

Salud sexual y reproductiva: políticas de comunicación en disputa en las instituciones de salud

Ianina Lois*

Resumen

La configuración de un modelo de comunicación en una institución o área de salud gubernamental implica una forma de concebir las relaciones entre la política pública y las poblaciones a quienes se dirigen, como así también una forma de comprender el tipo de características que rigen esos intercambios. Esos modelos refieren implícita o explícitamente a marcos interpretativos sobre las prácticas de los diferentes grupos sociales en relación a su salud, y específicamente a su vida sexual y reproductiva.

En este trabajo se pondrán en contraste parte de las producciones realizadas por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ambos pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación, como una forma de acercamiento a las diversas estrategias de comunicación sobre salud de la mujer, impulsados desde el sector público. Se dará cuenta de la coexistencia conflictiva de modelos de comunicación en salud cuyas premisas y sentidos orientan la producción de los materiales gráficos que desarrolla cada área, y asimismo las definiciones de los problemas que presenta.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, políticas públicas, comunicación, campañas.

*Ianina Lois es Licenciada en Ciencias de la Comunicación, UBA. Doctoranda en Sociología IDAES-UNSAM. E-mail: ianilois@gmail.com

Introducción

Este artículo se propone exponer algunos avances de una investigación de más largo aliento que tiene como propósito indagar en las estrategias de comunicación sobre salud de la mujer impulsadas desde el sector público, específicamente desde el Ministerio de Salud de la Nación, en un marco temporal que va del 2005 al 2010. (1)

En esta investigación una de las hipótesis es que junto los argumentos y la evidencia científica sobre ciertas prácticas relacionadas con la reproducción y la maternidad se *filtran* discursos cuyo fin es el control social de las mujeres a través de la aparente indisociabilidad del rol de mujer=madre, que refuerzan construcciones históricamente establecidas y sedimentadas, en vez de poner el acento en la información para la garantía del derecho a la salud integral, a una sexualidad plena y a una maternidad informada y decidida.

En esta trama, el objetivo consiste en presentar una serie de reflexiones en relación a los materiales gráficos, y a partir de allí aproximarnos a observación de la coexistencia o no de modelos superpuestos de comunicación en salud, en áreas que elaboran y ejecutan políticas públicas dirigidas a una población destinataria definida como mujeres en edad reproductiva. Se explorarán las premisas y los sentidos que orientan los materiales gráficos escogidos, y asimismo las definiciones de los problemas y/o las cuestiones que considera. El abordaje de estos materiales será realizado desde el concepto de mediaciones, tal como las entiende Jesús Martín-Barbero (1987: 97), donde no son dispositivos, sino ámbitos de transición que se convierten en espacios de resignificación permanente.

La perspectiva de género en salud

La decisión de colocar al enfoque de género como articulador de los demás aportes teóricos, se fundamenta en que a la hora de analizar las interrelaciones existentes entre la salud materna, sexual y reproductiva con las estrategias de comunicación en sus distintas dimensiones, esta perspectiva permite poner en contraste las formas en que las características biológicas de cada sexo interactúan conflictivamente con las construcciones sociales de la feminidad y la maternidad.

No es posible encontrar un significado unívoco sobre el concepto de género. Por el contrario, hay múltiples y diversas perspectivas teóricas, epistemológicas, ontológicas y políticas englobadas en este concepto. Inicialmente, fue definido en contraposición al de sexo, postulando una posición binaria sexo / género; en este planteo el género refiere a los aspectos socioculturales asignados a varones y mujeres por su medio social, y el sexo a las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana (Bonder, 1998).

En los años 80, a partir de la apertura democrática, las demandas de las organizaciones de mujeres se complejizan y profundizan; aparecen en América Latina nuevos reclamos que incluyen el reconocimiento y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos; desde la sociedad civil se hace más visible la exigencia por los derechos reproductivos y por el derecho a una sexualidad libre y sin violencia. Se procura que “hombres y mujeres, en tanto sujetos sexuados, soliciten condiciones habilitantes para ejercer la sexualidad en contextos donde se respeten y protejan los derechos sociales, políticos y económicos” (Gutiérrez, 2003: p. 129).

En este trabajo, al mencionarse el concepto de género se hará referencia a una categoría de análisis social que da cuenta de las desigualdades entre hombres y mujeres, y de relaciones de poder en las cuales las mujeres ocupan el lugar de subalternas. Se afirma que hay significación en la definición de roles y responsabilidades entre géneros, definición que está socialmente inscripta y que debe ser reconstruida en forma incesante y continua. Siguiendo a Ana María Fernández, se manifiesta que “considerar que las diferencias entre hombres y mujeres no se refieren estrictamente al sexo sino al género, implica afirmar que el problema no radica en sus especificidades anato-biológicas, sino en las desigualdades que las sociedades han tramitado con las mismas” (Fernández, 2001: 7). Así hablar de diferencias de género se alude a los dispositivos de poder por los cuales –en cada sociedad- las diferencias biológicas han justificado desigualdades sociales, poniendo en el centro la cuestión del poder de un género sobre otro.

Específicamente, la correlación entre los desarrollos de la perspectiva de género y el campo de la salud ha estado pautaada por la crítica a las nociones

biologicistas, hegemónicos en los ámbitos de la medicina. La historia de las ciencias médicas nos habla de una concepción determinista sobre las capacidades, la salud y la enfermedad de hombres y mujeres de nuestra sociedad. Asimismo, las relaciones entre las instituciones de salud y sus usuarios/as han estado basadas - en la gran mayoría de las prácticas- en el llamado “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1985). Ya desde el momento de su configuración, los campos médicos ocupados de la salud materna, sexual y reproductiva, y las correlativas políticas y programas han estado signados por patrones asistencialistas y tutelares, que conciben a la mujer como sujeto vulnerable cuya capacidad de autonomía es puesta en cuestión (Lois, 2012).

En relación a los discursos sociales

Siguiendo las categorías teóricas propuestas por Laclau y Mouffe, se parte de una concepción de la significación social no definitiva e inacabada. Se considera al discurso como un sistema diferencial y estructurado de posiciones (Laclau y Mouffe, 1987), de esta forma los elementos analizados no poseen una identidad intrínseca, sino que ésta se constituye de forma relacional. En los procesos de disputa por la fijación de los sentidos se desarrollan enfrentamientos y alianzas en un intento por hegemonizar las significaciones socialmente construidas. En este sentido, es posible pensar en “arenas de lucha” por la significación social, donde los discursos circulan en un intento por dominar el campo de la discursividad, por cancelar el flujo de diferencias, por imponer un centro (Laclau y Mouffe, 1987; citado en Cuberli, Lois y Palopoli, 2011). La hegemonía se alcanzaría cuando una diferencia, sin dejar de ser un contenido particular, logra encarnar la representación de la totalidad social, simbolizar una cadena de equivalencias que implica una operación de exclusión de otros sentidos posibles.

Numerosos estudios indican que “el discurso de la información pública aporta las condiciones principales para la reproducción y la construcción del conocimiento en la mayoría de las sociedades industrializadas” (Van Dijk, 1997, p.70). Es así que el análisis de las políticas de comunicación en relación a la salud materna, la salud sexual y la salud reproductiva requiera del análisis del discurso. Siguiendo con Van Dijk (1987) se considera que en la producción y reproducción de representaciones sobre un nosotros y unos otros, y la transmisión de actitudes

impregnan tales prácticas sociales y éstas son cuestiones eminentemente discursivas. Se adhiere así a una concepción de discurso que supone más que el contenido informacional de los enunciados plausibles de ser dichos en determinado momento histórico, sus condiciones y efectos de enunciabilidad: qué se dice, los modos de ese decir y lo no dicho.

El marco histórico

El saber médico se ha conformado en un capital político, autores como Eduardo Menéndez permiten aproximarnos a las matrices disciplinarias que conformaron el denominado Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1992). Menéndez (2005), conceptualiza a la salud y la enfermedad como parte de un proceso histórico-social que atraviesa y condiciona las significaciones y experiencias ante la salud y la enfermedad. De esta forma, se concibe al proceso salud/enfermedad/atención desde una perspectiva relacional que recupera los procesos históricos y considera que todo campo socio cultural es heterogéneo. Considera que en el mismo se constituyen relaciones de hegemonía / subordinación y se llevan a cabo procesos transaccionales que favorecen la cohesión-integración.

En este trabajo se ha partido de los siguientes supuestos:

1. El campo de las disciplinas científicas se delimita a través del manejo de ciertos marcos conceptuales y enfoques metodológicos que señalan y caracterizan la "realidad" de los fenómenos que demarcan el objeto de estudio. En Occidente, la configuración moderna de dicho campo tuvo como eje predominante el pensamiento médico para la comprensión y el tratamiento del fenómeno de la salud a través de un enfoque asistencialista y disciplinario. Se concibió y categorizó al individuo y a las prácticas reproductivas como fenómenos naturales a ser regulados por las instituciones médicas, y desde una episteme que recortó su campo de estudio disciplinario y de intervención profesional disociada del contexto histórico y social.
2. La reproducción y la maternidad constituyen un campo de disputa social y política en el que convergen diferentes discursos institucionales –el religioso, el jurídico y el médico- enfrentados por construir e instalar ciertas

representaciones, a la vez que intentan definir los modos de intervención y regulación contenidos en las políticas públicas

3. Las políticas de salud materna, salud sexual y salud reproductiva se enmarcan en procesos histórico-sociales dependientes de las condiciones de trabajo y de vida de una sociedad determinada, y se encuentran articulados con los procesos políticos, ideológicos e institucionales que, en las sociedades modernas, presentan correspondencias con el modelo de Estado y con los modelos de acumulación.
4. Las políticas de comunicación en salud se encuentran atravesada por modelos ideológicos hegemónicos, donde el saber médico ocupa el lugar central. Las maneras de concebir y conceptualizar la salud y la enfermedad, el rol de la mujer respecto a su salud, y las prácticas sociales, serán coherentes con los marcos de sentido contenidos en las instituciones rectoras de la salud pública.

Argentina cuenta con una historia de diversas políticas públicas de regulación de la reproducción, la sexualidad y la maternidad. Ya desde inicios del siglo pasado, se suceden una serie de políticas de protección de la salud de madres y niños como la reglamentación trabajo de mujeres y niños – 1907, la creación del Patronato Nacional de Menores – 1919, el reconocimiento de los derechos civiles para mujeres - 1926, la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia - 1936, el seguro por maternidad, y un conjunto de leyes provinciales, entre otras medidas. El fin de las mismas es educar a las mujeres y madres en los conceptos básicos del cuidado, higiene y alimentación de sus hijos o futuros hijos, y corregir y penalizar prácticas sociales definidas como no deseables (Ramacciotti, 2008, 2009, 2020 y 2011; Novik, 2000; Armus: 2007; Belmartino, 2005). El pensamiento eugenésico de la época y la influencia de la iglesia católica en las instituciones médicas promovieron la producción de normativas y campañas que reforzaban el ideal de la mujer realizada a través de la maternidad, a la vez que condenaban el control de la natalidad (Nari, 2004: 42). La creación en 1937 de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, da cuenta de un clima de época donde hay coincidencia entre las diferentes vertientes políticas sobre la necesidad contar con

instrumentos legales e institucionales para la protección de las madres y los niños, sustentadas en el "interés nacional".

Más tarde, a partir de la segunda mitad del siglo XX, bajo el argumento de evitar y reducir la mortalidad de mujeres –denominada muerte materna y ocasionada en gran medida por los abortos inseguros- se promueve desde los países centrales la difusión de los métodos anticonceptivos. Esta búsqueda de control de la natalidad se concertó con las demandas y reivindicaciones del movimiento de mujeres que comienza a ganar visibilidad. Desde el retorno de la democracia a nuestro país, se han sucedido diversas iniciativas tendientes a la elaboración de políticas sanitarias en salud sexual y reproductiva. Paralelamente, aún sin el marco nacional, varias provincias aprobaron leyes de salud sexual y reproductiva que permitieran garantizar las consejerías y la distribución de anticonceptivos. En el año 2002 se sanciona la ley nacional 25.673 que da origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ubicado en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

Estas diversas institucionalizaciones gestionan aspectos y dimensiones de la sexualidad y la reproducción para conjuntos específicos de la población. Asimismo, estas medidas –como también las configuraciones discursivas que compone- generan hacia el interior de las instituciones rectoras de la salud pública un espacio de confrontación y disputa en torno a la definición de los modos legítimos de ejercer la sexualidad, la reproducción y la maternidad.

Formas de interpelación a través de los materiales gráficos

La comunicación se presenta en estos tiempos como un campo estratégico en la configuración de nuevos modelos de sociedad y en la puesta en escena pública de diversas luchas donde se disputa el sentido de problemáticas estructurales. Desde este trabajo se entiende a la comunicación en términos de construcción de sentidos de la vida social. La comunicación como proceso de producción, intercambio y negociación de significados y formas simbólicas, a partir de los cuales los sujetos y las comunidades pueden reconocerse a sí mismos, dar cuenta de su pasado, de su lugar en la sociedad y de sus expectativas para el futuro (Lois, 2011: 341).

Desde los niveles centrales de gobierno, donde se definen las políticas y estrategias generales en materia de salud pública, se implementan periódicamente acciones de comunicación dirigidas a mejorar la salud de las mujeres. Entre los temas prioritarios, gran parte de los esfuerzos se centra en el desarrollo de mensajes sobre embarazo, parto y puerperio, como así también métodos anticonceptivos.

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

El recorte del universo a observar fue establecido en función de los materiales publicados en las páginas webs de la Dirección Nacional de maternidad e Infancia y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Se incluyeron todos los materiales gráficos dirigidos a la población y a los equipos de salud disponibles en esa fecha. No se han incluido producciones audiovisuales ni radiofónicas debido a la reducida cantidad de piezas. Se definió como objeto de análisis las representaciones (los modelos) de mujer y madre construidas en los materiales seleccionados. Se realizó una descripción de cada pieza, marcando la presencia o ausencia de temas de ciertos elementos y la importancia o función en el conjunto.

I. La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia

Según la página web institucional esta dirección se divide en 3 áreas: salud perinatal, salud integral del niño y nutrición. A su vez a modo de subtítulo se encuentra la frase *Salud Integral de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia*. A los fines de este trabajo solo se analizarán los materiales contenidos en el área de salud perinatal. Según se lee en el sitio web, esta área tiene por objetivo: Mejorar la calidad y cobertura de la atención de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal, a fin de disminuir sus probabilidades de enfermar o morir. (2)

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

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

Son materiales explicativos dirigido a los equipos médicos sobre la provisión y entrega de métodos anticonceptivos (a excepción del material sobre reanimación del recién nacido). En los mismos se encuentra abundante información que está organizada en cuadros y subtítulos que incluyen categorías como *Precauciones, Generalidades, Procedimientos, Consejerías, y Técnicas*. No tienen una línea estética unificada. Hay diversidad de colores y tipografías, algunos cuentan con imágenes que ilustran los procedimientos. El tono es neutro y buscan generar una relación distanciada con el destinatario, se evidencia la pretensión de presentar la información de manera objetiva. Por otra parte, los logos colocados en la parte inferior de las 5 afichetas no son los utilizados en la actualidad por el Ministerio de Salud nacional, ni por la Presidencia de la Nación. La referencia institucional es la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

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

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

Los logos no son los actuales, como así tampoco la propia denominación del ministerio de salud. En varios casos se observa que los materiales corresponden a la etapa institucional de cuando el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable estaba a cargo de la Dirección de Maternidad e Infancia.

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

II. El Programa de salud sexual y Procreación Responsable

Se accede al sitio del programa desde la página del Ministerio de Salud. En el logo del programa se observa una tipográfica de un tamaño mucho mayor para las palabras *salud sexual*. En este caso, se cuenta con un botón donde se accede a materiales. Al ingresar a esta apartado aparece otras 4 entradas: Materiales Gráficos, Audiovisuales, Spots de Radio y Guías, Cuadernillos y Libros. (3)

Los materiales son muy numerosos, por lo cual, a los fines de este trabajo, se tomarán solamente los afiches colocados en los materiales gráficos disponibles. En afiches aparecen 8 piezas. Cada uno cuenta con una imagen y una breve explicación sobre su contenido. Los títulos son: 1. Ginecología / Urología / Proctología / Endocrinología. Salud Sexual y Reproductiva; 2. Tenemos derecho a una sexualidad libre de violencias; 3. Dos Métodos Anticonceptivos Permanente.

Ligadura y Vasectomía; 4. El Método Anticonceptivo es el que vos elegís; 5. Lesbianas y mujeres bisexuales; 6. Derechos Sexuales y Reproductivos. Tus derechos; 7. Dispositivo Intrauterino (DIU). Técnica de Inserción; 8. ¿Sabés qué es la Píldora del día después? En este caso, tampoco se distingue entre los materiales dirigidos a la población de aquellos dirigidos a los equipos de salud. Sin embargo, la gran mayoría son para la población. El único para los equipos de salud es el que trata sobre colocación del DIU y es el mismo que se encuentra en la página de la Dirección de Maternidad e Infancia.

Salvo en este último y en el de la píldora del día después, en los materiales hay una línea estética clara y homogénea. Se observa la conformación de un sistema en el diseño y la ilustración. Predominan los colores brillantes y llamativos. Estos 6 afiches cuentan con ilustraciones o imágenes fotográficas que dan cuenta de situaciones cotidianas en relación a la sexualidad, al uso de los métodos anticonceptivos y al acceso a los servicios de salud. Los materiales apuestan a lo visual. No hay tanta cantidad de texto y en las frases elegidas, predomina la información presentada de manera despejada y neutral. La referencia a la línea gratuita para consultas sobre salud sexual se encuentra en todos los materiales de manera muy destacada. Los logos colocados en la parte inferior están actualizados.

En una reciente publicación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable se presenta un balance de los 7 años de vida del Programa. Allí se reconocen 3 momentos o etapas que resultan interesantes para dar cuenta del proceso institucional atravesado. La primera etapa mencionada es la de inicio y va de 2003 a 2006, luego viene el momento de institucionalización que va de 2006-2010 y por último el que llaman de consolidación, a partir de 2010 (PNSSyPR, 2011: 33). En estas páginas se explica que en un primer momento, el Programa estuvo bajo la órbita de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y no contaba con autonomía presupuestaria ni administrativa. El segundo momento, la etapa de transición, es caracterizada por el logro de la autonomía relativa en lo financiero y administrativo. En relación al tercer momento, la publicación explicita que es donde se impulsan políticas dirigidas a las mujeres no centradas exclusivamente en su rol de madres o futuras madres (PNSSyPR, 2011).

En el documento mencionado también se describen las diferentes estrategias de comunicación desarrolladas. Se puntualiza que durante los primeros años, los materiales gráficos tuvieron por objetivo difundir los derechos reproductivos. En estos años se asoció la sexualidad a la reproducción y a la planificación familiar y los mensajes apuntaron a promover en la población las decisiones sobre tener o no tener hijos y sobre usar o no métodos anticonceptivos (PNSSyPR, 2011). El diseño visual presenta coincidencias con la línea estética de la Dirección de Maternidad e Infancia, se observa el uso color rosa, una flor a modo de logo, tipografías redondeadas y cursivas, que generaban asociación al estereotipo del universo femenino.

En el segundo momento la línea comunicacional tuvo como objetivo lograr que los equipos de salud incorporaran en su atención en el consultorio las políticas de salud sexual y reproductiva como parte de sus obligaciones profesionales. Para alcanzar este objetivo, la estrategia comunicacional tuvo como concepto organizador demostrar que el conocimiento en salud sexual y reproductiva era conocimiento basado en evidencia científica (PNSSyPR, 2011).

El documento sostiene que en 2010 aparece una nueva imagen institucional, se afirma que uno de los ejes fue separar la sexualidad de la reproducción en los discursos y que a partir de allí se definieron tres conceptos clave a comunicar con la nueva estética: Afectividad, placer y disfrute como emociones ligadas a la sexualidad. Autonomía y autodeterminación de cada persona en las decisiones sobre su propio cuerpo y la manera de vivir la sexualidad. Derecho a la atención de la salud sexual y de la salud reproductiva, con calidad, buen trato y confidencialidad en la atención.

Superposiciones en tensión

A partir de la observación de los materiales gráficos es posible percibir la coexistencia de diferentes modelos de comunicación en salud, que difieren en la forma de concebir a las poblaciones destinatarias de las políticas de salud materna, sexual y reproductiva, al rol de las instituciones gubernamentales tanto en la garantía en relación al acceso a estos derechos como en su misma definición.

Cada grupo de materiales contribuye a la producción de cierto tipo de mujer y pone en el centro de la escena cuestiones como: las formas familiares y las

modalidades de parentesco, las definiciones sobre la relación entre sexualidad y reproducción, las posibles respuestas a estas definiciones, y la interpelación de los roles de género y sexualidades varias. Los materiales de la Dirección Nacional de Maternidad en Infancia se centran casi exclusivamente en cuestiones relacionadas con la prevención de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Es observable la impronta biologicista que configura como destinataria de las políticas de salud a las mujeres en función de su capacidad reproductiva. Las mujeres son interpeladas en los materiales desde su carácter de madres o futuras madres, y cuando los hombres aparecen representados en las imágenes, lo hacen acompañando a esas mujeres en un rol de padre de familia heterosexual. Podría afirmarse que en este grupo de piezas predominan los criterios técnicos-morales.

Por su parte, los materiales realizados desde el Programa de Salud Sexual dan cuenta de un proceso de consolidación de una identidad institucional que intenta configurarse desde una perspectiva de salud que exceda las cuestiones biológicas y amplíe la definición de salud sexual. Se percibe una mirada más integral y plural de la salud sexual y reproductiva, que extiende la concepción sobre sexualidades. Aparecen tematizadas cuestiones antes ignoradas –o al menos entendidas como no pertinentes– por las instituciones ocupadas de regular y asegurar el acceso a la salud de las poblaciones. Surge la referencia al placer, al goce y al disfrute en relación a la sexualidad. Esta tematización da cuenta de un posible núcleo conflictivo, donde en un caso la sexualidad queda directamente relacionada con la reproducción y específicamente con la maternidad; mientras que en el otro se plantean como ámbitos que es posible –y necesario– abordar desde la salud pública de manera separada. Estas incorporaciones aportan al debilitamiento de los modelos hegemónicos de ser mujer y madre, y dan lugar a las fisuras en las concepciones tradicionales.

Por otra parte, es llamativa la superposición temática entre los materiales gráficos de estas dos áreas institucionales analizadas. A pesar de ser el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable quien tiene a su cargo la aplicación de la Ley 25673, se evidencia una insistencia en que las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción continúen asociadas a la maternidad y la planificación familiar; insistencia que explicita las tensiones y disputas dentro del

organismo de salud pública y da cuenta de los intentos de subsistencia de modelos y valores encarnados históricamente en ciertas áreas.

A modo de cierre

Es evidente que no se han analizado todo el espectro de discursos que generan las instituciones rectoras de la salud materna y sexual. No obstante, los ejemplos tomados permiten acercarnos a las disputas en relación a las formas de representación de las mujeres, a su cuerpo, su sexualidad y reproducción.

Más allá de la superposición temática, lo que estas prácticas comunicacionales dan cuenta es de la insistencia en torno a la permanencia de la regulación de la sexualidad y la reproducción en el ámbito de la maternidad. Pierre Bourdieu (1985) sostiene que en diversos campos sociales se dan "luchas por el monopolio del poder de hacer ver y hacer creer, hacer conocer y hacer reconocer" (Bourdieu, 1995: 87). Así las caracterizaciones que hacen estos discursos en torno a las prácticas sexuales y reproductivas de las mujeres, le otorgan a las representaciones un estatus de verdad y capacidad para habilitar el despliegue o la persistencia de otras prácticas en las instituciones médicas.

Quedan algunas ideas dando vueltas, que requerirán de nuevos estudios. Se considera necesario, continuar indagando sobre cómo estas representaciones y enunciados preformativos naturalizan estereotipos y justifican prácticas institucionales al interior de los servicios de salud (Elizalde, 2011). Revisar los repertorios de referencias presentes en estas instituciones que operan moldeando y prescribiendo eficazmente en cada contexto los modos "apropiados" e "inapropiados" de ser mujer y madre.

Notas

(1) Este trabajo forma parte de mi tesis de maestría en Género Sociedad y Políticas, (Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. PRIGEPP-FLACSO), cuyo título es *Políticas públicas de comunicación sobre salud de la mujer: ¿por el derecho a la salud? Las acciones y estrategias comunicacionales sobre salud de la mujer. Un abordaje desde una perspectiva intercultural y de género;* y es dirigida por la Dra. Mónica Petracci.

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

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

Bibliografía

- Barbero, M (1987): *De los medios a las mediaciones*. Barcelona: G. Gili.
- Bonan, C. (2003): *Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea*. Instituto Fernández Figueira/FIOCRUZ/Brasil. (Documentos PRIGEPP, 2004).
- Bonder, G. (1998): "Género y Subjetividad: Avatares de una relación no Evidente". En: *Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas*. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile.
- Bourdieu, P. (1985 [1975]): "El lenguaje autorizado: las condiciones sociales de la eficacia del discurso ritual" en *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid: Akal Universitaria.
- _____ (1996), *Cosas dichas*, Barcelona: Ed. Gedisa.
- Cuberli, M. Lois, M. y Palopoli, A. (2011), "Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: Test de VIH, Anticoncepción de Emergencia, Aborto y Fertilización Asistida", en Petracchi, M.: *Derechos Sexuales y Reproductivos. Teoría Política y Espacio Público*. Buenos Aires: Teseo.
- Elizalde, S. (2011): *Jóvenes en Cuestión*. Buenos Aires: Biblos.
- Fernández, Ana María (2001): "El fin de los géneros sexuales". En *Documentos Seminario Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina*. PRIGEPP-FLACSO, 2007.
- Gutiérrez, M.A. (2003) "Silencios y Susurros: La Cuestión de la Anticoncepción y el Aborto" en Cáceres, C. y Aggleton, P.: *Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el Debate*. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Laclau, E. y Mouffe, C. (1987); *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*, México: Siglo XXI.
- Autor (2011): "Una experiencia de comunicación y salud para mujeres indígenas" en Bidaseca K. y Vazquez Laba, V. (comps.): *Feminismo y Poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina*. Buenos Aires: Ediciones Godot.
- _____ (2012): "Maternidad y políticas de salud pública. Reflexiones acerca de los discursos en torno a la creación de la Dirección de Maternidad e Infancia en Argentina". En *Primer Congreso de Estudios Poscoloniales. Cruzando puentes: Legados, genealogías y memorias poscoloniales*. Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, E. (2004). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas* (H. Spinelli, comp.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Nari, M. (2004): *Políticas de maternidad y maternalismo político, Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.

PNSSYPR (2011). *Documento institucional. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.*

Van Dijk, T. (1987) *Communicating Racism: Ethnic Prejudice in Thought and Talk: sage Publications, Inc. Newbury Park CA.*

_____ (1997) *Racismo y Análisis Crítico de los Medios.* Ed. Paidós, Barcelona – Buenos Aires – México.