómo desde allí, desde un juego de intencionalidades, razones instrumentales y saberes diversos se capturan las distintas dimensiones tecnológicas con las que se dispone. Esto no se realiza sin comprender a la vez cómo en este modelado se entienden e incluyen las necesidades y deseos de quienes demandan atención.

En este devenir productivo las tecnologías blandas -los saberes adquiridos con capacidad de producir vínculos entre médico y paciente y entre profesionales y trabajadores de salud (Merhy *et al.*, 2006)- pueden en el momento desarrollarse con las tecnologías blandas-duras –saberes bien estructurados en los procesos de trabajo en salud como la clínica médica o psicoanalítica, la epidemiología o formas instituidas de gestión de los servicios de salud (Merhy 2006; Merhy *et al.* 2006)-. *"la formación te la va dando la experiencia y esto, tener ganas de abrir la puerta"*.

En lo recogido en las entrevistas y desde el ángulo propuesto en este apartado se pueden observar distintas representaciones y prácticas que pueden estar en juego y modelan el pasaje de una tecnología a la otra evaluando distintas dimensiones en juego. Sea en lo subjetivo del profesional –*"hay días que uno está, viste, bien predispuesto y bien enérgico para bancarte"*–, observando la persona *"¿Fue consentida la relación?"*, el día a día en el espacio de trabajo. Los saberes tecnológicos como ser el de los referidos al vínculo pueden 'cerrar la puerta' manteniéndose únicamente en una práctica clínica para el desarrollo de tratamientos de la enfermedad pero no necesariamente y a la vez de los padecimientos: *"Porque uno podría "Bueno viene por una ITS más vas a tomar esto..." "Listo, hice mi trabajo médico ¿No? científico, le di la medicación que iba a terminar con esta infección, listo. Y si tuve que solicitar un laboratorio lo solicité como dice la guía*

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

¿No? Ahora, abrir esa otra puerta... a veces terminás en lugares donde no esperabas estar".

Las formas de tratar con las sensaciones e incertidumbres referidas a estas faltas de conocimientos racionales, experiencia y saberes, dolores, temores no estarían, según lo visto, en relación necesaria con las edades o cargos de quienes las sienten –y a veces padecen- sino más bien con las formas de interpretar y practicar el trabajo en salud en el primer nivel de atención:

M: No, para nada. Para nada. Bueno, te voy a confesar algo: en realidad, a mí me gusta el trabajo de hospital porque es el no tener contacto con la paciente, es el no involucrarte en su vida. Acá implica involucrarte en su vida, y capaz vienen y te cuentan un montón de problemas, y la verdad es que si bien uno... yo, psicóloga no soy, ¿entendés? Entonces no me gusta mucho eso. En cambio, en el hospital -si bien uno los trata re bien y son, por lo general, pacientes divinas, y que si vos las tratás bien, ellas colaboran un montón-, creás una relación de un par de horas y listo. Y después te dicen... por lo general, en el hospital te dicen gracias; acá ni gracias ni nada. (...)

Y en cuanto a lo personal, te vuelvo a repetir lo mismo, es eh...es el tener, quizás, un apoyo más. Alguien que pueda contener la situación.

Es eso. Porque acá estás solo, en esos momentos yo estaba sola para dar el diagnóstico. Que quizás para una persona es fuerte, para otras no. Como decimos siempre -yo en el hospital-, en el hospital somos seis, en el hospital si nos pasa algo nos contenemos entre todas.

Entonces, si bien todas sufrimos la situación, nos podemos contener.

Pero acá estoy sola. (E7-obstetrica)

M: Porque hice un control de salud pedorro, digamos, y estaba todo bien y dio positivo la serología y por eso lo digo. Digo "qué macana". "Oh cáspitas" digo. Pero lo que te genera, entonces hubo que buscarla. Si traerla y darle la información es bastante pedorro, porque es una situación pedorra (risas del médico) incómoda, angustiante.

Para mí, para mí...a mí me angustia digo "Che, qué cagada" porque yo los conozco.

E: ¿Le tuviste quedar un...?

M: Sí, sentarlo y decirle que daba positivo. Un VIH positivo.

E: ¿Cómo se lo dijiste?

M: "Mirá, salió la primera serología de lo que todo, las cosas que pedimos, te salió el HIV positivo, la primera muestra. (...) Si se te empieza a gritar y se te pone mal no le podes decir, seguir descargando. Tenés que contener un poco. Bueno, la cité para explicarle esto. Le dije que viniera "Vení mañana si querés saber preguntáale a tu... andá a preguntarle a tu familia, andá a hablar lo que tengás que hablar". Vino devuelta, vino más tranquila le digo "mirá esto es... tenemos que hacer el westernblot sí o sí". Y bueno, vas charlando. Eso es lo que hago, lo hago siempre. Cuando tengo una noticia fea que dar, trato de no ser así

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

¡paf!. Sino que darle el tiempo para que lo procese, a ir informando todo, de a poco. (...)

E: ¿Y vos después, qué haces?

M: Y nada, me da lástima, me da pena, no puedo negarlo. Qué se yo, soy una persona, no sé. Los conozco hace mucho. Vos podés decir que hace mucho los conozco. Entonces digo, tratar, no es agradable muchas veces dar una mala información. Más vale, siempre es más lindo dar una buena información, pero bueno lo tenes que hacer, es parte. (E9-clínico)

A su vez en el trabajo se plantea la tensión existente entre el lugar que debe ocupar el profesional médico y el lugar que efectivamente ocupa en muchos casos. Esto no deja de estar influido por el tipo de institución en la que se encuentra y cómo se plantea en el trabajo desde la clínica, el vínculo médico paciente y a su vez entre médicos.

M: Bueno, no. Pero ese es el único caso que yo puedo acordarme... es una es una experiencia que a mí no me resultó muy fácil porque fue detectar este verrugas en la cola de un menor.

No, y eso ya no es muy... a mí no me gustan esas cosas, no sé. Hasta ahora no sé cómo...

E: ¿Qué es lo que no te gusta de esas cosas?

M: No me gusta... a ver si no decís... a ver me-me provoca una sensi... me pongo mal, o sea. Y al ponerme mal, ya sé que cuando un individuo se pone mal no puede actuar. (...)

E: Porque ahí el motivo de infección puede ser...

M: El abuso.

Es un marcador de abuso. Es un marcador de abuso hasta que se demuestre lo contrario. (E9-clínico)

E: ¿Para vos se necesita algún tipo de especialista para abordar este tema de las ITS?

M: ¿Algún especialista? Yo creo que no. Lo que sí, más allá de lo que uno como profesional sepa, de lo que se trata una ITS, ehm... en mi experiencia personal, lo que sí me faltó es esa parte psicológica, pero para mí, ¿entendés? Nosotros somos personas también, a mí hay muchísimas cosas que me afectaron. En tanto las ITS como en tanto a otras situaciones en las vidas de las personas. Entonces el poder sacarte ese peso de encima, el poder no involucrarte en la vida de los demás, eso, la contención psicológica para la persona que está trabajando.

E: ¿Poder no involucrarte?

M: Exactamente, sí. Eso quizás. O algún... alguna charla con algún psicólogo para que nos expliquen o que nos digan cómo hacernos cargo y cómo no hacernos cargo. Pero bueno, no. Eso, no creo que haga falta algún otro profesional. (E7-obstetrica)

He categorizado aquí los dos fragmentos anteriores, los cuales me interesó extraerlos, debido a que se observan representaciones existentes en el vínculo

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

con personas que padecen al momento de las prácticas clínicas. Representaciones que al referirse a distintas situaciones de vulnerabilidad que poseen personas con ITS se transforman en puertas que no se quieren pasar o se teme hacerlo modelando posiblemente con ello de distintas formas las formas de intervenir y vincularse. Queda como pregunta aquí los efectos durante la atención de estas experiencias vividas por ejemplo en las prácticas de detección de infecciones.

A pesar de que ambos casos son en referencia a experiencias vivenciadas en ámbitos hospitalarios solo en el segundo se hace expresa esta dificultad para desarrollar prácticas de atención desde la falta de soporte grupal. Al ser esto algo visto sucesivas veces en el primer nivel las preguntas sobre las posibilidades de instrumentar sentidos en común entre profesionales y trabajadores de la salud que posibiliten la construcción de una estrategia de atención primaria se mantienen formuladas. Esto se sostiene en el momento de observar cómo se orienta el sistema de salud del primer nivel, el frecuente fraccionamiento de las tareas al interior de las unidades sanitarias o las dificultades en el mantenimiento de abordajes y planificaciones de equipos, tanto las que afectan la atención individual, como el trabajo por fuera de las 'salas'.

6.5 Conclusiones.

En este capítulo he presentado distintas representaciones y prácticas que dieran cuenta de construcciones sociales, colectivas y singulares sobre la sexualidad, vigentes durante el momento de atención. En ese sentido me interesó reconstruir categorías que dieran cuenta de aquello que se produce y reproduce cuando los profesionales se encuentran con la dimensión subjetiva de padecimientos (reales o posibles) relacionados con las relaciones sexuales –tal como las infecciones de transmisión sexual-.

He podido observar cómo el conocimiento de derechos u obligaciones que cada profesional tiene no significa una homogeneidad de conductas y de formas de atención. Por el contrario, dimensiones como la racionalidad médica; las experiencias vivenciadas a lo largo de las trayectorias profesionales; los saberes de distinto tipo a los que se apela; las diversas formas de comprender la sexualidad; las relaciones de género y las identidades sexuales contribuyen a producir, en determinadas situaciones, malestares,

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

incomodidades o molestias en los profesionales –y, según puede presuponerse, en pacientes-. El encontrarse con la dimensión subjetiva de la sexualidad de los consultantes resulta un hecho clave al respecto. En base a estas emociones, y no sólo a sus perspectivas disciplinares, los profesionales delimitan consciente o inconscientemente, sutil o tajantemente, decisiones y prácticas, que modelan la atención.

La información científicamente validada para la prevención y atención de ITS –de la mano con la información relativa al seguimiento de embarazos- se transmite según estas vivencias y construcciones. Aunque en algunos casos, no llega a transmitirse. Las formas de comprender la sexualidad, y su impacto en el proceso de s/e/a, se construye sobre concepciones preexistentes respecto de qué pertenece al ámbito privado y qué no. Las prácticas desarrolladas muestran estas representaciones, tanto como la construcción continua de las injerencias profesionales en tanto agentes de salud.

Considerar la sexualidad como una de las dimensiones constitutivas de un sujeto implica comprender un terreno donde prácticas y relaciones con otros sujetos pasan al primer plano. La configuración de la sexualidad como parte de una subjetividad se desarrolla como producto de la intervencionalidad entre las personas a lo largo de toda su vida. Las ITS corren el velo tendido sobre la vida sexual, las prácticas sexuales, las orientaciones sexuales de quienes demandan atención poniéndose al descubierto en el vínculo entre quienes interactúan las representaciones sobre ellas como parte de la sexualidad... de pacientes y médicos. Así, el espacio de la consulta se configura como un ámbito donde se recrean formas de comprender y actuar sobre sexualidades y relaciones de género. En esta recreación, el profesional puede incluso *performativizar* normas implícitas respecto de roles de género, construyendo desde el discurso los límites de su injerencia disciplinar, de su rol profesional, tanto como su autoridad y su distancia social para con quien padece. Así se conforma una escisión para con los aspectos subjetivos de la sexualidad.

De tal modo, las tecnologías de la clínica y las lógicas de gestión se producen y reproducen en cada acto de atención. Lo hacen tanto al interior del consultorio como en el cotidiano del resto de los espacios de trabajo, en el primer nivel de atención. Y

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

lo hacen atravesando distintas sensaciones, emociones, vergüenzas, frustraciones, maltratos y 'puertas que no se quieren abrir'. Lo hacen, también, de manera contradictoria – plasmándose en tensiones diversas. Es que mantener o no estas tensiones es algo que los profesionales resuelven diversamente y en distintos momentos. Más allá de las prácticas regulares, se desarrollan líneas de atención diversas como producto de las micropolíticas del trabajo. Experiencias como aquellas generadas al 'abrir puertas' a la inclusión de lo subjetivo forman parte del cúmulo de prácticas y representaciones vinculadas al trabajo sobre las ITS.

He recogido preguntas y repreguntas. También, distintas prácticas que se originan a partir de la búsqueda de una escucha que propicie una mejor atención. Junto con aquello, el relato de cómo pueden construirse complicidades y acuerdos que sostengan vínculos de confianza, habilitando una eficacia simbólica que facilite tanto la cura como la transmisión de pautas de autocuidado. Ahora bien, cuando existe un trabajo reflexivo sobre los propios prejuicios, creencias o representaciones, buscando por ejemplo evitar prácticas discriminatorias, suele tratarse de un trabajo individual y solitario. Esto obtura la construcción de efectores que favorezcan –en su conjunto- el acceso.

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

7. CONCLUSIONES FINALES.

Comencé a pensar y preparar el proyecto que originó esta tesis a partir de una serie de preguntas que surgían del cruce entre mis observaciones durante mi trabajo en el municipio y mi conocimiento teórico de problemas vinculados con la sexualidad, las relaciones de género, las subjetividades, la salud en general, la salud sexual en particular, la educación sexual y las formas de trabajo en salud. Desde ese cruce intuía a las infecciones de transmisión sexual como una problemática que admitía constituirse en analizadora de estructuras y dinámicas subyacentes. Pero en cambio me costaba pensar lo específicamente vinculado al primer nivel de atención y la atención como un *momento complejo* en el trabajo del mismo.

Busqué sintetizar preguntas, problemas y reflexiones en mis hipótesis y objetivos iniciales, bajo el interés de contribuir a explorar una dimensión del campo de la salud que engloba problemáticas vinculadas tanto con la sexualidad y la salud como con el trabajo profesional médico en el primer nivel del sistema de salud. Me propuse observar el campo de la salud atendiendo a los modos en que el proceso s/e/a tiene lugar en el marco de relaciones de poder, normativas vigentes, funcionamiento e historia del sistema de salud, y como parte de ello las prácticas y representaciones cotidianas. Por tanto, articular niveles macro políticos, económicos y sociales con el análisis de instancias micropolíticas era -y sigue siendo- para mí un desafío importante. Lo era y lo es en tanto me interesa adscribir a tradiciones críticas de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud. Así, interconectar la antropología social, el campo de la Salud Colectiva, y mi propia cotidianeidad como trabajador del sistema público de salud del municipio de Moreno, orientó supuestos y objetivos de esta investigación.

Mi punto de partida se configuró entonces a partir de información epidemiológica, lecturas teóricas y experiencias personales y desde mi cotidianeidad laboral. Respecto de esto último, debo mencionar que había convocado mi atención la continua concurrencia de personas a las asesorías para la realización del test de VIH, ofrecidas por el Centro de ETS del Municipio de Moreno. A partir de todo ello comencé a preguntarme por la incidencia de aquella y otras infecciones de transmisión sexual en la

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

población residente en Moreno, lo cual a su vez me llevó a reflexionar respecto del trabajo desde en el primer nivel. Otra cuestión que generó mi inquietud fue lo producido respecto de las normativas vigentes tanto a nivel nacional como en los sistemas sanitarios locales sobre las ITS. Normativas que subrayan la necesidad de atenderlas y registrarlas, afirmando implícitamente que los profesionales del primer nivel de atención no suelen desarrollar una labor sistemática al respecto.

Simultáneamente, mi propio conocimiento del terreno donde trabajo me llevaba a intuir que esto último era una realidad: es decir, a convalidar tal falta de inclusión sistemática de las ITS en el trabajo del primer nivel. Y, finalmente, los marcos teóricos que manejaba me orientaban en la presunción de que aquello no hacía sino reflejar un fenómeno social y cultural más amplio. Me refiero básicamente a procesos históricos por los que una racionalidad de tipo biomédico tiende a hegemonizar formas de producción de salud que dificultan tanto el abordaje como la problematización de las sexualidades y de las relaciones de género –estructurantes del proceso s/e/a- que junto con otros determinantes y dimensiones configuran las subjetividades.

Las entrevistas realizadas me fueron llevando a encontrar referencias, descripciones, emociones y silencios que, en diálogo con aquel marco teórico, me permitieron construir categorías de análisis. El resultado fue plasmado en esta tesis, en la cual se busca problematizar las prácticas de atención de las ITS desde una perspectiva que a su vez problematiza qué se entiende por atención en el primer nivel. De allí en este trabajo, se logró el advenimiento de nuevas preguntas.

He descripto y analizado distintas representaciones y prácticas presentes en la atención. En el transcurso del trabajo, y en el encuentro con conceptos nativos –tanto con aquellos infrecuentes como con aquellos que insistían- fui comprendiendo que si bien inicialmente intuía la complejidad de las instancias de atención, en “las salas” no había dejado de entenderlas con cierta ingenuidad.

Así, durante la recolección empírica fui conceptualizando a la atención como momento integrado por diversas prácticas y no como una práctica única. Esta apertura del concepto me permitió comprender aquella instancia como una producción de

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

trabajo entre humanos, es decir, de *trabajo vivo*, con la potencialidad de dirimirse entre el transformar o el reproducir realidades previas.

Las prácticas sociales presentan siempre continuidades y rupturas con procesos sociales que las anteceden y cuya historia, en consecuencia, es preciso reconstruir. Sociólogos, antropólogos y filósofos han destacado -desde Marx (1974) hasta Lévi-Strauss (1995), pasando por Durkheim (1982)- el hecho de que no se inventan en cada generación la lengua, el derecho, la medicina, etc. (Lahire, 2006) es decir, el conjunto de instituciones económicas, políticas, religiosas y culturales heredadas. Siguiendo en este sentido para evitar sostener ingenuamente que en cada momento -con sus distintos momentos que se solapan, continúan y sostienen entre sí- se volvieran a actuar cosas inéditas, olvidando el peso de disposiciones incorporadas y de dispositivos objetivados, he buscado presentar distintas prácticas que se sostienen en la tensión de concepciones en conflicto. Prácticas que como he buscado mostrar no son un producto creativo espontáneo de los profesionales pero tampoco son homogéneas entre sí o carentes de una diversidad de motivos acordes a la multiplicidad de formas de comprender las prácticas en salud en un contexto.

A fin de delimitar entre reproducción y transformación, fui entreviando mecanismos concretos de producir salud que, en el marco de procesos de s/e/a más amplios, admitían entenderse como remitiendo a construcciones de sentido ajenas al momento de consulta, pero que al mismo tiempo operaban en su constitución y desarrollo. Esto me permitió comprender formas actuales de operar de la racionalidad biomédica que Menéndez propone a través de su *Modelo Médico Hegemónico* (Menéndez 1990, 1994) en contextos concretos. Así, la cotidianidad del trabajo de atención de las unidades sanitarias en Moreno muestra que aquella racionalidad, si bien se encuentra en tensión y reformulación, resulta sostenida en el día a día. La comprensión biomédica de la salud configura las prácticas al tiempo que coexisten con modelos alternativos de salud, hegemonizándolos.

También los modos en que los profesionales se relacionan con el *nivel de Autoatención*, como *primer nivel real de atención*, implican la persistencia de dificultades para la transmisión de pautas de autocuidado en el marco de los grupos domésticos. Aquí he visualizado la impronta de una serie de representaciones respecto de las relaciones de

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

género, las violencias, los miedos, las vergüenzas. Al mismo tiempo, de allí se desprenden abordajes respecto de la dimensión de la sexualidad y de los roles de género que impactan en el tratamiento dado a los aspectos subjetivos puestos de manifiesto en las necesidades y padecimientos de quienes concurren a la atención.

Lo anterior no termina de comprenderse sin remitir a la estructuración de los tiempos de atención, en contrapunto con modos específicos en que son entendidas las diversas actividades burocráticas que acompañan el desempeño profesional. La escasez sistemática de trabajo en equipo al interior de las unidades sanitaria refuerza aún más las dificultades en el abordaje y seguimiento de poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Lo conceptualizado por Merhy (Merhy, 2006; Merhy *et al.* 2006), y Butler (Butler, 2012) al referir distintas formas de producción como momentos donde se *actúan* o se *ponen en acto* distintas concepciones sobre la salud, el trabajo en salud, las relaciones de género, la sexualidad en las prácticas concretas de producción de salud me permitió complejizar lo relevado y analizado, incorporando nuevas dimensiones a lo que entendía como instancia de atención. Dimensiones sociales y culturales incorporadas subjetivamente por medio de normas, costumbres, rutinas, formas tecnológicas establecidas para la producción de valores de uso –y cambio-, aprendidas tanto en las instancias de formación profesional, en las instituciones de salud como también en distintos ámbitos donde transcurre y se desarrolla la vida de los sujetos.

El comprender al momento de interacción como parte de una construcción social determinada me permitió acercarme a los modos concretos en que distintos desarrollos tecnológicos se ponen en acto como *trabajo vivo*. Esto significa el establecimiento de rutinas de trabajo que se desprenden de una historia social inscripta en su construcción. Rutinas que a su vez son tanto interpretadas como reinterpretadas por quienes encarnan tales prácticas. Así, he podido observar la continua regeneración de formas diversas en que se produce ese acto, junto con la reiteración derivada de reproducir una racionalidad hegemónica.

Al observar el momento de la atención como parte de un proceso productivo de salud, en el que se desarrollan distintas prácticas más o menos encadenadas

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

dirigidas siempre por los profesionales, pude encontrar variadas producciones, diversas acciones, distintos modos de actuar las tecnologías blandas aún en condiciones materiales similares.

Las distintas perspectivas de los profesionales respecto de la vinculación con los consultantes, en la construcción del diálogo, en las formas de interpretar los padecimientos, los deseos y las motivaciones propias y del otro se ponen *en acto* como desarrollos de tecnologías blandas. Esto es parte central de un devenir más amplio en la producción de la atención, vista como *momento complejo*. Momento con esta complejidad dado que los profesionales desarrollan prácticas que deben ser vistas en conjunto y donde se pone en juego tecnologías de producción que deben ser comprendidas en la interpretación dada tanto al trabajo en salud, a los efectos del encuentro con el otro durante la atención, como a su vez a las condiciones materiales donde las prácticas se desarrollan. Sean éstas condiciones las: múltiples rutinas burocráticas; la observada orientación favorecida en el sistema de salud para el acceso; la disponibilidad de recursos e insumos materiales; y las formas de contratación, que, sin dejar de demarcar formas de trabajo en salud, no dejan de ser diversamente puestas en juego.

Instancia compleja donde las variadas prácticas e interpretaciones que las sostienen delimitan, modelan y desarrollan las tecnologías referidas a la clínica, a la epidemiología o a la utilización de determinados estudios de laboratorio según los sentidos inscritos en la comprensión de lo subjetivo -y en ello de la sexualidad- como parte de la producción de salud durante la atención de las ITS. En las perspectivas de los profesionales mencionados y los sentidos dados en ellas se desarrollan las maneras de gestionar momentos o situaciones que pueden ser de incertidumbre o incluso de malestar para quienes interactúan. Esto confluye y muestra la configuración interna de los pasajes entre los distintos modos de relacionarse con los saberes tecnológicos blandos-duros de la clínica o con la utilización de tecnologías duras como las implicadas por la solicitud de un diagnóstico de ITS, demarcando cuándo y quiénes deben realizarse un diagnóstico.

Con motivos tanto heurísticos como de planificación y gestión en salud, las prácticas pueden diferenciarse en prevención, clínica, cura, promoción, derivación,

Abramovici D.J. "Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno" [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

llenado de historia clínica, o bien interpretarse a partir de la utilización de tecnologías blandas, blandas-duras o duras. De una u otra forma, se ponen en juego saberes que conjugan experiencias personales con concepciones más o menos hegemónicas. Así he observado que el momento de atención debe ser comprendido como una *práctica compleja*, aun cuando los propios profesionales lo visualicen como instancia relativamente simple. Los momentos que componen la atención pueden analizarse como correspondientes a distintos niveles, y a partir de múltiples conexiones internas. Dicho de otro modo, durante el desarrollo de las prácticas clínicas se pueden realizar -o no- prácticas de prevención a través del diálogo, o durante el llenado de distintos tipos de registro puede tener lugar -o no- el ejercicio de una escucha atenta que permita y profundice un asesoramiento. Asimismo, durante la prescripción de un tratamiento se pueden habilitar formas de autocuidado a partir del reconocimiento de orientaciones sexuales diversas, situaciones de vulnerabilidad u elementos que de no ser tenidos en cuenta puede dificultarse el desarrollo de formas de cuidado efectivas.

Lo descripto y analizado muestra así que durante aquello denominado atención pueden tener lugar una serie de prácticas intervinculadas. Ahora bien, todas las configuraciones tecnológicas que pueden existir al interior de la consulta se encuentran en el marco de un sistema de salud para el que algunos sectores de la población encuentran dificultado el acceso al interior del mismo. Por ejemplo los varones, las lesbianas, y la población *trans*. No debe dejar de generarnos preguntas el hecho de que estos sectores no resulten visualizados o lo sean con dificultad, según el caso, desde el primer nivel de atención. He aquí una primera línea de indagación que sería deseable retomar en futuras investigaciones.

A su vez, desde el momento en que la atención se encuentra especialmente orientada en el eje materno infantil, persisten concepciones de género que plantean dificultades para abordar la sexualidad en tanto territorio diferenciado de la mera reproducción. Estas formas de comprender la sexualidad operan sutilmente en las prácticas, y producen diversas emociones y vivencias. El momento de trabajar con lo relativo a las ITS, lo reservado al espacio de la intimidad queda al descubierto. Las concepciones sobre

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

lo público y lo privado -y con ellas, del rol profesional- pasan a modelar la producción de salud y los sentidos que en ella se transmiten.

Pero no hay hegemonía sin resistencia. En el marco de lo anterior, desde una perspectiva del conflicto, he visualizado ciertas tendencias respecto de las representaciones y prácticas que operan durante la atención en cuanto a la sexualidad y relaciones de género de quienes concurren a la demanda. Tendencias que dan cuenta del dinamismo del campo en cuestión y previenen respecto de considerarlo como objeto unívoco y estable. Me refiero a representaciones observadas en algunas instancias del momento de la atención o en los contrastes en las prácticas desarrolladas por los profesionales y que se encuentran posiblemente, en tensión con concepciones tradicionales sobre sexualidad, relaciones sexuales y vida privada.

Como emerger de esta tensión y a su vez ejemplo de un tipo de modelado de prácticas que en ella se produce resulta el cambio de denominación sobre la categorización de quienes no se encuentran casados y/o en pareja estable. Posiblemente las razones de este movimiento –de “promiscuo/a” hacia “no tiene pareja estable”- se vinculen con procesos sociales actuales que en conflicto mantienen la continuidad de determinadas formas de comprender la vida sexual de las personas. Y probablemente, persista cierta valoración moral negativa del sujeto comprendido como promiscuo/a, deslizándose hacia estas nuevas etiquetas, más “políticamente correctas” a un modo de categorización de las poblaciones. Éste nuevo rótulo permite ubicar a aquellos susceptibles de una mayor exposición –o riesgo- esto tiende a delimitar, dentro de las prácticas de atención, lo relativo al testeo. Lo cual permite visualizar el pasaje entre prácticas referidas a las tecnologías duras y aquellas tecnologías blandas que se basan en concepciones y saberes no técnicos de los profesionales.

Cabe observar que este reemplazo terminológico tiene lugar en un sistema de salud donde las prácticas de solicitud del testeo tienen lugar, básicamente, durante los exámenes de rutina a mujeres embarazadas. En segundo término, se realizan –también como rutina- a quienes no poseen pareja estable. Es decir, en el marco de un modelo sanitario donde quienes asisten son mayormente mujeres embarazadas o en edad

Abramovici D.J. “Representaciones y prácticas médicas durante la atención de personas con Infecciones de Transmisión Sexual en el nivel de atención primaria del municipio de Moreno” [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

reproductiva. Entonces, si las candidaturas a las ITS no se organizan en torno de “drogadictos” o “promiscuos” (Margulies, 1998) ¿en qué medida no se corresponde esto con la población que accede efectivamente al primer nivel de atención? ¿En qué medida existen concepciones sobre la monogamia, la heterosexualidad, o la fidelidad que dificultan la visualización de la sexualidad vivenciada realmente y las prácticas concretas de quienes consultan? La pregunta respecto de en qué medida esto podría implicar una continuidad de la dimensión de control propia del *Modelo Médico Hegemónico*, en este caso expresada sobre las sexualidades y vida sexual, resulta una línea a continuar desarrollando en futuras indagaciones.

Junto con aquella pregunta, me interesa incluir otra respecto de las nuevas utilidades discursivas –encontradas repetidamente durante el trabajo de campo- de enfoques llamados integrales y/o de derechos. ¿En qué medida operan conflictivamente con valoraciones previas de orden sociomoral? ¿En qué medida se vinculan con prácticas que efectivamente tensionan el “deber ser” moral y biomédico sobre prácticas y orientaciones sexuales? ¿Y en qué medida retoman o reconstruyen los términos de “normal” y de “patológico”?

Concluyendo: busqué aquí presentar distintos fenómenos observados donde la complejidad del momento de atención produjo nuevas preguntas de diverso orden. Como sustrato de lo analizado y de lo propuesto a analizar, se encuentra mi intención de contribuir a la construcción de un sistema de salud accesible y productor de salud para todos los colectivos y poblaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achilli E. Investigar en Antropología Social: los desafíos de transmitir un oficio. Rosario: Laborde; 2005.

Adissi, I. G. La individualización de problemas sociales en contextos de labilidad estatal: el área de Salud Mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria) como punto de mira. Tesis de Maestría. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Argentina. 2010

Adissi I.G. Reveses del Derecho: Estado y vida cotidiana. Un análisis desde el área de salud mental de los CeSACs (Centros de Salud y Acción Comunitaria, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Tesis Doctorado en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires. Argentina. 2013

Almeida-Filho N. La ciencia Tímida: Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología Buenos Aires: Lugar Editoria; 2000.

Almeida-Filho N, Castiel LD, Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud colectiva [Internet]. 2009 [citado 2014-07-31]; 5(3):323-344. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es&nrm=iso>.

Almeida-Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. 1999; 75: 5-30

Araya Umaña S. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 2002.

Barreda V. La representación de la sexualidad como “factor de riesgo” en el modelo médico epidemiológico del sida. En: Álvarez M, compilador. Antropología y práctica médica. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano; 1997.

Batallán G. Docentes de infancia. Antropología del trabajo en la escuela primaria. Buenos Aires: Paidós; 2007.

Batallán G, García J. Antropología y participación. Contribución al debate metodológico. Revista Publicar. 1992;(1).

- Bourdieu P. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona : Anagrama; 1997.
- Bourdieu P, Chamboderon, J.C .y Passeron, J.C. El oficio de sociólogo. Buenos Aires: Siglo XXI; 1975.
- Bourdieu P, Wacquant, L. Respuestas por una antropología reflexiva. México: Grijalbo; 1995.
- Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud colectiva [Internet]. 2010 [citado 23 abril 2014] 6 (1):83-101. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652010000100007&script=sci_arttext
- Butler J. Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. 2a ed. Buenos Aires: Paidós; 2012.
- Castaño Castaño CM, Castaño Castrillón JJ, Dávila Alzate N, González Londoño SP, González Morcillo LF, López Ubaque V, Restrepo Osorio DC, Serna Toro NM, Vásquez López D, Villegas Arenas OA. Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual atendidos en una institución pública de 1° nivel de la ciudad de Manizales (Colombia), 2009-11. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2012 [citado el 14 de enero de 2014]; 12(2):54-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273825390001>
- Castaño Castaño CM, Castaño Castrillón JJ, Dávila Alzate N, González Londoño SP, González Morcillo LF, López Ubaque V, Restrepo Osorio DC, Serna Toro N M, Vásquez López D, Villegas Arenas OA. Caracterización de los pacientes diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual atendidos en una institución pública de 1° nivel de la ciudad de Manizales (Colombia), 2009-11. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2012 [Citado el 29 de abril 2014]; 12 (2): 154-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273825390001>
- Cardona Arango D, Berbesí Fernández DY, Segura Cardona AM. Comportamiento de las consultas por infecciones de transmisión sexual. Medellín, Colombia 2002-2006. Investigaciones Andina [Internet]. 2012 [Citado el 7 de enero de 2014]; 14(25):560-575. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239024339006>.
- Clifford J. Itinerarios transculturales. Barcelona: Gedisa; 1999.

- Cohen S, Burger M. Alianzas con los hombres: un enfoque nuevo en la salud sexual y reproductiva. Informe técnico de FNUAP. 2000;3.
- Cortés B. Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. Nueva Antropología. 1997; XVI (53-52):89-115.
- Durkheim E. Las reglas del método sociológico. Buenos Aires: Ediciones Orbis; 1982.
- Duza, B Capacity building in reproductive health programmers focusing on male environment: a South-to-South framework”, en WHO, Programing for male inviroment in reproductive health. Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health, Ginebra, WHO, pp 115-131; 2002
- Esteban M L. El estudio de la Salud y el Género: Las ventajas de un enfoque Antropológico y Feminista. Salud Colectiva. 2006; 2(1): 9-20.
- Frankel D. Medicalización de la vida. Salud pública y eugenesia social. Remedios de Escalda: De la UNLa;2008.
- Frankenberg R. The impact of HIV-AIDS on concepts relating to risk and culture within British community pidemiology: Candidates or targets for prevention. Social Science & Medicine, 38(10); 1994.
- Frankenberg R. Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. Cuadernos de Antropología Social. 2003; 17.
- Foucault M. Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber. Buenos Aires: Siglo XXI; 1990.
- Friedson E. La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Ed. Península; 1978.
- Gamba S., coordinadora. Diccionario de estudios de género y feminismos. 2a ed. Buenos Aires: Biblos; 2009.
- García Reza C. Factores sociales y su asociación con el comportamiento sexual de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual. Ciencia Ergo Sum [Internet]. 2001 [Citado el 9 de enero de 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10402106>.
- Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1987.

- Giami, A. Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept. *Annual Review of Sexual Research*. 2002;13: 1-35.
- Giddens, A. *Hermenéutica y teoría social*. En: *Profiles and Critiques in Social Theory*, University of California Press. Traducción Mimeo de José Fernando García; 1982.
- Gogna M, coordinadora. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES-UNICEF; 2005.
- Good B. *Medicina, Racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellatierra; 2003.
- Gramsci A. *La alternativa pedagógica*. México: Fontamara; 1987.
- Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2004 [citado 23 abril 2014]; 30(2). Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf>
- Grimberg M. *Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH*. *Cuadernos de Antropología Social*. 2003;17: 79-100.
- Grimberg M, Margulies S, Wallace S. *Construcción social y hegemonía. Representaciones médicas sobre el Sida. Un abordaje antropológico en: Kornblit AL, compiladores. Sida y Sociedad*. Buenos Aires: Ediciones Espacios; 1997.
- Hailborn ML, organizador. *Construcao de si, denero e sexualidade, Sexualidade: o olhar das ciencias sociais*. Río de Janeiro: Jorge Zahar Ediciones; 1999.
- Hawkes S (a). *Interventions to prevent STI/HIV infection in heterosexual men, a systematic review en: Programing for male involvement in reproductive health. Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Heath, Ginebra, WHO; 2002: 7-14.*
- Hawkes S (b). *The sexual health of men in India and Bangladesh: Wath are men's concerns? En: Programing for male involvement in reproductive health. Report of the meeting of WHO Regional in Reproductive Health, Ginebra, WHO; 2002: 88-103.*
- Hart G. *Men's sexual health matters: promoting reproductive health in an international contex. Tropical Medicine and International Health*. 2000;5(7):37-44.
- Heller A. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península; 2002.
- Infesta Domínguez G. *Varones y servicios de SSyR: la visión de autoridades de salud en Argentina. Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2012;2(2):106-141.

Kleinman A. Patient and healers in the context of culture. Berkely: University of California Press; 1981.

Kurokauwa N E, Gomes Sancho L. O acesso de homens a diagnostico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade. Comunicação Saúde Educação. 2013;17(45):463-71.

Lahire B. El espíritu sociológico. Buenos Aires, Argentina. Manantial; 2006

Lamas M. La antropología feminista y la categoría “género”. Nueva Antropología. 1986; VIII (30).

Laurell AC. Investigación en sociología médica. Salud problema: UAM-X. 1978; 1:5-9.

Laurell A.C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales. 1986,37:3-18.

Levin S. Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad? Buenos Aires: Espacio Editorial; 2010.

Lévy-Strauss C. Antropología Estructural. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1995.

Ley 25.673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Sancionada en mayo 2003.

Lipsky M. Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in the public service. Nueva York: Russell Sage Foundation; 2010

Ministerio de Salud - Secretaría de Programas Sanitarios - Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción. LUSIDA. [Internet]. 2015 [citado 5 feb 2015] Disponible en: <http://www.presidencia.gob.ar/sitios-de-gobierno/planes-de-gobierno/2647>.

Margulies S. Candidaturas y VIH-SIDA: Tensiones en los procesos de atención. Cuadernos Médico Sociales, N 74, Rosario; 1998

Margulies S. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina. Intersecciones en Antropología [Internet]. 2010 [citado 7 ene 2014]; (11):215-225. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/iant/v11n1/v11n1a16.pdf>

Margulies S, Stival M, Name J. Condiciones de vulnerabilidad al VIH/Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina [Internet]. 2010 [citado 7 ene 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigaciones>

Marques V. No es natural. Para una sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Anagrama. Cap. 1. 1983.

Marx C. Engels F. Crítica a la ideología Alemana. Crítica a la novísima filosofía alemana en las personas de sus representantes Feuerbach, B. Bauer y Stirner y del socialismo alemán en la de sus diferentes profetas. [Internet]. Montevideo, Ediciones Pueblos Unidos, Barcelona, Ediciones Grijalbo; 1974 [citado 28 marzo 2015]. Disponible en: http://www.socialismo-chileno.org/biblioteca/La_IA_marx.pdf

Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria [Internet].Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud; 30 abril - 7 mayo 1988. Buenos Aires. [citado 28 abril 2014]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_r ol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Menéndez E. Informe: Sistemas locales de Salud. Aproximación teórico-metodológicas. OPS. Reunión: Evaluación del proceso de implantación de SILOS. Sao Paulo, Brasil. México, D.F; 1990

Menéndez E. Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Editorial Alianza; 1990.

Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades.1994; 4(7): 71-83.

Menéndez E. Di Pardo R. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización. Nueva Nueva Antropología. 1997; XVI.

Menéndez E. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2002.

Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saúde Colectiva. 2003; 8(1):185-207.

Menéndez E. Salud y Género: Aportes y Problemas. Salud Colectiva. 2006,2(1):5-7.

Menéndez E. De sujetos saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2009.

Merhy E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Merhy E. Camargo Macruz Feuerwerker L, Burg Ceccim R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en salud. Salud

Colectiva [Internet]. 2006 [citado 23 abril 2014] 2(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04>

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual [Internet]. Argentina; 2004. [citado 28 abril 2014]. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/Guia-FEB13CS4.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria [Internet]. Argentina, 2007 [citado 27 oct 2013] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/manual-normas-obligatorias.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-Sida e ITS [Internet]. Argentina; 2008 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000118cnt-2013-05_boletin-vih-2008.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-Sida e ITS [Internet]. Argentina; 2009 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000119cnt-2013-05_boletin-vih-2009.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-Sida e ITS [Internet]. Argentina; 2010 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000120cnt-2013-05_boletin-vih-2010.pdf

Ministerio de Salud de La Nación. Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud [Internet]. 2010 [citado 27 oct 2013] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/mapa/06/index_enos.html

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-Sida e ITS [Internet]. Argentina; 2011 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000121cnt-2013-05_boletin-vih-2011.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-Sida e ITS [Internet]. Argentina; 2012 [citado 23 abril 2014]. Disponible en:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000035cnt-2013-05-07_boletin-epidemiologico-2012-web.pdf

Ministerio de Salud de La Nación. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Leyes que reconocen tus derechos [Internet]. 2012 [citado 29 abril 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>

Ministerio de Salud de La Nación. Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)-Notificación C2- Listado condensado. Provincia de Buenos Aires-Región VII- Moreno, Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Moreno, 2012

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-Sida e ITS [Internet]. Argentina; 2013 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Integrado de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. 2013(a) [citado 7 ene 2014]; 190. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin%20Integrado%20De%20Vigilancia%20N190-SE39.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Integrado de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. 2013(b) [citado 7 ene 2014]; 190. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin%20Integrado%20De%20Vigilancia%20N193-SE42.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos programáticos. Instituto Nacional del cáncer. Pautas para el tamizaje. [Internet]. 2015 [citado 22 marzo 2015] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/index.php/equipos-de-salud/lineamientos-programaticos>

Miranda M. Controlar lo incontrolable: una historia de la sexualidad en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2011.

Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva [Internet]. OMS; 2006 [citado 15 nov 2013]. Disponible en:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006 2015: romper la cadena de transmisión [Internet]. OMS; 2007 [citado 7 ene 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/es/>

Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual (2a ed.) [Internet]. OMS; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243593401_modulo1_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. OMS; 2009 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre el VIH/Sida [Internet]. OMS; 2009 [citado 27 feb 2014] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/facts/es/index2.html>

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. OMS; 2010 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS10_Full.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N°110 [Internet]. OMS; 2011 [citado 14 ene 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>.

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. OMS; 2011 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. OMS; 2012 [citado 23 abril 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitStream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. OMS; 2013 [citado 23 abril 2014] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitStream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. Global Helth Observatory [Internet]. OMS; 2014 [citado 23 abril 2014]. Disponible en:

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1357STI?lang=en>

Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015 [Internet]. OPS; 2005. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23854&Itemid

Pantelides E. A., Gaudio M. Uso de los servicios de salud reproductiva por varones de dos ciudades argentinas. *Salud Colectiva*. 2009;5(2):195-209.

Pantelides E. A., Gaudio M y Mazelli H. Qué harían los hombres frente a problemas de salud sexual y reproductiva. *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad. La investigación social de la diversidad*. Buenos Aires: Biblos; 2011.

Potenziani Biguelli JC, Potenziani Pradella SD. Historia de las enfermedades venéreas. *Colección Razetti*, 2011;XI:189-296.

Reguillo C. La clandestina centralidad de la vida cotidiana. *Causas y azares*. 1998;5(7):98-110.

Recoder L. Vivir con HIV-Sida. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados [Tese de Doutorado]. Brasil: Universidade Federal Da Bahia; 2006.

Rockwell E. La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 2009.

Russo J, Rohden F, Torres I, Faro L. O Campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009;19(3):617-636.

Russo J. A Terceira onda sexológica: Medicina sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*[Internet]. 2013 [citado 27 feb 2014];14:172-194. Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/viewFile/6985/4922>

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Salud y Asistencia Sanitaria. Dirección de Epidemiología y Evaluación Sanitaria. Población según edad y sexo por área programática Censo 2010 (INDEC). Moreno; Marzo 2014

Schutz A. El problema de la realidad social, Buenos Aires: Amorrortu; 1995

- Singer M. Reinventando la antropología médica: hacia un realineamiento crítico. *Social Science & Medicine* [Internet]. 1990. [citado 22 agos 2014]; 30(2): 179-187. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536/30/2>
- Sousa Campos G. *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
- Souza Minayo M.C. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2009.
- Tajer D, compiladora. *Género y Salud: las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012.
- Spinelli, H. *Salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
- Testa, M. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006
- Urquía M.L. *Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología*. Buenos Aires: UNLA; 2006.
- Weeks J. *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa Ediciones; 1993.
- Wynnter H. *Male participation in reproductive health, a Caribbean imperative, Programming for male involvement in reproductive health. Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health*. Ginebra: WHO, 2002:104-114.

ANEXO A

ITS. Etiología.

Cuadro 2: Infecciones de transmisión sexual. Etiología.

Patógeno	Agente etiológico	ITS	Período de Incubación
Bacterias	Treponema pallidum	Sífilis	21 días
	Nessiseria gonorrhoeae	Gonorrea	3 a 5 días
	Chlamydia trachomatis	Uretritis, cervicitis	8 a 15 días
	Chlamydia trachomatis L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo	8 a 21 días
	Haemophilus ducreyi	Chancroide	3 a 5 días
	Klebsiella granulomatis	Granuloma inguinal	2 semanas a 3 meses
	Mycoplasma hominis Ureaplasma urealyticum	Uretritis, cervicitis	1 a 3 semanas
	Shigella sp Campylobacter sp	Enteritis Enteritis	Variable, depende de la infección
	Microorganismos asociados con la vaginosis bacteriana (Gardnerella vaginalis, Mobiluncus sp)*	Vaginosis bacteriana, Uretritis	Depende de la infección
	Virus	Virus del Herpes simple tipo 2 y 1 (VHS) Virus del herpes humano tipo 5 (Citomegalovirus)	Herpes simple genital Úlceras genitales
Virus del herpes humano tipo 8 Virus del papiloma humano (VPH)		Sarcoma de Kaposi Condilomas acuminados	Variable (en SIDA) 1 a 3 meses
Virus de la Hepatitis B (VHB) y C		Hepatitis B y C	4-26 semanas (media 6 a 8)
Virus del Molluscum contagiosum (VMC) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)		Moluscos contagiosos SIDA	1 a 2 meses Variable
Protozoarios	Trichomonas vaginales	Tricomoniasis vaginalis	1 a 3 semanas
	Entamoeba histolytica Giardia lamblia	Uretritis, Úlceras genitales, Enteritis	2 a 4 semanas
	Candida albicans y sp.	Candidiasis vaginal, Balanopostitis, Uretritis	2 a 4 semanas
Ectoparásitos	Sarcoptes scabiei	Sarna	2 a 4 semanas
	Phthirus pubis	Pediculosis del pubis	8 a 10 días

*Actualmente vaginosis bacteriana no es considerada como una ITS

Realizado por los Drs. Carlos Cruz/Ubaldo Ramos

Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004, p11).

Las ITS son causadas por más de 30 agentes (p13) y las vías de transmisión son:

- Relaciones sexuales sin protección (preservativo).
- De madre a hijo: durante el embarazo; durante el parto; por leche materna (VIH solamente).
- Transfusión u otro contacto con sangre o hemoderivados. (p13).

Las complicaciones y secuelas que pueden ocasionar las ITS se describen en el Cuadro 3.

Cuadro 3: Complicaciones y secuelas por infecciones de trasmisión sexual.

Hombres	Mujeres	Niños/as
Orquiepididimitis	Enfermedad inflamatoria pélvica.	Bajo peso al nacimiento
Estenosis uretral	Dolor pélvico crónico	Malformaciones congénitas.
Infertilidad	Embarazo ectópico	Daño ocular, pulmonar, auditivo, óseo y neurológico
	Aborto	
	Parto prematuro	
	Muerte perinatal	
	Infecciones post parto	
	Mortalidad materna	
	Infertilidad	
	Cáncer de cérvix	

Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2004, p.13)

Las ITS seleccionadas para comunicar, con su estrategia de vigilancia asignada son:

- Sífilis Temprana: clínica
- Sífilis, cualquier estadio: Grupos centinelas en embarazadas, bancos de sangre, otros.
- Supuración genital gonococcica: clínica
- Supuración genital no gonococcica: clínica
- Sida: clínica-laboratorio
- VIH: laboratorio/ Grupos centinelas en embarazadas, bancos de sangre, otros.

En la categoría de Enfermedades Transmisibles pero siendo también una ITS se encuentra la Hepatitis B (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004, p.18).

APÉNDICE A

Guía para entrevista abierta a profesionales médicos.

Durante la entrevista se indagará sobre las diferencias en la atención entre hombres y mujeres así como entre las distintas edades de las personas y grupos poblacionales que concurren a la atención.

Eje: Presentación del entrevistado/a:

- Recorrido del profesional.
- Comienzo en el municipio y en la unidad sanitaria donde se desempeña
- Actividades que realiza en la unidad sanitaria.

Eje: población:

- Población que asiste a la unidad sanitaria.
- Motivos y formas de acceso.

Eje: formas de atención:

- Proceso de atención de una persona que asiste por primera vez: preguntas de rutina, qué registra, cuándo y cómo revisa, qué tiempo toma esa atención.

Eje: atención de las ITS:

- ¿Consultan personas con alguna ITS? (cuáles, con qué frecuencia)
- ¿Cómo consultan? (solas, con vergüenza, asustadas, tranquilas, informadas, con dudas, por otros motivos) ¿Qué se dialoga? ¿Cómo aborda el tema?
- Estado y/o evolución de la/s infección/nes en las personas que consultan: ¿En qué condiciones llegan las personas? ¿Por qué considera que así llegan?
- Tiempos que destina para la atención de una infección de este tipo.
- Tratamientos: cómo son, qué dificultades encuentra para su realización (¿a quiénes y por qué considera les resulta más difícil completarlos?)
Medicaciones y formas de acceso a las mismas.
- ¿Cómo es su experiencia en la prevención de ITS durante la atención?

Eje: estrategias de APS para la prevención de las ITS.

- ¿Cómo es el trabajo referido a este tema dentro de la unidad sanitaria?
- Derivaciones.
- Registro
- ¿Se requiere de especialistas para abordar este trabajo? ¿Cuáles? ¿Por qué?

Eje: trabajo en Salud Sexual en APS.

- Desarrolla el trabajo en APS (cuál, por qué, cómo)
- Desarrollan el trabajo en este eje en la unidad sanitaria (quiénes lo hacen)