

## Artigos originais

Esta seção destina-se a trabalhos que apresentam pesquisas em bioética, espontaneamente enviados pelos autores.

**La problemática de la comunicación entre profesionales y usuarias de un servicio de salud sexual y reproductiva.**

***The question of communication between professionals and patients of a sexual and reproductive health department***

**Silvia Brussino**

Universidad Nacional del Litoral, Santa Fé, Argentina.  
sbrussino@fcb.unl.edu.ar

**Roxana Prósperi**

Universidad Nacional del Litoral, Santa Fé, Argentina.  
rprosperi@fcb.unl.edu.ar

**Resumen:** Este trabajo aborda la problemática de los procesos de comunicación entre el equipo de salud y usuarias del servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital JB Iturraspe (Santa Fe-Argentina) y los Centros Comunitarios y Asistenciales dependientes de su Área Programática. Se centra en las instancias de construcción, realización e interpretación de entrevistas exploratorias, es parte inicial de una investigación cuantitativa y sus resultados permitieron elaborar preguntas de una encuesta. En este contexto, se plantean las formas de interacción entre el saber cotidiano y el saber experto en correlación con la distribución del poder, identificando las voces autorizadas y las direcciones que se trazan en el entendimiento y resolución de los problemas. Se explicita la necesidad de complementar el análisis comunicacional en el nivel micro de la relación profesional-usuario con el análisis macro de las estructuras sociales, identificando condiciones objetivas de injusticia que generan preferencias adaptativas en las personas.

**Palabras-clave:** Comunicación. Salud sexual y reproductiva. Relación experto-usuario. Eficacia persuasiva.

**Abstract:** The present study addresses the communication processes between the Health Department staff and the patients who receive treatment at both

the Sexual and Reproductive Health Department of Hospital JB Iturraspe (Santa Fe – Argentina) and also the community health centers that belong to its Planning Area. This reflection focuses on the design, implementation and interpretation of exploratory interviews, the first step to be carried out in a quantitative research. The results obtained were taken as data to elaborate questions for a survey. In this context, interactions between common and expert knowledge are viewed in connection to power distribution, identifying the voices of authority and the different ways in which problems are understood and addressed. We render explicit the need to reinforce the communicational analysis at the micro-level in the doctor-patient relation with a macro-level analysis, that is, at the level of social structures. In so doing, concrete conditions of injustice are identified which bring about adaptive preferences among individuals.

**Key words:** Communication. Sexual and reproductive health. Expert-user relationship. Persuasive efficacy.

**E**l presente trabajo es una reflexión sobre la primera etapa de una investigación que se lleva a cabo en el marco del Programa CAI+D (Curso de Acción para la Investigación y Desarrollo) con financiamiento de la Universidad Nacional del Litoral (Argentina). El proyecto, denominado Saberes en salud sexual y reproductiva: la comunicación entre el equipo de salud y el usuario del sector público, aborda la problemática de los procesos de comunicación entre el equipo de salud y usuarias del Consultorio de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable del Hospital J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe (Argentina) y de los Centros Comunitarios y Asistenciales del Área Programática de dicho Hospital.

Se trata de un hospital general dependiente del Ministerio de Salud provincial, descentralizado y de autogestión, de referencia en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud. Su área programática comprende una franja importante de la ciudad de Santa Fe y otras localidades lindantes, en la cual funcionan 17 centros de salud.

En cuanto al marco normativo para la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva, Argentina cuenta desde el año 2002 con un Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que contempla la asistencia técnica y apoyo a las autoridades provincia-

les para la implementación de programas locales, asesoramiento técnico y capacitación permanente a los equipos de salud, promoción de actividades de comunicación social sobre la temática, como también el monitoreo y evaluación de actividades y resultados.

En el ámbito provincial, en 2003 se creó por ley el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, que tiene como objetivos: a) Garantizar a mujeres y varones el acceso a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos promoviendo cambios de actitud en la sociedad; b) Asegurar el acceso equitativo a los diferentes métodos de control de la fertilidad existentes, naturales y artificiales; c) Respetar la autodeterminación de las personas sin ninguna clase de discriminación; d) Realizar actividades destinadas a la capacitación continua y actualizada de los equipos de salud pertenecientes a los servicios públicos.

En 2004, se sancionó una ley provincial que posibilita el acceso a la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía) teniendo como requisitos: la expresa voluntad del paciente y su consentimiento por escrito; su conformidad de haber recibido información de las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados, como también de las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias. En el año 2006, el gobierno nacional adoptó un temperamento similar en relación a esta práctica anticonceptiva a través de una ley vigente en todo el territorio argentino.

Definimos el proceso de comunicación como la construcción de un entendimiento que posee una gran riqueza significativa ya que pone en juego múltiples órdenes que exceden la consulta médica. La explicitación de este proceso muestra la manera en que la consideración de un problema de salud se inscribe dentro de la trama de una historia personal y socio-cultural. A su vez, ese proceso reclama la caracterización de los diferentes tipos de conocimiento que intervienen en la relación experto-usuario, que presentan una discontinuidad conflictiva, puesto que remiten a diferentes mundos referenciales y a diferentes atribuciones de significados.

## Marco teórico

Para la elaboración del marco teórico, se recurrió a la fenomenología y sus modos de explicar la necesidad de penetrar en la conciencia de los actores sociales, siguiendo a Schutz en lo que denomina las "estructuras de relevancia" (1) de los grupos seleccionados. Se consideró también la perspectiva marxista (2), en cuanto que reafirma la importancia de obtener información referente a condiciones de vida, prácticas de grupos sociales, sistemas conflictivos, formas inadecuadas de resolver problemas, etc., que son determinantes de problemas de salud. A su vez, se remarcó la necesidad de develar el potencial de aspectos dinámicos que pueden ser generadores de cambios. En el tema que nos ocupa, consideramos que estos cambios consisten en brindar las condiciones necesarias para construir estrategias de acceso mutuo, centrándose en la carga de responsabilidad del experto en cuanto a la implementación de instancias educativas y la aceptación de las decisiones autónomas del usuario para promover el cuidado de su salud.

Desde estas perspectivas, la comunicación no puede ser entendida como interacción directa en términos absolutos, sino como un "actuar en común" basándose en códigos compartidos, pero que sufren transformaciones y están mediados por peculiaridades histórico-culturales presentes siempre en la construcción tanto de la emisión como de la recepción.

Los estudios sobre la relación médico-paciente consideran los aspectos de la comunicación experto-usuario inherentes al ámbito de la consulta entendida como entrevista individual, pero sin reconocer aún suficientemente su plano comunicacional ni las resignificaciones realizadas por el usuario. El registro de dicho "acervo" devela las especificidades personales, sociales, políticas, económicas, culturales, que deben ser tomadas en cuenta para desarrollar una problemática de salud-enfermedad de forma históricamente concreta.

Desde el punto de vista ético, así entendido el complejo fenómeno de la comunicación, permite desplazar el enfoque desde una "ética de la práctica", centrada en los aspectos médico-asistenciales de la salud sexual y reproductiva, hacia una "ética del modo de vida", que implica prestar especial atención a "todos aquellos otros espacios o escenarios que contribuyen poderosamente para el estado de salud,

tanto de las personas y sus familias como de los grupos sociales a los que pertenecen" (3).

En consonancia con lo explicitado anteriormente, nuestra investigación asume como marco de referencia una perspectiva bioética fundada en los derechos humanos (4, 5, 6, 7), desde la cual la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular, es un derecho humano fundamental y en cuanto tal, fuente de obligaciones de defensa y promoción por parte de los Estados y de responsabilidades éticas por parte de los profesionales de la salud.

Las hipótesis que se plantearon inicialmente fueron: 1 - La comunicación entre profesionales/usuarios es unidireccional y adopta la forma de la eficacia persuasiva; 2 - La voz autorizada para entender los problemas y la dirección que se traza para su solución proviene del profesional; 3 - Las usuarias perciben situaciones insatisfactorias en estas formas de relación y pueden verbalizarlas, generalmente fuera del ámbito hospitalario.

## **Objetivos**

Nos propusimos como objetivo general describir la problemática de la comunicación establecida entre el equipo de salud y las usuarias, planteando los siguientes objetivos específicos: determinar aspectos e instancias constitutivas de esta comunicación; caracterizar tipos de saberes presentes en los enunciados de los agentes de salud y las usuarias; identificar la existencia de conflictos en este proceso de comunicación.

## **Métodos**

El tipo de estudio es descriptivo transversal. La población seleccionada fue, por parte del equipo de salud: médico - psicólogo - trabajador social - enfermero - agente comunitario -(de ambos sexos) y por parte del usuario: mujeres de 18 a 25 años que concurren al Hospital y a los Centros de Salud de su área programática. El haber incluido sólo mujeres en la investigación se debió a que en un sondeo sobre el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva del hospital previo a las entrevistas, se observó que quienes concurren a estas con-

sultas son mujeres, siendo muy excepcional la presencia de varones.

En una primera etapa, se realizó una entrevista semi-estructurada a informantes clave por parte del equipo de salud y por parte de las usuarias. Esta entrevista cumplió una función exploratoria y permitió identificar dimensiones del fenómeno en estudio, develar aspectos del problema, formular hipótesis de trabajo, conocer motivaciones de determinados comportamientos, etc.

Los ejes temáticos de la entrevista realizada al equipo de salud fueron: concepciones sobre salud sexual; derechos sexuales y reproductivos; institución sanitaria; funcionamiento y modalidades de trabajo del servicio y auto-representación de las estrategias de comunicación implementadas hacia el usuario. Para la entrevista realizada a las usuarias, se tomaron como ejes: conocimientos y prácticas sobre formas de cuidado de la salud sexual; fuentes de información y modos de adquisición de conocimientos y prácticas sobre salud sexual; conocimientos sobre la existencia e implicancias del derecho a la salud sexual y reproductiva; dispositivos de enunciación del equipo de salud (tiempo y modalidades de explicación, etc.) y comunicación institucional (horarios para sacar turnos de consulta, cantidad de turnos asignados por día, tiempo que dura la consulta, etc.).

Tomando como base estos elementos, se construyeron las preguntas de una encuesta con el objeto de cuantificar múltiples datos y realizar análisis de correlación.

En lo que sigue, este trabajo se aboca a las instancias de construcción, realización e interpretación de las entrevistas exploratorias, que fueron pensadas tomando como referencia los lineamientos básicos de la orientación cualitativa de la investigación.

## **Resultados**

Los resultados principales de las entrevistas a usuarias se centraron en su forma de relacionarse con los profesionales, el grado de confianza depositado en ellos y el grado de comprensión del lenguaje que utilizan. Se trata de una población constituida por mujeres de un nivel social-cultural-económico medio o bajo, de hecho la mayoría de las usuarias entrevistadas se encuentra en situación de pobreza presentando marcadas diferencias culturales - y por tanto lingüísticas -

para establecer un proceso de comunicación con el equipo de salud.

En este sentido, la relación de subordinación entre profesionales y usuarias, se refuerza a partir de que hay un abismo entre las formas de saber que ambos poseen. Sus formas de responder mostraron que la interpelación a partir de la propia posición, el propio punto de vista, lo que preocupa o atemoriza, lo que no se comparte o se encuentra discutible, lo que se visualiza como inviable, como no posible, etc., está cercenada por condicionantes muy fuertes y en muchos casos insalvables por la ausencia de "puentes" que permitan formas de acceso.

Por su parte, los profesionales señalaron la necesidad de adecuarse al lenguaje de la gente y de tomar recaudos para asegurarse la comprensión del paciente con respecto a las explicaciones, la prescripción, las pautas de tratamiento, etc. Este reaseguro, en cuanto se condensa en repetir varias veces lo dicho, en hacérselo repetir a la paciente o en escribírselo en un papel si está alfabetizada, toma la forma de la eficacia persuasiva y descalifica formas de representación que no puedan enunciarse en un lenguaje técnico-científico, quedando las mismas relegadas a la categoría de "mitos" que deben ser desterrados. Se trata de un proceso de comunicación que se da en términos unidireccionales, en el sentido de depositar un saber dentro de una caja vacía.

Los miembros del equipo de salud manifestaron conocer el contenido y alcance de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados no pudo establecer una relación entre el discurso sobre estos derechos y la forma concreta en que los mismos impregnan sus prácticas profesionales, evidenciando una gestión paternalista de la relación y una disociación entre el discurso y la práctica de los derechos sexuales y reproductivos.

Las usuarias se pronunciaron, en términos generales, por una forma de atención satisfactoria y calificaron al tipo de relación establecida con los profesionales como cordial, respetuosa, de confianza, con un tiempo de atención muy breve y con dificultades para entender el lenguaje médico. No obstante, quedaron sin enunciarse explícitamente la escasa capacidad de comprensión e interpretación de las explicaciones brindadas por los profesionales, que las mueve a preguntarle a otros o a concurrir a la consulta acompañadas para intentar que otro entienda lo que a ellas les resulta incomprensible, etc. Se

observó una escasa predisposición a la confrontación y al reclamo en casos de que se produzcan desentendimientos. Estos son silenciados frente al profesional, pero tratados y/o discutidos en sus ámbitos familiares.

Al ser indagadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, la mayoría de las entrevistadas manifestó no saber de qué se trata, algunas refirieron tener conocimiento de su existencia, pero sin poder pronunciarse sobre su contenido o sobre la manera en que estos derechos favorecen la salud del ciudadano.

Desde el punto de vista de la organización institucional, se pudo observar el manejo de las relaciones de poder a través del sistema implementado para asignar los turnos para consulta, que implica generalmente concurrir al hospital a la madrugada y esperar varias horas hasta que comienza la atención por ventanilla para asegurarse el acceso al turno y largos tiempos de espera (tanto para acceder al turno como para ser atendida por el médico).

Un factor que se mostró como determinante de la comunicación es el escaso tiempo disponible para escuchar y explicar, denunciado tanto por profesionales como por usuarias. A esta imposibilidad de dedicar a la consulta el tiempo necesario, se suma el hecho de que en el Hospital las usuarias son atendidas por el profesional del servicio que se encuentra de turno, impidiendo así que se establezca un vínculo personal que permita alguna forma de devolución sostenida a lo largo de un tiempo.

## **Discusión**

Apenas comenzado el trabajo de campo, debimos afrontar un aspecto que apareció en las entrevistas y que no consistió en la necesidad de realizar un mero "ajuste" en las preguntas, o de repensar una estrategia metodológica: buena parte de la problemática se encontraba en un nivel imperceptible para las propias entrevistadas. Esto llevó al equipo a desarrollar una extensa y sistemática discusión del problema de investigación tendiente a revisar una de las hipótesis y formular otras nuevas. Tras ello, pudimos reconsiderar la pertinencia de algunas preguntas que conformaban las entrevistas, así como la ausencia de otras.



Salvando la heterogeneidad de respuestas, las diferencias subjetivas y de matices, afirmamos que los aspectos deficitarios ya enumerados, no pueden ignorarse o considerarse carentes de importancia en la problemática que estamos investigando. Más bien aparecen como una cuestión prioritaria si se quieren concebir formas más óptimas de relación y de atención de la salud.

En referencia a la formación médica, fue necesario especificar los criterios subyacentes que determinan tanto la producción y validación del conocimiento como las prácticas profesionales. Los conocimientos considerados científicamente válidos provienen de la investigación experimental, sustento principal tanto de teorías como de prácticas profesionales concretas. Se pretende que los determinantes del juicio clínico y las decisiones que de él se desprenden, provengan preferentemente de ensayos clínicos controlados. Estos estudios tienen como objetivo desentrañar la dirección de una relación entre variables o factores determinantes de un hecho o fenómeno de salud-enfermedad e investigar posibles relaciones de causa-efecto entre variables.

Así se define el conjunto de concepciones firmes que la comunidad científica sostiene acerca de qué es aquello que vale la pena estudiar, cuáles son las preguntas legítimas que conviene formular acerca de esa realidad en estudio y qué métodos se consideran idóneos para obtener conocimientos válidos. Estas formas de valoración se consolidan como supuestos iniciales a partir de los cuales se determinan los límites de la facticidad y de lo conceptualizable. Se trata propiamente del modo en que opera la autoridad de un paradigma, determinando las formas de evaluar y constituyéndose como un organizador invisible que sólo aparece a través de los ejemplos, que crea la evidencia ocultándose a sí mismo, generando la convicción de tratar con las cosas mismas.

Esto trae como consecuencia una gran fragmentación en el saber sobre salud/enfermedad/atención en cuanto que los principios de este paradigma descartan otras formas posibles de interpretación de la realidad.

“A pesar de los innegables beneficios proporcionados por las diversas especialidades de las áreas biomédicas, no se puede perder de vista la posibilidad para el profesional que las pone

en práctica, de desvincular su ejercicio de la realidad que lo rodea y de la cual sus pacientes y él mismo forman parte" (8).

A través de los aspectos comunicacionales podemos ver la necesidad de acceder a fines del acto médico que dependen de otras formas de evidencia y fundamentalmente, de juicios valorativos, que si bien son cuestiones dadas a la reflexión y a la toma de decisiones en forma insoslayable, no pertenecen a la formación académica. Esta se centra en la utilización de medios técnicos, dejando todo un cúmulo de consideraciones sujetas a las representaciones sociales del profesional en cuanto miembro de un grupo social determinado.

"El sistema médico oficial, cuando focaliza su cuadro de referencia en lo biológico individual o en la presión del modo de vida, refuerza la representación del fenómeno salud/enfermedad de forma positivista. En verdad, la visión de lo social cuando se incorpora al concepto dominante, es tratada como un elemento más para el diagnóstico, en una relación lineal e ilustrativa" (9).

Las perspectivas Fenomenológica y Dialéctica, en sus cuestionamientos al paradigma biomédico, nos muestran la necesidad de entender la problemática de la comunicación profesionales/usuarios como resultado de múltiples determinaciones que provienen de procesos sociales y de procesos de conocimiento, tanto cotidianos como académicos. A su vez, problematizan la dicotomía "saber experto/saber lego" y la caracterización del usuario a través de su ignorancia con respecto al propio cuerpo y al propio cuidado del mismo, caracterización que legitima al profesional como única voz autorizada para definir significados verdaderos. Muestran la necesidad de profundizar en el conocimiento cotidiano así como en las estrategias de los saberes expertos para poder atender a las necesidades de salud de la población.

El paciente lleva a la consulta una situación que expresa su subjetividad así como un saber que aprehendió en su experiencia, que lo obtuvo de los significados culturales de su contexto. Es el represen-

tante de un "mundo" de significados que comparte con su grupo de pertenencia, y en referencia a los temas de salud-enfermedad, se trata de una verdadera construcción de significados colectivos. Cuando se aborda la problemática de salud-enfermedad entonces, es preciso tomar en consideración que ésta se instituye y tiene un curso que depende tanto de las prácticas profesionales como de las prácticas de los diferentes grupos sociales.

La índole de la relación médico-paciente, ampliamente desarrollada, en especial por la antropología médica, remite a procesos estructurales: la formación médica, la dinámica político-económica y socio-cultural de los diferentes estratos sociales, los componentes institucionales, los intereses corporativos, etc. Lo que interesa dejar en claro aquí es que el análisis de dicha relación no puede focalizarse meramente en las acciones que realiza el equipo de salud, ya que los elementos que determinan los procesos de prevención, terapéuticos y curativos no se centran exclusivamente en las actividades que realizan los profesionales de salud. A su vez, la forma en que las usuarias perciben su situación de salud no es el mero resultado de la información que reciben a través de la formación técnica del médico, sino que intervienen también múltiples vínculos provenientes de su forma de vida y del saber que han ido construyendo a través de la experiencia intersubjetiva.

Desde el saber técnico-profesional, la problemática de la salud/enfermedad gira en torno a los cuerpos humanos, la forma en que las personas se relacionan con ellos, la sexualidad, los sentimientos, las formas de concebir el propio cuidado, el dolor y el sufrimiento, etc. Pudimos constatar que esta problemática es objetivada en el discurso profesional en clave biológica, dejando de lado que por su misma naturaleza está atravesada por una trama de hechos sociales, expresados o silenciados por las usuarias al momento de la consulta, que constituyen un ámbito privilegiado para sacar a la luz tanto cuestiones puramente subjetivas como las condiciones estructurales que las determinan.

Las instancias de comunicación propiciadas por los profesionales se mueven en un sentido unidireccional, ya que van dirigidas a que la usuaria escuche, se informe y consulte sobre lo que ella misma no puede conocer ni comprender. Sus decisiones, por tanto, deberán mediar con ese otro saber autorizado y legitimado, que no es pro-

blematizado por los profesionales en cuanto saber, sino solo en cuanto a las formas más eficientes de acceder e intervenir en la salud sexual y reproductiva de las usuarias, a través de una suerte de "domesticación" con respecto a hábitos, prevención, planificación familiar, concepciones sobre pareja y maternidad, proyecciones a futuro, etc.

Si bien se trata de aspectos que no pueden ser abordados solo en clave biológica, las otras claves posibles se silencian porque se aceptan como un orden de determinaciones subyacentes, y que por tanto, no forman parte del diálogo. Estas determinaciones son aceptadas implícitamente a nivel institucional y profesional:

"Partir de lo obvio de los problemas prioritarios en salud, nos conduce a poner en primer plano a dicha obviedad y a analizar su significación con las problemáticas prioritarias, no para reemplazar el análisis de los problemas por los de su obviedad, sino porque el análisis de dicha significación puede evidenciar por qué determinados programas, en particular los de atención primaria, fracasan o permanecen en el nivel de lo meramente enunciativo" (10).

Estos aspectos se "filtraron" a partir de diversas formas de responder de usuarias y profesionales, en la reformulación de una misma pregunta o en comentarios aparentemente aleatorios. Pero no aparecieron como directamente reconocibles o aceptados por las personas que lo viven cotidianamente y que fueron objeto de la investigación.

A partir de la interpretación de los resultados de las entrevistas a usuarias, se hicieron visibles otras dimensiones del problema así como nuestra propia forma de abordar la investigación. Esta "nueva visibilidad" permitió explicitar algunos supuestos propios. La pregunta - cuya obviedad es solo aparente - ¿por qué las personas investigadas no "ven" los mismos hechos puntuales que nosotros "vemos"? fue un punto de partida necesario para identificar las condiciones de posibilidad de cada mirada.

Esto implicó, entre otras pruebas, someter nuestra perspectiva al "argumento del paternalismo" que cuestiona, en líneas generales, la validez de un enfoque normativo universal para establecer comparaciones entre distintos modos de vida, sobre la base de que la gente

sabe lo que es bueno para ella y si le decimos lo que debe hacer, no estamos siendo respetuosos de sus opciones en tanto que agentes de sus propias vidas y en cierto sentido, con su rol como ciudadanos democráticos (11).

En este sentido, el argumento nos interpelaba acerca de "nuestra" perspectiva sobre lo que es o debería ser un trato digno, justo, respetuoso, etc. en virtud del cual encontrábamos deficiencias coincidentes con los resultados de otros estudios (12, 13), allí donde nuestras entrevistadas parecían manifestar conformidad.

Las problemáticas expresadas por las usuarias al momento de la consulta, muestran múltiples áreas de la realidad social, y constituyen un ámbito privilegiado para sacar a la luz tanto cuestiones puramente subjetivas como las condiciones estructurales que las determinan. Por tanto, exploramos más exhaustivamente en algunos aspectos de las definiciones de situación que las usuarias transmitieron, tratando de inferir sus propios esquemas referenciales y los del grupo social de pertenencia.

De este modo, formulamos las siguientes nuevas hipótesis:

- El lugar de realización de las entrevistas, en algunas usuarias generó la preocupación de que la información se filtre y por tanto, incidió en algunas respuestas. Aunque se expresara al comienzo de la entrevista el compromiso de confidencialidad de los investigadores con relación a los datos obtenidos y a la identidad de las entrevistadas, les estábamos solicitando que brinden algún tipo de información crítica acerca de personas con las que mantienen una relación de subordinación en ese mismo lugar.

- El maltrato está naturalizado en su mundo referencial cotidiano, marcando un contraste con el ámbito del hospital, que emerge como un lugar de contención.

- El buen trato (amabilidad y respeto) es determinante para percibir una comunicación satisfactoria, opacando la importancia de otros elementos (tiempo de consulta, disponibilidad, extensión y profundidad de las explicaciones, etc.).

- El desconocimiento de qué es un derecho, anula el horizonte de referencia para identificar problemas y para concebir posibles reclamos.

Estas nuevas formulaciones se basaron en que "el punto de vista

del actor requiere ser problematizado para cuestionar la tendencia a la homogeneización o a la simplificación, y para reflexionar sobre las consecuencias de la negación por los propios actores de al menos una parte de los problemas que afectan su vida cotidiana" (14).

En este sentido, mostró su rendimiento teórico el concepto de "preferencias adaptativas" desarrollado por Jon Elster para explicar una importante limitación de nuestra racionalidad a la hora de tomar decisiones (15). Las preferencias adaptativas señalan un ajustamiento de las aspiraciones y deseos a las posibilidades que se tienen que alcanzar. Este fenómeno, frecuente en personas afectadas por severas restricciones de oportunidades, como es el caso de la pobreza extrema, se genera como respuesta inconsciente para mitigar la frustración que se produce al experimentar deseos que no pueden satisfacerse y conduce a una degradación de las preferencias. "Esto tiene como consecuencia que el estado actual sea percibido como un buen resultado y por lo tanto, se congele todo deseo de modificarlo" (16).

También Amartya Sen y Marta Nussbaum apelan al concepto de preferencias adaptativas en su crítica a los enfoques que pretenden medir el bienestar exclusivamente en términos de utilidad. Al preguntar a la gente qué es lo que prefiere en el momento presente y cuán satisfecha se encuentra, ignoran una cuestión tan importante como que las personas tienen grandes dificultades para expresar insatisfacción respecto de ciertas metas que no pueden imaginar en sus actuales condiciones de vida. De esa manera, también dejan en sombra el hecho de que con frecuencia esas preferencias se encuentran determinadas por situaciones injustas de fondo. "Dado que la utilidad no tiene en cuenta la existencia de preferencias adaptables, también inclina el proceso de desarrollo a favor del statu quo, cuando se utiliza como criterio normativo" (17).

De ahí que el enfoque de las capacidades humanas centrales propuesto por Sen y Nussbaum para establecer indicadores de calidad de vida en términos de desarrollo humano, no se centre en la satisfacción de preferencias ni en los recursos con los que las personas cuentan para llevarlas a cabo, sino en lo que la gente es real y efectivamente capaz de llegar a hacer y ser para vivir una vida verdaderamente humana.

Retomando la reflexión de Marx sobre el hombre en estado de

necesidad, Nussbaum se interesa por establecer el umbral en el cual una capacidad de la persona llega a ser lo que Marx llamó "verdaderamente humana", esto es, digna de un ser humano. Marx argumentó que los sentidos de un ser humano pueden operar en un nivel meramente animal, si no han sido cultivados por una apropiada educación, un tiempo libre para el juego y asociaciones valiosas con otros seres humanos (18). Ella entiende que podemos agregar a esta lista otros ítems, tales como las libertades de expresión, de asociación y de culto, ya que el aspecto central de su argumento es que se trata de considerar al ser humano como un ser libre y digno en el sentido kantiano de un fin en sí mismo, que configura su vida en cooperación y reciprocidad con otros, más que como un ser pasivamente configurado o intimidado por el mundo como si fuera parte de un "rebaño". En otras palabras, "una vida realmente humana es aquella que ha sido completamente configurada por los poderes de la razón práctica y la sociabilidad" (19).

Interesa destacar que en esta caracterización de una vida verdaderamente humana, estas dos capacidades - razón práctica y sociabilidad - juegan un papel central y articulador de todas las demás capacidades. La idea de razón práctica, de cuño aristotélico, está muy ligada a lo que en un lenguaje de extracción moderna, más próximo a la idea de autonomía, se denomina agencia moral, situando el modo propio de la acción humana, a diferencia de la mera acción animal. Implica ser capaz de asumir una concepción del bien y de reflexionar críticamente sobre la planificación de la propia vida. A su vez, la sociabilidad presenta dos aspectos íntimamente relacionados entre sí: Por una parte, ser capaz de vivir con y para otros, de interesarse por otros seres humanos, de comprometerse en distintas formas de interacción social; de imaginar la situación de otros y compadecerse por su situación, en síntesis, tener la capacidad para la justicia y para la amistad. Por otra parte, significa ser capaz de considerarse a sí mismo como un ser digno, cuyo valor es igual al de los demás, lo que implica contar con bases, socialmente construidas, de autoconfianza, auto-respeto y autoestima.

## Consideraciones finales y conclusiones

En la problemática de la comunicación entre expertos-usuarias, aparece siempre implícita la cuestión de los tipos de saberes que sustentan el decir/hacer de ambos. Las usuarias se manejan con su saber cotidiano y los profesionales con su saber científico-técnico, marcando una brecha que podría fundamentar una radical incompatibilidad de puntos de vista, de lógicas argumentativas y de formas de lenguaje.

Las usuarias generan sus preferencias, su estilo de vida, su idiosincrasia y sus interpretaciones personales ancladas en su mundo referencial. Los significados que se atribuyen a los diferentes acontecimientos de la vida cotidiana son una construcción social, un emergente de las interacciones personales. Por tanto, el ámbito en el que debe analizarse este tipo de conocimiento, no puede ser meramente el del sujeto individual sino también el de su contexto de pertenencia, en cuanto que éste revela la sedimentación de procesos de configuración de sentido. Dichas configuraciones de sentido se expresan a través de una red conceptual que es compartida por una cultura.

Si se indagan los procesos comunicativos y se accede a dichas redes conceptuales, comienzan a explicitarse las estructuras de significado compartidas intersubjetivamente. El contexto, las acciones y el lenguaje, se encuentran en una estrecha interacción. A través del consenso, se van modelando formatos de interacción social, a partir de los cuales se interpretan y se valoran los acontecimientos de la vida cotidiana y se da sustento a las metas, a las intenciones y a la toma de decisiones.

El saber cotidiano se expresa particularmente en referencia a cuestiones de salud como una forma de poder afrontar y manejar el miedo, el dolor, la enfermedad, la muerte. Por ser cuestiones esenciales de la naturaleza humana, conforman modos de representación y determinadas prácticas que se encuentran en todo grupo social.

Afirmamos la necesidad de contar con la interpretación de las usuarias, con su propia atribución de significados. Pero los datos obtenidos generaron discrepancias entre formas de captar la problemática por parte de investigadores y de investigados, marcando así la necesidad de ponerlos en relación con las condiciones objetivas que podrían explicar dichas discrepancias. Tal como se critica al empi-



rismo etnográfico, se nos planteó una situación que mostró con toda claridad que una explicación no puede reducirse a la exclusiva comprensión del problema que tienen las personas investigadas. Sus estructuras de significados operan dentro de determinadas condiciones sociales, económicas, políticas, educativas, etc., de las que ellas mismas - al menos en parte - no pueden dar cuenta, pero que sin embargo son elementos constitutivos del problema investigado. Se trató de encontrar la lógica del punto de vista de las entrevistadas a partir de la comprensión de su propia situación, y de incluirlo dentro de un sistema de relaciones.

Este planteo se correspondería, en el ámbito antropológico, con una de las variantes del citado "punto de vista del actor", que sostiene que cualquier problemática debe ser investigada según el punto de vista propio de los sujetos que investigamos. Esta perspectiva, de raíz fenomenológica, entiende que la realidad debe ser interpretada por el investigador a partir de lo que los actores dicen sobre sí mismos, e históricamente surgió en los años 1960 para recuperar y legitimar el punto de vista de los actores subalternos, oprimidos, vulnerables, marginales, etc. Hemos desarrollado una de las principales características metodológicas de esta perspectiva: intentamos comprender los testimonios de usuarias y profesionales a través de sus interrelaciones, de las formas en que se tratan mutuamente y para esto reorganizamos la información a través de una interpretación teórica que no fue reconocida, al menos directamente, por las personas investigadas y que, por tanto, no puede reducirse a datos observables.

Las limitaciones de esta perspectiva aparecen, justamente, cuando las personas investigadas desconocen, niegan, silencian o mienten con respecto a los problemas que las afectan. Ante tal situación, cabe la pregunta que dio lugar a las extensas discusiones mencionadas precedentemente sobre los límites entre los puntos de vista del actor y del investigador.

Esta problemática sólo puede ser abordada desde una dinámica que tome en cuenta los niveles microsociales y macrosociales, ya que ningún nivel puede ser explicado desde el otro. Sólo la articulación entre ambos permite una lectura comprensiva. En un nivel micro puede verse la relación profesionales-usuarias focalizada en los aspectos comunicacionales y relacionales e interesa la interpretación de ambos, la

estructura de significados que atribuyen a esa forma comunicacional. A nivel macro pueden verse las múltiples dimensiones que intervienen en esta relación, sacándose a la luz las condiciones objetivas que explican el problema y que se sitúan en la estructura social. Ninguno de estos niveles puede reemplazar al otro, cada uno por sí mismo produce una mirada parcial y si bien en este trabajo nos hemos centrado en un nivel micros social porque expresa mejor la problemática de la comunicación entre usuarias y profesionales, entendemos que sólo la articulación con el otro nivel permitirá una adecuada comprensión de la problemática planteada.

El enfoque de las capacidades centrales plantea un "umbral" de capacidades que es preciso asegurar para una gestión de la vida verdaderamente humana, enfatizando precisamente cuán inútil puede ser un derecho escrito si no están dadas las condiciones materiales y culturales para su efectivo cumplimiento. En el tema que nos ocupa, a pesar de existir leyes nacionales y provinciales que tienden a plasmar los derechos sexuales y reproductivos en políticas sociales efectivas (20), encontramos que las capacidades centrales se hallan severamente restringidas en el sentido anteriormente explicitado. Aunque no son los profesionales de la salud quienes deben garantizar ese mínimo de capacidades sino el Estado a través de sus instituciones, en la medida en que permanecen anclados en estrategias comunicacionales del tipo descrito, consolidan un modelo de atención de la salud que refuerza asimetrías injustas, basadas en prejuicios y prácticas discriminatorias.

## Referencias

1. Schutz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu; 1974.
2. Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC. Debates en medicina social. Ecuador: OPS/ALAMES; 1991 (Serie: Desarrollo y Recursos Humanos 92).
3. Brehil J. Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie. Rev. Esc. Enferm USP 2002; 36(3): 210-221.
4. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Paris: UNESCO; 2005.
5. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC (dir.) Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO/Universidad Nac. de Colom-

bia; 2008. p. 161-164.

6. Tealdi JC. Bioética de los derechos humanos. In: In: Tealdi JC (dir.) Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 177-180.

7. Vidal S. Iniquidad y desarrollo humano: una mirada desde la bioética. *O Mundo da Saúde* 2004; 28(3): 304-314.

8. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinarietà, complejidad y totalidad concreta en bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A.(coord.) Estatuto epistemológico de la bioética. México: Universidad UNAM/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO; 2005. p. 78.

9. Minayo MCS. El desafío del conocimiento - Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar; 1999.

10. Menéndez E. Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud. *Salud y Sociedad* 1988; 5 (16): 25.

11. Nussbaum MC. *Women and human development - The capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

12. Cappuccio M, Nirenberg O, Pailles J. Informe final del Estudio Multi-céntrico: Conocimiento y actitud de los profesionales frente a ley de salud sexual y procreación responsable y su programa de ejecución. Buenos Aires: AASSER – CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente; 2005.

13. Zurutuza C, Bianco M, Rosemberg M, Checa S, Correa C. Situación de la atención de la salud sexual y reproductiva: Diagnóstico desde la perspectiva de las/os usuarias/os - Argentina 2003. Buenos Aires: Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS); 2004.

14. Menéndez E. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Bellaterra; 2002.

15. Elster J. *Uvas amargas - Sobre la subversión de la racionalidad*. Barcelona: Península; 1988.

16. Pereira G. Preferencias adaptativas: un desafío para el diseño de las políticas sociales. *Isegoría: Revista de filosofía moral y política* 2007; 36: 144.

17. Nussbaum MC. Las capacidades como derechos fundamentales: Sen y la justicia social. In: Cayuela A, Vara Martín J, Romero FJ, Villar Amigo V (editores) *Ética, Bioética y Desarrollo*. Granada: Comares; 2004. p. 161-179.

18. Marx K. *Manuscritos económico filosóficos de 1844*. Santiago de Chile: Ed. Austral; 1960.

19. Nussbaum MC. *Women and human development - The capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

20. Gogna M. Las reformas en el sector salud en Argentina y Chile: oportunidades y obstáculos para la salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: Cedes; 2004. p. 99-104.

**Recebido: 22/10/2008 Aprobado: 16/12/2008**