

margen N° 81 - julio 2016

Estrategias de prevención y promoción desde una perspectiva de género centrada en varones

Por María Díaz Colodrero y Carla Lavagnino

María Díaz Colodrero y Carla Lavagnino. Trabajadoras Sociales.

Introducción

El presente trabajo final se enmarca en el segundo año de la Residencia de Servicio Social del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. El mismo se lleva a cabo a partir de la inserción e intervención en diferentes espacios de rotación: sala de espera del Servicio de Neumotisiología de Tuberculosis (TBC) y Control de Contactos, y el consultorio del Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico de VIH-Sida (CEPAD) durante los meses de junio de 2015 a enero de 2016.

Las experiencias que adquirimos en dichos espacios, nos permitieron pensar sobre diversas dimensiones que se ponen en juego y en tensión en las estrategias de prevención y promoción de la salud. Estas son las dimensiones de cuidado compartido, contexto como condicionante de la cotidianidad y subjetividad. Nuestra intención es poder reflexionar sobre las mismas a partir de la inclusión de la perspectiva de género.

Consideramos al campo de la salud como un espacio social en el que se disputan definiciones y sentidos sobre las estrategias de prevención y promoción, que generalmente se ven atravesadas por una concepción positivista y hegemónica de la salud-enfermedad que direcciona sus intervenciones.

A su vez, esta direccionalidad focaliza en la enfermedad y en dimensiones, como riesgo y autonomía, intentando culpabilizar y responsabilizar a las personas por su salud-enfermedad. De este modo nos preguntamos: ¿cómo promover prácticas de promoción de la salud que no culpabilicen a las personas por sus modos de vida?, ¿cómo prevenir y curar sin limitarse a prescripciones de comportamientos?, ¿se previenen o promocionan aspectos que hacen a las condiciones de vida de las personas, las cuales influyen directamente en sus maneras de vivir, enfermar y morir?

Entendemos que la concepción hegemónica mencionada es reduccionista y empobrece las estrategias de prevención y promoción de la salud. En este sentido, pretendemos visibilizar que en el proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA) se ponen en juego otras dimensiones y que, centrados desde una perspectiva de género que incluya las dimensiones sociales, históricas, políticas y culturales que atraviesan las personas, se enriquezcan las miradas, al dar cuenta del modo específico en el que interactúan las mismas.

Por otra parte, pero en íntima relación con la anterior, incluimos la dimensión de cuidado compartido, que construye una obligación entre instituciones y personas en PSEA, que busca alejar o problematizar las nociones de riesgo y autonomía entendidas desde una lógica individual.

Por último, agregamos la dimensión subjetiva que refiere a la manera singular que, mediante normas y valores sociales, se moldean los géneros y que repercuten en el universo de sentidos, las representaciones y la manera de habitar la cotidianidad de las personas.

En nuestra experiencia nos encontramos con equipos de salud que intentan disputar el sentido de las estrategias de prevención y promoción tomando en cuenta estas dimensiones como parte del PSEA.

En el caso del CEPAD, nuestra intervención estuvo enmarcada en la atención de consultorio, al que se accede por demanda espontánea y que ofrece la realización del estudio VIH-SIDA mediante asesoramiento pre y post test. En el caso del espacio de sala de espera de TBC, nos referimos a un proyecto de charlas/talleres que diseñamos para trabajar de manera grupal donde se recuperan los saberes y sentires de las personas participantes.

Nuestra intención es poder relacionar todas estas dimensiones desde una perspectiva de género, centrada en varones. Tanto en el espacio de TBC como CEPAD, se trabajan infecciones que afectan de modo dominante a los varones. En este sentido, el estudio estadístico de TBC del Hospital Dr. E. Tornú, realizado por el Grupo de Contactos en el año 2014, revela que, de los 124 casos en tratamiento, el 62% eran hombres **-I-**. En relación al VIH-SIDA, *“la tendencia general indica que la razón hombre/mujer ha ido en ascenso, pasando de 0.89 a 1.21 para el período 2009-2012 (Arevalo, Betti, Durán, Nan, Vulcano, & Portnoy, 2014)”* (WELLER y otros, 2015:18).

Al respecto, nos preguntamos: ¿las políticas y estrategias de prevención y promoción de la salud tienen en cuenta las particularidades de las distintas masculinidades en hombres?, ¿de qué manera?, ¿qué espacios son posibles para trabajar con estas masculinidades?, ¿qué relación subsisten entre la categoría de género, salud y lo subjetivo?, ¿cómo podríamos generar espacios que tengan en cuenta estos aspectos y los asuman como prioritarios, al momento de diseñar estrategias de intervención?, ¿cómo interpelan estos aspectos al trabajo social?

Estos interrogantes abren un panorama complejo a la hora de pensar las prácticas profesionales y, por ello, sostenemos que desde nuestros espacios somos actores fundamentales para poder problematizar estas dimensiones y propiciar acciones que las consideren al momento de la intervención.

En este sentido, nos proponemos como objetivo general del trabajo:

Reflexionar sobre el sentido que adquieren las estrategias de prevención y promoción en el consultorio de CEPAD y la sala de espera de TBC, desde una perspectiva de género centrada en varones.

A partir de este los objetivos específicos que se despliegan son:

- Recuperar las estrategias de prevención y promoción llevadas a cabo en sala de espera de TBC y consultorio de CEPAD.
- Reflexionar sobre la construcción de la identidad masculina y las estrategias de prevención y promoción de la salud desarrolladas por los varones.
- Analizar las dimensiones de cuidado compartido, contexto como condicionante de la cotidianidad y de subjetividad en las estrategias de prevención y promoción.

Para poder concretar los objetivos retomamos los relatos que hemos obtenidos en estos espacios. La importancia de recuperar estas palabras deviene, no sólo en dar cuenta de las actividades que

hemos llevado a cabo, sino también, como una forma de visibilizar las experiencias de las personas con las que trabajamos desde nuestra disciplina.

El trabajo se divide en tres capítulos: el primero que hace referencia a la construcción de la identidad masculina; el segundo aborda las estrategias de prevención y promoción en el campo de la salud y el último refiere a las experiencias de trabajo en las charlas de salas de espera de TBC y consultorio de CEPAD. Por último, se realizan reflexiones finales.

Fundamentación

A partir de nuestra inserción en el consultorio del CEPAD y la sala de espera de TBC evidenciamos que reflexionar en torno a la prevención y la promoción de la salud desde una perspectiva de género, centrada en varones, significa un aporte novedoso para el trabajo social en varios aspectos.

En primer lugar, es dar cuenta del género como un determinante del PSEA, que condiciona el modo en que mujeres y hombres van a cuidar su salud, transitarla, percibir los síntomas, acceder al sistema de salud, entre otros aspectos.

Si trazamos una genealogía, podemos visualizar que las mujeres y los/as niños/as han sido históricamente constituidos como el colectivo primordial de atención de la salud. Las primeras debido a su posibilidad de procreación y a la responsabilidad del cuidado sobre la salud de sus hijos/as; y los/as segundos/as desde una concepción de disciplinamiento como futura mano de obra. Así, en el ámbito de la salud, se ha reducido a ambos grupos como meros objetos de control.

Por el lado de los hombres, y debido a cuestiones estructurales del patriarcado que les impone determinados atributos, funciones y valores, construidos culturalmente, fueron el colectivo relegado del sistema de salud y su llegada o acercamiento al mismo suele realizarse de manera tardía, con cuadros de salud complejos.

Esto nos permite afirmar que en el sistema de salud aún persiste una concepción binómica de los sexos, que los separa en hombre-mujer e intenta homogenizarlas en su interior como algo biológico; y asignándole a cada cual un determinado deber-ser.

En este sentido creemos que la perspectiva de género permite cristalizarlo como una construcción social, política, cultural en permanente disputa. Debido a este carácter dinámico, se visibiliza que lo que se intenta imponer desde el patriarcado como lo “normal” para cada sexo puede ser redefinido y singularizado de un modo particular para cada persona, lo que reflejaría que subsisten expresiones heterogéneas de las sexualidades y de las identidades.

Es a partir de aquí que nos han interpelado las distintas estrategias que se implementan para prevenir y promocionar la salud y que, en muchos casos, no se corresponden con las realidades de las personas y sus posibilidades de llevarlos a cabo, muchos menos cuando se trata de intervenir con varones.

Nuestra intención es que desde esta perspectiva podamos visibilizar la forma en que se ponen en juego las dimensiones de cuidado compartido, del contexto como condicionante de la vida cotidiana y la de subjetividad en el PSEA.

Consideramos que, en general para el ámbito de la salud como en particular para el trabajo social, este trabajo puede aportar una lectura crítica y analítica para repensar nuestras estrategias de

prevención y promoción sobre todo cuando intervenimos con varones.

Capítulo 1

Construcción de la identidad masculina

En este apartado realizaremos una breve caracterización de cómo se conforma el género, particularmente en los varones.

Partimos de la propuesta de varios/as autores/as que destacan que el patriarcado impone modelos universalizados de lo que debiera ser hombre y mujer. En este sentido, es posible identificar cierta versión de masculinidad que se instituye en norma y deviene en hegemónica, incorporándose en la subjetividad tanto de hombres como de mujeres. Así se van a determinar mandatos sociales de lo que se espera de los hombres: que sean importantes, activos, autónomos, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controlados, heterosexuales, los proveedores en la familia y que su ámbito de acción esté en lo público.

Al respecto Olavarria y Parrini sostienen:

“este patrón hegemónico de la masculinidad, ‘norma’ y ‘medida’ de la hombría, plantea la paradoja de que los hombres deben someterse a cierta ‘ortopedia’, a un proceso de ‘hacerse hombres’, proceso al que está sometido el varón desde la infancia (...) los varones deben superar ciertas pruebas como: conocer el esfuerzo, la frustración, el dolor, haber conquistado y penetrado mujeres, hacer uso de la fuerza cuando sea necesario, ser aceptados como hombres’ por los otros varones que ‘ya lo son’, y ser reconocidos como ‘hombres’ por las mujeres” (Olavarría y Parrini, 2000: 14).

Estas ideas y representaciones se tornan hegemónicas, se naturalizan y se corporalizan, ocultando el carácter social, histórico y cultural del género. Tal como lo define Lamas *“el género es el conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando la diferencia sexual como base. Esta construcción social funciona como una especie de ‘filtro’ cultural con el cual se interpreta al mundo” (Lamas, 2007).*

Entonces, tantos los cuerpos como las ideas que operan sobre éstos son construcciones contextualizadas, es decir, surgen en determinados momentos y con objetivos bien direccionados. Así podemos dar cuenta que la masculinidad es una construcción cultural que se reproduce socialmente y que, por tanto, no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones.

Sin embargo, muchos/as autores/as intentan problematizar estas concepciones homogéneas develando que no sólo existen desigualdades entre los géneros, sino que también, coexisten desigualdades al interior de los géneros.

Pero cuando estas categorías se entran en una relación entran en tensión: aquello que se busca universalizar como femenino o masculino se obstaculiza cuando algunas conductas que se esperan para las mujeres las realizan los hombres o a la inversa, por ejemplo, cuando un hombre se depila o una mujer conduce un colectivo. En este sentido, entendemos que tanto lo “femenino” como lo “masculino” se vivencia de un modo singular en cada subjetividad.

Al considerar estas relaciones debemos tener en cuenta en qué lugar se desenvuelven, quiénes se encuentran formando parte de esa relación, que posición ocupan dentro de la sociedad y dentro

de esa relación, con qué recursos cuentan. El género determina y es determinado por las historias, culturas, clases sociales, políticas, etnias, entre otras construcciones sociales.

En este sentido, Connel insiste en reconocer múltiples masculinidades a través de establecer una tipología para reflejar su heterogeneidad. Hace referencia a una *masculinidad hegemónica* que es la que legitima y garantiza el patriarcado, aunque entiende que esa hegemonía puede ser disputada ya que es una relación históricamente móvil; una *masculinidad subordinada*, dominada por la hegemónica; una *masculinidad cómplice* que hace referencia al poder que tienen los varones por el sólo hecho de ser hombres y, en su cotidianidad, le sacan rédito a esa condición; y una *masculinidad marginal*, que la autora mencionada refiere como

“aunque el término ‘marginación’ no es el ideal, no puedo utilizar uno mejor para referirme a relaciones entre las masculinidades en las clases dominante y subordinada o en los grupos étnicos. La marginación es siempre relativa a una autorización de la masculinidad hegemónica del grupo dominante” (Connel, 1997: 42).

Entendemos que estas relaciones nos han aproximado a determinar el modo en que se construyen las identidades masculinas, que se reconfiguran en una relación cambiante de acuerdo a cada contexto particular. Ahora intentaremos determinar cómo operan estas subjetividades en el campo de la salud, para esto se hace necesario repensar las estrategias que subyacen al interior de éste, y desde ahí poder disputar otros sentidos sobre las mismas.

Capítulo 2

Estrategias de prevención y promoción en el campo de la salud

- *Historización de los conceptos de prevención y promoción de la salud*

En el siguiente apartado intentaremos problematizar los conceptos sobre prevención y promoción de la salud y sus estrategias de intervención tradicionales. En ocasiones, éstas prácticas pueden convertirse en obstáculos debido al modo en que se define y trabaja con la población, que la estigmatiza y la culpabiliza por sus prácticas de salud, impartiendo información universalizada que pierde de vista los contextos en los cuales interviene.

En líneas generales, la concepción hegemónica entiende que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad apuntan a realizar acciones e intervenciones integrales, orientadas a que la población mejore sus condiciones de vida y puedan mantenerse sanos.

Castiel, Rodrigues Guilam y Santos Ferreira remontan el surgimiento de los postulados de prevención y promoción de la salud a la década del '70, a partir de ideas forjadas en los países centrales que ponían énfasis en factores de riesgo individuales-biológicos, del medio ambiente, estilos de vida y el sistema de salud propiamente dicho; incentivando a las personas a *“asumir la responsabilidad por su propia salud y para reducir gastos del sistema de salud”* (Castiel y otros, 2010: 20).

Los mismos autores explican que estas concepciones encontraron sus limitaciones y, hacia mediados de la década del '80, surge una nueva vertiente que intenta profundizar el abordaje de la promoción de la salud. Si bien, siguen basándose en la idea de riesgo, *“su foco está dirigido a los condicionantes más generales de la salud, así como a los indisociables ambientes social,*

económico y cultural” (Castiel y otros, 2010: 20), donde a su vez, hacen hincapié en la participación social y el empoderamiento. De esta manera se complejizó la mirada, pero la responsabilidad individual por la salud seguía permeando las acciones.

En este sentido, Dina Czeresnia plantea una primera dificultad en relación con la promoción de la salud pública. La define

“como la responsable de la prevención de la salud, mientras sus prácticas se organizan en torno a los conceptos de enfermedad (...) el concepto de enfermedad se constituyó a partir de una reducción del cuerpo humano (...) el cuerpo es desvinculado de todo el conjunto de relación que constituyen los significados de la vida” (Czeresnia, 2006: 2).

Esto nos lleva a pensar que las propuestas de prevención y promoción parten de una concepción universal sobre la salud y la enfermedad, que afectaría a todas las personas de la misma manera y que atraviesa a todas las instituciones de igual forma. Entendemos que esto conlleva a que no se asuman las particularidades que coexisten en cada coyuntura, lo que a lo largo de las décadas ha cristalizado los obstáculos que se evidencian en materia de prevención y promoción.

Siguiendo esta línea, Sousa Campos sostiene que la implementación de algunos programas dirigidos a realizar acciones de prevención y promoción de la salud, como por ejemplo los que apuntan a reducir la mortalidad infantil en Latinoamérica, si bien pueden considerarse “exitosos”, con el paso del tiempo se estandarizaron, naturalizaron y consideraron como métodos ideales para alcanzar dichos objetivos. En palabras del autor, estas *“acciones que acertaron para enfrentar algunos acontecimientos productores de enfermedades son transformadas en recetas para todos los procesos”* (Sousa Campos, 1998:84).

Se han ido estableciendo históricamente modelos homogéneos de prevención y promoción, que definen cuál es el problema de salud a intervenir y buscan impartir un determinado discurso, destinado a grupos o poblaciones que las propias políticas consideran sus destinatarios. Se construye así un pensamiento que se materializa en una práctica conservadora, que se pone en tensión con la heterogeneidad de lo que acontece en la cotidianidad de todas las personas en general, y de los hombres en particular.

- *Servicios de salud y masculinidad*

Al recorrer los pasillos del Hospital se observa que son mayormente las mujeres las que recurren a la atención y al cuidado de su salud. Nuestra intención es reflexionar lo qué estaría sucediendo por el lado de los varones.

Así como reconocemos la existencia de una construcción relacional entre los géneros, también afirmamos una construcción relacional entre las instituciones y los géneros. Ambos se someten en una relación dialéctica en la cual son determinados e interpelados mutuamente.

Observamos que en el campo de la salud se reproduce una concepción que legitima una supuesta circunscripción biológica de los sexos. Se ha establecido la socialización, exposición y disciplinamiento del cuerpo de la mujer, al tener que someterse -en términos de Foucault- a la medicalización de su cuerpo en diferentes etapas de su vida, se espera de ella el cuidado y la protección, pero también se la considera vulnerable, lógica que opera como ideal para disciplinarla mediante técnicas preventivas que la medicina impone. Por el lado de los hombres, se esperan conductas totalmente opuestas, que demuestren su hombría, su invulnerabilidad y rudeza.

Estas expectativas sociales, valores y normas moldean las subjetividades y repercuten en el modo en que tanto varones como mujeres van a percibir su salud.

Benno de Heijzeir sostiene que

“la ausencia del varón, su invisibilidad, tiene que ver con las maneras en que se estructura la identidad de género masculina y sus contenidos, no sólo a nivel individual o colectivo, sino también de los propios servicios de salud. En los hombres están especialmente presentes: la noción de invulnerabilidad, ‘a los varones nunca les pasa nada’” (de Heijzeir, 2006:7).

Por el lado de los varones observamos que estas dificultades se incrementan

“porque no hablan de sus problemas de salud, porque constituiría una demostración de debilidad, de feminización frente a los otros y otras” (...) *“En general, el autocuidado, la valoración del cuerpo en el sentido de la salud es algo casi inexistente en la socialización de los hombres. Al contrario, el cuidarse o cuidar a otros aparece como un rol netamente femenino”* (de Heijzeir, 2006: 7-8).

En este sentido, tanto desde los servicios de salud como la subjetividad masculina, configuran una relación mutuamente excluyente lo que da como resultado el alejamiento y el reforzamiento de la vulnerabilidad y la marginación de los varones. Apuntamos a la necesidad de reflexionar sobre los compromisos que deben asumir los servicios de salud en esta dirección a fin de garantizar un cuidado compartido en la salud de los varones.

- *Propuestas para estrategias de prevención y promoción de la salud*

En el caso del trabajo con hombres, tal como vimos en el apartado anterior, no debemos olvidar que al interior de la población masculina subsisten diferentes maneras de vivirla. Aunque, tal como mencionamos, existe un modelo hegemónico de masculinidad, culturalmente construido, que presenta al varón como esencialmente dominante y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan a este modelo. Entendemos que, desde el sistema de salud, mientras no se tengan en cuenta estas características se reproducen esos modelos que, además de reforzar la discriminación, se alejan de la posibilidad real de trabajar con varones.

Tal como venimos exployando, las ideas hegemónicas de prevención y promoción de la salud se vuelven reduccionistas por establecer un modelo estandarizado. En estas concepciones subyacen los conceptos de autonomía y riesgo. El primero hace referencia a la idea de autonomía de las personas que se atienden, y el segundo a la idea del riesgo al que las personas están constantemente expuestas.

Respecto a la idea de autonomía, no podemos dejar de entenderla en el marco de un contexto particular como lo es el neoliberalismo y que hoy en día sigue teniendo repercusiones. Es decir, aquellos condicionantes sociales, económicos y políticos, que se empiezan a implementar desde la década del '70, han demarcado e interpelado las prácticas de salud de un modo particular. Como sostiene Czeresnia se establece la idea de *“una autonomía regulada y estimulando la libre elección según una lógica de mercado”* (Czeresnia, 2006: 2), lo que trae aparejado un corrimiento desde las responsabilidades del Estado y una idea de culpa a nivel individual. En este sentido, una visión individualista de la autonomía responsabilizaría las elecciones sobre los estilos de vida que adoptan las personas, que repercuten en su salud y enfermedad.

En relación al trabajo con varones, Heijzeir plantea que

“vista desde la perspectiva de género, la relación entre trabajo y cuidado de la salud es abiertamente contradictoria por diversas razones. Una razón importante tiene que ver con la

centralidad del trabajo en la construcción de la identidad masculina (...) que se refuerza con el rol de proveedor que históricamente ha jugado en la familia. El cuerpo es vivido como instrumento para esos fines” (Heijzeir,2006: 5).

En este sentido, ¿qué autonomía es posible cuando están atravesados estos mandatos sociales, culturales, económicos, entre otros, incorporados en la subjetividad?

Íntimamente relacionado con el concepto de autonomía, aparece la noción de riesgo como aquella *“entidad que tendría una ‘existencia’ autónoma, objetivable, independiente de los complejos contextos socioculturales en los que se encuentra la persona” (Castiel y otros, 2010:14).*

Entendemos que las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas se entran de un modo particular y específico, lo que a nuestro entender, van a condicionar los riesgos a los que nos vemos expuestos y las autonomías que poseemos. En este sentido, y en relación a los hombres, Heijzeir sostiene a

“la búsqueda de riesgo como un valor de la propia cultura, reforzado por los medios masivos, especialmente en los hombres jóvenes; la creencia de que la ‘sexualidad de los hombres es instintiva y por lo tanto es descontrolada’ y, por lo tanto, de poco serviría tratar de normarla, encausarla o de socializar a los varones en conductas preventivas, a través de los servicios de salud” (Heijzeir, 2006: 7).

Entonces, en referencia a las personas con las que trabajamos, haciendo foco en los varones, que reproducen su vida en contextos de pobreza, inseguridades, vulnerabilidades y/o marginalidades, nos preguntamos ¿cómo podemos llevar a cabo en las prácticas o estrategias todo este bagaje teórico de prevención y promoción, teniendo en cuenta que dista concretamente de sus condiciones de vida? ¿cómo responsabilizarlos por sus condiciones de vida? ¿A qué tipo de riesgos se ven expuestos cotidianamente que influyen su salud? ¿Qué otras opciones serían posibles para poder realizar un cambio en estas concepciones culpabilizadoras que incluya las particularidades del género masculino?

En el caso de las estrategias de prevención y promoción de la salud en enfermedades como lo son la TBC y el VIH-Sida necesariamente deben ser redefinidas en los contextos actuales. Sin embargo, en muchas ocasiones, al abordarlas se reproducen discursos previamente establecidos, ligados al surgimiento de las epidemias, que no responden a las complejidades del momento, ni a las necesidades de los varones, que se encuentran sobrerrepresentados en esas enfermedades.

En este sentido, una dimensión que consideramos fundamental incluir en las estrategias de prevención y promoción, además del contexto, es la subjetividad. Es aquí donde se hace énfasis en lo que piensan, sienten, dicen y hacen los actores. Actores que tienen que ver, por un lado, con aquellos que están pensando, redefiniendo y llevando a cabo las estrategias de salud y, por otro lado, aquellos que estarán interpelados por las mismas, es decir, las personas, grupos o sectores comunitarios específicos a los que están dirigidos.

En relación a los determinantes subjetivos, los sujetos crean y recrean sus prácticas cotidianas en íntima relación con la estructura material en la que se insertan. Como expone Custo, tomando las palabras de Sternbarch

“la subjetividad puede ser considerada producción intersubjetiva y social, por ende, históricamente construida. Sin embargo, no es historia coagulada sino historización permanente en relación con las marcas productivas que los encuentran con los otros y con la experiencia cultural van produciendo a lo largo de la vida” (Custo, 2004: 21).

Consideramos a la prevención y a la promoción de la salud como un proceso dialéctico que va desde lo general a lo particular, que no subestima los saberes acumulados, las prácticas y estrategias que se han implementado en algún momento, las experiencias previas y las coyunturas. En este sentido las estrategias de prevención y promoción de la salud atraviesan a todo el sistema de salud, a cada instante y en cada encuentro particular.

A partir de esta perspectiva teórica-metodológica y postura ética-profesional es que redefinimos nuestras estrategias de prevención y promoción con varones en espacios singulares como la sala de espera de TBC y el consultorio de CEPAD, y que pensamos recuperarlos en el próximo apartado.

Capítulo 3

Experiencias de trabajo en Prevención y Promoción de la salud con varones

El siguiente capítulo se centra en el análisis de las estrategias de prevención y promoción que hemos implementado en la sala de espera de TBC y en el consultorio de CEPAD.

Resaltamos que cada espacio tiene sus propias particularidades. En el caso de TBC, se caracteriza por ser un dispositivo de asistencia, que aborda una enfermedad infecto-contagiosa. Si bien se intenta trabajar con una mirada que no culpabilice a la persona por estar enferma, los objetivos también están direccionados a trabajar con los contactos para cortar con la cadena de contagios.

Distinto es lo que sucede en el CEPAD. Éste funciona como un dispositivo de prevención, que se caracteriza por ser voluntario y confidencial.

Ambas enfermedades tienen gran relevancia, la primera ha sido emblemática en el Siglo XIX y la segunda en el Siglo XX, lo que produjo que se convirtieran en temas de agenda pública.

Una característica común que asumen ambas enfermedades es que están ligadas a la estigmatización que viven las personas diagnosticadas. Al ser dos enfermedades, una contagiosa y la otra transmisible, se reproducen y profundizan los miedos y mitos que se construyen alrededor de las mismas. En relación a esto, se intenta trabajar que las personas diagnosticadas puedan decidir a quién contar y compartir su diagnóstico en el tiempo que ellas consideren necesario, con el fin de reducir los daños que causa el estigma.

A nivel epidemiológico en general se destaca la prevalencia de hombres en ambas enfermedades. En particular, al interior del Hospital, en ambos dispositivos, hemos observado que dicha prevalencia se confirma. En general, los varones que se acercan a atender llegan con cuadros tardíos de enfermedad de TBC, o bien cuando han realizado prácticas sexuales sin protección y desean realizar el testeo de VIH-Sida.

Estos datos nos llevan a pensar que, para diseñar estrategias de prevención y promoción, es necesario preguntarse: ¿quién es el otro que se acerca?, ¿de dónde viene?, ¿qué viene a buscar? Este posicionamiento nos permite, por un lado, acercarnos a esa persona que ocupa una posición social determinada, cuyas ideas, representaciones sociales, simbólicas y subjetividades se encuentran atravesadas por sus condiciones materiales de existencia. En el caso de las personas con las que trabajamos en estos dispositivos, se caracterizan mayormente por ocupar un lugar de subordinación en la sociedad donde sus derechos se encuentran vulnerados. Pero, por otro lado, no podemos dejar de pensar que son hombres, y que, generalmente, por su condición de género no fueron socializados para realizar prácticas de cuidado de la salud.

Esto nos plantea un desafío: pensar al encuentro con ese “otro” como un espacio de intercambio de significados y saberes propios, que favorezcan la interacción, la circulación de la palabra y en el cual se considere el contexto particular en el que desarrolla su vida cada persona; y desde ahí diseñar estrategias para construir nuevos saberes compartidos.

Considerar estos aspectos implica un ejercicio para los equipos de salud. Por un lado, es dar cuenta que la persona que se acerca al sistema de salud viene con cierto conocimiento de su cuerpo y de lo que le pasa. Como sostiene Czeresnia *“es fundamental valorar y crear formas de ampliación de las vías de apertura a los sentidos. El punto de partida y de referencia de la experiencia de la salud y de la enfermedad es la primera intuición del cuerpo”* (Czeresnia, 2006: 6), esto implicaría otorgarle mayor protagonismo a la vivencia singular del enfermar que trae la persona.

Por otro lado, permitiría enriquecer los conocimientos científicos. En palabras de la autora

“el conocimiento científico y la posibilidad operativa de las técnicas en las prácticas de salud deberían ser empleados sin provocar la desconexión de la sensibilidad con nuestros propios cuerpos. El desafío es poder transitar entre la razón y la intuición, sabiendo relativizar, sin desconsiderar la importancia del conocimiento, ampliando la posibilidad de resolver problemas concretos” (Czeresnia, 2006: 6).

Sostenemos que este posicionamiento profesional permite redefinir las estrategias a implementar en relación a la prevención y promoción de la salud.

- *Experiencias de trabajo*

En este apartado reflexionaremos sobre las experiencias que fuimos adquiriendo en cada espacio.

En el CEPAD nuestra tarea ha estado enmarcada en la realización de las entrevistas pre y post test. En dichas entrevistas se intenta abordar cuestiones informativas en relación al VIH-Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) pero, principalmente, se pretende recuperar la singularidad de las personas que se acercan al espacio. La propuesta está en saber qué motivos los convocan, pero también nos interesa conocer sus temores, miedos, deseos, su forma de recibir y dar placer. A partir de aquí se intenta abordar la temática y problematizar conjuntamente con la persona sobre los aspectos de su vida que quiere compartirnos.

Cada entrevista es singular y aspiramos a recuperar la palabra y las vivencias de las personas para, desde allí, diseñar las estrategias que adquieran sentido en esa situación particular. Esta modalidad habilita el surgimiento de dudas y miedos, incluso en relación a cuestiones de su cotidianeidad que, en muchas ocasiones, no cuentan con otro espacio para hablar de ello.

En la sala de espera de TBC, llevamos a cabo diferentes actividades, una de ellas se basó en la problematización de los mitos que conlleva esta enfermedad. La propuesta era que, entre todos los presentes, pudieran dar cuenta qué aspectos son realidades o mitos, y a partir de allí atravesar todos los temas considerados importantes sobre esta temática.

En dichas actividades se intentó propiciar el trabajo grupal colocando a las personas en una posición activa, a fin de que recuperaran sus saberes e incorporaran nuevos conocimientos sobre su situación de salud-enfermedad para disminuir la estigmatización, miedos y dudas que pueden padecer, propiciando la comunicación y la confianza para pensar y co-pensar con el otro.

Por último, a partir de las crónicas realizadas de estos encuentros, y la selección de aquellas frases más significativas que surgieron en los mismos, se propuso convocar a aquellas personas que habían participado y a otras nuevas, a formar parte de la última actividad de proyecto de jornadas artísticas. Esto se relacionó con la posibilidad de plasmar los comentarios, vivencias, palabras, de cada taller, en diferentes collages y posteriormente se proponía que cada participante pudiera compartir lo realizado.

Vale aclarar que en el primer espacio nos hemos insertado con una lógica de trabajo ya establecida. En el segundo dispositivo, a partir de la experiencia del primero y recorridos previos de trabajo, hemos construido un abordaje grupal a fin de recuperar experiencias subjetivas de las personas con las que trabajamos.

- *Experiencias subjetivas*

En cada encuentro, ya fuera en las entrevistas y en los talleres, pudimos observar la multiplicidad de vivencias que atraviesan las masculinidades, como experiencias singulares. Grimberg entiende a la experiencia como

“un proceso variable, situado en una trama de relaciones intersubjetivas, construido y reconstruido histórica y socialmente en una diversidad de dimensiones (...) como unidad tensa entre acción y simbolización, la experiencia constituye la base de la construcción y el cambio de identificaciones y prácticas sociales, cuya comprensión requiere un contexto conceptual que articule las relaciones entre poder, cuerpo, género, sexualidad, emoción, reflexividad en las distintas áreas de la vida cotidiana (...)” (Grimberg, 2003: 81-82).

Entendemos que la experiencia nos permite vislumbrar distintas marcas que se inscriben en los cuerpos y que, poder sacarlos a luz, nos facilita una mejor lectura de qué estrategias llevar a cabo en cada encuentro particular, principalmente cuando se trabaja con varones.

Una de las mayores variables que percibimos en nuestros encuentros con hombres fue la idea de cultura del “aguante del cuerpo”, como forma de expresar el mandato designado.

En el CEPAD, por ejemplo, algunos hombres nos relataron la preocupación sobre el dolor que tenían en sus genitales y que no se animan a consultar al médico. Al indagar llevaban entre 3 y 4 meses en esta situación.

“Llevo cuatro meses de dolor y no sé qué hacer. ¿Lo quieren ver?”

A nuestro entender, en estas situaciones, por un lado se reproducen las representaciones de alejamiento de los varones al sistema de salud, que se acercan cuando no tienen más alternativa, sólo en situaciones de enfermedad avanzada, pero por otro lado, consideramos que se ponen en juego el miedo o la vergüenza de exhibir su cuerpo ante personal de salud. Diferente es lo que sucede con las mujeres que somos socializadas para exhibir constantemente nuestro cuerpo y asistimos al ginecólogo/a una vez por año, tenemos hijos/as, etc. En torno a la insistencia de esta persona en mostrarnos sus genitales y nuestra negativa, ya que no éramos médicas, nos preguntamos ¿esta situación se dio porque éramos mujeres, relacionado con la reproducción asimétrica de los géneros?, ¿o bien las características del dispositivo habilita el surgimiento de aspectos subjetivos de las personas, para que puedan explayar sus sentires y pensares y sentirse cómodos, a diferencia de otros espacios en lo que estos aspectos no se abordan?

Entendemos que ambas cuestiones se ponen en juego en estos espacios, en los que se permite la

apertura de otros aspectos de las personas. Sin embargo, no debemos obviar que las prácticas médicas frecuentemente tienden a invadir los cuerpos como si fueran objetos; y el disciplinamiento de los mismos nos permiten naturalizar la forma en que somos tratados por los médicos/as. Sumamos a las reflexiones anteriores, que en esta situación también se pone en juego la decisión, por parte de este varón, de elegir en qué momento era oportuno acercarse al sistema de salud, y en estos casos, consideramos que como equipo de salud debemos estar preparados para recibirlos.

Otra situación se presentó a la hora de la entrega de un resultado. En general, entre los hombres atendidos, saber que han estado expuestos a una práctica sexual sin protección, les genera temor y sensibilidad. En ocasiones sucedía que al comenzar la entrevista intentaban demostrar los atributos que les son asignados, por ejemplo, mostraban fortaleza, insensibilidad, rudeza, entre otras cuestiones para comunicarnos el motivo de su consulta. Sin embargo, al habilitar la circulación de la palabra aparecían los temores, inseguridades y momentos de mucha angustia. Algunos, incluso, nos han pedido disculpas por mostrar una supuesta “debilidad”.

En otros encuentros, los hombres intentaron reafirmar su hombría, desde la concepción de que “macho es el que anda con muchas minas a la vez”.

“Es que viste cómo es esto...uno no puede decir que no. Y el cuerpo te pide estar con una y otra a la vez sin parar”.

Nos comentaban sus historias con múltiples mujeres, sin embargo, no problematizaban sus prácticas de cuidado, lo que nos revela relaciones de poder entre los géneros. Esto lo hemos comprobado en diversas ocasiones en la que se han acercado parejas a testearse, y al momento de realizarles las entrevistas por separado, los varones nos han confesado que, en realidad, el motivo de su consulta es haber tenido prácticas sexuales fuera de su pareja.

“Bueno en realidad ella piensa que yo vine por ella, porque queremos cuidarnos, pero la verdad es que estuve con alguien al salir del boliche y ella no lo sabe”

A partir de esta experiencia, nuestro trabajo apuntó a intentar problematizar los estereotipos asignados al género masculino, por ejemplo, en relación los varones como los únicos que tienen relaciones fuera de la pareja, sin juzgar sus decisiones. También evidenciamos, en esta situación, que el acercamiento al sistema de salud por parte de los mismos en muchas ocasiones se realiza con la excusa de proteger a otra persona y no se incluyen como protagonistas de su salud, en términos de cuidado.

Otro aspecto que observamos fue que muchas mujeres recurren a testearse porque no pueden negociar el uso de preservativo con sus parejas varones.

“Es imposible que se lo ponga, es un hombre mayor, ya tiene 65 años, ¿cómo lo vas a hacer cambiar? yo ya me di por vencida”

En este caso entendemos que, por un lado, aparece la relación asimétrica de poder, en que la mujer no tiene decisión sobre su cuerpo y su sexualidad. En estas ocasiones intentamos problematizar los roles asignados y la posibilidad de crear espacios de más horizontalidad, ofreciéndonos como un recurso para este fin, para que ella pueda empoderarse de determinados recursos simbólicos y desde allí negociar prácticas de cuidado.

Pero, por otro lado, creemos que por la edad del hombre y mitos relacionados con el uso de preservativo también se ponen en juego ciertas fantasías relacionadas a una posible disminución en el placer de las prácticas sexuales y hasta de perder la erección.

En el caso de hombres homosexuales, nuestra experiencia nos permitió visibilizarlos como un colectivo que cuenta con información actualizada sobre la enfermedad, que tiene conocimiento sobre los dispositivos que trabajan en la temática y otros temas referidos. Respecto a sus prácticas de cuidado se evidencia que han asistido una vez por mes a testearse, reflejando una doble lectura: por un lado, es un colectivo que suele acercarse al sistema de salud. Pero, por otro lado, se hace necesario desarrollar estrategias de reducción de daños ya que se evidencia el no uso de preservativo. También es de destacar que nos ha sucedido de entrevistar varones que manifestaban temor por la salud de su pareja, sin problematizar sobre la suya.

En otros casos, hemos trabajado con varones que nos han manifestado su deseo de no usar preservativo en ninguna de sus relaciones y conocían los riesgos a los que se estaban expuestos. Estas situaciones nos llevan a preguntarnos ¿cuál es el límite de las estrategias de prevención y promoción en estos casos?, ¿cómo se ponen en juego las decisiones de las personas sobre su cuerpo?, ¿cómo abordar estas decisiones cuando las mismas también son responsabilidad de las instituciones de salud y del estado en general? ¿hasta dónde llega el lugar del estado, en prácticas que son íntimas? Consideramos indispensable reflexionar sobre estas cuestiones a la hora de diseñar estrategias de prevención y promoción en varones, que no recaigan en un posicionamiento culpabilizador ni que los desligue de sus responsabilidades. Quizás uno de los caminos posibles es la intervención desde la reducción de daños, que intenta respetar las decisiones de las personas reduciendo los efectos negativos de las mismas. En el caso del VIH-SIDA por ejemplo, puede considerarse el uso de lubricantes para evitar el preservativo y disminuir las posibilidades de transmisión de ITS.

Estas son algunas de las situaciones que nos hemos encontrado dentro el consultorio de CEPAD, en las cuales las estrategias llevadas a cabo fueron direccionadas a partir del contexto y las vivencias singulares de cada persona.

En el abordaje con los hombres se hace indispensable garantizar una responsabilidad compartida en el cuidado de la salud, que incluya a las instituciones de salud a fin de problematizar los atributos impuestos al género y garantizar su atención.

En la sala de espera de TBC se dieron lugar a otras lógicas de estrategias. Para contextualizar, las actividades eran grupales, conformadas por hombres y mujeres.

Vale aclarar que la TBC históricamente se la ha asociado a la pobreza y vulnerabilidad, condiciones que aún hoy atraviesan las personas en tratamiento. En este sentido, en términos de Connel, estaríamos frente a masculinidades marginadas, que a su condición de pobreza se le suman otras categorías de exclusión como su condición migrante.

Creemos que esta enfermedad evidencia aún más, que la anterior, la llegada tardía de los hombres al sistema de salud. En ocasiones, ellos comentaron que han estado con síntomas durante más de un mes, transitando una pérdida considerable del peso, sin ir al médico.

“Para mí era normal no tener hambre, fiebre, me compré remedios en la farmacia... pensaba que era por el trabajo, el tema fue cuando me empecé a sentirme tan débil que no podía levantarme de la cama”.

Entendemos que la llegada tardía deviene al temor del diagnóstico de una enfermedad grave lo que, por un lado, reafirmaría que el hombre no es socializado para experimentar estos tipos de sensaciones, y muchos menos mostrar signos de vulnerabilidad. Por otro lado, se pone en juego la posibilidad de dejar de trabajar que, si bien en muchos casos se realizan en condiciones de extrema precariedad, de esta manera reafirman su identidad masculina.

“Trabajo de masetero, 15 hs por día levantando y construyendo masetas de cemento... ¿cuándo puedo empezar a trabajar de nuevo?”

Evidenciamos una inquietud que atravesaba a muchos de ellos, el estar sin trabajar les generaba mucha angustia. En este sentido, retomamos la concepción que el hombre es socializado como tal, a partir de que su cuerpo es disciplinado como proveedor de la familia, olvidándose del cuidado de su salud.

Esto se complejiza cuando se tiene en cuenta que la mayoría de los varones en tratamiento se insertan en el mercado laboral informal, lo que los excluye de los derechos con los que cuenta un trabajador formal como, por ejemplo, la licencia por enfermedad. En estos casos, se hace necesario problematizar la dimensión del contexto, como determinante de sus condiciones de vida, para diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud.

Con el correr de los encuentros y la generación de vínculos de confianza, a partir de las jornadas de arte, se permitieron experimentar otras formas no hegemónicas de vivenciar su masculinidad. Así nos encontramos con hombres que se han animado a expresar sus temores frente a otros hombres y mujeres, mostrar debilidades, sensibilidad frente a su padecimiento y los ajenos. En este sentido, durante las sucesivas actividades hemos encontrado varones que se han animado a dibujar, pintar, hacer collages, escribir cartas emotivas, conmoverse por su situación de salud o la de otro participante, incluso ofrecerse para acompañar a otra persona en su tratamiento.

Estos tipos de actividades permitieron que los padecimientos propios y experiencias subjetivas, ligadas a la enfermedad, pudieran ser compartidas por otros, con la posibilidad de abrirse y narrar su propia historia. Registrar la existencia de otros similares a ellos, que viven y sienten de la misma forma, habilitó el surgimiento de nuevos sentimientos ligados a sentirse acompañado, entendido, comprendido.

A lo largo de este capítulo hemos intentado visibilizar las dimensiones que creemos que se ponen en juego en el PSEA. Nuestras estrategias de prevención y promoción apuntaron a poder problematizar desde una perspectiva de género qué características particulares adquieren cada una estas dimensiones en el campo de la salud.

Nuestras experiencias singulares, en el CEPAD como en la sala de espera de TBC, han puesto de manifiesto que coexisten diferentes formas de vivenciar el género, lo que implica que las estrategias deben adquirir un carácter dinámico, ya que en cada encuentro estas dimensiones se resignifican de un modo singular.

Entendemos que este posicionamiento cristaliza la heterogeneidad en que se ven expuestas las estrategias de prevención y promoción, y que necesariamente deben ser repensadas para ser llevadas a cabo ya sea, como en nuestros casos, en una entrevista singular como también en una actividad grupal.

Es en este sentido que creemos que podemos disputar otros sentidos distintos a la tendiente concepción hegemónica sobre las estrategias de prevención y promoción de la salud.

Reflexiones finales

A largo del trabajo intentamos poner en tensión, analizar y reflexionar acerca de dilemas y retos que traen consigo las estrategias de prevención y promoción de la salud con varones. En ese sentido proponemos algunas dimensiones que deberían tenerse en cuenta para planificar y llevarlas

a cabo, cuando se trata de población masculina. Nos referimos al cuidado compartido, subjetividad y al contexto como condicionante de la vida cotidiana.

Creemos que, al tomar a la perspectiva de género para analizar al campo de la salud, nos permite posicionarnos políticamente para disputar otros sentidos dentro del mismo. A su vez, nos permite desnaturalizar cierta circunscripción biológica que reduce los sexos a un sistema genérico “mujer-hombre” y universaliza modelos de atención para estos géneros, invisibilizando la propia subjetividad y su construcción relacional.

Entendemos que los equipos de salud deben analizar estas cuestiones para garantizar una atención adecuada a las necesidades de las personas en general y de los varones en particular. Creemos que se necesitan dispositivos flexibles que rompan con lógicas hegemónicas, que puedan escuchar, convocar a las personas y no expulsarlas, y que las estrategias que se diseñen aborden demandas contextualizadas. En ese sentido, los espacios en los que nos hemos insertado apuntan en este sentido, aunque todavía queda mucho camino por andar, para alcanzar prácticas de salud equitativas.

En fin, consideramos y proponemos la necesidad de reformular las estrategias de prevención y promoción que se llevan a cabo en el sistema de salud, intentando entender a este último no simplemente como un actor más que culpabiliza a las personas de su salud-enfermedad, sino que el propio sistema deba asumir el compromiso, de un cuidado compartido, garantizando el acceso al mismo.

Entendemos que estas alternativas pueden abrir el juego para disputar otros sentidos dentro del campo, y qué con la inclusión de la perspectiva de género, se puedan legitimar otras modalidades que garanticen el acceso a los derechos de las personas que acceden al sistema de salud.

Notas

-I- Grupo de Contacto de Servicio Neumotisiología. Informe estadístico año 2014

Bibliografía

CASTIEL, Luis David; RODRIGUES GUILAM, María Cristina y SANTOS FERREIRA, Marcos. “Corriendo el riesgo. Introducción a los riesgos en salud”. Editora Fiocruz. Río de Janeiro, 2010. Traducción de Silvana Weller.

CUSTO, Ester. “La intervención profesional del trabajador social. Los procesos de producción y construcción de subjetividad”. Revista Consciencia Social. Producción de la Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba. Año 2004.

CZERESNIA, Dina. “Promoción de la Salud: Conceptos, Reflexiones y Tendencias”. Capítulo: El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. Buenos Aires, 2006.

DE KEIJZER, Benno. “Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina” Artículo. Revista la Manzana. Vol I. Num I. Año 2006.

SAVA, Alberto, Coordinador. “Frente de artistas del Borda: una experiencia desmanicomializadora”. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2008.

SOUSA CAMPOS, Gastao Wagner. Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias. En: Cuadernos médicos sociales Nro. 74. Rosario, CESS, 1998.

WELLER, S. y otros, “Centros de Prevención, Asesoramiento y diagnóstico del área programática del Hospital tornú: revalorización de lo actuado y desafíos a futuro”. Jornadas Científicas Hospital Dr. Enrique Tornú, 2015.